

Placebo. Siła sugestii

Barbara Dolińska¹

Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski

PLACEBO. THE POWER OF SUGGESTION

Summary. The article reviews the role of placebo in psychology and related disciplines. It is assumed that the placebo phenomenon should be considered from a broad perspective as pertaining to procedures as well as drugs. The article reviews also the role of positive expectations in symptom relief following medical and surgical procedures and psychotherapy. The role of placebo phenomenon in modern experimental psychology, as well as in pharmacological studies, is also broadly discussed in the article.

WPROWADZENIE

„Wiara czyni cuda” – mówi nie bez racji ludowa mądrość. W wielu kulturach i w wielu okresach historii fakt ten wykorzystywano zarówno dla dobra, jak i szkody człowieka. W starożytnym Egipcie wierzone w terapeutyczną moc wielu amuletów. W średniowiecznej Italii w celach terapeutycznych tańczono tarantelę. Do dziś w wielu miejscach powszechna jest wiara w cudowną moc wody z różnych źródeł, mimo że jej skład chemiczny niczym nie różni się od wody ze źródeł sąsiednich. Tak zwany fenomen *placebo* znany jest już dziś psychologom, lekarzom czy kulturoznawcom. Ściślej jednak mówiąc, znana jest wspomniana na wstępie ludowa mądrość, tyle że „ubrana” w poważniej brzmiące słownictwo naukowe. O tym, jaki jest mechanizm samego *placebo*, wciąż tak naprawdę wiemy bardzo niewiele.

Zacznijmy od samego słowa. Nie od razu termin ten oznaczał bowiem to, co dzisiaj. W dziewiątym wersecie 116 psalmu, śpiewanego w czasie wieczornego nabożeństwa za umarłych, począwszy od XIV wieku w świątyniach wyznania katolickiego znajdujemy: „Placebo Domine in regione vivorum”. Termin *placebo*, tłumaczony z łaciny jako „spodobam się”, w znaczeniu zbliżonym do obecnego zaczął pojawiać się w literaturze dopiero w końcu XVIII wieku. Według definicji *Mother's New Dictionary* z 1785 roku, *placebo* oznaczało banalną, pospolitą metodę leczenia lub medykament. Od końca XVIII wieku w niektórych eksperymentach wykorzystywano *placebo* w warunkach pojedynczej ślepej próby, odkrywając istnienie reakcji emocjonalnej, występującej u pacjentów poddawanych kuracji niezależnie od jej fizjologicznych właściwości (Brody, 1985). W latach 1810-1860 definiowano *placebo* jako środek, który może pacjentowi pomóc, gdy wzbudzi się w nim nadzieję na leczniczą moc specyfiku (Shapiro, 1968). Mimo iż często było wykorzystywane w badaniach medycznych i definiowane w słownikach medycznych, do 1945 r. nie doczekało się żadnego kompleksowego opracowania, co więcej – nie ukazało się w tytule żadnej pracy z zakresu medycyny, psychologii czy innej dziedziny wiedzy (Pepper, 1945). Od tego jednakże roku datuje się wzrastające zainteresowanie problematyką *placebo*, o czym świadczą może stale zwiększająca się liczba badań na ten temat, a także opublikowanych prac zawierających w tytule ten termin (por. Horvath, 1988). Jak się wydaje, można znaleźć dwie przyczyny takiego stanu rzeczy. Po pierwsze – zastosowanie *placebo* do celów porównawczych stało się standardem badań medycznych; Shapiro (1968) przyjmuje rok 1953 za datę powszechnego wprowadzenia tego typu procedury. Po drugie – istotną przyczyną wzrostu zainteresowania tą problematyką stały się przypadające na ten okres pierwsze wyniki empirycznych badań z zakresu psychosomatyki, dowodzące, iż *placebo* rzeczywiście może zmieniać naturalny bieg choroby poprzez mechanizmy psychologiczne i psychofizjologiczne (Brody, 1980).

Definiowanie i określenie zakresu pojęcia *placebo* stwarzają wiele problemów zarówno natury teoretycznej, jak i empirycznej. Różnorodne ujęcia definicyjne tego problemu często są ze sobą sprzeczne, niepełne bądź nieadekwatne. Przyczyny takiego stanu rzeczy należy upatrywać przede wszystkim w deskryptywności większości konceptualizacji *placebo*. Próby sformułowania definicji operacyjnej napotykają na trudności weryfikacji empirycznej stworzonego modelu i najczęściej pozostają w sferze hipotez. Inną przeszkodą w utworzeniu pełnej i przekonującej konceptualizacji *placebo* stanowi niezmiernie szeroki zakres problematyki, jej interdyscyplinarność, różnorodność form i procedur stosowania.

Wydać się, że najbardziej użyteczną propozycję definicyjną przedstawił już w 1968 r. Shapiro, określając analizowany tu fenomen w kategoriach niespecyficznego efektu. Założył jednocześnie, iż aby objąć pełny zakres pojęcia, należy przyjąć definicję trójwariantową, obejmującą różne znaczenia terminu:

1. *Placebo* – terapia (bądź składnik terapii), która została rozmyślnie zastosowana dla osiągnięcia efektu

1 Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski, ul. Dawida 1, 50-527 Wrocław.

BARBARA DOLIŃSKA

psychologicznego bądź psychofizjologicznego bez wiedzy pacjenta lub terapeuty. Pozostaje bez specyficznej aktywności dla warunków, w których jest stosowana. Nie ma przy tym znaczenia, czy użyte *placebo* jest czynne farmakologicznie, czy nie.

2. *Placebo* – procedura lub substancja, zastosowana w badaniach eksperymentalnych dla celów porównawczych i pozostająca bez specyficznej aktywności dla warunków, które były testowane. *Placebo* stosowane do celów porównawczych może, ale nie musi, wywołać efekt *placebo*.

3. Efekt *placebo* – niespecyficzny psychologiczny bądź psychofizjologiczny rezultat, będący pochodną stosowania *placebo*. Efekt ten może być pozytywny albo negatywny (wtedy mamy do czynienia z tzw. efektem *nocebo*). Przyjęcie powyższej, złożonej definicji *placebo* pozwala na przejście do kolejnej kwestii: zakresu stosowania samego *placebo*. Wykorzystywane jest ono w różnych dziedzinach i do bardzo różnych celów. W większości eksperymentów psychologicznych *placebo* używane jest jako „rekwizyt” badawczy lub jako substancja, której przyjęcie przez część badanych pozwala na empiryczną weryfikację założonych hipotez. W badaniach zorientowanych na testowanie skuteczności farmakoterapii i psychoterapii *placebo* pozwala na trafne oszacowanie stopnia ich efektywności. Terapia może być też całkowicie lub częściowo oparta na *placebo*. W tym przypadku substancja farmakologicznie nieczynna może wywoływać zmiany w samopoczuciu pacjentów i fizjologicznych parametrach funkcjonowania ich organizmów.

Prześledźmy kolejno przykłady tych różnorodnych zastosowań *placebo*.

PLACEBO JAKO ELEMENT EKSPERYMENTÓW PSYCHOLOGICZNYCH

W psychologii eksperymentalnej często zdarza się, że z pewnych powodów badani – albo część badanych – skłaniana jest do przyjęcia środka farmakologicznie nieaktywnego. Stosowanie *placebo* do wytworzenia nastawień umożliwiających weryfikację założeń teoretycznych ilustruje klasyczny eksperyment Schachtera i Singera (1962). Dla zweryfikowania ich założenia, że na emocję składa się element pobudzenia fizjologicznego i element poznawczej interpretacji tego pobudzenia, osoby badane otrzymywały zastrzyk, przy czym części z nich wstrzykiwano adrenalinę, powodującą przyspieszenie pracy serca, tempa oddychania, drżenie itp., a części *placebo* nie wywołujące żadnych skutków fizjologicznych. Manipulując niezależnie od tego poznawczą oceną stanu organizmu przez osoby badane i informacjami pozwalającymi im bądź nie pozwalającymi oczekiwać zmian fizjologicznych, Schachter i Singer wykazali słuszność swoich przewidywań teoretycznych. Samo *placebo* nie wystarczało tu do wywołania odczucia emocji. Konieczna była obecność substancji rzeczywiście wywołującej pobudzenie fizjologiczne oraz element poznawczy, pozwalający na jego interpretację.

Dobrym przykładem wykorzystania *placebo* w badaniach z zakresu psychologii eksperymentalnej jest też praca Dienstbiera i Muntera (1972; cyt. za: Kofta, 1979). Badanych poinformowano, że wezmą udział w eksperymencie nad wpływem witamin na spostrzeganie. Połowie z nich powiedziano, że przyjęcie preparatu spowoduje skutki uboczne o charakterze wzmożonego bicia serca, pocenia się i inne, kojarzone zwykle z pobudzeniem układu вегетatywnego. Pozostali uczestnicy eksperymentu również zostali poinformowani o możliwości wystąpienia efektów ubocznych, jednak nie związanych z pobudzeniem wegetatywnym. Obie grupy rozwiązywały następnie test słownikowy, który został skonstruowany w ten sposób, że mniej niż 1% badanych mógł osiągnąć zadowalający wynik bez dodatkowej pomocy. Jednocześnie w badanych wytworzono przekonanie, że wynik testu jest niezwykle istotny dla określenia ich możliwości intelektualnych, a co za tym idzie – dla przebiegu ich dalszej kariery akademickiej. Następnie stwarzano badanym możliwość skorzystania z dodatkowej, nieuczciwej pomocy (eksperymentator wychodził z pokoju, umożliwiając w ten sposób porównywanie rozwiązań z pozostawionym wzorcem prawidłowych odpowiedzi). Okazało się, że z takiej „pomocy” skorzystało 49% badanych z grupy „pobudzonych wegetatywnie” i 29% studentów spodziewających się innych niż wegetatywne skutków ubocznych. Różnica ta okazała się istotna statystycznie.

Nisbett i Schachter (1966) z kolei informowali badanych, że będą doznawać uderzeń prądem elektrycznym o małej lub znacznej mocy, wytwarzając u nich tym samym umiarkowany lub silny lęk. Jednocześnie badani otrzymywali *placebo*, przy czym części z nich mówiono, że preparat wywoła przyspieszone bicie serca (objaw zwykle kojarzony z lękiem), a pozostałym, że mogą spodziewać się drętwienia stóp (sympptom nie kojarzony z lękiem). Okazało się, że w sytuacji wytworzonego niskiego lęku badani przyjmujący preparat – jakoby wywołujący szybkie bicie serca – tolerowali silniejsze szoki elektryczne.

W raportach z zakresu eksperymentalnej psychologii społecznej *placebo* bywa stosowane niekiedy jako narzędzie pomiaru skłonności do zachowań o charakterze tzw. strategicznego samoutrudniania (Berglas, Jones, 1978; Kolditz, Arkin, 1982; Weidner, 1980). Badani, których wkrótce czekał udział w teście inteligencji, mieli podjąć decyzję o tym, jaki środek farmakologiczny chcą zażyć. Wybór „leku”, o którym mówiono, że wpływa na obniżenie zdolności intelektualnych (w rzeczywistości będącym *placebo*), traktowany był jako przejaw zachowania o charakterze samoutrudniania, tj. umożliwiającego dogodne dla poczucia własnej wartości

PLACEBO. SIŁA SUGESTII

wyjaśnienie zarówno ewentualnej porażki, jak i sukcesu. Badany wie, że jeśli połyka lek zmniejszający efektywność jego funkcjonowania intelektualnego, to ewentualną przyszłą porażkę będzie mógł wyjaśnić wpływem tego właśnie specyfiku. Jeśli mimo wszystko odniesie sukces, będzie mógł stwierdzić, że jego możliwości intelektualne są tak wysokie, że dobrze radzi sobie z testem mimo przeszkody w postaci środka farmakologicznego, jaki właśnie połknął. Oczywiście wybór innego leku w tych badaniach (*de facto* także *placebo*), o którym mówiono, że zwiększa efektywność funkcjonowania intelektualnego, świadczył o braku skłonności do samoutrudniania.

Oryginalną formę posługiwania się *placebo* dla potrzeb weryfikacji eksperymentalnej zastosowali Gromski i Nawrat (1984), badając związki między poczuciem wpływu na bieg zdarzeń a atrybucją odpowiedzialności i winy. *Placebo* (pastylki zawierające fluor, stosowane w profilaktyce stomatologicznej) zostało przedstawione jako silny lek psychotropowy o rozległym działaniu, powodujący rozliczne, negatywne efekty uboczne. Osoby badane miały namawiać innych ludzi (w rzeczywistości: pomocników eksperymentatora) do poddania się terapii. Okłamywały ich, że tabletki nie przynoszą żadnych skutków ubocznych, wiedząc, że jest inaczej. Ponieważ rzekomi badani połykali te środki, osoby badane znajdowały się w roli tych, które przyczyniły się do krzywdy innych ludzi. Autorów badania interesowało to, w jakim stopniu ludzie w takich przypadkach spostrzegają swoją winę i odpowiedzialność za cierpienia innych.

Specyficzna metoda porównawcza, określana mianem „zrównoważony układ *placebo*” (*balanced placebo design*) (Marlatt, Rohsenow, 1980; Martin i in. 1990), pozwala na szacowanie niezależnych („głównych” w rozumieniu planu analizy wariancji) i interakcyjnych efektów przyjmowania alkoholu i oczekiwania skutków jego działania. Umożliwia ona oddzielenie subiektywnych przekonań ludzi pijących alkohol od fizjologicznych efektów jego działania. Środkiem aktywnym jest w tym wypadku alkohol; mianem *placebo* określa się napój bezalkoholowy (np. piwo bezalkoholowe). Niezależnie od zawartości przyjmowanego płynu, w badanych wytwarza się przekonanie, że piją alkohol lub napój bezalkoholowy. Przy użyciu procedury „zrównoważonego układu *placebo*” Tucker, Vuchinich i Sobel (1981) manipulowali przekonaniami badanych, dotyczącymi rodzaju wypijanego napoju (alkoholu lub napoju bezalkoholowego). Procedurę tę stosowano przed czekającym ich testem mierzącym inteligencję, dla sprawdzenia, czy przekonanie, że pije się alkohol, może być przez badanych wykorzystywane jako strategia samoutrudniania i podstawa obronnych atrybucji.

Wszystkie te przykłady nie wyczerpują – rzecz jasna – zagadnienia stosowania *placebo* w badaniach empirycznych. Stanowią one jednak, jak sądzę, dobrą ilustrację tego, w jak wielu obszarach *placebo* jest użyteczne. Pokazują także, że bez *placebo* trudno byłoby wyobrazić sobie eksperymentowanie w wielu dziedzinach współczesnej psychologii (zwłaszcza – jak się wydaje – tam, gdzie w grę wchodzi kwestia pobudzenia emocjonalnego osób badanych).

PLACEBO JAKO PODSTAWA SZACOWANIA RZECZYWISTEJ SKUTECZNOŚCI TERAPII

Procedura, o której niżej mowa, opisywana jest wprawdzie zwykle w odniesieniu do farmakoterapii, ale bywa stosowana również w przypadkach, które nie są oparte na podawaniu leków, jak np. pozorowane operacje, psychoterapia. Polega ona na tworzeniu grup kontrolnych – złożonych z osób nie poddawanych określonym zabiegom, a jedynie działaniu *placebo* – a następnie porównywaniu skuteczności specyficznej terapii i *placebo*. Najprostszą z możliwych form kontroli efektywności metody terapeutycznej jest podanie grupie chorych leku aktywnego, innej zaś grupie tabletki bądź napoju nie zawierającego żadnych aktywnych składników oraz porównanie skuteczności leczenia zastosowanego w obu grupach. Pozbawiony specyficznych właściwości preparat imitujący lek bywa najczęściej sporządzany z sacharozy, laktozy lub skrobi. *Placebo* podane w formie zastrzyku jest najczęściej w istocie roztworem soli fizjologicznej lub wodą destylowaną (Shapiro, Morris, 1978; Rossi, 1987). W celu uniemożliwienia badanym dokonywania porównań oraz wyeliminowania wpływu czynników zakłócających procedurę, *placebo* i aktywny preparat nie powinny różnić się zewnętrznymi kształtem, kolorem, smakiem i oznakowaniem. Taka procedura jest określana mianem pojedynczej ślepej próby. Pacjenci nie wiedzą, co łykają, ale wie to personel podający leki. Warto jednak zauważyć, że personel może w takich przypadkach mniej lub bardziej świadomie wpływać na oczekiwania samych pacjentów co do efektywności przyjmowanych przez nich środków i zakłócać tym samym przebieg procedury badawczej. Zasadne jest zatem wyeliminowanie takiego wpływu. Osiąga się to przez wprowadzenie takich warunków kontroli *placebo*, w których ani testowani, ani testujący nie wiedzą, komu podaje się środek aktywny, a komu *placebo*. Procedura spełniająca te wymogi nosi nazwę podwójnej ślepej próby.

Pojawić się może jednak kolejny problem. *Placebo* nie różni się wprawdzie zewnętrznymi od testowanego preparatu, ale jako farmakologicznie nieaktywne nie daje analogicznych jak preparat skutków ubocznych. Mówi się tu zatem o tzw. pasywnym *placebo* (Wilkins, 1985). Greenberg i Fisher (1994) zwracają np. uwagę, że w

większości stosowanych środków antydepresyjnych efektem ubocznym jest suchość w ustach; brak tego objawu u osób przyjmujących *placebo* może być sygnałem dla wykwalifikowanego personelu, że pacjenci ci nie dostają środka aktywnego farmakologicznie. Tak więc podwójnie ślepa próba w istocie wcale nie jest podwójnie ślepa. Ba, może nie być nawet „pojedynczo ślepa”, bo i pacjenci (zwłaszcza doświadczeni) mogą zorientować się po braku efektów ubocznych, że nie dostają „prawdziwego” leku.

Doskonalenie metod porównawczych z zastosowaniem *placebo* zmierza zasadniczo w dwóch kierunkach. Pierwszy z nich zakłada przede wszystkim eliminację jak największej ilości zmiennych różnicujących procedurę podawania leków, w tym również redukcję zmiennych charakterystycznych dla efektu *placebo*. Uzyskuje się to poprzez wprowadzenie procedury potrójnej ślepej próby. Zgodnie z jej zasadami ani pacjent, ani personel medyczny, ani osoby dokonujące oceny skuteczności terapii nie wiedzą, czemu służą badania. Jeśli to możliwe, nie powinny nawet wiedzieć, że jakiegokolwiek badania są prowadzone. Drugi nurt poszukiwań metod porównawczych zakłada stosowanie technik kontroli z użyciem aktywnego *placebo* (Wilkins, 1985). Istotą tej metody jest wyeliminowanie różnic między testowanym lekiem a *placebo*. W tym wypadku *placebo* powinno wiernie imitować lek aktywnie działający, wywołując m.in. podobne efekty uboczne. Rolę aktywnego *placebo* może spełniać testowany środek farmakologiczny, podany w dawce wywołującej charakterystyczne efekty uboczne, a jednocześnie nie dającej efektu będącego przedmiotem samego testu (Brody, 1980). Aktywnym *placebo* może być np. atropina imitująca efekt uboczny amitriptyliny (uczucie suchości w ustach), testowanej w przypadku leczenia stanów depresyjnych (Friedman, 1975).

Zwiększenie efektywności wykorzystania *placebo* dla określenia rzeczywistego oddziaływania jakiegokolwiek innej formy „rzeczywistej” terapii wiązano także, w niedalekiej jeszcze przeszłości, z tzw. procedurą splukania *placebo* (*placebo washout*). Przyjmując intuicyjne założenie, że niektórzy ludzie są szczególnie osobowościowo podatni na *placebo*, zmierzano do wcześniejszego wyeliminowania ich z próbki osób, które w badaniu zasadniczym przyjmować będą bądź środek farmakologicznie aktywny bądź *placebo*. Osiągano to, podając *placebo* na tydzień czy dwa przed zasadniczym testem wszystkim potencjalnym osobom badanym, a następnie zapraszając do badań zasadniczych tylko tych, którzy nie wykazywali się podatnością na *placebo*. W ten sposób grupa testowana w badaniach zasadniczych była bardziej homogeniczna, a rzeczywista efektywność terapii stawiała się, jak sądzono, łatwiejsza do określenia (Trivedi, Rush, 1994). Z metaanalizy przeprowadzonej przez Greenberga, Fishera i Ritera (1995) wynika jednak jednoznacznie, że procedura „splukania *placebo*” nie poprawia trafności oszacowania efektywności testowanej terapii i w istocie staje się tylko zbędnym zabiegiem niepotrzebnie wydłużającym czas badania. Wynikać to może z faktu, że prawdopodobnie nie istnieje fenomen trwałej dyspozycyjnej podatności na *placebo* (jak i – analogicznie do tego – nie istnieje fenomen trwałej dyspozycyjnej niepodatności na *placebo*).

Choć toczą się liczne dyskusje na temat tego, w jaki sposób należy badać skuteczność terapii na podstawie porównania z grupą przyjmującą substancję nieaktywną, sam fakt konieczności wykorzystywania *placebo* zdaje się nie budzić żadnych wątpliwości. Kontrowersyjne jest natomiast stosowanie metod kontrolnych i porównawczych z zastosowaniem *placebo* w przypadku szacowania efektywności psychoterapii. Zarówno techniki psychoterapeutyczne, jak i efekt *placebo* bazują na tych samych zasadach. *Placebo* jest przy tym spostrzegane jako forma oddziaływania o większej ogólności i mniejszej specyfice niż terapia oparta na uznanych zasadach teoretycznych (Horvath 1988). Wyodrębnienie specyficznych czynników testowanej metody terapeutycznej i przeciwstawienie ich „niespecyficznemu” działaniu *placebo* jest mało istotne, ponieważ podawanie *placebo* jest zwykle tak samo skuteczne, jak różnorodne formy psychoterapii (Frank 1982; 1983). W świetle przytoczonych danych zasadność testowania skuteczności technik psychoterapeutycznych poprzez stosowanie kontroli *placebo* jest więc co najmniej dyskusyjna (Borkovec 1985; Horvath 1987; 1988; O’Leary, Borkovec, 1978; Wilkins, 1973; 1985). Jednak Lesse (1970) nie bez racji zauważa, że dla większości psychoterapeutów charakterystyczna jest awersja do oceniania skuteczności poszczególnych sposobów psychologicznego oddziaływania na pacjenta. Tymczasem nie można wykluczyć, że u podstaw sukcesu wielu terapeutów leży nie jakaś preferowana przez nich metoda, lecz właśnie czynniki o charakterze *placebo*, np. sam fakt kontaktu pacjenta z psychoterapeutą o znanym nazwisku, solidnie wyglądający gabinet, w którym pacjent jest przyjmowany, wiedza, że terapia ta pomogła już wielu ludziom itp. Na rzecz takiego właśnie stanowiska świadcząby m.in. referowane przez Lesse (1970) dane, które pokazują, że efektywność różnych technik psychoterapeutycznych (zwłaszcza oceniana w dłuższej perspektywie czasowej) jest bardzo do siebie podobna. Przejdźmy z kolei do kwestii leczenia przy użyciu *placebo*, a więc możliwości redukowania przy jego użyciu różnych niepożądanych stanów organizmu i subiektywnych odczuć pacjentów.

PLACEBO JAKO LEK

Placebo kojarzone jest przeważnie z tabletkami składającymi się z cukru lub innej substancji, która

PLACEBO. SIŁA SUGESTII

z perspektywy wiedzy medycznej nie może mieć wpływu na przebieg terapii. Substancja taka może być jednak dostarczana nie tylko doustnie, ale i w postaci iniekcji domięśniowej czy dożylniej. Co więcej, także substancja farmakologicznie czynna może być *placebo*, jeśli tylko przynosi efekty inne niż wynikałoby z jej oddziaływania farmakologicznego. Wolf (cyt. za: Frank 1982) ordynował np. *emetyk* ciężarnym pacjentkom, skarżącym się na nudności, jednocześnie informując je, iż podaje środek przeciw wymiotom. W konsekwencji tego zabiegu osiągnął efekt zgodny z podaną instrukcją, nie zaś z teoretycznie przewidywanym działaniem leku. Rolę *placebo* może również pełnić pozorowana operacja (Beecher 1961) czy kontakt z terapeutą, a nawet samo oczekiwanie takiego kontaktu (Pentony, 1981; Frank, 1982). Oddziaływaniem typu *placebo* bywa też zarówno realne, jak i pozorowane naświetlanie promieniami, a także oddziaływanie telepatyczne (Rehder, 1955). Stwierdzono także, że osoby, które przed terapią proszono o wypełnienie baterii testów psychologicznych, wykazywały symptomy poprawy funkcjonowania (Frank i in. – cyt. za: Harris, 1994).

Pojawia się też pytanie o obszary chorób i dolegliwości, w których *placebo* jest szczególnie skuteczne. Najwięcej uwagi poświęcono możliwościom wykorzystania *placebo* w redukcji odczuwanego przez ludzi bólu. Pierwsze badania porównawcze efektywności *placebo* i analgezji farmakologicznej zostały opublikowane przez Beechera (1959). Na podstawie analizy 15 raportów określających skuteczność aktywnych środków uśmierzających bóle o różnorodnej etiologii u 1082 badanych w warunkach podwójnej ślepej próby, Beecher stwierdził, iż *placebo* okazało się skuteczne u wielu osób – 35%. Podobne wyniki osiągnął Evans (1974), stwierdzając skuteczność *placebo* w 36% przypadków.

Wydawać by się mogło, że *placebo* może być efektywne przy niewielkich dolegliwościach, ale nie może przynosić zmian przy silnym bólu. Tymczasem okazuje się, że jest dokładnie odwrotnie. *Placebo* podawane cierpiącym dla ulżenia bólowi jest tym efektywniejsze, im bardziej ból oceniany jest jako intensywny. W przypadku dolegliwości bólowych o niskiej intensywności efektywność *placebo* wynosiła jedynie 26%, zaś morfiny – aż 77%. Jeśli cierpienie oceniane było jako umiarkowane, to skuteczność obu środków wynosiła odpowiednio 35% i 62%. W przypadku dotkliwego bólu istotną poprawę po przyjęciu *placebo* odczuwało aż 40% chorych, natomiast podanie standardowej dawki morfiny przyniosło ulgę u 52% chorych (Beecher, 1956). Stosunkowo wysoką efektywność *placebo*-analgezji wyjaśnić można subiektywnością odczuwania bólu, a co za tym idzie – dowolnością szacowania poprawy. Istotne może być też to, że *placebo* może prowadzić do redukcji napięcia emocjonalnego i lęku oraz zmniejszać koncentrację na sobie, co w konsekwencji odwraca uwagę człowieka od odczuwanego bólu.

Dużą wagę dla udokumentowania możliwości redukcji objawów bólowych przez *placebo* wydają się mieć dane świadczące o jego skuteczności w przypadku istnienia jednoznacznego podłoża organicznego, ocenianego obiektywnie, tj. na podstawie wyników badań i obserwacji lekarskich. *Placebo* może redukować nie tylko subiektywne doznania, np. nudności, lecz również towarzyszące im zaburzenia funkcji narządów wewnętrznych (np. skurcze żołądka). Eliminowanie obu rodzajów objawów może następować równocześnie (Wolf – cyt. za: Frank, 1982).

Fascynujące są przypadki efektywności *placebo* w warunkach, w których konwencjonalna medycyna jest zwykle bezradna. Przypadek wycofania się zmian nowotworowych po zastosowaniu *placebo* u chorego z rozpoznaniem złośliwego mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma malignum*) opisał Klopfer (1957). Kolejnych dowodów na potwierdzenie możliwości wpływu omawianej procedury na objawy somatyczne (trwała zmiana poziomu cukru we krwi) dostarczyli Singer i Hurwitz (1967). Beecher (1975) zarejestrował z kolei odwrócenie fal T w zapisie EKG u chorych z rozpoznaniem dusznicy bolesnej, poddanych pozorowanej operacji. W przypadku chorych cierpiących z powodu dolegliwości reumatycznych poprawę po podaniu *placebo* obserwowano w ponad 80% przypadków, co – nawiasem mówiąc – w pełni uzasadniło jego dalsze przewlekłe stosowanie (Traut, Passarelli, 1957). Istnieje także wiele danych wskazujących na wysoką skuteczność *placebo* w terapii choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, a także krwawień z przewodu pokarmowego (Gliedman, Gantt, Teitelbaum 1974; Gudjonsson, Shapiro, 1978; Sachar, 1984).

Odrębnym zagadnieniem jest przydatność *placebo* w przypadkach redukcji niekorzystnych stanów, zachowań i innych objawów o etiologii psychogennej. Należą do nich m.in. zewnętrznie uwarunkowane obniżenie nastroju, lęk i inne przejawy niedostosowania sytuacyjnego. Frank (1978; Frank i in., 1963) w badaniach porównawczych wykazał po 4 miesiącach stosowania trzech różnych form psychoterapii ten sam stopień eliminacji dyskomfortu, jaki osiągnięto po dwóch tygodniach podawania *placebo*. Paul (1966) stwierdził wprawdzie większą skuteczność psychoterapii niż *placebo*, jednakże uzyskane przez niego wyniki nie zawsze potwierdzały się w innych badaniach (por. np. McReynolds i in., 1973, Smith; Glass, Miller, 1980).

Placebo okazuje się także względnie dobrym środkiem leczenia różnych objawów depresyjnych. Greenberg i jego współpracownicy (1994) orzekają na podstawie wykonanej przez siebie metaanalizy, że *placebo* jest tylko niewiele gorsze od rzekomo rewelacyjnego *prozacu*, a nie gorsze od wszelkich innych tradycyjnych leków antydepresyjnych. Co więcej, nawet w przypadku *prozacu* sprawa wydaje się złożona. Dla około 1/3 pacjentów *placebo* okazało się – bardziej od tej psychiatrycznej nowinki – skuteczne. Niejako przy okazji wspomniani

BARBARA DOLIŃSKA

badacze wykazali, że psychiatrzy są zdecydowanie bardziej entuzjastyczni w orzekaniu o poprawie stanu funkcjonowania pacjentów depresyjnych leczonych środkami farmakologicznymi niż sami pacjenci.

Placebo okazało się też skuteczne w terapii astmy oskrzelowej, powikłań poszczepiennych, nadczynności tarczycy, zapalenia okrężnicy, chorób wrzodowych i wielu innych chorób i dolegliwości (Bourne, 1971; Rossi, 1987).

Wpływ czynników nieistotnych farmakologicznie na stan somatyczny ilustrują też badania poświęcone tzw. efektowi odwróconego *placebo*, który polega na modyfikacji bądź wręcz odwracaniu działania aktywnych środków farmakologicznych poprzez zastosowanie odpowiedniej instrukcji słownej. Wolf (cyt. za: Lundh, 1987) udowodnił, że sugestie słowna może nie tylko znosić działanie aktywnego środka farmakologicznego, lecz również spowodować reakcję o charakterze odwrotnym. Lysterly i in. (1964) wykazali, że w zależności od podawanych informacji można uzyskać efekt podwyższenia lub obniżenia nastroju po podaniu zarówno amfetaminy, jak i wodzianu chloralu. U osób nałogowo przyjmujących LSD można z kolei wywołać halucynacje, jeśli podając im *placebo* zasugeruje się, że jest to środek halucynogeny (Redd, Witt, 1965).

Jak więc widać, zakres zastosowania *placebo* jest bardzo szeroki. Wskazuje to jednoznacznie na potencjalnie duże możliwości stosowania *placebo* w celach praktycznych – w przynoszeniu ulgi ludziom tam, gdzie medycyna konwencjonalna może być bezradna, albo gdzie jej zastosowanie może być dla człowieka niebezpieczne.

Pamiętać także trzeba, że *placebo* pomaga nie tylko „zamiast” konwencjonalnego leczenia, ale także jest obecne „obok” tego leczenia (Wickramasekera, 1985).

Pojawia się pytanie, dlaczego *placebo* działa? To pytanie dotyczy mechanizmu leżącego u podłoża efektu *placebo*. Kwestii tej należy poświęcić jednak nieco więcej miejsca.

EFEKT *PLACEBO*: DOPÓKI NADZIEJA DOPÓTY ŻYCIE

Klasyczna psychologia kliniczna wiązała zdrowie psychiczne z trafnym spostrzeganiem siebie i zewnętrznej rzeczywistości. Podejście takie nie wytrzymywało jednak konfrontacji z coraz częściej uzyskiwanymi danymi, wskazującymi, że przystosowawcze jest nie tyle trafne, co nieco wykrzywione spostrzeganie siebie, swojej sytuacji oraz swego fizycznego i społecznego otoczenia. Taylor i Brown (1988) w swoim głośnym artykule dotyczącym tej kwestii stwierdzają, że osoby zdrowe psychicznie ujawniają trzy powiązane ze sobą złudzenia; są skłonne do podtrzymywania nadmiernie pozytywnego mniemania o sobie, przeceniają swój wpływ na bieg zdarzeń oraz charakteryzują się nierealistycznym optymizmem (zob. też: Taylor i in., 1989; Taylor, Brown, 1994; Taylor, Gollwitzer, 1995).

Wydaje się, że z efektywnością *placebo* szczególnie związek ma optymistyczne nastawienie do własnej przyszłości i szans wyzdrowienia. Optymizm okazuje się bowiem silnie związany ze skuteczną i szybką rekonwalescencją oraz zmniejsza ryzyko zachorowania. Na przykład Carver i Gaines (1987) stwierdzili, że u kobiet optymizm podczas ciąży wiązał się z niskim prawdopodobieństwem depresji poporodowej. Strack, Carver i Blaney (1987) wykazali natomiast, że poziom optymizmu alkoholików jest dobrym predyktorem ich szans na uporanie się z nałogiem. Podobnie Scheier i jego współpracownicy (1990) uzyskali dane wskazujące na rolę optymizmu pacjentów w powrocie do zdrowia po poważnych operacjach chirurgicznych, a Hart i Hittner (1995), że optymizm pomaga w efektywnym radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Wiele innych danych ujawniających związek optymizmu i zdrowia – zarówno subiektywnie szacowanego przez pacjentów, jak i inferowanego z obiektywnych danych o charakterze medycznym – przedstawiają Snyder, Irving i Anderson (1991).

Optymizm nie zawsze jednak jest korzystny. Baumeister (1989) mówi o optymalnym zakresie pozytywnych iluzji. Wykazuje, że jeśli ich siła przekracza wspomniany zakres, iluzje takie stają się destruktywne. Człowiek jest przekonany, że „wszystko i tak się uda”, co powoduje, że nie podejmuje żadnych działań, aby pomóc losowi. Harris (1994), analizując rolę optymizmu pacjentów i lekarzy, zwraca uwagę, że efekt samospełniającego się proroctwa pojawia się wówczas, gdy wiąże się z aktywnością, a nie biernością ludzi. Jeśli pacjent przekonany jest, że na pewno wyzdrowieje, wpada w pułapkę bierności. Gdy natomiast uzna, że wyzdrowieje, jeśli podda się leczeniu, zwiększa to skuteczność terapii. Dlaczego? Oczywiście podstawową kwestią jest tu sam fakt podjęcia decyzji o leczeniu i przyjmowanie specyfików aktywnych farmakologicznie. Ale nie tylko to. Równie ważne są związane z tym oczekiwania dotyczące poprawy w stanie własnego zdrowia. Kirsch (1990) zakłada, że sama decyzja o podjęciu terapii powoduje, że ludzie czują się lepiej. Uwalnia ich to bowiem od ciągłego dylematu: leczyć się czy też nie i stanowi zasadniczy przełom w zmaganiu się z sytuacją stresową. Poza tym decyzja ta uruchamia mechanizm dodatniego sprzężenia zwrotnego. Pozytywne oczekiwania powodują subiektywną poprawę samopoczucia, co wpływa na procesy fizjologiczne w organizmie i wywołuje korzystne zmiany, które następnie wpływają zarówno na poprawę samopoczucia, jak i na oczekiwanie dalszych pozytywnych zmian. Plotkin (1985) zauważa, że pozytywne oczekiwania pacjenta w stosunku do efektywności terapii, której się poddaje, mogą wyczulać jego aparat percepcyjny na wszelkie sygnały poprawy i jednocześnie blokować percepcję

PLACEBO. SIŁA SUGESTII

sygnałów świadczących o tym, że tak się nie dzieje. Lundh (1987) natomiast sugeruje, że cierpiący pacjenci skoncentrowani są na wszelkich sygnałach zaburzeń organizmu, co indukuje u nich lęk i depresję. Podjęcie jakiegokolwiek terapii odsuwa w ich przypadku koncentrację uwagi z tych właśnie sygnałów. Terapeutyczne znaczenie *placebo* polega więc na przeciwdziałaniu skupiania się pacjentów na negatywnych i zagrażających informacjach napływających z organizmu.

Samo rozpoczęcie terapii jest więc z tej perspektywy rzeczą niebywale istotną. Przyjęcie *placebo* może być rozpatrywane w takich właśnie kategoriach. Pacjent nie może jednak mieć nadmiernych oczekiwań w stosunku do skuteczności przyjmowanego środka. Zbyt duża rozbieżność między oczekiwaniami a spostrzeganymi korzystnymi zmianami spowodować bowiem może przerwanie wspomnianego dodatniego sprzężenia zwrotnego. Kirsch (1990) sugeruje zatem, że w początkowym etapie każdej długotrwałej terapii trzeba wskazywać pacjentom stosunkowo łatwe cele, które mają być osiągnięte i pomagać im w ich realizacji. Jak ujmuje to Harris (1994) „klienci muszą mieć możliwość interpretowania czegoś, czegokolwiek, w pierwszych tygodniach terapii jako indykatora progresu”.

Istotną rolę w tym procesie odgrywają też przekonania lekarza czy terapeuty. Badania pokazują, że skuteczność terapii uzależniona jest od wiary w efektywność zabiegów, jaką prezentuje osoba ordynująca je (zob. Feldman, 1956; Freund i in., 1972). Najprawdopodobniej w procesie komunikacji z lekarzem czy terapeutą, pacjent odbiera pewne sygnały wzmacniające lub osłabiające jego własną wiarę w skuteczność leczenia. Ważne z tej perspektywy okazują się także elementy tzw. środowiska terapii, np. wygląd gabinetu czy prestiż szpitala (Lesse, 1970).

BARBARA DOLIŃSKA

PLACEBO – STOSOWAĆ CZY NIE STOSOWAĆ?

Stwierdzana wielokrotnie skuteczność *placebo* oraz poznane już warunki zwiększające i ograniczające jego efektywność nie oznaczają automatycznie bezwarunkowej rekomendacji do wykorzystywania tego efektu w praktyce medycznej i psychologicznej. Pojawiają się bowiem takie istotne pytania, jak np. „Czy *placebo* powinno zastępować tradycyjną terapię?”, „Czy terapeuta lub lekarz ma prawo wprowadzać pacjenta w błąd?”, „Co stanie się, gdy pacjent uzależni się (w sensie psychologicznym) od przyjmowanego *placebo*?” Spróbujmy przyjrzeć się tym dylematom.

Harris (1994) sugeruje, że w pewnych przypadkach korzystnie jest stosować *placebo* nie tyle zamiast, ale obok tradycyjnej terapii. Okazuje się, że np. psychologiczny trening radzenia sobie z agorafobią przynosi wyraźnie lepsze rezultaty, gdy pacjenci oprócz tradycyjnej psychoterapii regularnie przyjmują tabletki z substancją farmakologicznie nieaktywną (Mavissakalian, 1987).

Można też stosować *placebo* nie tylko łącznie z tradycyjnie uznanymi formami leczenia, ale w pierwszej, wstępnej fazie terapii. Zażywanie wielu tradycyjnych medykamentów niesie ze sobą ryzyko wystąpienia negatywnych efektów ubocznych. Dlatego też Harris sugeruje rozpoczynanie terapii od *placebo*. Jeśli okaże się ona skuteczna, problem jest rozwiązany. Dopiero jeśli okaże się, że *placebo* nie działa, należy w sposób płynny zmienić terapię, sugerując pacjentowi konieczność zwiększenia dawki lub zmiany lekarstw na bardziej skuteczne.

Istotnym problemem terapeutycznym paradoksalnie mogą być przypadki, gdy *placebo*... działa zbyt dobrze. Choć bowiem dzięki jego stosowaniu pojawia się wyraźny progres w funkcjonowaniu pacjenta, może powstać ryzyko, że symptomy poprawy wiązać on będzie wyłącznie z przyjmowanym „lekarstwem”. Może to skłaniać go do ciągłego używania tego „cudownego środka”. W takim przypadku lekarz czy terapeuta powinni podkreślać rolę samego pacjenta w zmianie jego stanu i przekonać go, iż jego dobre funkcjonowanie możliwe jest także po zaprzestaniu terapii. (Czasem konieczne jest tu ujawnienie, że pacjent przyjmował środek farmakologicznie nieaktywny, choć może to rodzić wiele komplikacji, z nawrotem choroby włącznie).

Stosowanie *placebo* może rodzić opory natury etycznej. Trzeba przecież okłamać pacjenta, mówiąc mu, że dostaje środek farmakologicznie aktywny. Czy jednak rzeczywiście trzeba? W starych badaniach Park i Covi (1965) wykazano, że *placebo* może działać także wtedy, gdy pacjentom jasno i otwarcie mówi się, że jest to... *placebo*. Grupie pacjentów psychiatrycznych (15 osób) powiedziano, że ludziom pomaga niekiedy polykanie tabletki cukru i eksperymentatorzy sądzą, że może to pomóc także im. Wszyscy pacjenci zgodzili się je przyjmować, a poprawę funkcjonowania odnotowano aż w czternastu przypadkach. Wywiady posteksperymentalne ujawniły, że połowa pacjentów nie wierzyła, że tabletki zawierały wyłącznie cukier. Wniosek taki wysnuli z faktu, że odczuli poprawę.

Rezultat tego badania może być praktyczną wskazówką dla tych, którzy z jednej strony doceniają siłę efektu *placebo*, a z drugiej przeżywają wątpliwości, czy z powodów etycznych można je stosować.

UWAGI KOŃCOWE

W artykule przedstawiłam rozważania na temat zakresu stosowania *placebo* w różnego rodzaju terapiach i badaniach naukowych. Zdaję sobie jednocześnie sprawę, że wiele aspektów związanych ze zjawiskiem *placebo* zostało tu pominiętych. Niektóre z nich, np. kwestia mechanizmów warunkujących wystąpienie efektu *placebo*, omawiam w innej swojej pracy (Dolińska, 1993). Inne problemy, równie interesujące, wciąż są słabo przez naukę rozpoznane. Z wielu względów (także czysto praktycznych) warto bliżej przyjrzeć się fenomenowi *placebo* i podjąć intensywne badania empiryczne nad tym fenomenem. Dotyczy to zarówno psychologów, jak i przedstawicieli innych dyscyplin (medycyny i socjologii). Przede wszystkim zwraca uwagę brak satysfakcjonującego modelu, który tłumaczyłby sam efekt *placebo*. Koncepcja, która mówi, że pozytywne oczekiwania podmiotu prowadzą do pozytywnych zmian w jego widzeniu świata i siebie, a także do zmian w funkcjonowaniu jego organizmu, jest tak naprawdę tylko powierzchownym opisem pewnego stanu (i to w dodatku stanu jedynie hipotetycznie zakładanego). Koncepcje bardziej zaawansowane teoretycznie, np. koncepcja Lundha (1987) czy Evansa (1985), dotyczą z kolei jedynie wąskich obszarów zastosowania *placebo*, a w dodatku nie są jeszcze dostatecznie zweryfikowane empirycznie. Z perspektywy teoretycznej szczególnie intrygujący wydaje się efekt *nocebo*, czyli pogorszenia funkcjonowania człowieka pod wpływem obojętnego farmakologicznie środka. Efekt ten może występować także wtedy, gdy pacjenci oczekują zmian pozytywnych. Białą plamą pozostaje wreszcie kwestia, która powinna szczególnie zainteresować psychologów osobowości, a mianowicie problem zmiennych indywidualnych, determinujących podatność na *placebo*. Choć wydawać się to może dziwne, do tej pory nie udało się ustalić jakiegokolwiek czynnika osobowościowego, który pozwoliłby satysfakcjonująco przewidywać reagowanie badanych (a testowano ich wiele, np. samoocenę, poczucie

PLACEBO. SIŁA SUGESTII

umiejscowienia kontroli, neurotyzm, stopień koncentracji na sobie, autorytaryzm i wiele innych, por. np. przegląd tego zagadnienia dokonany przez Shapiro, 1971). Odkrycie go miałoby zaś ogromne znaczenie praktyczne. Pozwoliłoby określić, u których pacjentów cierpiących na dolegliwości somatyczne skuteczna mogłaby być tabletką złożoną z cukru czy szklanka zabarwionej wody.

BIBLIOGRAFIA

- Baumeister, R. F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 176-189.
- Beecher, H. K. (1956). Evidence for increased effectiveness of placebos with increased stress. *American Journal of Physiology*, 187, 163-169.
- Beecher, H. K., (1959). *Measurement of subjective responses: Quantitative effect of drugs*. New York, Oxford University Press.
- Beecher, H. K. (1961). Surgery as placebo. *Journal of American Medical Association*, 176, 1102-1107.
- Beecher, H. K. (1975). Quantification of the subjective pain experience. W: M. Weisenberg (red.), *Pain. Clinical and experimental perspectives* (s. 56-66). Saint Louis: C. V. Mosby Company.
- Berglas, S., Jones, E. E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 405-417.
- Borkovec, T. D. (1985). Placebo: Definition the unknown. [W:] L. White, B. Tursky, G. E. Schwartz (red.), *Placebo Theory, Research and Mechanisms* (s. 59-64). New York-London: The Guilford Press.
- Bourne, H. R., (1971). The placebo – a poorly understood and neglected therapeutic agent. *Rational Drug Therapy*, November, 1-6.
- Brody, H. (1980). *Placebos and the philosophy of medicine. Clinical, conceptual and ethical issues*. The University of Chicago Press, Chicago-London.
- Brody, H. (1985). Placebo effect: An examination of Grunbaum's definition. [W:] L. White, B. Tursky, G. E. Schwartz. (red.), *Placebo Theory, research and mechanisms* (s. 37-58). New York-London: The Guilford Press.
- Carver, C. S., Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.
- Dolińska, D., (1993). Empiryczna analiza skuteczności placebo. *Przegląd Psychologiczny*, 36, 331-340.
- Evans, F. J. (1974). The power of a sugar pill. *Psychology Today*, 4, 55-59.
- Evans, F. J. (1985). Expectancy, therapeutic instructions, and placebo response. [W:] L. White, B. Tursky, G. E. Schwartz (red.), *Placebo Theory, Research and Mechanisms* (s. 215-228). New York-London: The Guilford Press.
- Feldman, P. E. (1956) The personal element in psychiatric research. *American Journal of Psychology*, 113, 52-59.
- Frank, J., D. (1978). Expectation and therapeutic outcome. The placebo effect and the role induction interview. [W:] J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. L. Liberman, A. R. Stone (red.), *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Frank, J., D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. *Psychotherapy Research and Behavior Change*, 1, 9-37.
- Frank, J., D. (1983). The placebo is psychotherapy. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, 291-292.
- Frank, J. D., Nash, E., H., Stone, A., R., Imber, S. D. (1963). Immediate and long-term symptomatic course of psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 120, 429-439.
- Friedman, A. S. (1975). Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- Freund, J., Krupp, P. P., Goodenough, D., Preston, L., W. (1972) The doctor-patient relationship and drug effect. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 13, 172-180.
- Gliedman, L., H., Gantt, W., H., Teitelbaum, H. A. (1974) Some implications of the conditional reflex for placebo research. *American Journal of Psychiatry*, 30, 779-785.
- Gromski, W., Nawrat, R. (1984). Some determinants of perceived responsibility and guilt in a compliance situation. *Polish Psychological Bulletin*, 15, 235-244.
- Greenberg, R. P., Bornstein, Zborowski, J., Fisher, S., Greenberg, M. D. (1994) A meta-analysis of fluoxetine outcome in the treatment of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 547-551.
- Greenberg, R. P., Fisher, S. (1994). Suspended judgment seeing through the double-masked design: A commentary. *Controlled Clinical Trials*, 15, 244-246.
- Greenberg, R. P., Fisher, S., Riter, J. A. (1995) Placebo washout is not a meaningful part of antidepressant drug trials. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 688-690.
- Gudjonsson, B., Shapiro, H. M. (1978) Response to placebo in ulcer disease. *American Journal of Medicine*, 65, 399-402.
- Harris, M. J. (1994). Self-fulfilling prophecies in the clinical context: Review and implications for clinical practice. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 145-158.
- Hart, K. E., Hittner, J. B. (1995). Optimism and pessimism: Associations to coping and anger-reactivity. *Personality and Individual Differences*, 19, 827-839.
- Horvath, P. (1987). Demonstrating therapeutic validity versus the false placebo-therapy distinction. *Psychotherapy*, 24, 47-51.
- Horvath, P. (1988). Placebos and common factors in two decades of psychotherapy research. *Psychological Bulletin*, 104, 214-225.
- Kirsch, I. (1978). The placebo effect and cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255-264.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Klopper, B. (1957). Psychological variables in human cancer. *Journal of Projective Techniques*, 21, 331-340.
- Kofta, M. (1979). *Samokontrola a emocje*. Warszawa: PWN.
- Kolditz, T. A., Arkin, R. M. (1982). An impression management interpretation of self-handicapping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 492-502.
- Lesse, S. (1970). *Anxiety. Its components, development, and treatment*. New York-London: Grune & Stratton.
- Lundh, L.-G., (1987). Placebo, belief and health. A cognitive – emotional model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 128-143.

PLACEBO. SILA SUGESTII

- Lyerly, S., Ross, S., Krugman, A., Clyde, D. (1964). Drugs and placebos: The effect of instructions upon performance and mood under amphetamine sulphate and chloral hydrate. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 321-327.
- Marlatt, G. A., Rohsenow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. [W:] N. K. Mello (red.), *Advances in substance abuse: behavioral and biological research*. Greenwich: JAI Press.
- Martin, C. S., Earleywine, M., Finn, P. R., Young, R. D. (1990). Some boundary conditions for effective use of alcohol placebos. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 500-505.
- Mavissakalian, M. (1987). The placebo effect in agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 95-99.
- McReynolds, W. T., Barnes, A. R., Brooks, S., Rehagen, N. J. (1973). The role of attention placebo influences in the efficacy of systematic desensitization. *Therapy*, 41, 86-92.
- Nisbett, R. E., Schachter, S. (1966). Cognitive manipulation of pain. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2, 227-236.
- O'Leary, K. D., Borkovec, T., D. (1978). Conceptual, methodological and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-830.
- Park, L. C., Covi, L. (1965). Non-blind placebo trial. *Archives of General Psychiatry*, 12, 236-245.
- Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford California: Stanford University Press.
- Pentony, P. (1981). *Models of influence in psychotherapy*. New York-London: The Free Press.
- Pepper, O. H. P. (1945). A note on the placebo. *American Journal of Pharmacy*, 117, 409-412.
- Plotkin, J. (1985). A psychological approach to placebo: The role of faith in therapy and treatment. [W:] L. White, B. Tursky, G. E. Schwartz (red.), *Placebo theory, research and mechanisms* (s. 86-92). New York-London: The Guilford Press.
- Redd, C. F., Witt, P. N. (1965). Factors contributing to unexpected reactions in two human drug-placebo experiments. *Cofina Psychiatrica*, 8, 57-68.
- Rehder, H. (1955). Wunderheilungen, ein Experiment. *Hipokrates*, 26, 577-580.
- Rosenthal, D., Frank, J. D. (1965). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rossi, E. L. (1987). The psychobiology of mind-body healing. [W:] J. Zeig (red.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Sachar, D. B., (1984). Placebo-controlled clinical trials in gastroenterology. *American Journal of Gastroenterology*, 79, 913-917.
- Schachter, S., D., Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., Carver, C. S. (1990). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects of physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Shapiro, A. K. (1968). Semantics of the placebo. *Psychiatric Quarterly*, 42, 653-696.
- Shapiro, A. K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy and psychoanalysis. [W:] A. E., Bergin, S. L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Shapiro, A. K., Morris, L. A. (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. [W:] S. L. Garfield, A. K. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Singer, D. L., Hurwitz, D. (1967). Long-term experience with sylfonylureas and placebo. *New England Journal of Medicine*, 227, 450-456.
- Smith, N. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). *Benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., Anderson, J. R. (1991) Hope and health. [W:] C. R. Snyder, D. R. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective* (s. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Strack, S., Carver, C. S., Blaney, P. H. (1987). Predicting successful completion of an after-care program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 579-584.
- Taylor, S. E., Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, S. E., Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.
- Taylor, S. E., Collins, R. L., Skokan, L. A., Aspinwall, L. G. (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 114-129.
- Taylor, S. E., Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213-226.
- Traut, E. F., Passarelli, E. W. (1957). Placebos in the treatment of rheumatic arthritis and other rheumatic conditions. *Annales of Rheumatic Diseases*, 16, 18-21.
- Trivedi, M. H., Rush, J. (1994). Does a placebo run-in or a placebo treatment cell affect the efficacy of antidepressant medications? *Neuropsychopharmacology*, 11, 33-43.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., Sobel, M. B. (1981). Alcohol consumption as a self-handicapping strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 220-230.
- Weidner, G. (1980). Self-handicapping following learned helplessness and the type a coronary-prone behavior pattern. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 319-325.
- Wickramasekera, I. (1985). A conditioned response model of placebo effect: Predictions from the model. [W:] L. White, B. Tursky, G. Schwartz (red.), *Placebo: theory, research and mechanisms* (s. 255-288). New York-London: The Guilford Press.
- Wilkins, W. (1973). Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 69-77.
- Wilkins, W. (1978). Expectancy effects versus demand characteristics: An empirically unresolvable issue. *Behavior Therapy*, 9, 363-367.

BARBARA DOLIŃSKA

Wilkins, W. (1985). Placebo controls and concepts in chemotherapy and psychotherapy research. [W:] L. White, B. Tursky, G. E. Schwartz (red.), *Placebo: theory, research and mechanisms* (s. 83-109). New York-London: The Guilford Press.