

Monika Filarowska¹, Katarzyna Schier²

ZESPÓŁ IMPOSTORA, CZYLI O POCZUCIU INTELEKTUALNEJ FAŁSZYWOŚCI

THE IMPOSTOR PHENOMENON — THE SENSE OF INTELLECTUAL FALSENESS

¹The Thistle Foundation, Edinburgh

²Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

**impostor phenomenon
parents' attitudes towards child's intellectual achievements
role reversal in the family**

Streszczenie

Tekst jest artykułem poglądowym, ma na celu przybliżenie i analizę mało znanego w Polsce zagadnienia, jakim jest zespół impostora (The Impostor Phenomenon, IP), czyli poczucie intelektualnej fałszywości, występujące u osób, które doświadczają rozbieżności między ich osobistą oceną własnych osiągnięć a oceną tychże, dokonywaną przez innych. O ile zatem osoby te w oparciu o zewnętrzne kryteria są uznawane za odnoszące sukcesy, to one same kierując się zinternalizowanymi standardami oceniają swoje dokonania jako nieznaczące. Przypisują je szczęściu, przypadkowi lub znajomościom. Z badań przeprowadzonych przez autorki niniejszej pracy wynika, że wspomniany zespół występuje również w Polsce. Szczegółowe dane dotyczące tego zagadnienia będą przedmiotem kolejnych artykułów. Niniejszy tekst ma na celu wprowadzenie do tematyki w oparciu o literaturę przedmiotu oraz krótkie przykłady kliniczne. Analiza cech zespołu impostora może mieć znaczenie dla pogłębionego rozumienia problemów pacjentów uczestniczących w psychoterapii.

Summary

The article is theoretical, its aim is to bring closer the problem of the impostor syndrome/ phenomenon (IP) which is not yet well known. The impostor phenomenon means the sense of intellectual falseness that exists among people who experience a discrepancy between their own attitude towards their achievements and the evaluation of these achievements by other people. According to external criteria, persons with impostor phenomenon are seen as being successful, but according to their own internalized standards, they perceive their accomplishments as not significant. They contribute them to good fortune, lucky chance or beneficial contacts. A study conducted by the authors of this article shows that the impostor phenomenon can be observed also in Poland. Precise information on this research project will be presented in other publications. The aim of this article is to introduce into the problem and to illustrate it by short clinical vignettes. The analysis of the characteristics of the impostor phenomenon can be of importance for deepening the understanding of the problems of patients participating in psychotherapy.

Wstęp

Impostor to w wolnym tłumaczeniu „oszust” lub inaczej „hochsztapler”, czyli, zgodnie ze słownikiem synonimów: naciągacz, łgarz, kombinator i manipulant [1], a zatem osoba, która podaje się za kogoś, kim nie jest i oszukuje innych „na wielką skalę”. Tym mianem amerykańskie badaczki i psychoterapeutki Pauline Clance i Susane Imes [2] określiły w latach 80. XX wieku osoby, które osiągając sukcesy, doświadczają wewnętrznego poczucia intelektualnej fałszywości, strachu przed porażką, oceną i zdemaskowaniem braku kompetencji oraz mają obawy, że raz osiągnięte sukcesy nie będą możliwe do powtórzenia. O ile zatem w oparciu o zewnętrzne kryteria, ludzie ci są uznawani za odnoszących sukcesy, to w odniesieniu do własnych, zinternalizowanych standardów ich dokonania wydają się im nieznaczące [3]. W tym doniesieniu będziemy poszukiwać odpowiedzi na pytanie, na ile zespół impostora nie jest redundantny w stosunku do innych konstruktywów opisujących podobne zespoły cech.

Wspomniany zespół w swej dynamice przypomina opisany przez Alice Miller [4] „dramat udanego dziecka”. Dotyczy on szczególnie osób, które już w dzieciństwie uznawano za szczególnie zaradne, zdolne i wyprzedzające swoich rówieśników na wielu polach. Również i w późniejszym okresie wszelkie podejmowane przez nie zadania przychodziły im z dużą łatwością i z doskonałymi wynikami — osoby te były podziwiane, chwalone i doceniane. Te przeżycia nie wpłynęły jednak na ugruntowanie się u nich stabilnej samooceny, gdyż osoby te, gdy tylko nie są najlepsze, czują się nic niewarte.

Pauline Clance i Susanne Imes [2] w czasie długoletniej pracy terapeutycznej zauważyły, że IP charakteryzuje ludzi, którzy nie wierzą w to, że ich osiągnięcia są uprawnione i zasłużone. Osiągnięcia te przypisują czynnikom zewnętrznym, takim jak szczęście, przypadek lub znajomości, a nie własnym umiejętnościom. Pomimo sukcesów akademickich lub zawodowych, wysokich stopni naukowych, stanowisk kierowniczych obawiają się, że nie będą w stanie powtórzyć sukcesów w przyszłości, a ludzie z ich otoczenia w końcu odkryją ich brak kompetencji [2, 5, 6].

Szczególnie istotnym, a wręcz kluczowym, elementem tego zespołu jest wewnętrzne, intensywne i dotkliwe poczucie fałszywości odczuwane w sytuacji odnoszenia sukcesu [4]. Warto w tym miejscu podkreślić, poczucie to dotyczy doświadczenia wewnątrzpsychicznego, a nie zachowania, jakim byłoby dokonanie realnego oszustwa zawodowego, np. kradzieży myśli w nauce.

Valerie Young [7] podaje krótkie, obrazowe przykłady wypowiedzi osób, które doświadczają zespołu impostora. Uczestniczka stażu podoktorskiego (*postdoc fellowship*) z imponującym naukowym CV stwierdziła: „dobrze wyglądam tylko na papierze”. Studentka, która jako jedyna dostała się do prestiżowego programu naukowego wyjaśniała, że jej sukces wynika z faktu, że uczelnia poszukuje różnorodności, a ona pochodzi z Bliskiego Wschodu. Wyróżniający się student inżynierii mikrobiologicznej uważał, że kierunek jego studiów robi wrażenie, kiedy o nim opowiada, bo... ma długą nazwę.

Powyższe wypowiedzi wskazują, że osoby, które przejawiają cechy zespołu impostora mogą doświadczać licznych trudności w związku z uczuciami charakterystycznymi dla tego konstruktów — skupiają się bowiem w dużym stopniu na potencjalnych porażkach, stają się „ekspertami od własnych katastrof” [8]. Wyniki badań wykazały silny związek

między tym zespołem a nasileniem objawów depresyjnych [9, 10], lękowych [11] oraz ogólnie odczuwanym cierpieniem psychicznym (*psychological distress*) [12]. Stwierdzono również wysoką, dodatnią korelację między IP a neurotyzmem [13, 14], ujemną korelację między IP a ekstrawertyzmem [14] oraz wysoki, dodatni związek z perfekcjonizmem [15, 11]. Przedstawimy wybrane rezultaty badań wskazujące na połączenie IP z innymi zjawiskami psychicznymi.

Zespół impostora a perfekcjonizm

Z obserwacji klinicznych autorek koncepcji [2, 4] wynika, że osoby z zespołem impostora¹ w dzieciństwie i w okresie szkolnym szczególnie często osiągają najlepsze wyniki i wyróżniają się na tle grupy rówieśników. Z wiekiem jednak liczba uzdolnionych jednostek w ich otoczeniu zaczyna rosnąć, a one same muszą zmierzyć się ze świadomością, że nie zawsze, jak same to określają, „są w stanie zajmować najwyższe miejsce na podium”.

Uzyskiwanie dobrych wyników w różnych obszarach aktywności (przede wszystkim jednak w obrębie działalności intelektualnej) często nie jest zadowalające dla osób z zespołem impostora. Oczekują najlepszych rezultatów albo rezygnują z działania. Empirycznie potwierdzono, że osoby z wysokim nasileniem IP wykazują tendencję do: (1) stawiania sobie wyższych wymagań niż osoby z niższym nasileniem tego zespołu, (2) reagowania znacznie bardziej krytycznie w sytuacji doświadczania porażki w realizacji wymagań, (3) generalizowania uczuć związanych z doświadczeniem porażki i dewaluowania pozytywnych informacji zwrotnych [15, 16].

Przesadny perfekcjonizm oraz strach przed porażką skutkują tym, że osoby z dużym nasileniem tego zespołu nie czerpią satysfakcji ze swoich sukcesów, a ich funkcjonowanie opiera się na tak zwanym cyklu impostora (*imposter cycle*) [5]. Rozpoczyna się on od obawy, czy i *tym razem* możliwe będzie sprostanie wymaganiom. Mogą pojawić się: lęk, objawy psychosomatyczne, koszmary nocne itp. Następnie występuje jedna z dwóch sytuacji: 1) nadmierne przygotowywanie się do zadania lub 2) zwlekanie z jego podjęciem i ostatecznie praca w pośpiechu. Jeśli działanie zakończy się sukcesem, to w pierwszym przypadku jest ono przypisywane ciężkiej pracy, w drugim zaś — szczęściu [17]. Sukces i pozytywne informacje zwrotne z otoczenia tylko wzmacniają cały mechanizm i przekonanie, że: „muszę cierpieć, żeby osiągnąć sukces” [2].

Clance [18] zobrazowała cykl impostora między innymi na przykładzie Beverly, uznanej artystki, której prace cieszyły się dużym zainteresowaniem kolekcjonerów. Przed każdą kolejną wystawą pojawiały się u niej obawy, że jej dzieła zostaną wyśmiane przez krytyków albo przynajmniej zostanie zwrócona uwaga na ich niedociągnięcia. Beverly wierzyła, że odbiorcy docenią jej prace i zrozumieją ich przesłanie dopiero, kiedy będą one perfekcyjne. Pracowała więc bez wytchnienia, praktycznie nie śpiąc i nie jedząc, a mimo to wciąż była niezadowolona z rezultatów, a jej strach narastał. Za każdym razem była gotowa odwołać wystawę, od czego odwodzili ją jej bliscy i współpracownicy. Wszystkie wystawy

¹ Zespół impostora mierzony jest na skalach ilościowych, nie nominalnych, dlatego nie można powiedzieć, że jednostka ma ów zespół bądź nie. Jednak na potrzeby tej pracy określenia typu: „z zespołem impostora” lub „doświadczanie zespołu impostora” będą wykorzystywane i będą oznaczać — „z wysokim natężeniem zespołu impostora”.

Beverly były ogromnymi sukcesami, ale ani komplementy ze strony krytyków, ani liczba sprzedanych dzieł nie były w stanie przekonać artystki, że jej twórczość jest wartościowa.

Osoby z IP, co można również zaobserwować na przykładzie Beverly, oczekują od siebie wykonywania wszelkich zadań i obowiązków bez wysiłku i bezbłędnie. Stwierdzono, że osoby z wysokim poziomem perfekcjonizmu, a takowym często charakteryzują się osoby z IP, mają tendencję do angażowania się w zadania o poziomie trudności nieadekwatnym do ich umiejętności. Wybierają zadania, które nie wymagają dużego wysiłku, a otrzymanie za nie gratyfikacji jest praktycznie pewne [18]. Prowadzi to do obniżenia własnych standardów w celu uniknięcia porażki [5, 20, 21], a także do zachowań prokrastynacyjnych, które stanowią jeden z elementów opisanego wyżej „cyklu impostora” i, jak wskazują Flett z zespołem [22], są silnie skorelowane z IP ($r = 0,64$).

Zespół impostora a samoocena

Badacze nie są zgodni co do istoty związku pomiędzy IP a samooceną. Autorki koncepcji zespołu impostora twierdziły, że diagnoza IP nie wiąże się automatycznie z niską samooceną [23], wiele badań ujawnia jednak połączenie między tymi zmiennymi [16, 24, 25].

Interesujące są rezultaty badań, w których dokonywano rozróżnienia na samoocenę globalną (*global self-esteem*), czyli dotyczącą ogólnego ustosunkowania do siebie, swojego wyglądu, stanu posiadania, oraz samoocenę specyficzną (*specific self-esteem*) — dotyczącą własnych osiągnięć w kontekście relacji z innymi ludźmi. Okazało się, że występuje negatywna korelacja między IP a samooceną specyficzną [16, 26, 27], co oznacza, że osoby z zespołem impostora mogą globalnie mieć o sobie dobre zdanie i być z siebie zadowolone, ale wątpić w swoje umiejętności i przygotowanie w kontekście osiągnięć.

Zdaniem Langford i Clance [23] tym, co przede wszystkim łączy te dwie zmienne, jest uzależnianie poczucia własnej wartości od opinii innych oraz negatywne przekonania na swój temat. Badaczki twierdzą, że nie są to jednak zjawiska tożsame, gdyż samoocena obejmuje większy zakres postaw i uczuć dotyczących Ja (*self*) niż zespół impostora [23]. Co więcej, w zespole impostora dominuje poczucie wewnętrznej fałszywości, które nie musi w ogóle występować w przypadku niskiej samooceny [9]. To istotny argument na rzecz tezy, iż dwa analizowane konstrukty są odrębne.

Zespół impostora a percepcja własnej inteligencji i zdolności

Przykład Paula, opisany przez Clance [18], ilustruje związek pomiędzy IP i spostrzeganiem własnych możliwości intelektualnych. Paul od dziecka był uzdolniony manualnie, a jego rodzice lubili od czasu do czasu chwalić się przed znajomymi, że nie ma takiej rzeczy, której Paul nie byłby w stanie naprawić. Z racji tego, że większość napraw przychodziła Paulowi z łatwością, podzielał on przekonanie swoich rodziców o własnych, wyjątkowych zdolnościach. Pierwszego rozczarowania doświadczył w szkole, kiedy okazało się, że zajęcia z matematyki sprawiają mu trudność. Paul poważnie zwątpił w siebie i porzucił marzenie o studiach na politechnice. Pomimo że otrzymał najwyższą ocenę w klasie z matematyki i był najlepszy z przedmiotów ścisłych w college, to po zakończeniu szkoły nie podjął studiów, lecz założył swój zakład samochodowy. Zależało mu wprawdzie, żeby

zostać inżynierem, ale nie potrafił znieść myśli, że może nie być najlepszy, a nauka będzie wymagała od niego wysiłku [18].

Clance i O'Toole [3] twierdzą, że istotnym aspektem zespołu impostora, który utrudnia rozwój potencjału osób go doświadczających, jest zniekształcone wyobrażenie znaczenia inteligencji. Objawia się ono szczególnie przekonaniem, że inteligentne jednostki nie muszą pracować ciężko, żeby osiągnąć sukces. Osoby z tym zespołem rozwiązując zadanie z łatwością uznają, że było ono zbyt proste. Jeśli zaś muszą włożyć dużo wysiłku w jego wykonanie, to przyjmują, że nie są wystarczająco inteligentne i zdolne. Taki nieadaptacyjny styl atrybucji to kolejna składowa IP, która utrudnia osobom z zespołem impostora rozwinięcie swojego potencjału [5, 17, 23].

Zgodnie z teorią Carol Dweck [28] dotyczącą inteligencji, jednostki, które traktują ją jako swoją stałą cechę i jednocześnie wątpią w swoje zdolności, wkładają mniej wysiłku w podejmowane działania i obawiają się oceniających sądów. Z kolei osoby, które spostrzegają inteligencję jako zdolność elastyczną, która się poszerza i pogłębia, traktują osiągnięcie celów jako lekcję, możliwość zdobycia nowych umiejętności i wiedzy. Gdy doświadczą porażki, traktują ją jako informację zwrotną i reagują potrzebą poprawienia wyniku, nie odczuwając lęku i nie mając poczucia nieadekwatności. Natomiast osoby mające pogląd, że inteligencja jest elementem stałym, reagują w sytuacji porażki poczuciem wstydu, bezsilności i porzucają dalsze starania [28].

Uznano, że zespół impostora może mieć związek z postrzeganiem inteligencji jako stałej i nieziennej własności jednostki. Przeprowadzone badania potwierdziły tę hipotezę. Stwierdzono, że dla osób z IP motywacją do osiągnięć jest potrzeba bycia postrzeganym przez innych jako jednostka kompetentna i mądra. Jednocześnie cały czas towarzyszy im niepewność, czy wrażenie, które robią na innych, jest wystarczająco dobre [23].

W innych badaniach uzyskano rezultaty wskazujące na złożoność połączeń pomiędzy postrzeganą inteligencją i IP. Ujawniono istnienie ujemnej zależności między IP a oceną własnej skuteczności i swoich zdolności [29] oraz przekonaniem o własnej inteligencji [30]. Można zatem stwierdzić, że niezależnie od wrażenia, jakie osoby cierpiące z powodu zespołu impostora robią na innych, same oceniają własne umiejętności krytycznie.

Występowanie zespołu impostora — grupy ryzyka

Występowanie zespołu impostora stwierdzono w różnych populacjach, m.in. u pracowników naukowych [31], studentów [10], uczniów liceów [24] i menedżerów [32].

Początkowo przypuszczano, że zespół ten częściej występuje u kobiet. [2]. Kolejne badania nad tym problemem nie przyniosły ostatecznego rozstrzygnięcia. Niektóre analizy wykazały, że kobiety częściej przejawiają cechy IP niż mężczyźni [7, 23, 33]. W innych badaniach stwierdzono, że kobiety i mężczyźni w równej mierze wykazują symptomy IP, różnią się jednakże między sobą sposobami, w jaki ten zespół się u nich przejawia [11, 34, 35].

W przypadku badania kobiet uzyskano niższą korelację między zespołem impostora a impulsywnością i potrzebą zmiany niż u mężczyzn. Daje to podstawy do interpretowania IP u kobiet jako pewnej formy zachowawczości, niechęci do podejmowania zachowań ryzykownych (które mogłyby skutkować ujawnieniem braku kompetencji) oraz potrzeby

wycofywania się z relacji społecznych. U mężczyzn zaś przeciwnie, uznano, że wysoka korelacja między IP a impulsywnością i potrzebą zmiany, a niska z potrzebą zachowania znanego porządku, może wskazywać na chęć kompensowania poczucia nieadekwatności przez zachowania rywalizacyjne, pozwalające na ciągle potwierdzanie swojej wartości i kompetencji [30].

Wyniki badań ujawniły również, że istnieją różnice międzypłciowe w obszarze konsekwencji, które wiążą się z doświadczaniem zespołu impostora. Mężczyzn, znacznie bardziej niż kobiety, zabezpiecza przed negatywnymi efektami IP skłonność do podejmowania wyzwań oraz posiadanie silnego wsparcia społecznego ze strony współpracowników oraz mentorów [30]. Dodatkowo mężczyzna osiągnący sukcesy działa najczęściej zgodnie z ustalonym stereotypem osoby asertywnej i dążącej do sukcesów, a jego cele pokrywają się z oczekiwaniami otoczenia. Kobiety natomiast często przeżywają konflikt — jeżeli działają zgodnie ze społecznym stereotypem, spostrzegane są jako nieporadne, a gdy postanawiają rozwijać swoje ambicje, tracą swoją kobiecość w oczach innych, a nierzadko również we własnych [33]. Według Clance [5] jednym ze sposobów na rozwiązanie tego wewnętrznego konfliktu jest dewaluacja wartości własnych sukcesów.

Stwierdzono, że kobiety z IP w trakcie studiów odczuwały wyższe natężenie lęku uogólnionego i spędzały więcej czasu, ucząc się, niż mężczyźni [22]. Z kolei w badaniach nad adolescentami ujawniono, że kluczowe w zapobieganiu wystąpieniu uczuć związanych z IP jest wsparcie społeczne [24]. Przyjaciel, z którym można dzielić myśli i który udziela wsparcia, w znaczący sposób redukuje nasilenie zespołu impostora zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Jednakże w przypadku dziewcząt problem jest bardziej skomplikowany. O ile bowiem chłopcom wystarczy jedna znacząca przyjacielska relacja, żeby ochronić się przed uczuciami charakterystycznymi dla IP, to dziewczynki potrzebują w tym celu złożonej sieci relacji zarówno z dorosłymi, jak i z rówieśnikami [24].

Etiologia zespołu impostora

Autorzy konstruktu IP przyjmują, że przyczyny tego zespołu związane są ze specyfiką relacji panujących w rodzinie pochodzenia [2, 4]. To w dzieciństwie, w kontakcie z opiekunami, dziecko nabywa przekonania na temat siebie, swoich umiejętności i inteligencji społecznej. Ten zawierający deskrypcje i etykiety przekaz, w którym rodzice przekazują fundamentalne dla nich wartości i akceptowaną przez nich wizję świata, stanowi dla dziecka instrukcję, jak ma się zachowywać i jakie ma się stać.

Clance i Imes [2] w oparciu o swoje doświadczenia kliniczne zauważyły, że osoby doświadczające zespołu impostora wykazują silną tendencję do zadowalania innych. Nierzadko przyjmują rolę „bohaterów rodziny”, dostarczając swoim bliskim powodów do dumy i zwiększając ich poczucie własnej wartości. Już jako dzieci biorą na siebie liczne obowiązki i świetnie sobie z nimi radzą. Niepostrzeżenie stają się „dorosłymi dziećmi” — dzielnymi, opanowanymi, pełnymi poświęcenia i gotowości do rezygnacji z siebie dla innych. To forma odwrócenia ról w rodzinie, czyli parentyfikacja, której mechanizmy opisała Katarzyna Schier [34]. Dalsza rodzina, znajomi i sąsiedzi często z zazdrością patrzą na takie dziecko, chwala je i podziwiają. Dzięki „bohaterowi” rodzina może poczuć się dobrze, bo wychowała odpowiedzialnego i odnoszącego sukcesy

młodego człowieka² [36]. Najbliższe otoczenie dziecka nie zdaje sobie sprawy, że jego bohaterskie zachowania, często będące reakcją na sytuacje potencjalnie dla niego trudne (a nawet traumatyczne) w rodzinie, mogą odcisnąć ślad na jego osobowości, nawet jeżeli nie zostaną zapamiętane [38, 39].

Badania nad stylami więzi pokazały, że osoby z bezpiecznym, ufnym (*secure*) stylem przywiązania, czyli takie, na których potrzeby rodzice konsekwentnie odpowiadali, częściej rozwijały pozytywny i stabilny obraz siebie, łatwiej wchodziły w relacje z innymi oparte na zaufaniu, intymności i współzależności, częściej też były przekonane, że w razie potrzeby mogą liczyć na pomoc i wsparcie innych ludzi [40]. Gdy osoba znacząca odpowiadała na potrzeby dziecka w sposób niewystarczający, niespójny lub była wroga, to mógł rozwinąć się u niego pozabezpieczny, lękowy (*insecure*) styl przywiązania, który charakteryzuje się silną obawą przed odrzuceniem, ambiwalencją uczuć i tendencją do skupiania się na własnych deficytach. Nierzadko skutkuje to negatywną samooceną i/lub rzutowaniem negatywnych uczuć na innych ludzi [41].

Wyniki badań Gibson-Beverly i Schwartza wykazały istnienie dodatniej korelacji między lękowym stylem przywiązania a zespołem impostora w przypadku kobiet [42]. Lękowy styl przywiązania był definiowany w tym badaniu jako nadmierna potrzeba uznania, a także silny lęk przed odrzuceniem³. Związek między IP a tym stylem więzi może świadczyć o tym, że osoby z tej grupy mają dużą potrzebę uzyskiwania pozytywnych informacji zwrotnych na swój temat od innych ludzi, ale są niezdolne do zinternalizowania tych danych ze względu na negatywny obraz siebie. Jednocześnie taki styl więzi może wiązać się z obawą przed porażką i byciem ocenianym przez innych. Wynik ten jest spójny z tezami Johna Bowlby'ego [43], zgodnie z którymi osoby z lękowym stylem więzi poszukują pozytywnego wsparcia od innych ludzi, aby zrekompensować sobie niskie poczucie własnej wartości. Interesujące jest to, że nie wykazano związku między IP a unikającym stylem przywiązania, w opisywanym badaniu zdefiniowanym jako nadmierna potrzeba niezależności oraz lęk przed zbytnią zależnością od innych [42].

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że dziecko może być narcystycznym przedłużeniem rodzica [34], tzn., iż może on projektować w nie własne potrzeby. Dziecko staje się wtedy kontenerem myśli, emocji i stanów opiekuna. Rodzic, aby zabezpieczyć własną samoocenę przed ewentualnym niepowodzeniem dziecka, może przejmować jego zadania i obowiązki, którym mogłoby ono nie sprostać. Takie postępowanie może utrudniać dziecku wypracowanie poczucia własnej skuteczności i stabilnej samooceny. Wyrasta ono w przekonaniu, że samo jego istnienie nie wystarcza do zdobycia akceptacji innych osób, gdyż akceptację można uzyskać jedynie, jeśli się „nie przegrywa” [23]. To przekonanie stanowi podatny grunt dla rozwoju IP. Podsumowując, można powiedzieć, że mechanizm powstania zespołu impostora wiąże się ze specyfiką więzi psychicznej w dzieciństwie, gdy dziecko nie jest doświadczane jako odrębna, autonomiczna osoba, pełniąc określoną „funkcję” w świecie psychicznym rodzica [34].

² Podobny schemat mogą realizować również osoby wychowane w rodzinach z problemem alkoholowym [36, 37].

³ Taki styl przywiązania bywa też określany jako zaabsorbowany i wiązany jest z zahamowaniem postępów procesów separacji-indywidualizacji [34].

Zespół impostora a psychoterapia

Charakterystyka IP i jego kluczowych aspektów zdaje się potwierdzać tezę o użyteczności wiedzy na temat zespołu impostora zarówno z punktu widzenia teorii, jak też praktyki oraz wskazuje na jego odrębność w odniesieniu do innych konstruktów psychologicznych.

W kontekście przedstawionych danych z literatury przedmiotu warto postawić pytanie o znaczenie uwzględniania zespołu impostora w praktyce klinicznej, w tym w psychoterapii. Osoby doświadczające zespołu impostora charakteryzuje swoisty deficyt w obszarze struktury psychicznej [44] i są zmuszone mierzyć się z jego konsekwencjami. Dla jednych, tak jak dla Beverly, jest to życie w ciągłym lęku i poczuciu zagrożenia, że otoczenie odkryje ich rzekomy brak kompetencji. Dla innych, jak dla studentów opisanych przez Valerie Young [7], jest to umniejszanie własnych osiągnięć i niezdolność do przyjmowania pochwał. Jeszcze dla innych, takich jak Paul, jest to porzucenie swoich marzeń zawodowych z powodu lęku przed porażką. Czy osoby z zespołem impostora potrzebują specyficznych oddziaływań psychoterapeutycznych czy też wystarczająca jest praca z nimi nad przywiązaniem, prowadząca do ewentualnej zmiany lękowego stylu przywiązania na bezpieczny, jak proponuje, np. David Wallin [45]?

Próba znalezienia odpowiedzi na to pytanie może być analiza krótkiego przykładu klinicznego. 45-letni pan K. przyszedł na kolejne spotkanie z psychoterapeutką, skarżąc się na bardzo duży lęk przed wystąpieniem publicznym. Był profesjonalistą w swojej dziedzinie, miał tytuł doktora, ale każda forma przedstawiania wyników badań powodowała, że przez kilka dni nie spał i jak to określał „umierał ze strachu”. Uważał, że słuchacze dojdą do wniosku, że jest oszustem, bo „lansuje się na guru, a nic nie umie”. Psychoterapeutka zatrzymała się na określeniu dotyczącym umierania i dopytała go o jego doświadczenia związane ze śmiercią. Wiedziała z historii życia pacjenta, że był on wychowywany przez samotną matkę i pełnił funkcję opiekuńczą wobec dwóch młodszych sióstr. Jego ojciec umarł, gdy chłopiec miał kilkanaście lat. Stał się więc „głową rodziny” i „panem domu”, jak to określała jego matka. Z jednej strony taka rola stanowiła dla niego duże wyzwanie, które pozornie podnosiło jego poczucie wartości, z drugiej zaś, wiedział, że jest ono w jakimś sensie fałszywe⁴. Pan K. realizował własne potrzeby związane z osiągnięciami intelektualnymi (takie jak nauka języków obcych) niejako w ukryciu. Matka uważała bowiem, że to strata czasu i pieniędzy. Sukcesy syna w obszarze jego autonomii w jakimś sensie oddzielały go od niej i spraw związanych z rodziną. „Kiedy ja mam sukces, to moja mama jakby trochę umierała” — powiedział pacjent, przypominając epizod, gdy w dniu obrony jego doktoratu matka dostała zapalenia płuc i wymagała intensywnej opieki.

W pracy z pacjentem psychoterapeutka koncentrowała się nie tylko na budowaniu alternatywnego dla jego doświadczeń wewnętrznych, korektywnego stylu przywiązania [45], ale zwracała także intensywnie uwagę na problem separacji od reprezentacji psychicznej obiektów rodzicielskich w umyśle pacjenta. Tylko oddzielenie od potrzeb rodzica mogło

⁴ O roli fałszywego Ja u dziecka, czyli struktury psychicznej, która nie może przyczyniać się do rozwoju poczucia skuteczności i sprawczości, gdyż wiąże się w dużej mierze ze spełnianiem oczekiwań opiekunów, pisał Donald Woods Winnicott [39].

prowadzić do tego, że autonomia, określana przez Margaret Mahler [za: 39] mianem indywiduacji, mogła zacząć sprawiać mu przyjemność, a nie jedynie budzić lęk.

Katarzyna Schier [34, 37] spostrzega powyższe elementy procesu psychoterapii jako kluczowe dla osób, które tak jak pan K., doświadczyły odwrócenia ról w rodzinie. W trakcie trwania procesu terapii pacjent odwołał się do metafory odbicia w lustrze i tego, że brakowało mu uśmiechu i radości w oczach matki. Terapeutka odniosła ten aspekt do baśni o Królownie Śnieżce, mówiąc, że potrzebne mu są „dobre lustra”, w których nie będzie widział wyłącznie potrzeb osób, które je trzymają, ale w których będzie mógł dostrzec siebie. Pacjent roześmiał się i powiedział: „Dobrze, że mam panią. Pani jest superzwierciadłem”.

Wydaje się, że pacjent mógł zobaczyć w oczach terapeutki prawdziwe uznanie dla siebie i dla swoich działań, mógł zatem zrezygnować z nierealnie wysokich standardów i oczekiwań dotyczących jego działalności intelektualnej, które sam sobie narzucał. Praca nad relacją terapeutyczną pomogła mu odseparować się od przekonania, że gdy osiągnie sukces będzie spostrzegany przez innych jako uzurpator, osoba, która nie ma prawa do autonomii i kreatywności.

Podsumowanie i wnioski

1. Zespół impostora został opisany przez psychoterapeutki Pauline Clance i Susane Imes w latach 80. XX wieku.
2. Wyniki badań ujawniają związek zespołu impostora, między innymi, z perfekcjonizmem, niską samooceną oraz zniekształconym poglądem na inteligencję.
3. Zespół impostora rozwija się w dzieciństwie w relacji przywiązania dziecka z opiekunami.
4. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że zespół impostora jest odrębnym konstruktem psychologicznym, który różni się od innych opisywanych na gruncie psychologii, medycyny i psychoterapii.
5. Znaczenie tego zjawiska jest na tyle istotne, że warto uwzględnić je zarówno jako element teorii funkcjonowania psychicznego, jak też jako przedmiot namysłu w praktyce klinicznej, w tym psychoterapii.
6. Oddziaływania psychoterapeutyczne w odniesieniu do osób z zespołem impostora wymagają specyficznej techniki. Odnosi się ona zarówno do konstruowania obrazu drugiej osoby w umyśle (relacja z „nowym obiektem”, czyli korektywna relacja emocjonalna), jak też do podkreślania roli pracy nad zjawiskiem separacji–indywiduacji (oddzielenie od wewnętrznego obrazu opiekuna).

Piśmiennictwo

1. Doroszewski W. Słownik języka polskiego. <http://sjp.pwn.pl/slowniki/impostor.html>.
2. Clance PR, Imes SA. The impostor phenomenon in high achieving women: dynamics and therapeutic intervention. *Psychother. Theor. Res. Pract.* 1987; 15(3): 241–247.
3. Clance PR, O’Toole MA. The impostor phenomenon: An internal barrier to empowerment and achievement. *Women and Therapy*, 1988; 6(3): 51–64.

4. Miller A. *Dramat udanego dziecka*. Poznań, Media rodzina; 2006.
5. Clance PR, Dingman D, Reviere SL, Stober DL. Impostor phenomenon in an interpersonal/social context: origins and treatment. *Women and Therapy*, 1995; 16: 79–96.
6. Harvey JC, Katz C. *If I'm so successful, why do I feel like a fake?* New York: Random House; 1985.
7. Young V. *The secret thoughts of successful women. Why capable people suffer from the impostor syndrome and how to thrive in spite of it*. New York: Crown Business; 2011.
8. Kets de Vries M. The dangers of feeling like a fake. *Harv. Bus. Rev.* 2005; 83(9): 110–116.
9. Chrisman SM, Pieper WA, Clance PR, Holland CL, Glickauf-Hughes C. Validation of the clance impostor phenomenon scale. *J. Pers. Assess.* 1995; 65(3): 456–467.
10. Chae J, Piedmont RL, Estadt BK, Wicks RJ. Personological evaluation of clance's impostor phenomenon scale in a Korean sample. *J. Pers. Assess.* 1995b; 65(3): 468–485.
11. Henning K, Ey S, Shaw D. Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Med. Educ.* 1998; 32(5): 456–464.
12. Bernard NS, Dollinger SJ, Ramaniah N. Applying the big five personality factors to the impostor phenomenon. *J. Pers. Assess.* 2002; 78(2): 321–333.
13. Ross SR, Stewart J, Mugge M, Fultz B. The impostor phenomenon, achievement dispositions, and the five factor model. *Personal. Individ. Differ.* 2001; 31: 1347–1355.
14. Ferrari JR, Thompson T. Impostor fears: Links with „self”-presentational concerns and „self”-handicapping behaviours. *Personal. Individ. Differ.* 2006; 40: 341–352.
15. Cowman S, Ferrari JR. „Am I for real?” Predicting impostor tendencies from self-sabotaging styles and affective components. *Soc. Behav. Personal.* 2002; 30: 119–125.
16. Thompson T, Foreman P, Martin F. Impostor fears and perfectionistic concern over mistakes. *Personal. Individ. Differ.* 2000; 29: 629–647.
17. Ghorbanshirodi S. The Relationship between „self”-esteem and emotional intelligence with impostor syndrome among medical students of Guilan and Heratsi Universities. *J. Basic Appl. Sci. Res.* 2012; 2(2): 1793–1802.
18. Clance P. *The impostor phenomenon. Overcoming the fear that haunts your success*. Atlanta: Peachtree Publishers Ltd.; 1985.
19. Whitmore J. *Giftedness. Conflict and underachievement*. Boston: Allyn & Bacon; 1980.
20. Fried-Buchalter S. Fear of success, fear of failure, and the impostor phenomenon among male and female marketing managers. *Sex Roles*, 1997; 37(11–12): 847–859.
21. King JE, Cooley NE. Achievement orientation and impostor phenomenon among college students. *Contemp. Educ. Psychol.* 1995; 20: 304–312.
22. Flett GL, Coulter LM, Hewitt PL. The Perfectionistic „self” Presentation Scale Junior Form: Psychometric properties and association with social anxiety in early adolescents. *Can. J. School Psychol.* 2012; 27: 136–149.
23. Langford J, Clance PR. The impostor phenomenon: Recent research findings regarding dynamics, personality and family patterns and their implications for treatment. *Psychother.* 1993; 30(3): 495–501.
24. Caselman TD, Self PA, Self AL. Adolescent attributes contributing to the impostor phenomenon. *J. Adolesc.* 2006; 29: 395–405.
25. Want J, Kleitman S. Feeling „Phony”: Adult achievement behaviour, parental rearing style and „self”-confidence. *J. Person. Individ. Differ.* 2006; 40(5): 961–971.
26. Snyder CR, Higgins RL. Excuses and their effective role in negotiation of reality. *Psychol. Bull.* 2000; 104: 23–25.

27. Thompson T. Failure-avoidance parenting, the achievement environment of the home and strategies for reduction. *Learn. Instr.* 2004; 14(1): 3–26.
28. Dweck C. Motivational processes affective learning. *Am. Psychol.* 1986;41: 1040–1048.
29. Leary MR, Patton KM, Orlando AE, Funk W. The impostor phenomenon: self-perceptions, reflected appraisals, and interpersonal strategies. *J. Personal.* 2000; 68(4): 725–756.
30. Kumar S, Jagacinski CM. Imposters have goals too: The impostor phenomenon and its relationship to achievement goal theory. *Person. Individ. Differ.* 2006; 40(1): 147–157.
31. Niles LE. The impostor phenomenon among clinical psychologists: A study of attributional style and locus of control. *Dissert. Abstr. Inter.* 1994; 55(02): 602B.
32. Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychol. Rev.* 2002; 109(3): 573–598.
33. Jöstl G, Bergsmann E, Lüftenegger M, Schober B, Spiel C. When will they blow my cover? The impostor phenomenon among austrian doctoral students. *Zeit. Psychol./J. Psychol.* 2012; 220(2): 109–120.
34. Schier K. Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2016.
35. Harter SL. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics. A review of the recent empirical literature. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20(3): 311–337.
36. Cierpiąłkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień — alkoholizm. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.
37. Pasternak A, Schier K. Życie bez dzieciństwa — parentyfikacja u kobiet z syndromem DDA. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(3): 553–562.
38. Rutkowski K. Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie. Kraków: Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk; 2006.
39. Lis-Turlejska M, Łuszczynska A, Szumiał Sz. Rozpowszechnienie PTSD wśród osób, które przeżyły II wojnę światową w Polsce. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(5): 923–934.
40. Airtsworth M. Attachments beyond infancy. *Am. Psychol.* 1989; 44: 709–716.
41. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults. A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991; 26: 226–244.
42. Gibson-Beverly, G., & Schwartz, J. R. Attachment, entitlement, and the impostor phenomenon in female graduate students. *J. College Couns.* 2008a; 11(2): 119–132.
43. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
44. Filarowska M. W pułapce oczekiwań. Syndrom impostora a narcyzm i sposoby doświadczania relacji z osobami znaczącymi. Nieopublikowana praca doktorska. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2017.
45. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.

Adres: kas@psych.uw.edu.pl