

EMILIA SOROKO

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut PsychologiiWYBRANE SPOSOBY
ANALIZY AUTONARRACJI W DIAGNOZIE KLINICZNEJ
NA PRZYKŁADZIE
PARANOICZNEGO ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie przydatności wybranych aspektów analizy narracji w diagnozie klinicznej, w której – oprócz rozpoznania obrazu zaburzenia osobowości, mechanizmu psychopatologii i etiologii – istotne jest też poznanie sposobu doświadczania samego siebie przez pacjenta. Zakładamy, że wypowiedź pacjenta sama w sobie jest fenomenem psychicznym – sposobem konstrukcji (i przeżywania) zaburzenia, a analiza autonarracji pacjenta pozwala zrozumieć, jak konstruuje on swoją psychopatologię. Jako wiodącą koncepcję narracyjną wybrano do opisu kliniczny model narracyjnej organizacji doświadczenia (*model of narrative development* – Salvatore, Dimaggio i Semerari, 2004), a jako przykład kliniczny omówione zostało paranoiczne zaburzenie osobowości.

Słowa kluczowe: paranoiczne zaburzenie osobowości, diagnoza kliniczna, autonarracja, analiza narracji, psychologia narracji.

Badania prowadzone w nurcie narracyjnym są obecnie czymś powszechnym – w polskiej literaturze można nawet dostrzec tezę, że okres prekursorski psychologii narracyjnej został domknięty, a obecnie obserwujemy czas rozkwitu tej dyscypliny (Dryll i Cierpka, 2011). Warto podkreślić, że naukowa psychologia narracyjna – najogólniej mówiąc – dąży do empirycznego badania psychologicznych aspektów konstruowania znaczeń (Laszlo, 2008). Ważnym obszarem, w którym psychologia narracji się rozwija, jest obszar metodyczny i metodologiczny, głównie związany z wykorzystywaniem metod analizy narracji zarówno

do celów badawczych, jak i diagnostycznych. Analizę narracji należałoby rozumieć nie jako metodę jednolitą, ale raczej zbiór różnorodnych metod, za pomocą których traktuje się opowieść (narrację, historię) jako podstawową jednostkę analizy (Esin, 2011; Polkinghorne, 2003). Należy ona do szerszego nurtu badań narracyjnych (*narrative research, narrative inquiry*), ukierunkowanych raczej na rozumienie, jako wynik interpretacji, niż na wyjaśnianie (Josselson, 2006; Kramp, 2004; Howitt, 2010).

Metoda analizy narracji ma długą tradycję w diagnozie klinicznej (np. analiza historii powstałych w wyniku stosowania Testu Apercepcji Tematycznej) oraz w psychoterapii i psychoanalizie (Ferro, 2006). Zyskuje ona obecnie coraz to precyzyjniejsze opisy i poddaje się coraz to dokładniejszym klasyfikacjom w ramach jakościowych metod badawczych w psychologii i naukach społecznych (Frost, 2011; Howitt, 2010; Riessman, 2008). Jednocześnie można zauważyć rzadsze odnoszenie metody analizy narracji do praktyki klinicznej, mimo że – jako jakościowa metoda badawcza – jest bliska diagnozie klinicznej, w której zasadniczą rolę odgrywa pogłębiony i zindywidualizowany kontakt z pacjentem (klientem) (por. Zhou i Zhang, 2007).

Niniejszy artykuł ma na celu zwiększenie transferu wiedzy i doświadczeń badawczych z zakresu 1) metodyki analizy autonarracji oraz 2) koncepcji rozwoju narracji, autorstwa Salvatore, Dimaggio i współpracowników (Salvatore, Damaggio i Semerari, 2004; Goncalves i in., 2002), do praktyki klinicznej, wraz z przykładami użyteczności wybranych aspektów analizy narracji w jakościowej diagnozie klinicznej. Możliwości, jakie przynosi analiza autonarracji, zostaną ukazane na przykładzie paranoicznego zaburzenia osobowości, ponieważ jest ono jednym z najcięższych zaburzeń osobowości, które charakteryzuje się specyficzną autonarracją o dużej sile perswazji, wpływającą na odbiorcę, przez co stawia duże wyzwania diagnostyczne.

NARRACJA, AUTONARRACJA I BADANIA NARRACYJNE

W literaturze psychologicznej wykorzystuje się pojęcie narracji w różnorodny sposób (por. więcej w: Trzebiński, 2004; Stemplewska-Żakowicz, 2002; Dryll, 2004). Narracja (opowieść, historia) to konfiguracja zdarzeń w czasie, przedstawiająca losy postaci (bohaterów), dziejące się na tle opisywanych okoliczności (świat przedstawiony). Jeśli potraktujemy narrację jako proces komunikowania stworzonych opowieści w relacjach społecznych (tzw. dyskurs

narracyjny – Kurcz, 2001), można wskazać na strukturę opowiedzianej narracji, wyróżniając w niej wstęp, rozpoznanie, komplikację akcji, ewaluację, rozwiązanie i kodę (Labov, 2009). Elementy opowieści, czyli epizody, wiązane są ze sobą na trzy główne sposoby: czasowo (np. zdarzenia następują po sobie), przyczynowo-skutkowo (np. pewne zdarzenie prowadzi do określonego doświadczenia) lub/i celowościowo (np. bohater ma intencję określonego działania). Sposób układania i wiązania zdarzeń i doświadczeń wskazuje na interpretację zdarzeń przez autora, który pojawia się w opowieści jako narrator.

Autonarrację traktuje się jako wypowiedź autobiograficzną ustrukturowaną narracyjnie (podejście tekstualne) lub podkreśla się jej psychologiczny i dynamiczny charakter mówiąc, że jest nadrzędną, poznawczo-afektywno-behawioralną strukturą, która organizuje „mikronarracje” codziennych zdarzeń w „makronarrację” życia, zwiększa samorozumienie, pozwala ustalić zakres celów osobistych i prowadzi do określonego sposobu funkcjonowania społecznego (Neimeyer, 2006; por. też *life story* – McAdams, 2001). Tak rozumiana autonarracja ściśle wiąże się z problematyką tożsamości osobowej. Autonarracja jako proces nadawania znaczenia doświadczeniu angażuje percepcję, jak i wyobraźnię, zatem autonarrację można traktować jako wytwór jednostki, zawierający zarówno odniesienia do faktów, jak i elementy fikcyjne (Hermans i Hermans-Jansen, 2000).

Organizowanie doświadczenia w narrację daje pewną nadwyżkę informacji względem wypowiedzi czysto opisowych – dostarcza danych, które można analizować pod kątem struktury i formy (w jaki sposób ktoś opowiedział historię) oraz pod kątem opowiedzianych treści i znaczeń (o czym jest historia i jaka wizja świata i siebie jest w niej konstruowana). W literaturze wyodrębnia się różne typy analizy narracji (por. np. Riessman, 2008; Laszlo, 2008; Howitt, 2010; Esin, 2011), z których najważniejsze to: analiza formalno-strukturalna (jak opowiadane są historie?), analiza tematyczna (jaki jest temat opowiadanych historii?), analiza interakcyjna (jak znaczenie opowieści kształtuje się w kontekście jej opowiadania drugiej osobie?), analiza hermeneutyczna (związana między innymi ze znaczeniem historii jako tekstu dla tożsamości opowiadającego i kontekstu). Osobno wyodrębnia się analizy jakościowe, skoncentrowane na wykrywaniu nieredukowalnych do liczb znaczeń i sensów (por. Straś-Romanowska, 2000), oraz analizy ilościowe – oparte na systematycznym i obiektywnym określaniu mierzalnych cech przekazu (por. Holsti, 1968 – za: Paluchowski, 2000; Berelson, 1952). Ważna część analiz autonarracji osób z populacji klinicznej odbywa się właśnie z wykorzystaniem ilościowej lub jakościowej analizy treści, skoncentrowanych na formalno-strukturalnych lub treściowych aspektach wypowiedzi (por. np. Teglasi, 2010).

KLINICZNY MODEL ROZWOJU NARRACJI W UJĘCIU SALVATORE, DIMAGGIO I WSPÓŁPRACOWNIKÓW

W literaturze poświęconej narracyjnej aktywności człowieka pojawia się wiele koncepcji powstawania autonarracji – od koncepcji społecznych, akcentujących współkonstruowanie narracji w dialogu (Gergen, 1998), do ujęć klinicznych, wyznaczających kryteria zdrowia i patologii (Salvatore, Dimaggio i Semerari, 2004; Goncalves i in., 2002; Angus i in., 2004). W tych ostatnich sugeruje się, że zanim autonarracja będzie miała określoną realizację językową i pojawi się jako wypowiedź narratora, może mieć pewne formy pierwotne i pośrednie, silnie zakorzenione w doświadczeniu cielesnym. Zauważa się, że tendencje narracyjne są obecne już na poziomie percepcji i rozwijają się od zaawansowanego poziomu, na którym doświadczenie może być wszechstronnie opracowane i poddane świadomej refleksji (por. Stemplewska-Żakowicz i Zalewski, 2010; Damasio, 2000; Trzebiński, 2002).

Salvatore i współpracownicy (2004; Goncalves i in., 2002) proponują taką konceptualizację procesu powstawania (rozwoju) narracji, w której można przyjąć się różnym formom narracji – od tych bardziej pierwotnych i niewerbalnych do bardziej skomplikowanych – werbalnych (por. Tabela 1). Koncepcja ta opiera się między innymi na pracach Damasio (2000) oraz założeniu, że nieciągłe procesy neuronalne (cielesne) formują się w obrazy mentalne, połączone z afektem, a te z kolei – w coraz bardziej złożoną narrację (por. też Tomkins – za: Oleś, 2003; por. też Kernberg, 2005). Pierwotne procesy przednarracyjne rozgrywają się na dwóch poziomach: prenarracyjnym i protonarracyjnym. Na poziomie prenarracyjnym powstaje związek przyczynowo-skutkowy między obecnością obiektu a stanem organizmu (mózg tworzy reprezentacje samego siebie w danym zmieniającym się otoczeniu), które można określić jako mikroepizody (por. Stemplewska-Żakowicz i Zalewski, 2010). Na poziomie protonarracyjnym, z poszczególnych reprezentacji prenarracyjnych powstają mikrosekwencje mentalnych obrazów, dostępne świadomości, które oznaczone są afektywnie. Pewne obrazy mentalne mają wspólny temat afektywny, więc łączą się ze sobą i mogą być wydobywane z pamięci i przeżywane przez osobę jako następujące po sobie obrazy umysłowe.

Tabela 1

Poziomy rozwoju narracji i ich charakterystyka. Opracowano na podstawie: Salvatore i współpracownicy (2004)

Poziom rozwijania się narracji		Krótką charakterystyka
Poziomy przednarracyjne (przedwerbalne)	prenarracyjny	związek przyczynowo-skutkowy między obecnością obiektu a stanem organizmu
	protonarracyjny	mikrosekwencje mentalnych obrazów, które oznaczone są afektywnie i dostępne są świadomości
Poziomy narracji rozszerzonych (możliwe do zwerbalizowania)	nieświadoma narracja proceduralna	bardziej złożone sekwencje obrazów mentalnych powiązanych afektywnie, odnoszone do obiektu, wyzwalające określone automatyczne reakcje w relacjach interpersonalnych
	narracja w postaci sądów	złożone świadome werbalne reprezentacje, ujmowane w strukturę narracyjną
	narracje interakcyjne	różnorodne narracje realizowane w złożonym dialogu wewnętrznym lub w interakcjach społecznych

W przypadku przednarracyjnych poziomów problem psychopatologii dotyczy najprawdopodobniej braku, zbyt słabego lub błędnego oznaczenia afektywnego obrazów mentalnych, co uniemożliwia połączenie różnych komponentów doświadczenia w spójną całość (wystąpi fragmentacja doświadczenia). W efekcie relacjonowanie własnego doświadczenia przebiega w sposób chaotyczny i mało wiarygodny (por. Stemplewska-Żakowicz i Zalewski, 2010). Proces syntetyzowania protonarracji (tworzenia mikrosekwencji obrazów mentalnych) nie przebiega w umyśle w izolacji (Salvatore, Dimaggio i Semerari, 2004). We wczesnych etapach rozwoju opiekun pomaga dziecku identyfikować stany emocjonalne, wybierać obrazy i wspomnienia znaczące, a także wyłączać ze świadomości to, co jest nieistotne, i w ten sposób uzupełnia regulację emocjonalną dziecka (de Roten i in., 2003; Salvatore, Dimaggio i Semerari, 2004). Na kolejnych etapach rozwoju człowiek nadal formuje kolejne autonarracje, począwszy od tych poziomów, ale może to przebiegać w mniej lub bardziej adekwatny sposób, w zależności od wcześniejszych doświadczeń (por. Angus i in., 2004).

W dalszej kolejności Salvatore i współpracownicy (2004; Goncalves i in., 2002) wyróżniają poziomy narracji bardziej złożonych, tzw. narracji rozszerzonych, w których przeszłość, teraźniejszość i przyszłość są ze sobą łączone. Pierwszym z poziomów jest nieświadoma narracja proceduralna, której początki kształtują się w relacji z opiekunem. Obejmuje ona zorganizowane intrapsychiczne reprezentacje umysłowe relacji z ważnym innym. Są to, inaczej mówiąc, bardziej złożone sekwencje obrazów mentalnych powiązanych afektywnie, odnoszące się do obiektu. Reprezentacje te są określane w psychologii klinicznej jako reprezentacje relacji z obiektem (Kernberg, 2005), wewnętrzne modele operacyjne (Bowlby, 2007), epizody relacyjne (Luborsky i Crits-Christoph, 1990) czy też skrypty (Tomkins – za: Oleś, 2003). Ich główną funkcją jest to, że wyzwalają automatyczne reakcje w określonych sytuacjach, co może prowadzić do nieporozumień i konfliktów interpersonalnych. Można powiedzieć, że narracja proceduralna jest raczej odgrywana niż opowiadana i trudno byłoby osobie odpowiedzieć na pytanie o powody takiego a nie innego zachowania. Nieświadoma narracja proceduralna może mieć różny poziom uświadomienia, nawet bliski zwerbalizowaniu – może wiązać się bowiem z różnymi poziomami umiejętności myślenia o sobie w kontekście wiedzy o psychice innych osób oraz ukształtowania się zdolności do mentalizacji (por. np. Fonagy i Target, 1997). Przy rozpatrywaniu tego poziomu rozwoju narracji, o zdrowiu psychicznym świadczy przewaga zaspokajających reprezentacji relacji z obiektem (nad reprezentacjami relacji frustrujących) oraz możliwość traktowania obiektu jako różniącego się od „ja” i mającego swoje życie wewnętrzne (por. Kernberg, 2005; Fonagy i Bateman, 2005). Mimo automatyczności reakcji i obecności konfliktów w relacjach z ważnymi osobami, pozwala to na pewną elastyczność zachowań, wynikającą z rozumienia umysłu drugiej osoby, i nie wyklucza satysfakcji w tych relacjach (por. Cierpka i in., 1998).

Drugim poziomem narracji rozszerzonych jest świadoma narracja w postaci sądów, która obejmuje werbalną reprezentację siebie, obiektu i relacji. Taka narracja może być prowadzona świadomie, może być intencjonalnie modyfikowana i ukierunkowywana przez opowiadającego zgodnie z jego celami. Zawiera ona elementy osobiste, takie jak oczekiwania wobec relacji, schemat samego siebie oraz oczekiwana reakcja innego (por. też: Luborsky i Crits-Christoph, 1990), a także społeczno-kulturowe wartości, ideały, zawarte w dyskursie społecznym, mitach czy innych zewnętrznych opowieściach (wzorce narracyjne, Gergen, 1998; por. też: Neimeyer, 2006; Norrick, 2008). Warunkiem zdrowia psychicznego jest zgodność świadomej narracji w postaci sądów z doświadcze-

niem cielesnym, czyli z poprzednimi poziomami narracyjnej organizacji doświadczenia (por. też: Angus i in., 2004).

Trzecim poziomem narracji złożonych są werbalne narracje interakcyjne – realizowane w złożonym dialogu wewnętrznym lub w interakcjach społecznych (por. model umysłu polifonicznego, dyskursywnego – np. Hermans i Hermans-Jansen, 2000; Stemplewska-Żakowicz, 2002). „Ja” jest złożone z wielu części (postaci, pozycji, głosów – wielogłosowość), które odnoszą się do siebie (adresowalność) i mogą wchodzić ze sobą w interakcje (dialogowość). Osoba może zatem tworzyć wiele różnych narracji i autonarracji z odmiennych perspektyw, nawet przeciwstawnych, choć odnoszących się do tych samych doświadczeń i faktów (por. Oleś, 2008, 2011). Na tym poziomie wyznacznikiem zdrowia psychicznego jest możliwość utrzymania dialogu między pozycjami, a więc niekoniernie spójność w zakresie interpretacji doświadczeń, a bardziej możliwość ich negocjowania. W zakresie spójności ważne pozytywne funkcje pełni przyjmowanie pozycji obserwującej (metapozycji) i związane z nią uruchomienie refleksji nad własnymi tendencjami interpretacyjnymi (por. Stemplewska-Żakowicz, 2002).

Narracje w postaci sądów i narracje interakcyjne są związane z poczuciem ciągłości własnej biografii dzięki integrowaniu doświadczeń i rozumieniu siebie i świata. Za podstawowe funkcje rozbudowanych narracji uznaje się tworzenie, stabilizowanie i integrowanie tożsamości osobowej (np. McAdams i in., 2004) oraz uzgadnianie doświadczenia osobistego ze znaczeniami społeczno-kulturowymi (por. Chaitin, 2004; Hardin, 2003). Odkrycie, że funkcje te w zaburzeniach osobowości są słabo realizowane, znajduje swoje odzwierciedlenie w nowych kryteriach zaburzeń osobowości, zawartych w projekcie podręcznika diagnostycznego DSM-V, gdzie uznaje się, że za problemy adaptacyjne osób z zaburzeniami osobowości odpowiada zaburzone poczucie tożsamości lub/i niemożność tworzenia zadowalających związków z ludźmi (Kring i in., 2012). Analiza autonarracji z perspektywy poziomu interakcyjnego i narracji w postaci sądów jest obiecującym źródłem dostępu do zaburzeń tożsamości oraz relacji interpersonalnych w zaburzeniach osobowości.

Opisywany model rozwijania się narracji ma strukturę hierarchiczną – organizowanie doświadczenia przebiega od bardziej podstawowych do bardziej złożonych poziomów narracji, odzwierciedlając zakres, do jakiego dane doświadczenie emocjonalne może być opracowane i poddane świadomej refleksji. Hierarchiczność ta wydaje się odnosić zarówno do rozwoju osobniczego, jak i do formowania się poszczególnego doświadczenia. Możliwe jest opisywanie i badanie każdego z poziomów osobno, ale również funkcjonowanie tej samej osoby

opisać można na różnych poziomach jednocześnie. Model ten może być przydatny do obserwowania zjawiska regresji psychicznej, a także problematyki parcjalności bądź całościowości zaburzenia (w pewnych obszarach treściowych doświadczenia pacjent może funkcjonować na poziomie niższym, a w innych na wyższym).

Zaburzenie narracyjnego organizowania doświadczenia (rozwoju narracji) na poziomach przednarracyjnych prowadzić będzie do powstawania tzw. narracji zubożałych, które w warstwie powierzchniowej tekstu nie spełniają kryteriów definicyjnych narracji lub pozbawione są odniesień do wewnętrznych stanów podmiotowych (uczuć, intencji, motywów). Trudności na poziomach wyższych skutkują raczej deficytem integracyjnym, co na poziomie werbalnym objawia się tym, że narracja jest obecna, ale nie pełni funkcji integrującej, lub narracja produkowana jest nadmiernie, ale nie ma w niej porządku (*impoverished narratives; deficits in narrative integration*, Salvatore, Dimaggio i Semerari, 2004; Dimaggio i Semerari, 2001; Dimaggio, 2010; Dimaggio i in., 2003).

WYKORZYSTANIE ANALIZY
AUTONARRACJI W DIAGNOZIE KLINICZNEJ
NA PRZYKŁADZIE
PARANOICZNEGO ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

W diagnozie klinicznej oprócz opisu obrazu zaburzenia, mechanizmu salutogenetycznego i patogenetycznego oraz etiologii (Cierpiałkowska, 2008), istotne jest też poznanie sposobu doświadczania samego siebie przez pacjenta – tego, jak choroba (lub cierpienie) wygląda z jego indywidualnej perspektywy. Ten osobisty punkt widzenia pacjenta nie jest prostym wymienianiem uciążliwych objawów, ale próbą nadania znaczenia objawom, powiązania problemów z własną biografią i przedstawienia siebie w obdarzonym określonymi właściwościami świecie. W podejściu narracyjnym zakładamy, że wypowiedź pacjenta sama w sobie jest fenomenem psychicznym – sposobem konstrukcji (i przeżywania) zaburzenia (Goncalves, Korman i Angus, 2000). Dlatego analiza autonarracji pacjenta pozwala zrozumieć, jak konstruuje on swoje zaburzenie. Z perspektywy psychologii narracyjnej psychopatologię uznać można za naukę o zaburzeniach nadawania znaczeń doświadczeniom i zdarzeniom (Goncalves i in., 2002).

Aby przedstawić przydatność wybranych kategorii analizy narracji w diagnozie klinicznej, wybrano paranoiczne zaburzenie osobowości (PZO), ponieważ stawia ono przed klinicystami pewne szczególne wyzwania. Mają oni bowiem do

czynienia z pacjentem, który nadaje faktom i doświadczeniom znaczenia w sposób tendencyjny (doszukując się zagrożenia płynącego ze świata), słabo podatnym na psychoterapię, ponieważ tendencyjność tę uruchamia także w relacji z klinicystą. Jest też pacjentem o sztywnym obrazie siebie, którego świat wewnętrzny trudno zrozumieć, ponieważ może budzić w klinicyście niechęć, niepokój lub prowokować do konfrontacji (por. Beck, Freeman i Davies, 2005; Millon i in., 2005; McWilliams, 2009). Podejście narracyjne, które kładzie nacisk na rozumienie właśnie oraz na próbę ujęcia psychiki pacjenta „od wewnątrz”, będzie tutaj szczególnie przydatne.

W klasyfikacji DSM-IV-TR (2000/2008) paranoiczne zaburzenie osobowości (PZO) (wraz z zaburzeniem osobowości schizotypowym i schizoidalnym) umieszczane jest w wiązce A (określanej jako grupa zaburzeń osobowości dziwno-ekscentrycznych) i jest opisywane przez trwałą postawę nieufności i podejrzeń, że cudze motywy pełne są złych intencji, oraz oczekiwanie bycia wykorzystanym i oszukanym. Dokładniej PZO określa się przez zespół sześciu nieadaptacyjnie nasilonych cech: podejrzliwości, wrogości, autonomiczności, nadwrażliwości, nadmiernej czujności i sztywności, które powinny być odróżnione zarówno od przejściowych stanów braku zaufania, jak i od systematycznych urojeń o psychotycznym charakterze (Miller i in., 2002; zob. też Ramka 1). Jest to zaburzenie osobowości uznawane za jedno z cięższych zarówno ze względu na głęboki poziom dysfunkcji interpersonalnych, projekcyjny styl obronny (Millon i in., 2005), jak i niski poziom dojrzałości rozwoju relacji z obiektem i funkcjonowania intrapsychnicznego (Kernberg i Caligor, 2005). Mogą w nim występować okresowe stany psychotyczne, zwłaszcza podczas silnego stresu. Osoby z PZO najczęściej rozpoczynają psychoterapię między 30 a 40 rokiem życia, a zgłaszanymi przez nie powodami są: depresja, epizod pobytu w szpitalu psychiatrycznym lub zmartwienie bliskich ich alienacją społeczną, lęki, uzależnienie lub problemy w pracy (Nicolo i Nobile, 2007).

Obok złożonych teorii wyjaśniających mechanizm i genezę PZO w różnych paradygmatach (por. np. Seroko, 2004, 2013), warto podkreślić kliniczne znaczenie koncepcji opisujących dynamikę obrazu tego zaburzenia, których przykładem jest koncepcja Akhtara (1990), oraz koncepcje narracyjne paranoicznego zaburzenia osobowości, przedstawiane w dalszej kolejności przy klinicznych ilustracjach.

Ramka 1

Kryteria diagnostyczne paranoicznego zaburzenia osobowości według DSM-IV-TR (2000/2008)

DSM-IV (oś II: Zaburzenia osobowości)
<p>A. Trwała nieufność i podejrzliwość wobec innych, sprawiająca, że ich motywacje są interpretowane jako złowrogie, rozpoczynająca się we wczesnej dorosłości i obecna w różnych okolicznościach, wskazywana przez cztery lub więcej z poniższych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. podejrzwanie, bez wystarczającej podstawy, że inni osobę wykorzystują, szkodzą jej lub ją oszukują; 2. nadmierne zajmowanie się nieuzasadnionymi wątpliwościami na temat lojalności i zaufania ze strony przyjaciół i współpracowników; 3. niechęć do ufania innym z powodu obawy, że informacje zostaną złośliwie wykorzystane przeciwko osobie; 4. dopatrywanie się w obojętnych wypowiedziach lub wydarzeniach takich ukrytych intencji, jak poniżenie i zagrożenie; 5. uporczywe okazywanie urazy, np. niemożliwość wybaczenia doznanej zniewagi, krzywdy, lekceważenia; 6. dopatrywanie się ataków ze strony innych, którzy nie mają takich intencji, oraz szybkie reagowanie gniewem i kontratakami; 7. okazywanie na bieżąco nieuzasadnionych podejrzeń dotyczących małżonka czy partnera seksualnego. <p>B. Nie występuje jedynie w przebiegu schizofrenii, zaburzeń nastroju z elementami psychotycznymi, innych zaburzeń psychotycznych oraz nie jest pod bezpośrednim wpływem zaburzeń fizjologicznych.</p>

Próbując połączyć podejście fenomenologiczne z psychoanalitycznym i starając się ukazać złożoność zaburzenia, Akhtar (1990) zaproponował podział cech klinicznych PZO, obejmujący sześć obszarów funkcjonowania. Każdy obszar ma wymiar jawny – zachowania pokazywane innym ludziom – oraz ukryty, z którym jednostka boryka się w doświadczeniu wewnętrznym (Tabela 2). Wymiar jawny można też rozumieć jako obraz PZO w okresie kompensacji, zaś ukryty – jako obraz w okresie dekompensacji, wywołanej nasileniem stresu, pozbawiającym osobę typowych dla zaburzenia mechanizmów obronnych. Osoba może zatem przechodzić od funkcjonowania w oparciu o cechy jawne do funkcjonowania w oparciu o cechy ukryte pod wpływem stresowych czynników spustowych lub jednocześnie – choć częściowo – doświadczać stanów jawnych i ukrytych. Propozycja Akhtara mówi o dynamice obrazu w PZO i zachęca klinicystów do spojrzenia na różnorodne aspekty funkcjonowania psychicznego, sugerując, że za zmianami doświadczenia pacjenta oraz za zmianami obrazu klinicznego stoją złożone mechanizmy psychologiczne. Podobne poszerzenie perspektywy opisu o rozumienie procesów psychicznych przynosi podejście narracyjne – zarówno teoretyczne, jak i metodologiczne.

Tabela 2

Obszary funkcjonowania psychospołecznego osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości oraz wybrane przykłady cech jawnych i ukrytych. Opracowano na podstawie: Akhdar, 1990, s. 15-19

Obszary	Cechy jawne	Cechy ukryte
1. obraz siebie	arogancja, nadmierna pewność siebie	nieśmiałość, wątpliwości
2. relacje interpersonalne	oskarżenia, wymagania	poczucie winy
3. adaptacja społeczna	pracowitość, preferowanie „suchych” faktów	nieumiejętność bycia naturalnym, cieszenia się np. muzyką, poezją
4. miłość i seksualność	brak romantyzmu	zaniepokojenie własną sprawnością seksualną
5. etyka, standardy, ideały	religijność	okazjonalne tendencje socjopatyczne
6. styl poznawczy	nadmiernie wyostrożona uwaga	utrata proporcji i znaczenia kontekstu

Na podstawie wspomnianych wcześniej sposobów analizy materiału naracyjnego można wskazać kilka sposobów analizy autonarracji pacjentów, uwzględniającej ogólne właściwości rozwoju narracji według Dimaggio, Salvatore i współpracowników. Każdy ze sposobów analizy zostanie dalej zilustrowany materiałem klinicznym i odniesiony do poziomu rozwoju narracji.

Ilustracja I

– Protonarracja i narracja w postaci sądów w PZO

W celu zilustrowania wybranych właściwości protonarracji oraz narracji w postaci sądów u osób z PZO, zastosowano analizę czerpiącą z tradycji tematycznej analizy narracji (por. wybrane kategorie analizy wypowiedzi w TAT – Suchańska, 1994; Teglasi, 2010; por. system analizy historii życia według propozycji McAdamsa, 2001). Zanalizowano: (1) ton emocjonalny wypowiedzi, (2) bohatera i jego działania, (3) inne postaci i ich działania oraz (4) zakończenie (konkluzję) wypowiedzi. Kategorie zostały wybrane dla przykładu i arbitralnie, jednak z uwzględnieniem wiedzy teoretycznej, wskazującej, że dla zrozumienia doświadczania w PZO ważne będą relacje interpersonalne i procesy tendencyjnej interpretacji zdarzeń i zachowań. Jednostką analizy jest tutaj fragment tekstu, który odnosi się do danej kategorii i niesie określone znaczenie (jednostka

sensu). Analizę objęto zarejestrowane podczas sesji psychoterapeutycznej wypowiedzi pacjentki, 59-letniej kobiety, cierpiącej na paranoiczne zaburzenie osobowości¹.

Ramka 2

Wypowiedź kobiety z paranoicznym zaburzeniem osobowości o sąsiadach (zastosowano nieco odmienne od zwykłej pisowni reguły transkrypcji – nie ma tutaj gramatycznego podziału na zdania, a kropka oznacza pauzę, krótszą niż sekunda)

właściwie powiem pani że nie nie mogę spać właściwie całą noc bo . oni tam za ścianą no nie wiem czy chcą nas wysiadać z tego mieszkania czy nie . są takie odgłosy takie odgłosy co co jakiś czas się nasilają . i wie pani początkowo moja moja córka w ogóle nie słyszała że takie odgłosy są, ale już potem, jak ją budziłam w nocy i mówiłam posłuchaj no to mówiła że te odgłosy są. no przecież mi się nie wydaje to jest taki jakby metalowe takie sztaba o sztabę że strach .

oni zawsze . to byli źli ludzie . oni zawsze . wie pani taki samochód tam podjeżdża czasami i ja myślę ja dzwoniłam już do administracji i na policję córka dzwoniła że tam taki samochód podjeżdża ale wie pani oni to lekceważą nas . to nie jest tak żeby się jakoś zainteresowali . ten mi powiedział że nie mam na to zwracać uwagi . jak ja nie mogę na to zwracać uwagi, jeżeli ja w nocy ten odgłos w ciągu dnia jak usiądę czy jak słucham radia ten odgłos . no to . ale to jest taki odgłos że jak pani aż ciarki po plecach przechodzą i wie pani tak .

ja tam jestem przekonana że oni by chcieli to mieszkanie powiększyć swoje

[tu pojawia się dygresja, będąca osobnym epizodem]

tak się zastanawiam czasami czy to ma wszystko sens . córka sprowadziła specjalistów wprawdzie bo ktoś powiedział że że niby to jest tak że to jest od kaloryferów jest ten dźwięk . ale, pani, od kaloryferów przecież takiego dźwięku nie ma . i oni sprawdzali i schodzili do piwnicy i mówili wiele razy mówili że to nieprawda . nie to na pewno jest tak że . tam się rodzina powiększyła bo tam się syn sprowadził z powrotem sprowadził się z jakąś dziewczyną niby z żoną tam dziecko jest w drodze a oni mają takie samo mieszkanie jak my dwa pokoje z kuchnią te pokoje są takie małe .

na pewno . nie chcę mówić bo potem ludzie mówią że człowiek tak . no jestem katoliczką więc nie będę w ten sposób mówić no ale jestem jednak przekonana że to o to chodzi bo w tej chwili w piwnicy to się okazało że nic nie ma w tej piwnicy . że specjaliści tam poszli obejrżeli wszystkie rzeczy i nawet położyli wie pani taki specjalny do pomiaru hałasu w tej piwnicy i tam leżało dwie doby żeby przez cały czas ten pomiar był no i widzi pani udowodnili że tam nic nie ma . czyli to oni byli

W Ramce 2 przedstawiony został epizod dotyczący skarg pacjentki na sąsiadów i próby poradzenia sobie z ich domniemaną wrogością. Dla czytelności przekazu usunięto z epizodu fragment uznany za dygresję. Tabela 3 ilustruje sposób przyporządkowania fragmentów wypowiedzi pacjentki do poszczególnych kategorii analizy.

¹ Dziękuję prof. Lidii Cierpiatkowskiej za udostępnienie materiału do analizy.

Tabela 3

Wybrane kategorie analizy i przykłady fragmentów wypowiedzi

Przykładowa kategoria analizy	Przykładowy fragment wypowiedzi
Ton emocjonalny wypowiedzi	że strach aż ciarki po plecach przechodzą
Bohater („ja”)	nie mogę spać właściwie całą noc jak ją budziłam w nocy i mówiłam posłuchaj no przecież mi się nie wydaje ja myślę ja dzwoniłam już do administracji że nie mam na to zwracać uwagi jak ja nie mogę na to zwracać uwagi jeżeli ja w nocy ten odgłos, w ciągu dnia jak usiądę czy jak słucham radia ten odgłos ja tam jestem przekonana że tak się zastanawiam czasami nie chcę mówić no jestem katoliczką więc nie będę w ten sposób mówić no ale jestem jednak przekonana
Inne postaci: sąsiedzi	oni tam za ścianą no nie wiem czy chcą nas wysiudzić z tego mieszkania czy nie oni zawsze . to byli źli ludzie . oni zawsze oni by chcieli to mieszkanie powiększyć swoje tam się rodzina powiększyła bo tam się syn sprowadził z powrotem, sprowadził się z jakąś dziewczyną niby z żoną tam dziecko jest w drodze a oni mają takie samo mieszkanie jak my
Inne postaci: administratorzy lokalu	oni to lekceważą nas . to nie jest tak żeby się jakoś zainteresowali ten mi powiedział że nie mam na to zwracać uwagi ktos powiedział że że niby to jest tak że to jest od kaloryferów jest ten dźwięk i oni sprawdzali i schodzili do piwnicy i mówili wiele razy mówili że to nieprawda specjaliści tam poszli obejrżeli wszystkie rzeczy i nawet położyli wie pani taki specjalny do pomiaru hałasu w tej piwnicy udowodnili że tam nic nie ma
Inne postaci: córka	początkowo moja moja córka w ogóle nie słyszała że takie odgłosy są ale już potem [...] to mówiła że te odgłosy są na policję córka dzwoniła córka sprowadziła specjalistów wprawdzie
Zakończenie	czyli to oni byli

Wyrażony w słowach ton emocjonalny wypowiedzi można uznać za negatywny (skarga, niezadowolenie, irytacja), ale pacjentka nie użyła słów opisujących emocje. Jedno odniesienie do emocji („że strach”) zawiera nazwę emocji, ale jednocześnie jest zwrotem frazeologicznym o retorycznym charakterze (nie wiele mówi o osobistym doświadczeniu), a drugie odniesienie do emocji („aż ciarki po plecach przechodzą”) jest opisem reakcji fizjologicznej związanej ze

strachem, niepokojem lub lękiem. Pacjentka mało klarownie odnosi się do własnych uczuć i można mówić tutaj o dominującym, mało zróżnicowanym afekcie negatywnym, a także wstępnie postawić hipotezę o oczekiwanych trudnościach w werbalnej kontroli emocji. Zaburzenie w tym zakresie dotyczy więc najprawdopodobniej poziomów przedwerbalnego rozwoju narracji i niemożności ukształtowania właściwego połączenia między obrazem mentalnym a afektem (poziom protonarracyjny).

Działania głównej bohaterki autonarracji dotyczą redukcji symptomów (np. „nie mogę spać”), działań, które mają wybawić bohaterkę z opresji (np. „ja dzwoniłam już do administracji”), odwołań do zasad religijnych regulujących moralność bohaterki („no jestem katoliczką więc”) oraz różnego rodzaju wewnętrznych wątpliwości, którym bohaterka się aktywnie przeciwstawia („no przecież mi się nie wydaje”). Tę aktywność można zrozumieć jako ekspresję potrzeby kontroli pacjentki i lęku przed biernym poddaniem się siłom zewnętrznym.

Inne postaci zostały przedstawione przez narratora w sposób jednoznaczny (sąsiedzi) lub dwuznaczny (córka oraz administracja budynku). Sąsiedzi mają złe zamiary i główna bohaterka próbuje się przed nimi bronić, angażując córkę i pracowników administracji. Istnieje więc w mentalnym obrazie pacjentki obiekt, od którego w sposób niezmienny oczekuje ona krzywdy i pogardy (obiekt prześladowczy), a inne postaci mają w kontakcie z tym obiektem pośredniczyć. Obraz działań córki zmienia się od braku zaangażowania do przyjęcia strony bohaterki („moja córka w ogóle nie słyszała że takie odgłosy są ale już potem [...] to mówiła że te odgłosy są”), co może być wskaźnikiem prób testowania lojalności przez zachowania prowokujące do złości lub zachowań uległych („jak ją budziłam w nocy i mówiłam posłuchaj”). Administratorzy budynku są spostrzegani tak, jakby najpierw lekceważyli zgłaszany problem (np. „ten mi powiedział że nie mam na to zwracać uwagi”), a potem okazuje się, że stają paradoksalnie po stronie bohaterki („udowodnili że tam nic nie ma”). Dzięki tak przedstawionej sytuacji główna bohaterka w zakończeniu opowiadania potwierdza tezę, którą założyła już na początku swojej wypowiedzi – winni są sąsiedzi i ona słusznie musi się przed nimi bronić („czyli to jednak oni byli”). Jest to ilustracją braku elastyczności w zakresie obrazu siebie i nadmiernej czujności i sztywnym ukierunkowaniu uwagi, charakterystycznych dla stylu poznawczego osób z PZO (Shapiro, 1999; por. też teoria detekcji sygnałów, Millon i in., 2005). Stwierdzenie: „czyli to jednak oni byli” jest też zaskakującym przykładem poczucia ujawnienia ukrywanej przed pacjentką prawdy i – z punktu widzenia konstrukcji narracji – jest konkluzją, której trudno się przeciwstawić racjonalnie.

Jak pisze Horowitz (2004), osoba paranoiczna ma misję: wykryć dowody oszustwa, fałszowania, prześladowania, zdrady i innych form wrogości. Przeszukuje dane tendencyjnie – racjonalne dane, sprzeczne z tezą „zagrożenie istnieje”, są ignorowane, a dane pasujące do tezy wychwytywane są z nadmierną czujnością. Zinterpretowanie danych jako pasujących potwierdza tezę wyjściową i zwrrotnie wzmacnia czujność, kosztem utraty proporcji (Akhtar, 1990). Gabbard (2009, s. 361-363) natomiast podkreśla, że pacjenci z PZO trafnie postrzegają otoczenie, ale błędnie rozumieją znaczenie swoich spostrzeżeń.

Omawiane zakończenie pozwala też ujrzeć dynamikę działań bohaterki wobec innych postaci narracji. Działania te można uznać za wskaźniki reakcji obronnych pacjentki oraz próby podtrzymania kontroli nad kłopotliwą relacją, których konsekwencjami społecznymi jest uodparnianie się na zewnętrzny wpływ i sztywne podtrzymywanie ukierunkowanych już interpretacji. Ponadto poczucie bezpieczeństwa u osób z PZO wzrasta, gdy jest ktoś, kto potwierdzi obawy i lęki, a osoba ma tendencję do unikania tych, którzy próbują uspokajać czy zapewniać o braku zagrożenia – zupełnie inaczej, niż jest to na przykład w uogólnionym zaburzeniu lękowym, gdy osoba czuje się lepiej, gdy jej katastroficzna wizja przyszłości nie jest potwierdzana przez bliskich (Nicolo i Nobile, 2007).

Źródłem dodatkowych informacji na temat doświadczania przez pacjentkę samej siebie i otaczającego świata jest analiza sposobów wiązania poszczególnych zdarzeń i doświadczeń, odwołująca się do cech definicyjnych narracji oraz do tradycji formalno-strukturalnej analizy narracji (por. Tabela 4). Zidentyfikowano powiązania czasowe, przyczynowo-skutkowe i celowościowe (por. Seroko, 2009). Za wiązanie czasowe można uznać występowanie zdarzeń po sobie, tak jak pojawiają się w fabule, ale tutaj ograniczono się do aspektu czasowego, podkreślanego przez narratora wprost. Narratorka mówi, że jedna z postaci (córka) zmieniła swoje ustosunkowanie do zagrożenia (najpierw córka nie słyszy odgłosów, ale po interwencji pacjentki przyznaje, że słyszy). Ta sprowokowana zmiana („budziłam w nocy i mówiłam posłuchaj”) zostaje wykorzystana przez pacjentkę do potwierdzenia sytuacji zagrożenia i jest przykładem na próby włączania córki do relacji z sąsiadami. Można to rozumieć jako próbę wzmocnienia własnego słabego „ja” w relacji z zagrażającym obiektem prześladowczym przez znalezienie poplecznika i odzyskanie kontroli nad sytuacją.

Związki przyczynowo-skutkowe natomiast obrazują zależność pacjentki od postrzeganych działań sąsiadów (co jest znaczącym uzupełnieniem deklaracji pozostania niezależną od negatywnego ich wpływu) oraz dość niepodważalnie tłumaczą psychologiczne powody zachowań innych. Posłużenie się przez pa-

cjentkę wiązaniem celowościowym ujawnia sposób spostrzegania sąsiadów jako zagrażających bezpieczeństwu bohaterki, a jej samej jako bezradnej i społecznie wyizolowanej.

Tabela 4

Wybrane aspekty/sposoby wiązania zdarzeń/doświadczeń

Wiązanie czasowe <i>explicite</i> (układanie kolejności zdarzeń)	<u>początkowo</u> moja moja córka w ogóle nie słyszała że takie odgłosy są . <u>ale już potem</u> jak ją budziłam w nocy i mówiłam posłuchaj no to mówiła, że te odgłosy są
Wiązanie przyczynowo- -skutkowe (identyfikowanie przyczyn fizycznych i psychologicznych)	nie nie mogę spać właściwie całą noc <u>bo</u> . oni tam za ścianą córka sprowadziła specjalistów wprowadzie <u>bo</u> ktoś powiedział tam się rodzina powiększyła <u>bo</u> tam się syn sprowadził z powrotem nie chcę mówić <u>bo</u> potem ludzie mówią ale jestem jednak przekonana że to o to chodzi <u>bo</u> w tej chwili w piwnicy to się okazało, że nic nie ma w tej piwnicy
Wiązanie celowościowe (intencje postaci)	<u>chcą</u> nas wysiudać z tego mieszkania oni <u>by chcieli</u> to mieszkanie powiększyć swoje <u>nie chcę</u> mówić bo potem ludzie mówią

Narracja świadoma w postaci sądów jest w tej ilustracji z jednej strony materiałem poddawany analizie (tematycznej według wybranych kategorii oraz analizie wiązania zdarzeń), a z drugiej poziomem rozwoju narracji, na którym badać można procesy uspołniania wizji świata i siebie. W niniejszym przykładzie największy wkład odnotowano w takich sferach funkcjonowania pacjentki, jak style poznawcze, funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych oraz wizja siebie.

Ilustracja II

– Werbalna narracja interakcyjna w PZO

W literaturze przedmiotu pojawiają się próby analizy wypowiedzi pacjentów z paranoicznym zaburzeniem osobowości inspirowane koncepcją dialogowego „ja” Hermansa (Salvatore, Nicolo i Dimaggio, 2005; Dimaggio i in., 2006; por. Hermans i Hermans-Jansen, 2000). W ramach tego podejścia zakłada się, że w umyśle występują ciągłe interakcje między różnymi aspektami „ja” (głosami, pozycjami podmiotowymi), odzwierciedlające to, jak osoba postrzega samą siebie, innych i świat. Chociaż podejście Hermansa dotyczy dialogów wewnątrz-

nych prowadzonych z różnych pozycji podmiotowych i bazuje na zdolności do świadomej autorefleksji, to jednak ideę interakcji między różnymi aspektami „ja” odnieść można także do procesów nieświadomych, rozgrywanych nie tylko w przestrzeni umysłu, ale także między jednostką a osobami znaczącymi (Salvatore, Nicolo i Dimaggio, 2005). Pewne pozycje podmiotowe mogą być utożsamiane z „ja”, a inne przypisywane znaczącym innym i relacjonowane w narracji jako ich stany, intencje czy emocje.

Dimaggio i współpracownicy (2006) podkreślają, że w PZO dominują cztery główne pozycje podmiotowe: (1) pozycja „nieadekwatny i niewystarczający” (*insufficient-inadequate*), z którą osoba się często utożsamia, a rzadko przypisuje ją innym; (2) pozycja „niepewny siebie i nieufny” (*diffident-mistrusting*), najczęściej przypisywana sobie, czasem reaktywnie innym; (3) „nieuczciwy, poniżający, pełen złych intencji” (*dishonest, deceitful, ill-intentioned*), przypisywana najczęściej innym, oraz (4) pozycja „wrogi i rozgniewany” (*hostile and angry*), która przyjmowana jest obronnie przez „ja” w obliczu poczucia bycia upokorzonym, oszukanym czy zdradzonym. Układ tych pozycji „ja” i wewnętrznych interakcji, jakie mogą pojawić się między nimi, prowadzi często do deterioracji życia interpersonalnego. Osoba z PZO bowiem opisuje innych jako gniewnych i apodyktycznych, a siebie jako niesłusznie atakowaną ofiarę, jednocześnie nie zdając sobie sprawy ani z własnych tendencji do przymuszania innych, ani z tego, że inni mogą mieć również dobre intencje. Jest to przykład osłabionej funkcji refleksyjnej (Fonagy i Target, 1997; Fonagy i Bateman, 2005) – niezdolności do adekwatnego rozpoznania czyichś stanów umysłu, takich jak intencje, uczucia czy myśli. Własne stany intrapsychiczne, osoby z PZO często przypisują, innym (prymitywne mechanizmy projekcji, będące podstawą hipermentalizacji). Wydaje się zrozumiałe, że – jak pisze Gabbard (2009, s. 363) – jeśli już pacjenci z PZO przychodzą do gabinetu, to ze skargą na złe traktowanie lub zdradę ze strony innych osób w otoczeniu. Jednocześnie leżący u podłoża projekcji mechanizm rozszczepienia nie pozwala im na rozpoznanie, tolerowanie i skomentowanie współwystępowania dwóch przeciwstawnych stanów, odnoszących się do „ja” (Kernberg, 2004), co sprawia, że refleksja nad złożonością własnych motywów i uczuć (wyrażanych przez poszczególne pozycje podmiotowe) jest osłabiona.

Salvatore, Dimaggio i współpracownicy (Salvatore, Nicolo i Dimaggio, 2005; Dimaggio i in., 2006; Dimaggio, 2006) stawiają hipotezę, że w PZO mamy do czynienia ze zubożeniem relacji dialogowych, co według nich oznacza przede wszystkim (1) powtarzalne dialogi wewnętrzne oraz (2) małe zróżnicowanie i dużą stereotypowość dialogów. Wśród licznych studiów przypadków przedsta-

wiają wypowiedź 29-letniej Sabriny (Salvatore, Nicolo i Dimaggio, 2005, s. 247), która posłuży tutaj jako przykład do analizy pozycji podmiotowych przypisywanych sobie i umieszczanych w osobach znaczących (Ramka 3).

Analiza, jaką proponują autorzy, obejmuje trzy etapy. Po pierwsze – ważne jest wyodrębnienie i ewentualnie nazwanie pozycji podmiotowych, które wchodzi z sobą w interakcję na „scenie mentalnej”. Po drugie – trzeba odpowiedzieć na pytanie, jaka jest ta relacja pod względem treściowym: co poszczególne pozycje „mówią” i co sobie „odpowiadają”. Po trzecie – trzeba sprawdzić w innych próbkach wypowiedzi pacjenta, czy dana wewnętrzna relacja dialogowa jest powtarzalna (podobna w różnych relacjach interpersonalnych) i jaki jest jej szerszy kontekst.

Ramka 3

Wypowiedź kobiety (Sabrina, lat 29) z paranoicznym zaburzeniem osobowości o poprzednim terapeutycie (cyt. za: Salvatore i in., 2005, s. 247), podzielona na pozycję „ja” i „inni”

*Nie można mu było ufać. Pierwszą rzeczą, o którą mnie spytał po tym, [„inni”]
jak powiedziałam, że potrzebuję pomocy, ale nie wiem, czy mnie stać na terapię, [„ja”]
było: a na ile może sobie pani pozwolić? [„inni”]
Zdałam sobie natychmiast sprawę, [„ja”]
że chciał, abym czuła się jak głupia. [„inni”]
Trochę jeszcze mówiłam o sobie, ale czułam się coraz bardziej przekonana, że nie powinnam przycho-
dzić tam ponownie. [„ja”]*

W powyższej wypowiedzi oznaczone zostały te części, które odpowiadają relacjom dwóch pozycji podmiotowych, jedna określona została jako „ja” (pacjentka identyfikuje się świadomie z tymi treściami), a druga – jako „inni” (pacjentka identyfikuje te treści w zachowaniu swojego byłego terapeuty). W przytoczonej ilustracji pozycje identyfikowane jako „ja” są niewystarczająco dobre (nieadekwatne), niepewne siebie i nieufne, natomiast pozycje identyfikowane jako „inni” są wrogie, poniżające, przerażające. Pozostają w ten sposób wobec siebie komplementarne, a ich relacja nie ulega zmianie w toku opowiadania. Salvatore i współautorzy (2005) wskazują – analizując szerszy kontekst wypowiedzi omawianej pacjentki i analizy innych przypadków – że w PZO wewnętrzne dialogi między pozycjami podmiotowymi są stereotypowe, mają tę samą treść i dążą do podobnego celu: nieadekwatna część „ja” jest atakowana przez wrogię „innego”, zatem „ja” reaguje obronnie, tworząc dystans wobec „innego” i w efekcie „ja” doświadcza izolacji.

Próba zidentyfikowania w wypowiedzi pacjenta interakcji między pozycjami jest szczególnie przydatna do zrozumienia tego, jak pacjent doświadcza wewnętrznych dylematów, jakie treści psychiczne przypisuje sobie, a jakie innym, przy czym nie jest to równoważne z tym, co mógłby świadomie powiedzieć o sobie. Uznanie opowiadania o sytuacji interpersonalnej za nośnik wiedzy o wewnętrznym doświadczeniu nie jest co prawda niczym nowym (por. np. podejście psychodynamiczne), ale perspektywa tak rozumianych dialogów wewnętrznych z pewnością wnosi nową perspektywę. Pozwala bowiem traktować wypowiedź narracyjną jako ekspresję procesu mentalnej aktywności ukierunkowanego na ciągłe porządkowanie doświadczenia. Proces ten obserwować można w trakcie zachodzących w umyśle interakcji między różnymi pozycjami podmiotowymi.

Ilustracja III

– Nieświadoma narracja proceduralna w PZO

Mentalną scenę interakcji między pozycjami podmiotowymi pacjent może odgrywać jedynie w umyśle (w formie fantazji, wyobrażeń czy dialogu wewnętrznego), ale może też przenosić ją w interakcje społeczne, korzystając na przykład z mechanizmu projekcji lub/i identyfikacji projekcyjnej. Przy tym założeniu (o niejako eksternalizacji dialogów wewnętrznych) można poddać analizie także nieświadomą narrację proceduralną (por. też techniki projekcyjne pracy z subosobowościami, w: Trzebińska, 2011).

Proponowany tutaj sposób analizy narracji z poziomu nieświadomej narracji proceduralnej odwołuje się do tradycji analizy interakcyjnej i hermeneutycznej, a także do klasycznej psychoanalizy, pozostając pod znacznym wpływem interpretacji klinicysty, jego własnych odczuć i introspekcji (także przeciwprzeniesienia) oraz pozawerbalnych wskaźników obserwacyjnych, wynikających z kontaktu z pacjentem.

Nieświadoma narracja proceduralna jest „przepisem” na to, jak działać, gdy pewien aspekt doświadczenia nie jest reprezentowany w umyśle dostatecznie dobrze, aby można było przywołać go (nazwać) przy samoregulacji zachowania (Salvatore i in., 2004). Narracja ta składa się z serii scen, które odzwierciedlają upragnione i niechciane stany, następujące po sobie jedna po drugiej. Uaktywnia się ona automatycznie, gdy znaczące elementy emocjonalne zostają powtórzone lub mentalnie przywołane w danej relacji. Dobrą ilustracją analizy nieświadomej narracji proceduralnej u osób z PZO jest uruchomienie się procesu identyfikacji projekcyjnej, która często występuje w tym zaburzeniu (Kernberg, 2005; McWil-

liams, 2009). Gabbard (2009, s. 365-367) przytacza przykład rozmowy pacjenta i terapeuty, w której występuje mechanizm identyfikacji projekcyjnej. Został on zacytowany w Ramce 4.

Ramka 4

Identyfikacja projekcyjna w nieświadomej narracji proceduralnej – dialog pacjenta i terapeuty (cyt. za: Gabbard, 2009, s. 365-367)

<p><i>Wersja 1</i></p> <p><i>P: Jestem na pana bardzo zły, bo przez pół godziny siedziałem w poczekalni. Kazał mi pan przyjść dzisiaj o 9.30.</i></p> <p><i>T: To nieprawda. Umówiłem się z panem o 10.00</i></p> <p><i>P: Powiedział pan, że mam przyjść o 9.30.</i></p> <p><i>T: (trochę głośniej i bardziej stanowczo). Powiedziałem o 10.00. Tak mam zapisane w notesie.</i></p> <p><i>P: Próbuje mnie pan oszukać. Nie chce się pan przyznać do błędu, więc robi pan wszystko, abym to ja pomyślał, że się pomyliłem.</i></p> <p><i>T: (jeszcze głośniej) Gdybym popełnił błąd, to na pewno bym się do niego przyznał. Wydaje mi się, że wprost przeciwnie. To pan nie potrafi się przyznać do błędu i próbuje przypisać go mnie.</i></p> <p><i>P: Nie dam się tak dręczyć. Znajdę sobie innego terapeutę.</i></p>
<p><i>Wersja 2</i></p> <p><i>P: Jestem na pana bardzo zły, bo przez pół godziny siedziałem w poczekalni. Kazał mi pan przyjść dzisiaj o 9.30.</i></p> <p><i>T: Chciałbym upewnić się, czy dobrze pana rozumiem. Pana zdaniem byliśmy umówieni na 9.30 a nie na 10.00?</i></p> <p><i>P: Powiedział pan, że mam przyjść o 9.30.</i></p> <p><i>T: W takim razie rozumiem, dlaczego może być pan na mnie zły. Każdy z nas byłby zły, gdyby ktoś kazał mu na siebie czekać pół godziny.</i></p> <p><i>P: Czyli przyznaje pan, że umówił się pan ze mną na 9.30?</i></p> <p><i>T: Szczerze mówiąc, nie pamiętam takich ustaleń. Proszę mi dokładnie opowiedzieć, jak pan zapamiętał naszą rozmowę. Może uda się mi ustalić, z jakich słów wyciągnął pan taki wniosek.</i></p>

Identyfikacja projekcyjna to jeden z bardziej skomplikowanych mechanizmów obronnych (szerzej na ten temat zob. Ogden, 1979), który polega na fantazji (pacjenta) o uwolnieniu się od niechcianej części „ja” przez umieszczenie jej w innej osobie (terapeucie). Osoba, która jest obiektem projekcji, podlega interpersonalnemu przymusowi, aby zachowywać się zgodnie z projekcją i w pewnym momencie może zareagować na tę projekcję w sposób, który jest potwierdzeniem obaw projektującego. W omawianym tutaj przypadku (Ramka 4, wersja 1), w pewnym momencie trwania rozmowy (w reakcji na projekcję) tera-

peuta defensywnie formułuje interpretację: „To pan nie potrafi się przyznać do błędu i próbuje przypisać go mnie”, a pacjent czuje się atakowany i oszukiwany, czyli doświadcza tego, że nie chciał, ale „musiał” powtórzyć. Dla kontrastu pokazano też alternatywne reakcje na identyfikację projekcyjną (Ramka 4, wersja 2), w których dostrzec można większą tolerancję na zarzuty pacjenta i utrzymywanie postawy nieobronnej mimo kolejnego oskarżenia. Warto zwrócić uwagę na nieuchronność odtworzenia znajomej rzeczywistości psychicznej przez pacjenta – nieświadoma narracja proceduralna rozwija się w kierunku określonym przez dominujący temat (tutaj w stronę dookreślenia, kto jest ofiarą niesprawiedliwych ataków, a kto prześladowcą). Nie przypadkiem chodzi o podzielenie tych ról między osoby „fizyczne”, gdyż właśnie to pełni funkcje obronne, czyli pozwala utrzymać w oddaleniu dwa przeciwstawne obrazy, nie doprowadzając do ich połączenia (por. istota rozszczepienia – Kernberg, w: Cierpiąłkowska, 2008).

Nieświadome narracje proceduralne uznaje się za bardzo sztywne i niezmiennie, ponieważ właściwie narrator nie ma możliwości zmiany biegu historii (Salvatore i in., 2004). W przypadku identyfikacji projekcyjnej zmiana może nastąpić dzięki kontenerowaniu (por. Ogden, 1979) – nieświadome elementy narracji odgrywanej w relacji terapeutycznej są opracowywane przez terapeutę i oddawane pacjentowi w możliwej do przyjęcia formie. Wydaje się, że tak wyrazić można, w klinicznym kontekście, istotę współkonstruowania nowej narracji w relacji terapeutycznej.

PODSUMOWANIE

Rozważania przedstawione w niniejszym artykule są propozycją wykorzystania w diagnozie klinicznej (1) analizy autonarracji (szczególnie w zakresie korzystania z wybranych kategorii narracyjnych), z odwołaniem do (2) koncepcji rozwoju narracji według Dimaggio, Salvatore i współpracowników, na przykładzie paranoicznego zaburzenia osobowości.

Na bazie przeprowadzonych tutaj analiz wyłaniają się cztery obszary diagnozy klinicznej, których eksploracja może być szczególnie efektywna przy korzystaniu ze wskazanych typów analizy narracji, odnoszących się do różnych poziomów rozwoju narracji (zob. Tabela 5).

Tabela 5

Wybrane kategorie analizy autonarracji i poziomy rozwój narracji a proponowane obszary ich użyteczności w jakościowej diagnozie klinicznej

Poziom rozwój narracji	Wybrane kategorie analizy autonarracji	Obszary diagnozy klinicznej
Poziom protonarracyjny	Ton emocjonalny wypowiedzi	Rozumienie związków między stanami mentalnymi a ich oznaczeniem emocjonalnym
Narracja świadoma w postaci sądów	Wybrane kategorie strukturalno-formalne: – bohater i jego działania – inne postaci i ich działania – zakończenie Sposoby wiązania zdarzeń: – czasowe – celowościowe – przyczynowo-skutkowe	Rozpoznawanie stylów poznawczych Rozumienie przeżywania i konstruowania relacji interpersonalnych oraz problematyki obrazu siebie i tożsamości Rozumienie procesów integrowania napływających informacji
Werbalna narracja interakcyjna	Pozycje podmiotowe: – utożsamiane z „ja” – przypisywane znaczącym innym	Rozumienie złożoności wewnętrznego doświadczenia w procesualnym wymiarze Rozpoznanie pozycji identyfikowanych z „ja” i umieszczanych w innych
Nieświadoma narracja proceduralna	Analiza dialogu z klinicystą/terapeutą: – wskaźniki obserwacyjne werbalne i niewerbalne pacjenta – własna introspekcja i uczucia klinicysty Interpretacja danych z rozmowy	Rozumienie dynamiki relacji pomocowej/psychoterapeutycznej z uwzględnieniem procesów współkonstruowania narracji w dialogu terapeutycznym

Konieczne jest podkreślenie, że przedstawione wypowiedzi pacjentów są tylko ilustracjami, a zrekonstruowane fragmenty światów wewnętrznych pacjentów należy traktować jako studium przypadku, w dodatku pozbawione możliwości wywiązania się z ważnej zasady diagnozowania, a mianowicie odniesienia wyników tych analiz do szerszej biografii pacjentów. Z tego powodu trudno wprowadzać tutaj uogólnienia dotyczące prawidłowości funkcjonowania psychologicznego w paranoicznym zaburzeniu osobowości. Można natomiast postawić

pewne nowe hipotezy dotyczące funkcjonowania osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości.

Na podstawie analizy tonu emocjonalnego można przypuszczać, że w PZO występuje zaburzenie przedwerbalnych poziomów rozwoju narracji, najprawdopodobniej na poziomie protonarracyjnym, gdzie połączenia między doznaniem cielesnym a przywoływanym wspomnieniem są zniekształcone. To właśnie może skutkować trudnościami w werbalnej kontroli emocji i w mało zróżnicowanym afekcie. Narrację można określić mianem zubożałej w aspekcie trafnego odwoływania się do stanów emocjonalnych własnych i innych osób (por. Dimaggio i in., 2003).

Prowadzenie autonarracji na temat psychologicznych trudności przez osoby z PZO rozpoczyna się od tezy (wyrażonej *explicite* lub *implicite*), która w toku opowiadania jest udowadniana przez selektywny dobór argumentów – osoba w konkluzji potwierdza to, co założyła. Analiza zakończenia narracji pozwala zrozumieć styl poznawczy osoby z PZO. Na podstawie analiz wiązania zdarzeń oraz działań głównego bohatera i innych postaci można odnotować znaczny wysiłek wkładany w porządkowanie napływających danych, związanych z przedmiotem zainteresowania pacjenta i próby budowania spójnej wizji świata społecznego oraz siebie. Narracja pacjentów z PZO, pomimo tego wysiłku, ma deficyty integracyjne (por. Dimaggio i Semerari, 2001), ponieważ używana spójność jest nieadaptacyjna (na przykład przyczyniając się do izolacji społecznej i konfliktów).

Nieświadoma narracja proceduralna w PZO prowadzona jest w kierunku przymusowego dookreślenia roli prześladowcy i ofiary w sytuacji społecznej, która ma usprawiedliwić konieczność obronnych zachowań, ochrony „ja” i wycofywania się z relacji interpersonalnej. Angażowane są w tym celu prawdopodobnie pierwotne mechanizmy obronne.

Podsumowując, podstawowym zyskiem z korzystania z podejścia narracyjnego w psychologii klinicznej jest: (1) usystematyzowanie intuicyjnie prowadzonych przez klinicystów analiz wypowiedzi pacjentów oraz (2) rozpoznawanie poziomów rozwoju narracji, które mogą być przydatne w diagnozie zakresu, do jakiego dane doświadczenie emocjonalne może być opracowane i poddane świadomej refleksji. Ponadto analiza autonarracji pozwala dotrzeć do procesów konstrukcji zaburzenia i sposobów jego przeżywania, porzucając koncentrację jedynie na kryteriach opisowych i przez to polepszając rozumienie świata wewnętrznego pacjenta (na przykład procesów identyfikacji i projekcji) oraz różnego rodzaju trudności pacjenta w relacji z klinicystą.

LITERATURA CYTOWANA

- Akhtar, S. (1990). Paranoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 44(1), 5-25.
- American Psychiatric Association (2000/2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. J. Wciórka (red.), Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Angus, L., Lewin, J., Bouffard, B., i Rotondi-Trevisan, D. (2004). What's the story? Working with narrative in experiential psychotherapy. W: L. Angus, i J. McLeod (red.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., i Davies, D. D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Berelson, B. R. (1952). *Content analysis in communication research*. New York: The Free Press.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chaitin, J. (2004). My story, my life, my identity. *International Journal of Qualitative Methods*, 3, 4, http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_4/pdf/chaitin.pdf (15.02.2006).
- Cierpiąłkowska, L. (2008). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Cierpka, M., Strack, M., Benninghoven, D., Staats, H., Dahlbender, R., i Pokorny, D. (1998). Stereotypical relationship patterns and psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 241-248.
- Damasio, A. R. (2000). *Tajemnica świadomości*. Poznań: Rebis.
- Dimaggio, G. (2006). Changing the dialogue between self voices during psychotherapy. *Journal of Psychotherapy*, 16(3), 313-345.
- Dimaggio, G. (2010). Impoverished self-narrative and impaired self-reflection as targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 165-174.
- Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A., i Nicolo, G. (2006). Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self theory. *Counselling Psychological Quarterly*, 19(1), 69-87.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., i Hermans, H. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 385-409.
- Dimaggio, G., i Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1-23.
- Dryll, E. (2004). Homo narrans – wprowadzenie. W: E. Dryll, i A. Cierpka (red.), *Narracja. Koncepcje i badania psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Dryll, E., i Cierpka, A. (2011). Zagadnienia teoretyczne nurtujące polską psychologię narracyjną. Wprowadzenie. W: E. Dryll, i A. Cierpka (red.), *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza*. Warszawa: Eneteia.
- Esin, C. (2011). Narrative analysis approaches. W: N. Frost (red.), *Qualitative research methods in psychology. Combining core approaches*. Berkshire: Open University Press.
- Ferro, A. (2006). *Psychoanalysis as therapy and storytelling*. New York: Routledge.
- Fonagy, P., i Bateman, A. W. (2005). Attachment theory and mentalization-oriented model of borderline personality disorder. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol, i D. S. Bender (red.), *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., i Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Frost, N. (2011). Qualitative research in psychology. W: N. Frost (red.), *Qualitative research methods in psychology. Combining core approaches*. Berkshire: Open University Press.

- Gabbard, G. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Gergen, K. J. (1998). Narrative, moral identity and historical consciousness: A social constructionist account. W: J. Straub (red.), *Identität und historisches Bewußtsein*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goncalves, O. F., Korman, Y., i Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. W: R. A. Neimeyer, i J. D. Raskin (red.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (s. 265-284). Washington: American Psychological Association
- Goncalves, O. F., Machado, P. P. P., Korman, Y., i Angus, L. (2002). Assessing psychopathology: A narrative approach. W: L. E. Beutler, and M. L. Malik (red.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hardin, P. K. (2003). Constructing experience in individual interviews, autobiographies and online accounts: A poststructuralist approach. Methodological issues in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 536-544.
- Hermans, H. J. M., i Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje: tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington: American Psychological Association.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. London: Pearson.
- Josselson, R. (2006). Narrative research and the challenge of accumulating knowledge. *Narrative Inquiry*, 16,(1), 1-10.
- Kernberg, O. F. (2005). Object relation theory and technique. W: E. S. Person, A. M. Cooper, i G. O. Gabbard (red.), *Textbook of psychoanalysis*. London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kernberg, O. F., i Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: M. F. Lenzenweger, i J. F. Clarkin (red.), *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Kramp, M. K. (2004). Exploring life and experience through narrative inquiry. W: K. B. DeMarrais, i S. D. Lapan (red.), *Foundations of research: Methods of inquiry in education and the social sciences – inquiry and pedagogy across diverse contexts* (s. 104-121). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., i Neale, J. M. (2012¹²). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Kurcz, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- Labov, W. (2009). Narratives of personal experience. W: P. Hogan (red.), *Cambridge Encyclopedia of the Language Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laszlo, J. (2008). *The science of stories. An introduction to narrative psychology*. London: Routledge.
- Luborsky, L., i Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. New York: Basic Books.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life-story. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
- McAdams, D. P., Anyidoho, N. A., Brown, Ch., Huang, Y. I., Kaplan, B., i Machado, M. A. (2004). Traits and stories: Links between dispositional and narrative features of personality. *Journal of Personality*, 72(4), 257-268.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalizyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Miller, M. B., Useda, D. J., Trull, T. J., Burr, R. M., i Minks-Brown, C. (2002). Paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders. W: P. B. Sutker, i H. E. Adams (red.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Millon, T., Davies, R., Millon, C., Escovar, L., and Meagher, S. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Neimeyer, R. A. (2006). Re-storying loss: Fostering growth in the posttraumatic narrative. W: L. Calhoun, i R. Tedeschi (red.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 68-80). New York: Lawrence Erlbaum.
- Nicolo, G., i Nobile, M. S. (2007). Paranoid personality disorder: Model and treatment. W: G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolo, i M. Procacci (red.), *Psychotherapy of personality disorders. Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. New York: Routledge.
- Norrick, N. R. (2008). Negotiating the reception of stories in conversation. Teller strategies for modulating response. *Narrative Inquiry*, 18(1), 131-151.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-373.
- Oleś, P. K. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Scholar.
- Oleś, P. K. (2008). Autonarracyjna aktywność człowieka. W: B. Janusz, K. Gdowska, i B. de Barbaro (red.), *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Oleś, P. K. (2011). Dialogowe Ja: zarys teorii, inspiracje badawcze, ciekawsze wyniki. W: P. K. Oleś, i M. Puchalska-Wasył (red.), *Dialogi z samym sobą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Paluchowski, W. J. (2000). Metodologiczne problemy analizy treści a wykorzystywanie komputerów w badaniach jakościowych. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Metody jakościowe w psychologii współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Polkinghorne, D. L. (2003). Narrative configuration in qualitative analysis. W: R. Wisniewski, i J. A. Hatch (red.), *Life history and narrative*. London: Farmer Press.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. London: Sage Publications.
- Roten de, I., Favez, N., Drapeau, M., i Stern, D. (2003). Two studies on autobiographical narratives about an emotional event by preschoolers: Influence of the emotions experienced and the affective closeness with the interlocutor. *Early Child Development and Care*, 173(2-3), 237-248.
- Salvatore, G., Dimaggio, G. A, i Semerari, A. (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 231-254.
- Salvatore, G., Nicolo, G., i Dimaggio, G. (2005). Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 247-265.
- Soroko, E. (2004). Osobowość paranoiczna. W: L. Cierpiąłkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Soroko, E. (2009). *Wpływanie autonarracji w badaniach psychologicznych. Ocena (auto)narracyjności wypowiedzi*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Soroko, E. (2013). Paranoiczne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiąłkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Shapiro, D. (1999). *Neurotic styles*. New York: Basic Behavioural Sciences.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2002). Koncepcje narracyjnej tożsamości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Stemplewska-Żakowicz, K., i Zalewski, B. (2010). Czym jest dobra narracja? Struktura narracji z perspektywy badaczy i klinicystów. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, i M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Eneteia.
- Straś-Romanowska, M. (2001). O metodzie jakościowej w kontekście rozważań nad tożsamością psychologii. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Metody jakościowe w psychologii współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Suchańska, A. (1994). *Test Apercepcji Tematycznej. Przez analizę treści do analizy procesu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Teglasi, H. (2010). *Essentials of TAT and other storytelling assessments*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Trzebiński, J. (2002). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebińska, E. (2011). Psychoterapeutyczna praca z subosobowościami. W: L. Grzesiuk, i H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki* (t. VI). Warszawa: Eneteia.
- Trzebiński, J. (2004). Narracyjne doświadczenie i narracyjna refleksja. W: L. Pytka, i T. Rudowski (red.), *Samoświadomość i jakość życia*. Warszawa: Eneteia.
- Zhou, M., i Zhang, J. (2007). Use of qualitative research in clinical psychology. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15(4), 369-372.