



**Arkadiusz Wesółowski**

Numer albumu 150126

**Wnioskowanie autobiograficzne  
a diagnozowanie poziomu funkcjonowania  
osobowości**

Autobiographical reasoning and level of personality  
functioning assessment

Praca doktorska w dyscyplinie psychologia  
napisana pod kierunkiem  
prof. UAM dr hab. Emilii Soroko

## **Streszczenie:**

**Tło teoretyczne:** W ostatnich latach integracja teorii tożsamości narracyjnej oraz wymiarowych modeli zaburzeń osobowości zyskuje na znaczeniu w literaturze przedmiotu. Badacze (por. Lind i in., 2020) publikują kolejne wyniki na temat związków zachodzących pomiędzy tożsamością narracyjną a zaburzeniami osobowości wskazując, np. że autonarracje osób z zaburzeniami osobowości są bardziej nacechowane negatywnym afektem (np. Jørgensen i in., 2012), są mniej spójne (np. Lind i in., 2019b) czy zawierają więcej negatywnych połączeń między opowiadaniem wydarzeniem a Ja (Baaijens et al., 2024). Wskazuje się także na potencjalne znaczenie użyteczności analizy autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym (por. Lind i in., 2022). Łączenie tych dwóch perspektyw zarówno w warstwie naukowej jak i praktycznej jest jednak relatywnie nową i innowacyjną perspektywą wymagającą prowadzenia dalszych badań naukowych.

**Cel badań:** Określono dwa typy celów prowadzonych badań: naukowy i praktyczny. Celem naukowym było sprawdzenie związków tożsamości narracyjnej, szczególnie w aspekcie wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości opisaną w Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości w 5. wersji Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Psychiczych (AMPD DSM-5, APA, 2013). Celem praktycznym było wstępne sprawdzenie użyteczności klinicznej analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A). Na rzecz realizacji celów zaprojektowano oraz przeprowadzono dwa badania.

**Uczestnicy:** W badaniu pierwszym wzięło udział 80 osób (66 kobiet, 11 mężczyzn, 3 osoby zadeklarowały swoją płć jako „inna”) w wieku między 20 a 46 lat ( $M = 26,6$ ;  $SD = 6,97$ ). Osoby rekrutowane były z grupy populacyjnej i klinicznej. W badaniu drugim wzięły udział 34 osoby (27 kobiet i 7 mężczyzn) w wieku między 25 a 48 lat ( $M = 35,4$ ;  $SD = 6,39$ ). Każda z osób badanych w momencie udziału w badaniu prowadziła praktykę psychoterapeutyczną pracując indywidualnie z osobami dorosłymi.

**Metoda:** Badanie pierwsze prowadzone było w modelu ilościowym z mieszanymi metodami zbierania danych (ilościowe i jakościowe). Dane zbierano za pomocą kwestionariuszy: Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (poziom funkcjonowania osobowości – kryterium A), Inwentarz Osobowości PID-5 (patologiczne cechy osobowości – kryterium B), Kwestionariusz Ja (mechanizm rozszczepienia), oraz za pomocą Wywiadu Historii Życia McAdamsa (sekcja II – 8 kluczowych wydarzeń z życia).

Transkrypcje wywiadów oceniali sędziowie kompetentni zgodnie z instrukcją kodowania pod kątem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego i połączeń wydarzenie-Ja oraz koherencji narracji (w aspektach orientacji, struktury, afektu i integracji). Analiza autonarracje została przeprowadzona zgodnie z założeniami dedukcyjnej analiz treści (wyniki analiz przyjęły postać liczbową), co umożliwiło dalsze obliczenia statystyczne oraz zestawienie wyników oceny narracji z wynikami kwestionariuszy. W badaniu pierwszym przeprowadzono dodatkową eksplorację wprowadzając do analiz nowe zmienne narracyjne: negatywność nadawania znaczenia - uszczegółowione rozumienie charakteru zmiennej nadawanie znaczenia oraz narracyjną aktywność autorefleksyjną i narracyjne strukturowanie – jako wynik eksploracyjnej analizy czynnikowej wskutek poszukiwania bardziej uogólnionych wskaźników aktywności narracyjnej. Dla badania pierwszego przeprowadzono także kliniczną ilustrację związków zmiennych narracyjnych z poziomem funkcjonowania osobowości na podstawie przykładowych wypowiedzi osób badanych.

Badanie drugie miało charakter eksploracyjny. Przeprowadzono je w podejściu ilościowym. Psychoterapeuci biorący udział w badaniu oceniali dwie pełne narracje (8 kluczowych historii zebranych za pomocą Wywiadu Historii Życia McAdamsa) osoby zdrowej i z zaburzeniami osobowości. Ocena polegała na określeniu, czy wypowiedź osoby posiada charakterystykę wnioskowania autobiograficznego tożsamą dla wypowiedzi osób zdrowych czy z zaburzeniami osobowości. Następnie osoby badane oceniały użyteczność kliniczną zaproponowanej metody oceny autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w aspektach: (1) planowania terapii, (2) komunikacji z innymi specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego, (3) komunikacji z pacjentem, (4) sporządzania opisu trudności osobowościowych pacjenta, (5) sporządzanie całościowego opisu osobowości pacjenta, (6) łatwości zastosowania. Następnie psychoterapeuci określali, która z ośmiu historii była najbardziej użyteczna dla całościowej oceny narracji, na ile przed przystąpieniem do badania byli zaznajomieni z teorią tożsamości narracyjnej oraz wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości obecnymi w AMPD DSM-5 oraz ICD-11, a także poziom doświadczanej satysfakcji oraz frustracji w trakcie wypełniania procedury badania.

**Wyniki:** Wyniki testowania pierwotnych hipotez badania pierwszego nie potwierdziły założeń o związku wskaźników wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji (w aspekcie orientacji, afektu i integracji) z poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz wskaźników wnioskowania autobiograficznego z patologicznymi

cechami osobowości (kryterium B) oraz nasileniem mechanizmu rozszczepienia. Wyjątek stanowił istotny związek koherencji narracji w aspekcie struktury z aspektem empatii poziomu funkcjonowania osobowości – wyższa struktura była istotnym predyktorem większych nieprawidłowości osobowościowych w aspekcie empatii. Nie wykazano także różnic między osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego. Dodatkowe analizy wykazały jednak, że wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej stanowią istotne predyktory większych nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości, jak również bardziej nasilonych zaburzeń w aspekcie tożsamości, samokierowania i bliskości. Grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości nie różniły się pod kątem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturowania, ale wykazano istotną różnicę pomiędzy osobami przejawiającymi głębszy poziom nieprawidłowości osobowościowych od osób funkcjonujących w sposób bardziej adaptacyjny. Nie potwierdzono związków pomiędzy negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturowaniem a patologicznymi cechami osobowości oraz mechanizmem rozszczepienia.

Wyniki badania drugiego wskazują, że większość psychoterapeutów trafnie określiła występowanie charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamy dla wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych w ocenianych autonarracjach. Psychoterapeuci wskazali, że najbardziej istotną historią dla całościowej oceny narracji była historia punktu zwrotnego, a najmniej istotną wypowiedź na temat ważnej sceny z dzieciństwa. Najwyżej ocenianym aspektem użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji była komunikacja z innymi specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym. Najniżej ocenionymi aspektami użyteczności klinicznej były łatwość użycia oraz opis trudności osobowościowych pacjenta w oparciu o zaproponowaną metodę analizy autonarracji. Wykazano także, że lepsze zaznajomienie z wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości opisanymi w AMPD DSM-5 oraz ICD-11 wiąże się z niższymi ocenami użyteczności klinicznej w aspekcie opisu trudności osobowościowych pacjenta. Ponadto doświadczanie większej satysfakcji oraz niższej frustracji związanej z udziałem w badaniu wiązała się istotnie z wyższą oceną użyteczności klinicznej w aspekcie łatwości użycia zaproponowanej metody analizy autonarracji.

**Wnioski:** Wyniki badania pierwszego pozwalają przyjąć nową optykę na łączenie zagadnień tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości podkreślając znaczenie charakteru aktywności narracyjnej (pozytywna vs. negatywna albo adaptacyjna vs. nieadaptacyjna) dla poziomu funkcjonowania osobowości. Kliniczna ilustracja wyników badania pierwszego pozwoliła na lepsze zrozumienie wykazanych związków obrazując jak wybrane charakterystyki autonarracji mogą łączyć się z nieprawidłowościami osobowościowymi oraz wskazuje na potencjał analizy autonarracji dla wzbogacenia opisowej diagnozy zaburzeń osobowości. Wyniki badania drugiego stanowią pierwszy krok w kierunku wzbogacenia praktyki klinicznej o elementy oceny autonarracji w oparciu o założenia teorii tożsamości narracyjnej, które zostały dopasowane do gruntu psychologii klinicznej. Wnioski z pracy sugerują: (1) konieczność adaptowania instrukcji kodowych zmiennych narracyjnych poprzez dostosowanie ich brzmienia do gruntu psychologii klinicznej (np. uwzględnienie aspektu adaptacyjności i nieadaptacyjności zmiennej) w cel lepszego ich dopasowania do zagadnień konkretnych zaburzeń (np. osobowości), (2) wstępną zasadność uwzględniania pytań/instrukcji autonarracyjnych w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, które mogą poszerzyć rozumienie trudności pacjenta o subiektywną perspektywę doświadczania siebie, indywidualny system znaczeń przypisywany własnym doświadczeniom oraz pozytywnie wpłynąć na zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości, (3) konieczność prowadzenia dalszych badań nad dookreśleniem związków zachodzących między tożsamością narracyjną i zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym oraz uwzględnieniem teorii tożsamości narracyjnej w diagnozowaniu zaburzeń osobowości.

Praca jako całość stanowi istotny element merytorycznej dyskusji wokół naukowego oraz praktycznego integrowania teorii tożsamości narracyjnej z zagadnieniami zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym oraz jest punktem wyjścia do prowadzenia kolejnych badań w tym obszarze.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości, wymiarowa konceptualizacja zaburzeń osobowości, poziom funkcjonowania osobowości, patologiczne cechy osobowości, tożsamość narracyjna, wnioskowanie autobiograficzne

## **Summary:**

**Theoretical background:** In recent years, the integration of narrative identity theory and dimensional models of personality disorders has been gaining prominence in the literature. Researchers have published further results on the relationship between narrative identity and personality disorders (cf. Lind et al., 2020) indicating, for example, that the narratives of people with personality disorders are more characterised by negative affect (e.g. Jørgensen et al., 2012), are less coherent (e.g. Lind et al., 2019) or contain more negative self-event connections (Baaijens et al., 2024). The potential relevance of narrative analysis for the diagnosis of personality disorders in dimensional perspective has also been pointed out (cf. Lind et al., 2022). Combining these two perspectives in both scientific and practical layers is a relatively new and innovative perspective that requires further research.

**Research objective:** Two types of objectives were identified for the research conducted: scientific and practical. The scientific aim was to test the relationship of narrative identity, particularly in terms of autobiographical reasoning and narrative coherence, with the dimensional conceptualisation of personality disorders described in the Alternative Model of Personality Disorders in the 5th version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (AMPD DSM-5, APA, 2013). The practical aim was to initially test the clinical utility of narrative analysis in terms of autobiographical reasoning for assessment of the level of personality functioning (criterion A). In support of the objectives, two studies were designed and conducted.

**Participants:** The first study involved 80 participants (66 female, 11 male, 3 declared their gender as 'other') aged between 20 and 46 years ( $M = 26.6$ ;  $SD = 6.97$ ) took part in the first study. Participants were recruited from the community and clinical groups. The second study involved 34 subjects (27 women and 7 men) aged between 25 and 48 years ( $M = 35.4$ ;  $SD = 6.39$ ). Each participant had a psychotherapy practice working individually with adults at the time of participation in the study.

**Method:** Study one was conducted in a quantitative model with mixed methods of data collection (quantitative and qualitative). Data was collected using questionnaires: Self and Interpersonal Functioning Scale (level of personality functioning - criterion A), PID-5 Personality Inventory (pathological personality traits - criterion B), The Splitting Index (splitting mechanism), and with the McAdams Life Story Interview (section II - 8 critical events). Interview transcriptions were assessed by raters according to the coding manual

for indicators of autobiographical reasoning: meaning making, exploratory processing and self-event connections, and narrative coherence (in aspects of orientation, structure, affect and integration). The analysis of the narratives was carried out according to the deductive content analysis approach (the results of the analyses took quantitative form), which allowed further statistical calculations and the comparison of the results of the narrative coding with the results of the questionnaires. For study one, additional exploration was conducted by introducing new narrative variables into the analyses: negativity of meaning-making - a more detailed understanding of the nature of the variable meaning-making, and narrative self-reflective activity and narrative structuring - as a result of exploratory factor analysis in the search for more generalised indicators of narrative activity. For study one, a clinical illustration of the relationship between narrative variables and the level of personality functioning was also carried out on the basis of sample statements from the participants.

The second study was exploratory in nature. It was conducted using a quantitative approach. The psychotherapists involved in the study assessed two full narratives (8 critical events collected using the McAdams Life Story Interview) of a healthy person and a person with personality disorders. The evaluation consisted of determining whether the person's statement had autobiographical reasoning characteristics of narratives of the healthy person or the person with personality disorders. Subsequently, participants assessed the clinical utility of the proposed narrative assessment method for assessing personality disorders in aspects of: (1) therapy planning, (2) communication with other mental health professionals, (3) communication with the patient, (4) making a comprehensive description of the patient's personality difficulties, (5) making a comprehensive description of the patient's personality, and (6) ease of use. The psychotherapists then determined which of the eight stories was the most useful for the holistic narrative assessment, the extent to which they were familiar with narrative identity theory and the dimensional models of personality disorders included in the AMPD DSM-5 and ICD-11 prior to the study, and the level of satisfaction and frustration experienced in completing the study procedure.

**Results:** The results of testing the primary hypotheses of the first study did not support the assumptions about the association of autobiographical reasoning and narrative coherence (in terms of orientation, affect and integration) with the level of personality functioning (criterion A), as well as about the association of autobiographical reasoning with pathological personality traits (criterion B) and severity of the splitting mechanism. The

exception was a significant association of narrative coherence structure with the empathy aspect of level of personality functioning - higher structure was a significant predictor of greater personality impairment in aspect of empathy. There were also no differences between healthy individuals and those with personality disorders in terms of indicators of autobiographical reasoning. However, additional analyses showed that higher negativity of meaning-making and lower intensity of narrative self-reflective activity were significant predictors of greater personality impairment in relation to level of personality functioning, as well as more severe impairment in aspects of identity, self-direction and intimacy. The the groups of healthy people and people with personality disorders did not differ in terms of negativity of meaning-making, narrative self-reflective activity and narrative structuring, but a significant difference was shown between those manifesting deeper levels of personality impairment from those functioning more adaptively. Associations between negativity of meaning-making, narrative self-reflective activity and narrative structuring with pathological personality traits and splitting mechanism were not confirmed.

The results of study two indicate that the majority of psychotherapists accurately identified the occurrence of autobiographical reasoning characteristics of narratives of people with personality disorders and healthy people in the stories assessed. The psychotherapists indicated that the most relevant story for the overall evaluation of the narratives was the turning point, and the least relevant was the story about an important childhood scene. The highest rated aspect of the clinical utility of the proposed method of narrative assessment was communication with other mental health professionals. The lowest rated aspects of clinical utility were ease of use and description of the patient's personality difficulties. Better familiarity with the dimensional models of personality disorders described in the AMPD DSM-5 and ICD-11 was associated with lower ratings of clinical utility in terms of describing the patient's personality difficulties. In addition, experiencing greater satisfaction and lower frustration related to participation in the study was significantly associated with higher clinical utility ratings in terms of ease of use of the proposed narrative analysis method.

**Conclusions:** The results of study one provide new optics for linking narrative identity issues with personality disorders by highlighting the importance of the nature of narrative activity (positive vs. negative or adaptive vs. maladaptive) for the level of personality functioning. The clinical demonstration of the results of study one allowed for a better understanding of the relationships shown, illustrating how selected characteristics of



narrative may be linked to personality impairment, and indicates the potential of narrative analysis for enriching the descriptive diagnosis of personality disorders. The results of study two represent a first step towards enriching clinical practice with elements of narrative assessment based on the assumptions of narrative identity theory that have been adapted to the ground of clinical psychology. Conclusions of the study suggest: (1) the need to adapt coding manuals for narrative variables by adapting their wording to the ground of clinical psychology (e.g. taking into account the aspect of adaptability and maladaptability of a variable) in order to better fit them to the issues of specific disorders (e.g. personality disorders), (2) the preliminary validity of including narrative questions/instructions in the assessment of personality disorders, which may broaden the understanding of the patient's difficulties with the subjective perspective of self-experience, the individual system of meanings attributed to one's own experiences, and have a positive impact on the phenomenon of stigmatisation of people with personality disorders, (3) the need for further research into specifying the relationship between narrative identity and personality disorders in dimensional perspective and the inclusion of narrative identity theory in the diagnosis of personality disorders. The dissertation as a whole is an important element of the substantive discussion around the scientific and practical integration of narrative identity theory with issues of dimensional conceptualization of personality disorders and is a starting point for further research in this area.

**Keywords: personality disorders, dimensional conceptualization of personality disorders, level of personality functioning, pathological personality traits, narrative identity, autobiographical reasoning**

**Dziękuję**

**Pani Profesor Emilii Soroko**

za wsparcie moich wysiłków na każdym etapie przygotowywania niniejszej rozprawy,  
wiedzę, rady oraz czas spędzony na wspólnych dyskusjach wokół projektu,  
za zachęcanie mnie do podejmowania często odważnych i wymagających,  
ale wartościowych decyzji;

**Pracownikom i Doktorantom**

**Zakładu Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej oraz  
Współpracownikom z Laboratorium Badań Jakościowych  
i Mieszanych w Psychologii Klinicznej**

za cenne i ważne dyskusje w trakcie konsultacji projektu rozprawy doktorskiej;

**Jerzemu Bandlowi, Michałowi Dolczewskiemu**

**i Danielowi Zajączowi**

za pomoc w prowadzeniu wywiadów badawczych oraz analizowaniu ich treści;

**Wszystkim Uczestnikom badań**

za pomoc w realizacji mojej rozprawy doktorskiej  
oraz gotowość do podzielenia się swoim doświadczeniem i historiami życia;

**Żonie**

za jej wyrozumiałość, cierpliwość i ogrom emocjonalnego wsparcia,  
jakie otrzymałem w trakcie przygotowywania mojej pracy doktorskiej,  
a które były dla mnie szczególnie istotne w momentach kryzysu

*Pracę tę dedykuję mojej Żonie, Marysi*

## Spis treści

1. Wprowadzenie .....	17
2. Zaburzenia osobowości w świetle współczesnej wiedzy psychologicznej .....	29
2.1. Kategorialne oraz wymiarowe rozumienie zaburzeń osobowości – wzajemne relacje .....	29
2.2. Kategorialna konceptualizacja zaburzeń osobowości .....	31
2.2.1. Współwystępowanie diagnoz zaburzeń osobowości jako krytyka założenia o rozłączności kategorii diagnostycznych .....	32
2.2.2. Pozornie wyczerpujący charakter kategorii diagnostycznych jako ograniczenie wyboru formy leczenia .....	34
2.2.3. Arbitralność progów diagnostycznych jako zagrożenie dla podjęcia adekwatnej decyzji diagnostycznej .....	35
2.2.4. Heterogeniczność obrazów klinicznych zaburzeń osobowości a znaczenie etykiet diagnostycznych .....	36
2.2.5. Dodatkowe ograniczenia kategorialnych modeli zaburzeń osobowości .....	37
2.3. Dymensjonalna konceptualizacja zaburzeń osobowości .....	42
2.4. Zaburzenia osobowości we współczesnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zachowania .....	44
2.4.1. Zaburzenia osobowości według Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 .....	46
2.4.2. Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) i patologiczne cechy osobowości (kryterium B) jako podstawowe konstrukty konceptualizacyjne zaburzeń osobowości .....	49
2.4.3. Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) jako część wspólna zaburzeń osobowości .....	49
2.4.4. Nasilenie patologicznych cech osobowości (Kryterium B) jako aspekt różnicujący zaburzenia osobowości między sobą .....	56
2.4.5. Zakres nakładania się poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz patologicznych cech osobowości (kryterium B) .....	58
2.5. Zaburzenia osobowości według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 .....	62
2.6. Kategorialne właściwości wymiarowych konceptualizacji osobowości opisanych w Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 .....	66
2.7. Współczesna problematyka diagnozowania zaburzeń osobowości .....	68

2.7.1. Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz model zaburzeń osobowości w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 a teorie psychologiczne .....	69
2.7.1.1. Teoria relacji z obiektem Kernberga jako źródło wymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5.....	71
2.7.1.2. Przykłady translacji Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz modelu zaburzeń osobowości w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 na inne paradygmaty psychologiczne.....	78
2.7.2. Samoopis jako źródło potencjalnych trudności diagnostycznych.....	80
2.7.3. Użyteczność kliniczna jako istotny element wykorzystania narzędzi i koncepcji w diagnozowaniu zaburzeń osobowości .....	83
2.7.4. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie jako ważny element profesjonalnego kontaktu psychologa z osobami z zaburzeniami osobowości .....	84
2.7.5. Stygmatyzacja w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości oraz jej negatywne konsekwencje .....	88
2.7.6. Dynamika zaburzeń osobowości jako element diagnozowania zaburzeń osobowości .....	91
2.7.7. Teorie psychologiczne jako element pogłębiający opis zaburzeń osobowości o poziom wyjaśniający .....	93
3. Tożsamość narracyjna – podstawy teoretyczne oraz związki z zaburzeniami osobowości .....	98
3.1. Narracyjny zwrot w psychologii jako dyscyplinie naukowej .....	98
3.2. Teoria tożsamości narracyjnej McAdamsa – propozycja integrująca różne perspektywy paradygmatyczne .....	99
3.3. Model tzw. „Wielkiej Trójki” tożsamości narracyjnej McLean i in. (2020) jako krok w kierunku zwiększenia potencjału empirycznego teorii McAdamsa.....	105
3.4. Wnioskowanie autobiograficzne w szerszym kontekście wiedzy psychologicznej	111
3.4.1. Wnioskowanie autobiograficzne a pamięć epizodyczna i autobiograficzna ....	115
3.4.2. Wnioskowanie autobiograficzne a mentalizacja .....	116
3.5. Wnioskowanie autobiograficzne w narracjach osób z zaburzeniami osobowości..	117
3.5.1. Teoretyczne wyjaśnienie charakterystyki wnioskowania autobiograficznego w obrazie zaburzeń osobowości .....	119
3.6. Potencjał teorii tożsamości narracyjnej dla wzbogacenia wiedzy o zaburzeniach osobowości oraz procesu ich diagnozowania .....	121
3.6.1. Integracja teorii McAdamsa oraz wymiarowych modeli zaburzeń osobowości na poziomie założeń koncepcji .....	121

3.6.2. Tożsamość narracyjna jako element wzbogacający diagnozowanie zaburzeń osobowości .....	127
3.7. Dlaczego warto łączyć tematykę zaburzeń osobowości i teorii tożsamości narracyjnej? .....	130
4. Wnioskowanie autobiograficzne a zaburzenia osobowości w ujęciu wymiarowym – badania własne .....	132
4.1. Badanie 1. Badanie związków zachodzących pomiędzy wnioskowaniem autobiograficznym a zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym .....	133
4.1.1. Cel.....	133
4.1.2. Pytania badawcze i hipotezy .....	134
4.1.3. Procedura badania .....	139
4.1.3.1. Procedura dla kontekstu klinicznego .....	140
4.1.3.2. Procedura dla kontekstu nieklinicznego .....	141
4.1.4. Zmienne badane kwestionariuszowo oraz narzędzia samoopisowe dotyczące zaburzeń osobowości.....	143
4.1.4.1. Poziom funkcjonowania osobowości oraz narzędzie pomiarowe Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego .....	143
4.1.4.2. Nasilenie patologicznych cech osobowości oraz narzędzie pomiarowe Inwentarz Osobowości PID-5 .....	144
4.1.4.3. Nasilenie mechanizmu rozszczepienia oraz narzędzie pomiarowe Kwestionariusz Ja .....	144
4.1.5. Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego oraz koherencja narracji .....	145
4.1.5.1. Wywiad badawczy Wywiad Historii Życia McAdamsa.....	145
4.1.5.2. Zmienna połączenia wydarzenie-Ja .....	147
4.1.5.3. Zmienna przetwarzanie eksploracyjne.....	147
4.1.5.4. Zmienna nadawanie znaczenia .....	148
4.1.5.5. Zmienna koherencja narracji .....	148
4.1.6. Analiza wypowiedzi .....	148
4.1.7. Analizy statystyczne przeprowadzone w trakcie testowania hipotez.....	150
4.1.8. Charakterystyka osób uczestniczących w badaniu pierwszym .....	151
4.1.9. Wyniki badania pierwszego .....	153
4.1.9.1. Opis statystyczny badanych zmiennych .....	153
4.1.9.2. Wyniki testowania hipotez .....	154
4.1.10. Pytania badawcze <i>ex post</i> dotyczące związku ogólnego czynnika aktywności autonarracyjnej i negatywności nadawania znaczenia z zaburzeniami osobowości ..	175

4.1.11. Uogólnione wskaźniki aktywności autonarracyjnej poszerzone o negatywność nadawania znaczenia .....	176
4.1.11.1. Uogólnianie wskaźników wnioskowania autobiograficznego z uwzględnieniem koherencji narracji .....	176
4.1.11.2. Nadawanie znaczenia w nowej perspektywie: negatywność nadawania znaczenia.....	179
4.1.12. Hipotezy <i>ex post</i> dotyczące związku ogólnego czynnika aktywności autonarracyjnej i negatywności nadawania znaczenia z zaburzeniami osobowości ..	180
4.1.13. Analizy przeprowadzone w trakcie testowania hipotez <i>ex post</i> .....	181
4.1.14. Testowanie hipotez <i>ex post</i> .....	181
4.1.15. Kliniczna ilustracja związków aktywności autonarracyjnej z zaburzeniami osobowości na podstawie wypowiedzi osób badanych.....	198
4.1.15.1. Ilustracja nr 1 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat doświadczania przemocy domowej .....	198
4.1.15.2. Ilustracja nr 2 – autonarracje osoby zdrowej na temat doświadczenia przemocy domowej.....	201
4.1.15.3. Ilustracja nr 3 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat wyboru kierunku studiów .....	204
4.1.15.4. Ilustracja nr 4 – autonarracja osoby zdrowej na temat uczestnictwa w ważnym obrzędzie religijnym.....	207
4.1.15.5. Ilustracja nr 5 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat wyprowadzki z domu.....	209
4.1.15.6. Ilustracja nr 6 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat rodzinnego wyjazdu na wakacje .....	212
4.1.16. Znaczenie analizy autonarracji w świetle poziomu funkcjonowania osobowości .....	214
4.1.17. Dyskusja wyników badania pierwszego.....	215
4.1.18. Ograniczenia badania pierwszego .....	225
4.2. Badanie 2. Badanie użyteczności klinicznej analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym.	227
4.2.1. Cel.....	227
4.2.2. Pytania badawcze .....	227
4.2.3. Opracowana metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego .....	228
4.2.4. Procedura badania .....	229
4.2.5. Charakterystyka psychoterapeutów uczestniczących w badaniu drugim.....	231
4.2.6. Zmienne .....	232

4.2.6.1. Trafność oceny wypowiedzi zgodnie z zaproponowaną metodą.....	232
4.2.6.2. Ocena użyteczności klinicznej oraz innych opinii istotnych dla oceny zaproponowanej metody analizy autonarracji .....	232
4.2.6.3. Dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia oceny użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego.....	233
4.2.7. Wyniki .....	234
4.2.8. Dyskusja wyników badania drugiego.....	237
4.2.9. Ograniczenia badania drugiego .....	243
4.3. Ogólna dyskusja pracy .....	245
4.3.1. Dyskusja znaczenia otrzymanych wyników.....	245
4.3.2. Implikacje praktyczne .....	248
4.3.3. Kierunki dalszych badań .....	250
7. Zakończenie .....	253
6. Bibliografia .....	254
7. Załączniki.....	286



# 1. Wprowadzenie

Niniejszą rozprawę doktorską pragnę rozpocząć od przedstawienia założeń światopoglądowych, które przyświecały mi od samego początku jej tworzenia, a które dotyczą ogólnego podejścia do projektowania i prowadzenia badań naukowych. Ze względu na prowadzenie badań w modelu ilościowym z mieszanymi metodami zbierania danych (ilościowe i jakościowe) w niniejszej rozprawie integruję elementy zarówno światopoglądu konstrukcjonistycznego jak i postpozytywistycznego. Warto jednak zaznaczyć, że element postpozytywistyczny miał zdecydowanie większy wpływ na kształt mojej pracy.

Światopogląd konstrukcjonistyczny zakłada, że ludzie rozumieją swoje doświadczenia w unikalny i wyjątkowy sposób (Creswell, 2009). Konsekwencją przyjęcia takiego światopoglądu jest założenie, że obiektywna i jednolita znaczeniowo rzeczywistość w istocie nie istnieje – to ludzie w drodze (auto)refleksji oraz interpretacji otaczającej ich rzeczywistości oraz siebie samych kreują rzeczywistość (a raczej jej znaczenie) w subiektywny sposób. Celem badań prowadzonych w oparciu o konstrukcjonizm jest badanie indywidualnego systemu znaczeń w celu poznania sposobu doświadczania rzeczywistości przez osobę uczestniczącą w badaniu. Światopogląd postpozytywistyczny w filozofii nauki odnosi się do pojęcia determinizmu, według którego zakłada się, że różne zjawiska w ramach wspólnego obszaru, np. paradygmatu czy teorii są ze sobą połączone związkami przyczynowo-skutkowymi, a badanie tych związków pozwoli na określenie kierunku zależności oraz przewidywania efektu działania jednych zjawisk w postaci zmiany innych powiązanych z nimi zjawisk. Badania oparte o światopogląd postpozytywistyczny jako punkt wyjścia obierają pewną teorię, która następnie jest weryfikowana w postaci testowania hipotez przyczyniając się do dalszego jej rozwoju, rewizji albo obalenia (Creswell, 2009).

Dwa badania przeprowadzone na rzecz realizacji niniejszej rozprawy różnią się od siebie. Badanie pierwsze posiada charakter weryfikacyjny (postawiono pytania badawcze oraz hipotezy) oraz prowadzone było w modelu ilościowym z mieszanymi metodami zbierania danych. Dane zbierano zarówno za pomocą kwestionariuszy oraz wywiadu badawczego. Analizy materiału jakościowego prowadzone były zgodnie z dedukcyjną analizą treści (np. Graneheim i in., 2017; Schreier, 2012), która polega na poszukiwaniu w materiale wywiedzionych z teorii kategorii, w celu przeprowadzenia dalszych analiz statystycznych. Rozumienie wyników analiz statystycznych pogłębiono kliniczną ilustracją

(oraz omówieniem) przykładów wypowiedzi osób badanych. Badanie drugie miało charakter eksploracyjny (postawiono pytania badawcze), a wszystkie zebrane dane miały charakter ilościowy. Taka charakterystyka badań finalnie zbliża cały projekt rozprawy doktorskiej bardziej do światopoglądu postpozytywistycznego wzbogaconego jednak o elementy konstrukcjonistyczne.

Pragnę zaznaczyć, że powstanie niniejszej rozprawy doktorskiej stanowi efekt osobistego zafascynowania, na pewnym etapie mojego rozwoju jako naukowca, zagadnieniami z pogranicza psychologii klinicznej i psychologii narracyjnej oraz zadaniem sobie pytania o to „czy autonarracje mogą być ważne dla rozumienia osób z zaburzeniami osobowości?”. W związku z tym główną ramą odniesienia dla całej pracy jest integracja teorii osobowości McAdamsa, czyli teorii tożsamości narracyjnej (np. McAdams, 1985, 2010) z zagadnieniami związanymi z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości zarówno w kontekście naukowym jak i praktycznym (diagnostycznym).

Szukając źródeł psychologii osobowości należy cofnąć się do czasów Hipokratesa, który wskazywał, że temperament można zdefiniować poprzez dominujący w ciele płyn ustrojowy: sangwinik (krew), choleryk (żółć), melancholik (czarna żółć) i flegmatyk (śluz). Każdy z tych typów ma tożsame dla siebie charakterystyki, określające relatywnie całościowo typowy sposób funkcjonowania. Współcześnie wiemy, że założenia Hipokratesa nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości, jednak na przestrzeni lat, teoretycy i badacze zauważali, że ludzie mają pewne globalne charakterystyki, które pozwalają na określanie cech wspólnych dla ludzi jako gatunku, ale także różnic indywidualnych pomiędzy jednostkami. Konstruktem opisujący zestaw tych charakterystyk to osobowość, który (współcześnie) można zdefiniować jako zbiór struktur i procesów, myśli, emocji i zachowań, które stanowią pewien spójny wzorzec funkcjonowania pozostający pod wpływem zarówno genów jak i środowiska (por. Pervin, 2005). w pewnym momencie rozwoju wiedzy o psychice, zaczęto rozważać możliwość całościowych zaburzeń (zaburzeń osobowości), dla których początkiem były rozważania na temat *moralnego szaleństwa* sięgające XIX w. (por. Vaillant, Perry, 1985). Aktualnie zagadnienia psychologii zaburzeń osobowości rozpatrywane są na polu psychologii klinicznej, czyli działu psychologii stosowanej, która zajmuje się diagnostyką zaburzeń psychicznych, ich terapią oraz profilaktyką (por. Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Punktem wyjścia rozważań na temat zaburzeń osobowości w mojej pracy są *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych* (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) i *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób*

*i Problemów Zdrowotnych* (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*– ICD), których założenia zmieniały w toku rozwoju wiedzy o funkcjonowaniu psychicznym. Najbardziej istotną zmianą (dla niniejszej pracy) jaką można zidentyfikować w założeniach podręczników diagnostycznych jest zwiększenie znaczenia wymiarowych konceptualizacji w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, która stanowi alternatywę dla kategorialnego sposobu ich postrzegania. Biorąc pod uwagę historyczny rozwój psychologii zaburzeń osobowości oraz podejścia do ich diagnozy, konceptualizacja kategorialna posiada bogatszą tradycję zarówno w odniesieniu do prowadzenia badań naukowych (por. Karukivi i in., 2017; Lenzenweger, 2008; Rossi i in., 2001; Wiggins, Pincus, 1989) jak i praktyki klinicznej w postaci umieszczenia jej w aktualnej (APA, 2013) oraz wcześniejszych (np. DSM-III, APA, 1980; DSM-IV, APA, 1994) wersjach DSM i przedostatniej wersji ICD (ICD-10, WHO, 1992). Kategorialność tych modeli odnosi się do założenia, że zaburzenia osobowości stanowią odrębne jakościowo, jednak wewnętrznie spójne jednostki nozologiczne, które diagnozowane są poprzez identyfikację konkretnej liczby objawów, ze zbioru objawów przypisanych do danej kategorii (np. dla zdiagnozowania zaburzenia osobowości borderline wg DSM-5 (APA, 2013) wystarczy stwierdzenie występowania 5 z 9 możliwych objawów). Kategorialne klasyfikacje zaburzeń osobowości na przestrzeni lat były jednak obiektem szerokiej krytyki (por. Herperz i in., 2017; Hopwood, 2018; Sharp, Wall, 2021; Widiger, Trull, 2007). Krytyka ta dotyczyła relatywnie wysokiego odsetka współwystępowania diagnoz zaburzeń osobowości postawionych w oparciu o modele kategorialne (np. Grant i in., 2005; Karukivi i in., 2017; McGlashan i in., 2000; Oldham i in., 1992; Pilkonis i in., 1995; Telch i in., 2011), arbitralności określenia progów diagnostycznych pozwalających na zdiagnozowanie zaburzeń osobowości (np. Hopwood, 2018; Skodol i in. 2011), czy zbyt dużego zróżnicowania objawów w obrazach klinicznych osób dzielących tę samą diagnozę (np. Herpertz i in., 2017; Widiger, Trull, 2007). Krytyka ta odnosi się zatem do sposobu konceptualizacji zaburzeń osobowości w sposób kategorialny, co w konsekwencji obniża jakość pracy klinicznej profesjonalistów pracujących o założenia modeli kategorialnych.

Szeroka krytyka podejścia kategorialnego związana jest z rozwojem wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości, które w ostatnich latach zyskują na znaczeniu zarówno na gruncie naukowym jak i w pracy klinicznej. W ostatniej, 11. wersji ICD, oraz 5. wersji DSM (w części *Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości* (AMPD, DSM-5, APA, 2013) zaburzenia osobowości rozumiane są w sposób wymiarowy, który

konceptyjnie różni się od modeli kategoryalnych, ponieważ związany jest z oceną nasilenia trudności osobowościowych, a nie decyzją o występowaniu/braku obecności konkretnych objawów w obrazie klinicznym. Choć między AMPD DSM-5 oraz ICD-11 zachodzą pewne konceptyjne różnice głównymi obszarami, przez które definiowane są zaburzenia osobowości w kontekście wymiarowych modeli to (1) funkcjonowanie Ja i interpersonalne określane w AMPD DSM-5 jako poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A); w ICD-11 jako głębokość dysfunkcji osobowości<sup>1</sup> (ang. *severity of personality dysfunction*) (ICD-11; WHO, 2019) oraz (2) cechy osobowości zaburzonej, które w AMPD DSM-5 nazwane są patologicznymi cechami osobowości (kryterium B) (AMPD, DSM-5; APA, 2013), a w ICD-11 nieadaptacyjnymi cechami osobowości (ICD-11; WHO, 2019). W dalszej części wprowadzenia będę odwoływał się do pojęć poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz patologicznych cech osobowości (kryterium B) z dwóch powodów: (1) głównym wymiarowym modelem zaburzeń osobowości o jaki oparłem się w trakcie przygotowywania pracy jest Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 (APA, 2013) oraz (2) jest więcej podobieństw konceptyjnych i empirycznych między modelami niż różnic, na co wskazuje także literatura przedmiotu i odnoszą się głównie do nazewnictwa, sposobu opisu niektórych kwestii oraz rozłożenia akcentów, a nie do ogólnego rozumienia tego czym są zaburzenia osobowości (por. Bach, First, 2018).

Poziom funkcjonowania osobowości odnosi się do sposobu funkcjonowania Ja (w aspekcie tożsamości i samokierowania) oraz funkcjonowania interpersonalnego (w aspekcie empatii i bliskości) (APA, 2013). Poziom funkcjonowania osobowości jest zatem tą częścią zaburzeń osobowości, która odnosi się do sposobu w jakim osoba doświadcza siebie, innych oraz relacji z innymi (Bender i in., 2011). Kryterium A traktowane jest jako „rdzeń” zaburzeń osobowości (APA, 2013; Sharp, Wall, 2021), który pozwala odróżnić je od innych zaburzeń psychicznych odzwierciedlając wspólne trudności występujące we wszystkich zaburzeniach osobowości, zanim ich opis zostanie uzupełniony przez uwzględnienie nasilenia patologicznych cech (Pincus i in., 2019). Patologiczne cechy osobowości odnoszą się nasilenia pięciu cech osobowości zaburzonej: negatywnej afektywności, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu (APA, 2013). Patologiczne cechy osobowości mają te same charakterystyki, które są tożsame dla cech osobowości zdrowej, czyli stałe oraz uwarunkowane genetycznie i środowiskowo dyspozycje (np. South, DeYoung, 2013). Patologiczne cechy osobowości odzwierciedlają

---

<sup>1</sup> Tłumaczenie własne

zatem pewien stały i niezmienny komponent zaburzeń osobowości oraz pozwalają dopełnić opis zaburzeń osobowości sporządzony na podstawie Kryterium A.

W literaturze przedmiotu istnieje dyskusja czy kryteria A i B stanowią odrębne czy jednak zbieżne aspekty funkcjonowania osobowości. Jedni autorzy argumentują, zarówno na podstawie badań jak i analizy literatury (np. Gamache i in., 2019; Few i in., 2013; Widiger i in., 2019), że oba kryteria mogą nie być odrębnymi elementami zaburzeń osobowości, wskazując na wzajemne powiązania między nimi. Widiger i in. (2019) postulują nawet, że kryterium B obejmuje swoim zakresem także zagadnienia opisywane przez kryterium A, co sprawia, że kryterium A w konceptualizacji zaburzeń osobowości może być zbędne. Inni autorzy (np. Bender i in., 2011; Morey i in., 2011; Sharp, Wall, 2021) argumentują, że kryterium A i kryterium B pomimo pewnych zależności odwołują się do różnych, unikalnych dla siebie elementów zaburzeń osobowości. W niniejszej pracy także przyjmuję założenie o relatywnej odrębności obu kryteriów. W mojej pracy kładę nacisk, że kryterium A jest tym, co zaburzenia osobowości mają ze sobą wspólnego i tym, co odróżnia je od innych zaburzeń psychicznych, a kryterium B ujmuje i dookreśla różnice dotyczące sposobu ich manifestacji. Perspektywa ta obecna jest także w AMPD DSM-5 (APA, 2013) oraz ICD-11 (WHO, 2019).

Pomimo, że wymiarowe konceptualizacje zaburzeń osobowości adresują większość z ograniczeń kategoryalnych modeli (por. Widiger, Trull, 2007), to jednak wydaje się, że istnieje pewien wspólny obszar problematyki diagnozowania zaburzeń osobowości, który dotyczy zaburzeń osobowości w ogóle. Zanim przejdę do przedstawienia kolejnych istotnych elementów niezbędnych do zrozumienia przyświecających mi idei chciałbym odwołać się do znaczenia AMPD DSM-5 w diagnozie psychologicznej, która stanowi istotny punkt mojej pracy. Chcę przedstawić to zagadnienie, ponieważ w mojej pracy odwołuję się do pojęć „diagnozy opisowej” i „diagnozy wyjaśniającej”. Jasne omówienie rozumienia tych pojęć przełoży się na większą klarowność mojego wywodu. Tę część rozpocznę jednak od akapitu, w którym omówię ogólne zagadnienie diagnozy psychologicznej.

Znaczenie słowa „diagnoza” bierze swoje źródło od greckiego słowa *diagnosis*, którego znaczenie to „rozpoznanie” (od greckich słów *dia* – oznaczającego cząstkę „roz-” oraz *gnosis* czyli „poznanie”, np. Kopaliński, 2006). Ważne, także żeby zwrócić uwagę, że na diagnozę psychologiczną składają się jej trzy pomniejsze aspekty: proces diagnozowania, efektu tegoż procesu oraz dziedzina nauki i praktyki na polu psychologii. Diagnoza psychologiczna jako proces (diagnozowanie) obejmuje wszystkie działania (np.

określenie pytań diagnostycznych, dobór narzędzi, ich przeprowadzenie oraz interpretacja), które prowadzą do lepszego poznania trudności osoby diagnozowanej (Stemplewska-Żakowicz, 2008). Pojęcie diagnozy, jako efektu diagnozowania (rozpoznanie) dotyczy wskazania jednostki nozologicznej oraz nakreślenia obrazu klinicznego zaburzenia wraz ze zrozumieniem tegoż zjawiska (Stemplewska-Żakowicz, 2008). W tym rozumieniu diagnoza może mieć charakter opisowy/różnicujący (np. jaką jednostkę nozologiczną można rozpoznać w obrazie klinicznym) oraz charakter wyjaśniający (odwołanie się do teorii psychologicznych w celu zrozumienia patogenezy i utrzymywania się patomechanizmu) (zob. dalej; por. Cierpiałkowska i in., 2016). Określenie konkretnego rozpoznania prowadzi do zaplanowania konkretnych interwencji, a następnie monitorowania ich przebiegu i efektu (por. Cierpiałkowska i in., 2016). Diagnoza jako dziedzina nauki i praktyki odnosi się do profesjonalnej wiedzy uzyskiwanej wskutek prowadzenia badań naukowych oraz wytycznych dobrej praktyki diagnostycznej (Stemplewska-Żakowicz, 2008).

W trakcie pracy klinicznej psycholog odwołuje się do trzech modeli diagnozowania: model diagnozy opisowej, model diagnozy strukturalno-funkcjonalnej oraz model diagnozy epigenetycznej (por. Cierpiałkowska i in., 2016). Model diagnozy opisowej (diagnoza różnicowa lub nozologiczna) odnosi się do określenia czy i jakie zaburzenie psychiczne możliwe jest do zidentyfikowania w obrazie funkcjonowania osoby diagnozowanej. Innymi słowy, klinicysta stara się rozpoznać oraz opisać obserwowane objawy, a następnie na podstawie wytycznych podręcznika diagnostycznego, np. AMPD DSM-5 określić, czy objawy te są wystarczająco nasilone/liczne, żeby móc wskazać występowanie konkretnej jednostki nozologicznej (np. zaburzeń osobowości) (Cierpiałkowska i in., 2016). Kolejne dwa modele diagnozy mają charakter wyjaśniający. Model diagnozy strukturalno-funkcjonalnej pozwala na wyjaśnienie patomechanizmu utrzymujących się zaburzeń. W celu określenia diagnozy strukturalno-funkcjonalnej psycholog odnosi się do różnych teorii i koncepcji, które (w hipotetyczny sposób) wyjaśniają w jaki sposób określona struktura psychiczna oraz konkretne procesy/mechanizmy psychiczne podtrzymują rozpoznane (przy diagnozie opisowej) zaburzenie. (Cierpiałkowska i in., 2016). Model diagnozy epigenetycznej podobnie jak model strukturalno-funkcjonalny ma charakter wyjaśniający, ale odnosi się do źródeł pojawienia się zdiagnozowanego zaburzenia. Określenie diagnozy epigenetycznej wymaga od klinicysty (tak jak w przypadku diagnozy strukturalno-funkcjonalnej) odniesienia się do teorii psychologicznych/medycznych jednak w celu określenia nieco innej kwestii -

patogenezy. Wskazuje się, że u podstaw większości zaburzeń psychicznych leżą czynniki biologiczne, społeczne i psychiczne. Każdy z tych czynników może być rozpatrywany na jeden z trzech sposobów – predyspozycji, czyli czyniący jednostkę szczególnie wrażliwą na wystąpienie danego zaburzenia; modyfikacji wpływ innego czynnika lub pośrednictwa pomiędzy doświadczanym zaburzeniem a innym czynnikiem; interakcji pomiędzy różnymi czynnikami, które w toku życia mogą przyczynić się do rozwoju zaburzeń psychicznych (albo utrzymania zdrowia) (Cierpiałkowska i in., 2016).

Warto podkreślić, że Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 pozwala wyłącznie na określenie diagnozy opisowej, czyli rozpoznania oraz opisu doświadczanych trudności psychicznych, które ma na celu wskazanie konkretnej jednostki nozologicznej (np. zaburzeń osobowości) obecnej w obrazie klinicznym. Psycholog chcąc pogłębić diagnozę opisową o poziom wyjaśniający musi odwołać się do teorii i koncepcji psychologicznych, które umożliwią mu ten cel (por. Soroko, 2020).

Literatura przedmiotu wskazuje, że problematyka diagnozowania zaburzeń osobowości dotyczy przede wszystkim kwestii samoopisu jako źródła potencjalnie nieadekwatnych diagnoz ze względu na częste trudności osób z zaburzeniami osobowości w dokonywaniu adekwatnego opisu siebie (por. Huprich, Bornstein, 2007; Cierpiałkowska, Soroko, 2017), nadmierne skupianie się na doświadczanych objawach oraz ograniczenia podmiotowości osoby diagnozowanej, stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości (np. Aviram i in., 2006; Lawn, McMahon, 2015; Magallón-Neri i in., 2014); czy niewystarczającego podkreślenia znaczenia niektórych, szczególnie ważnych aspektów zaburzeń osobowości przez brak uwzględnienia w podręcznikach diagnostycznych (np. DSM-5) ich kluczowych charakterystyk (np. dla opisu tożsamości; por. Livesley, 2022).

Kwerenda literatury dotyczącej problematyki diagnozowania zaburzeń osobowości oraz hipotetycznych rozwiązań obecnych trudności na tym polu, zwróciła moje zainteresowanie w kierunku wykorzystania teorii tożsamości narracyjnej McAdamsa (np. 1985, 2010) jako tej, która może mieć potencjał wzbogacający proces diagnozowania zaburzeń osobowości, szczególnie w części opisowej. Ważne podkreślenia jest, że McAdams opisując swój model osobowości daje dość szerokie pole do konceptualizacji jego teorii przez badaczy, którzy chcieliby wykorzystać ją w swoich badaniach. Traktuję to jako zaletę modelu McAdamsa, ponieważ pozwala to w bardziej dopasowany sposób zintegrować jej brzmienie zagadnieniami psychologii zaburzeń osobowości, co w pewnej części przedstawiam także poniżej.

Teoria tożsamości narracyjnej McAdamsa (np. 1985, 1993, 2010) jest teorią osobowości zdrowej stworzoną na gruncie psychologii narracyjnej. McAdams stworzył model osobowości, w którym cechy, charakterystyczne adaptacje oraz tożsamość narracyjna stanowią trzy poziomy poprzez które rozumiana jest osobowość. Zdefiniowanie poziomu cech oparte zostało głównie na modelu Wielkiej Piątki (Costa, McCrae, 1992), ale model Costy i McCrae'a nie stanowi wyłącznego sposobu operacjonalizacji tego poziomu. Poziom ten odzwierciedla zatem relatywnie stałe, i stabilne w czasie dyspozycje, które pozostają po wpływie zarówno genetyki jak i środowiska. W konsekwencji każdy z modeli, w którym definiuje się pojęcie cechy w podobny sposób, może być wykorzystany w badaniach naukowych jako reprezentacja poziomu cech z modelu McAdamsa (np. kryterium B – patologiczne cechy osobowości; APA, 2013; por. Waugh, 2019; Pincus, Roche, 2019). Autor teorii (McAdams, 2010) opisuje poziom cech metaforą *człowieka aktora*, który odgrywa „rolę” wynikającą z cech. Drugi poziom osobowości w modelu McAdamsa to charakterystyczne adaptacje (np. McAdams, 2006, 2010). Są to związane z kontekstem (zarówno osobistym jak i społecznym) szeroko rozumiane charakterystyki, które związane są z funkcjonowaniem w codziennym życiu. McAdams jako przykłady charakterystycznych adaptacji wskazuje zarówno motywy, zainteresowania, postawy, obraz siebie, ale także mechanizmy obronne (por. McAdams, 2006, 2010). Wydaje się zatem, że elementem poprzez który można zoperacjonalizować charakterystyczne adaptacje w perspektywie psychologii klinicznej jest mechanizm rozszczepienia, rozumiany w teorii relacji z obiektem Kernberga jako utrzymywanie pozytywnych i negatywnych reprezentacji self-obietk we względnej izolacji (por. 1996). Opisując ten poziom osobowości McAdams posługuje się metaforą *człowieka agenta* (McAdams, 2010). Pojęcie agenta związane jest przede wszystkim z samokierowaniem i podejmowaniem autonomicznych decyzji, choć literatura przedmiotu wskazuje, że charakterystyczne adaptacje odzwierciedlają szerszą perspektywę indywidualności jednostki (por. Pincus, Roche, 2019), także w aspekcie nieświadomym (np. mechanizmy obronne). Trzeci i ostatni poziom osobowości to tożsamość narracyjna, która w rozumieniu autora to „(...) zinternalizowana i ewoluująca historia zrekonstruowanej przeszłości oraz wyobrażonej przyszłości, która ma na celu zapewnienie życiu jednostki, spójności i ciągłości” (McAdams, 2010, s. 179). Oznacza to przyjęcie perspektywy, że ludzie konstruują swoją tożsamość wskutek spójnych i nakierowanych na określony cel narracji, które integrują różne aspekty doświadczenia z Ja jednostki (McAdams, 1995a). Tym elementem zaburzeń osobowości w perspektywie wymiarowej, który byłby najbliższy



tożsamości narracyjnej, może być poziom funkcjonowania osobowości (por. Waugh, 2019; Pincus, Roche, 2019). W odniesieniu do tożsamości narracyjnej McAdams (2010) posługuje się metaforą *człowieka autora*, który dokonuje aktu nieustannego tworzenia i rekonstruowania swojej tożsamości (narracyjnej) w oparciu o refleksję i rozumienie własnego doświadczenia (por. McAdams, 2006).

Moje zainteresowania zwróciły się szczególnie w kierunku tożsamości narracyjnej, ponieważ stanowi ona narracyjną conceptualizację konstruktu „tożsamość”. Warto podkreślić, że tożsamość uważana jest za jeden z kluczowych aspektów oceny (zaburzeń) osobowości (por. Kernberg, 2012; Erikson, 1968). W ramach teorii McAdamsa szczególne znaczenie dla niniejszej pracy ma wnioskowanie autobiograficzne, które określane jest jako najbardziej znaczący proces dla tworzenia tożsamości narracyjnej (por. Habermas, Bluck, 2000). Wnioskowanie autobiograficzne opiera się na aktywności autorefleksyjnej, która ukierunkowana jest na zrozumienie wpływu własnych doświadczeń w szerszym kontekście życia oraz włączeniu ich do historii życia, czyli tożsamości narracyjnej. Poprzez wnioskowanie autobiograficzne tożsamość narracyjna może przyjąć spójny i ciągły charakter. W związku z tym w badaniach uwzględniłem także aspekt koherencji narracji (Baerger, McAdams, 1999), który stanowi wskaźnik spójności wypowiedzi oraz przez niektórych autorów (por. Habermas, Bluck, 2000) wprost łączony jest z wnioskowaniem autobiograficznym. Przyjęcie narracyjnej optyki na zaburzenia osobowości może przyczynić się do poszerzenia wiedzy z zakresu związków tożsamości narracyjnej i zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym oraz korzystnie wpłynąć na rozwój praktyki klinicznej w aspekcie diagnozy opisowej.

Literatura przedmiotu wskazuje wyraźne kierunki w jakich powinna postępować integracja teorii tożsamości narracyjnej i zaburzeń osobowości w rozumieniu wymiarowym. Lind (2021) stawia hipotezę, że wnioskowanie autobiograficzne może być najważniejszym narracyjnym wskaźnikiem poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A), szczególnie w aspekcie tożsamości. Ponadto Waugh (2019) wskazuje, że włączenie do diagnozy zaburzeń osobowości elementu tożsamości narracyjnej pozwoli na uzyskanie subiektywnej perspektywy osoby diagnozowanej odzwierciedlającej *kto* doświadcza zaburzeń osobowości. Konsekwencją integrowania obu perspektyw będzie więc także uwzględnienie w diagnozie opisowej zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym subiektywnego poczucia tego „kim jest” osoba diagnozowana, czyli poczucia tożsamości. Subiektywne poczucie tożsamości określane jest jedną z definicyjnych cech tożsamości (por. Jørgensen, 2018; Taylor, 1989; Erikson, 1968),

a według Livesley'a (2022) nie jest uwzględniane w definicji zaburzeń osobowości w AMPD DSM-5. Włączenie subiektywnej perspektywy pacjenta poprzez uwzględnienie tożsamości narracyjnej w procesie diagnozowania może także ograniczyć zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości wśród psychologów i innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, które w dużej części związane jest z postrzeganiem tych osób przez pryzmat ich objawów (por. Aviram i in., 2006; Lawn, McMahan, 2015).

Analiza literatury przedmiotu oraz wskazanych przez badaczy kierunków integracji teorii tożsamości narracyjnej i wymiarowych modeli zaburzeń osobowości stanowiła asumpt do napisania projektu niniejszej rozprawy doktorskiej. Szczególnie istotnym powodem, dla którego podjąłem tematykę zależności między wnioskowaniem autobiograficznym a zaburzeniami osobowości była wspomniana hipoteza Lind (2021), która sugeruje, że wnioskowanie autobiograficzne może mieć potencjał wzbogacający diagnozowanie zaburzeń osobowości w sposób wymiarowy. Jak dotąd nie przeprowadzono jednak badań weryfikujących jej założenia.

Cele niniejszego projektu można podzielić na dwie kategorie. Pierwszy cel to cel naukowy w postaci określenia związków wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji (aspektów tożsamości narracyjnej) z modelem zaburzeń osobowości opisanym w AMPD DSM-5. Cel ten realizowałem w badaniu pierwszym. Ramą odniesienia w projektowaniu badania pierwszego była wymiarowa konceptualizacja zaburzeń osobowości AMPD DSM-5 (APA, 2013), teoria relacji z obiektem Kernberga (np. 1976), oraz teoria tożsamości narracyjnej McAdamsa (np. 1985, 2001, 2010). Istotną cechą badania jest wykorzystanie takiego zestawu zmiennych kwestionariuszowych i narracyjnych, które pozwoliły przyjąć relatywnie wyczerpującą perspektywę zarówno na zaburzenia osobowości w ujęciu wymiarowym jak i model osobowości McAdamsa (np. 2010), którego częścią jest tożsamość narracyjna. W aspekcie zaburzeń osobowości dokonano pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A), patologicznych cech osobowości (kryterium B) oraz nasilenia mechanizmu rozszczepienia identyfikowanego jako jeden z najbardziej istotnych źródeł powstawania oraz utrzymywania się zaburzeń osobowości (por. Kernberg, 1976). W aspekcie modelu osobowości McAdamsa poziomowi cech odpowiadają patologiczne cechy osobowości (kryterium B), jako reprezentację charakterystycznych adaptacji przyjęto nasilenie mechanizmu rozszczepienia, a tożsamość narracyjna badana była poprzez analizę autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji.

Dodatkową i wartościową częścią badania pierwszego jest kliniczna ilustracja związków aktywności narracyjnej z poziomem funkcjonowania osobowości na podstawie wypowiedzi osób biorących udział w badaniu. Zobrazowanie wykazanych związków badania przykładami pozwala w pełniejszy sposób zrozumieć charakter wyników otrzymanych wskutek przeprowadzonych analiz statystycznych oraz stanowi przykład łączenia wskaźników aktywności narracyjnej z poziomem funkcjonowania osobowości.

Drugi cel odnosi się do wstępnego określenia użyteczności klinicznej analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości w sposób wymiarowy, a zatem stanowi cel praktyczny pracy. Cel ten realizowany był w badaniu drugim, w którym osobami uczestniczącymi w badaniu byli praktykujący psychoterapeuci, którzy wykorzystali przygotowany opis charakterystyk wnioskowania biograficznego do oceny wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości, a następnie dokonali oceny użyteczności klinicznej tej metody oceny autonarracji.

Podjęte kierunki badań miały określić: (1) czy niższe nasilenie (wskaźników) wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji może być istotnym predyktorem dla wyższych nieprawidłowości w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A), (2) czy wyższe nasilenie patologicznych cech może stanowić istotny predyktor niższego nasilenia (wskaźników) wnioskowania autobiograficznego, (3) czy wyższe nasilenie mechanizmu rozszczepienia może wiązać się z niższym nasileniem (wskaźników) wnioskowania autobiograficznego, (4) czy grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem nasilenia (wskaźników) wnioskowania autobiograficznego oraz (5) wstępną ocenę użyteczności klinicznej analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości w sposób wymiarowy.

Podsumowując, w pracy przedstawiam tematykę zaburzeń osobowości z uwzględnieniem różnic pomiędzy kategoryalnymi i wymiarowymi modelami ich konceptualizacji wskazując na nadrzędność modeli dymensjonalnych. Następnie opisuję problematykę diagnozowania zaburzeń osobowości, która jest relatywnie niezależna od wyboru konceptualizacji (kategoryalna vs. dymensjonalna) oraz identyfikuję potencjał teorii tożsamości narracyjnej dla zaadresowania niektórych ograniczeń diagnozowania oraz wzbogacenia diagnozowania zaburzeń osobowości w sposób wymiarowy, szczególnie w aspekcie poziomu funkcjonowania osobowości. Swoją pracę kończę przedstawiając opis oraz wyniki dwóch badań, które stanowią istotny wkład do dyskusji na temat związków

tożsamości narracyjnej, szczególnie w aspekcie wnioskowania autobiograficznego, z zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym oraz czynią wstępny, ale empiryczny, krok w kierunku uwzględnienia analizy tożsamości narracyjnej (w aspekcie wnioskowania autobiograficznego) w diagnozowaniu poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A).

## **2. Zaburzenia osobowości w świetle współczesnej wiedzy psychologicznej**

### **2.1. Kategorialne oraz wymiarowe rozumienie zaburzeń osobowości – wzajemne relacje**

Rozważania na temat ludzkiej osobowości sięgają czasów starożytności, kiedy Hipokrates określił, że temperament można sklasyfikować ze względu na dominujący w organizmie płyn ustrojowy: sangwinik (krew), choleryk (żółć), melancholik (czarna żółć) i flegmatyk (śluz). Choć teoria Hipokratesa nie znalazła potwierdzenia w badaniach naukowych, osobowość nadal jest punktem zainteresowania wielu dziedzin współczesnej nauki, a w szczególności psychologii (por. np. Murray, 1951; Strelau, 1985; Costa McCrae, 1992; Stachowski, 2007).

Na najbardziej ogólnym, ateoretycznym poziomie osobowość można zdefiniować jako „całość myśli, emocji i zachowań, nadająca kierunek i wzorzec (...) życiu człowieka (...)”, „(...) osobowość składa się zarówno ze struktur, jak i procesów, odzwierciedla działanie tyleż natury (geny), co środowiska. (...) obejmuje (...) wspomnienia przeszłości, reprezentacje mentalne teraźniejszości oraz wyobrażenia i oczekiwania co do przyszłości” (Pervin, 2005, s. 416). Z tej perspektywy osobowość rozumiana jest jako pewna nadrzędna struktura organizująca funkcjonowanie (psychofizyczne) człowieka. Stanowi uwarunkowane genetycznie oraz środowiskowo ogólne wzorce czy prawidłowości jakie można dostrzec w przejawach emocjonalnego i poznawczego życia człowieka oraz w sposobie jego zachowania (por. Soroko, 2014).

Funkcjonowanie psychiczne jednostki może być zaburzone zarówno w poszczególnych, specyficznych obszarach, jak również w sposób bardziej całościowy czy ogólny, tj. dotyczący osobowości. Już w XIX wieku w trakcie rozważań nad *moralnym szaleństwem* stwierdzono, że osobowość sama w sobie może być zaburzona (por. Vaillant, Perry, 1985). Ogólne rozumienie zaburzeń osobowości polega na postrzeganiu ich przez pryzmat sztywnego oraz utrzymującego się wzorca funkcjonowania jednostki w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych oraz zachowania. Wzorzec ten nie może być wyjaśniany przez charakterystykę etapu rozwojowego oraz przez czynniki socjokulturowe. Zaburzenie osobowości wywołuje stres lub znacznie upośledza życie w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego, rodzinnego lub innego ważnego obszaru (DSM-5, APA, 2013; ICD-11, WHO, 2019). Wskazanie na „sztywny i utrzymujący się

wzorzec” może implikować rozumienie zaburzeń osobowości w kontekście pewnej stałości (rozumianej jako niezmiennosc) oraz kategoryalności (sztywny wzorzec występuje albo nie). Jakkolwiek zaburzenia osobowości stanowią trudności o charakterze globalnym, współcześnie rozpatrywane są one także przez pryzmat swojej dynamiki (np. Hopwood, 2018) oraz głębokości/nasilenia (np. Bach, First, 2018).

Aktualnie w dyskusji na temat opisowej konceptualizacji zaburzeń osobowości mówi się przede wszystkim o dwóch sposobach ich rozumienia – kategoryalnym i dymensjonalnym (wymiarowym), które ujmują je w zgoła odmienny sposób. Każde z podejść posiada bogatą tradycję i historię. Konceptualizacja kategoryalna stanowi główny sposób rozumienia zaburzeń osobowości zarówno w najnowszym, 5. wydaniu DSM (APA, 2013) ale także we wcześniejszych wydaniach DSM-III (APA, 1980) i DSM-IV (1994) jak również wcześniejszych wydaniach ICD (np. ICD-10, WHO, 1992). Ponadto także wiele badań naukowych w zakresie zaburzeń osobowości realizowanych na przestrzeni lat opierało swoje rozumienie zaburzeń osobowości na modelach kategoryalnych (np. Karukivi i in., 2017; Lenzenweger, 2008; Rossi i in., 2001; Wiggins, Pincus, 1989). Warto zauważyć jednak, że modele wymiarowe rozwijały się obok podejść kategoryalnych (por. np. Kernberg, 1976, Widiger, Mullins-Sweatt, 2009), jednak dopiero w ostatnich latach w psychologii klinicznej dokonano wyraźnego zwrotu w kierunku ich wykorzystywania w pracy klinicznej (np. AMPD DSM-5, APA, 2013; ICD-11, WHO, 2019) jak i prowadzeniu badań naukowych (np. Christensen i in., 2020; Doering i in., 2018; Lind i in., 2022; Lowyck i in., 2013). Głównym asumptem do wskazanego zwrotu w kierunku modeli wymiarowych było to, że odpowiadały na wskazywane ograniczenia kategoryalnego sposobu rozumienia zaburzeń osobowości (zob. dalej; np. Widiger, Trull, 2007). Nie oznacza to jednak, że dymensjonalne rozumienie zaburzeń osobowości stanowi idealny sposób ich opisu. Wymiarowe konceptualizacje, pomimo własnych ograniczeń (zob. dalej), wydają się stanowić bardziej adekwatny sposób opisu zjawiska zaburzeń osobowości niż modele kategoryalne (np. Trull, Durett, 2005; Widiger, Trull, 2007). Wymiarowe konceptualizacje pozwalają bowiem na opis nasilenia zaburzeń osobowości na kontinuum pomiędzy zdrowym funkcjonowaniem a skrajnymi zaburzeniami. Konceptualizacje kategoryalne odnoszą się natomiast do opisu poszczególnych jednostek nozologicznych przez pryzmat spełniania poszczególnych kryteriów (objawów) (zob. dalej).

## 2.2. Kategorialna konceptualizacja zaburzeń osobowości

Jak wspomniano wcześniej, zaburzenia osobowości są ogólnie rozumiane jako sztywny i utrzymujący się wzorzec doświadczania i zachowania, który prowadzi do trudności w adaptacji oraz upośledza funkcjonowanie w ważnych obszarach życia jednostki (APA, 2013; WHO, 2019)

Pojęcie „kategorii” w kategorialnych konceptualizacjach zaburzeń osobowości oznacza pewien zbiór kryteriów składających się na konkretny typ zaburzeń (np. Jovev, Jackson, 2006). W świetle założeń kategorialnej klasyfikacji zaburzeń (np. w DSM-5 lub ICD-10), zaburzenia osobowości określane są jako odrębne jednostki (typy/kategorie) nozologiczne, a symptomy (kryteria) opisujące dane zaburzenie tworzą ich relatywnie spójny obraz. Zatem poszczególne zaburzenia osobowości mają wyraźne granice, które pozwalają na rozróżnienie pomiędzy typami zaburzeń osobowości, jak i odróżnienie ich od innych zaburzeń psychicznych oraz osobowości niezaburzonej (Gunderson, Links, Reich, 1991; Livesley, 2018; Rowiński, i in., 2019). Kategorialne podejścia do zaburzeń osobowości starają się także ująć pełen zakres trudności osobowościowych, to znaczy włączyć do klasyfikacji wszystkie możliwe do zaobserwowania typy zaburzeń osobowości. Wszystkie wymienione cechy sprawiają, że kategorialne modele hipotetycznie spełniają założenie o rozłączności (konkretny opis zaburzeń może być zaklasyfikowany tylko do jednej kategorii), wewnętrznej spójności kategorii (kategoria zasilana jest przez podobne do siebie kryteria) oraz posiadają wyczerpujący charakter (każdy przypadek zaburzeń osobowości powinien móc być sklasyfikowany do jakiejś kategorii) (Cierpiałkowska, Soroko, 2017). Ponadto klasyfikacje czerpiące z kategorialnego myślenia na temat zaburzeń osobowości odnoszą się do rozumienia ich przez politetyczny pryzmat (zob. Oldham, 2015). Politetyczny charakter kategorii oznacza, że do określenia występowania konkretnego zaburzenia osobowości wymagane jest spełnienie określonej liczby (a nie wszystkich możliwych) kryteriów wskazanych w klasyfikacji.

Kategorialne myślenie na temat zaburzeń osobowości sięga korzeniami do założeń Kraepelina, że zaburzenia psychiczne stanowią odrębne kategorie kliniczne, które różnią się zarówno od zdrowia, jak i pomiędzy sobą (odrębność pomiędzy różnymi zaburzeniami) (Trull, Durett, 2005). To podejście na wiele lat zdominowało pracę badaczy, teoretyków oraz praktyków (Livesley, 2018). Potencjalne korzyści z ich stosowania w praktyce oraz względna łatwość w projektowaniu badań naukowych przyniosły im dużą

popularność. Teoretycznie wskazuje się, że opisowa diagnoza oparta o kategoriaalne modele zaburzeń osobowości wymaga od klinicysty oceny, czy kryteria pozwalające stwierdzić występowanie zaburzeń osobowości są obecne w obrazie klinicznym, czy też nie. Łatwość podjęcia decyzji oraz klarowność postawionej diagnozy powinien przekładać się w konsekwencji na skuteczny dobór metod leczenia (Trull, Durett, 2005) oraz możliwości w zakresie przewidywania dalszego przebiegu. Ponadto posługiwanie się kategoriałną konceptualizacją zaburzeń osobowości w założeniu usprawnia komunikację między osobami posługującymi się wspólną nomenklaturą. Psycholog używając konkretnej etykiety do określenia funkcjonowania psychicznego przekazuje całe bogactwo znaczeń na temat cech, regulacji emocji czy przetwarzania poznawczego, jakie kryje się za etykietą diagnostyczną (Trull, Durett, 2005). Z jednej strony można byłoby określić kategoriaalne modele zaburzeń osobowości, jakoporzadkujace myślenie o zaburzeniach osobowości, w tym także pracę klinicysty w trakcie dokonywania diagnozy opisowej. Z drugiej natomiast charakter modeli kategoriaalnych ogranicza w pewnym stopniu rozumienie zaburzeń osobowości, ponieważ pozwala dokonywać ich opisu wyłącznie przez pryzmat objawów/trudności, a przez wzgląd na politetyczność kategorii (zob. dalej.) zniekształca znaczenie, jakie kryje się za etykietą diagnostyczną (kategorią). Pomimo wieloletniej tradycji kategoriałnego myślenia o zaburzeniach osobowości w badaniach empirycznych oraz praktyce klinicznej, podejście to jest obiektem szerokiej krytyki (por. Herperz i in., 2017; Hopwood, 2018; Sharp, Wall, 2021; Widiger, Trull, 2007). Krytykowany jest nie tylko samo założenie o istnieniu odrębnych kategorii opisujących konkretne zaburzenia osobowości (zob. Trull, Durrett, 2005), ale również, np. zbyt częste współwystępowanie diagnoz różnych typów zaburzeń osobowości, niewyczerpujący (w rzeczywistości) charakter, arbitralne oraz niestabilne granice między zaburzeniem a normą czy heterogeniczność obrazów funkcjonowania przypisanych do tej samej kategorii diagnostycznej (Widiger, Trull, 2007).

### **2.2.1. Współwystępowanie diagnoz zaburzeń osobowości jako krytyka założenia o rozłączności kategorii diagnostycznych**

Literatura przedmiotu dostarcza wielu wyników dotyczących współwystępowania kategoriałnych diagnoz opisowych zaburzeń osobowości (np. Grant i in., 2005; Grilo i in., 2002; Karukivi i in., 2017; McGlashan i in., 2000; Oldham i in., 1992; Pilkonis i in., 1995; Telch, Kamphuis, Schmidt, 2011).



Bardziej dokładna analiza wyników wskazuje na relatywnie wysoką częstość diagnozowania więcej niż jednego zaburzenia osobowości. Badanie (Grilo i in., 2002) sprawdzające współwystępowanie diagnozy zaburzenia osobowości typu borderline z innymi typami zaburzeń osobowości wskazuje, że ok. 35% osób badanych w kontekście klinicznym posiadało diagnozę więcej niż jednego zaburzenia osobowości. W podobnym badaniu (Becker i in., 2000) przeprowadzonym wśród osób objętych stacjonarną pomocą psychiatryczno-psychologiczną wykazano, że 49% adolescentów oraz 43% osób dorosłych biorących udział w badaniu spełniało kryteria diagnostyczne dla innego zaburzenia osobowości poza zaburzeniem osobowości borderline. Badanie (Pilkonis i in., 1995) walidacyjne nad wywiadami diagnostycznymi dla diagnozowania zaburzeń osobowości w oparciu o założenia DSM-III wykazało, że 13% uczestników badania – pacjentów leczonych stacjonarnie albo ambulatoryjnie spełniało kryteria diagnozy więcej niż jednego zaburzenia osobowości. W badaniach McGlanesha i in. (2000) wykazano, że osoby przejawiające zaburzenia osobowości typu schizotypowego, unikowego, borderline oraz obsesyjno-kompulsyjnego, spełniają kryteria średnio dla 1,4 współtowarzyszącego zaburzenia osobowości. Wszystkie zaburzenia diagnozowane były zgodnie z założeniami DSM-IV. Autorzy tego badania skupili się dokładniej na wykazaniu częstości współwystępowania wskazanych czterech typów zaburzeń z innymi zaburzeniami osobowości opisywanymi w DSM-IV. Wykazano, że schizotypowe zaburzenie osobowości współwystępuje najczęściej z unikowym zaburzeniem osobowości (48,8%). Najrzadziej natomiast współdiagnozowano typ zaburzenia osobowości unikowego oraz histrionicznego (w obu przypadkach po 4,7%). Zaburzenie osobowości typu borderline współwystępowało najczęściej z unikowym zaburzeniem osobowości (47,4%). Typem zaburzeń osobowości współdiagnozowanym z typem borderline najrzadziej było schizoidalne zaburzenie osobowości (1,7%). Wraz z unikowym zaburzeniem osobowości współdiagnozowano najczęściej obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości (25,7%). W przypadku unikowego zaburzenia osobowości w grupie osób badanych nie wykazano w ogóle współwystępowania z histrionicznym zaburzeniem osobowości. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości najczęściej współwystępowało z unikowym zaburzeniem osobowości (27,5%) natomiast nie wykazano współwystępowania ze schizotypowym i schizoidalnym zaburzeniem osobowości. W badaniach (Telch i in., 2011) nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w zakresie leczenia zaburzeń lękowych z napadami paniki przy współwystępujących zaburzeniach osobowości wykazano, że 11,6% osób biorących udział w badaniu otrzymało diagnozę dwóch lub

więcej zaburzeń osobowości. Karukivi i in (2017) sprawdzający związek trudności osobowościowych z dysfunkcjami społecznymi i występowaniem innych zaburzeń psychicznych wykazali, że wśród uczestników badania, pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie, 24,4% z nich miało diagnozę więcej niż jednego zaburzenia osobowości. Warto także wskazać, że podręcznik diagnostyczny DSM-5 (APA, 2013) w zakresie kategoryjnego modelu zaburzeń osobowości, wskazuje, że ponad 9% diagnoz zaburzeń osobowości dotyczy co najmniej dwóch, współwystępujących jednostek.

Ze względu na relatywnie wysoki odsetek współwystępowania, wątpliwym wydaje się założenie, że zaproponowane kategorie zaburzeń osobowości rzeczywiście reprezentują odrębne jednostki kliniczne (np. Mineka i in., 1998). Jednym z wyjaśnień współwystępujących kategoryjnych diagnoz zaburzeń osobowości może być treściowe nakładanie się objawów zaburzeń osobowości wyszczególnionych w klasyfikacjach diagnostycznych (np. Morey, 1988). Analiza zapisów kryteriów diagnostycznych DSM-5 dla zaburzeń osobowości współwystępujących ze sobą relatywnie często (zob. wcześniej; por. Karukivi i in., 2017) wskazuje, że zaburzenia osobowości typu borderline oraz unikowe zaburzenie osobowości dzielą ze sobą lęk przed odrzuceniem, unikanie relacji interpersonalnych bez pewności bycia polubionym oraz w których można byłoby doświadczyć odrzucenia czy tendencje do dewaluacji i idealizacji (APA, 2013). Odnosząc się do założenia o rozłączności kategorii diagnostycznych, współwystępowanie diagnoz zaburzeń osobowości oznacza, że osoba diagnozowana cierpi z powodu kilku (odrębnych jakościowo) zaburzeń psychicznych. Herpertz i in. (2017) argumentują, że kategorie diagnostyczne stanowią pewne artefakty, które w rzeczywistości utrudniają pracę kliniczną w aspekcie wyczerpującego opisu i rozumienia doświadczanych trudności, a w konsekwencji doboru odpowiedniej metody terapii i leczenia.

### **2.2.2. Pozornie wyczerpujący charakter kategorii diagnostycznych jako ograniczenie wyboru formy leczenia**

Kategoryjne klasyfikacje zaburzeń psychicznych powinny mieć wyczerpujący charakter (Cierpiałkowska, Soroko, 2017) czyli dawać możliwość objęcia całego spektrum potencjalnych zaburzeń psychicznych. Pomimo, tego współczesne kategoryjne klasyfikacje pozostawiają możliwość zdiagnozowania niespecyficznych zaburzeń osobowości (APA, 2013; WHO, 2019). Niespecyficzne zaburzenia osobowości dotyczą takich trudności osobowościowych, które związane są z doświadczaniem znacznego stresu oraz pogorszeniem funkcjonowania w ważnych sferach życia, jednak obraz kliniczny

funkcjonowania osoby nie pozwala na określenie jednego z konkretnych typów zaburzeń osobowości (APA, 2013). Warto zauważyć także, że niespecyficzne zaburzenia osobowości były najczęściej stawianą diagnozą wśród wszystkich zaburzeń osobowości. Metaanaliza 112 badań uwzględniających epidemiologię zaburzeń osobowości wykazała, że występowanie tej kategorii waha się między 17% a 29% (Verheul, Widiger, 2004). Potencjalnym wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy może być niewystarczające możliwości uchwycenia zaburzeń osobowości za pomocą istniejących kategorii (zob. Widiger, Mullins-Sweatt, 2005; Verheul, Widiger, 2004), co prowadzi klinicystów do diagnozowania niespecyficznych zaburzeń. Z jednej strony kryteria przypisane do poszczególnych typów zaburzeń osobowości mogą być określone błędnie, co sugerowałoby hipotezę o potencjalnej możliwości diagnozowania innych „typów” zaburzeń osobowości na wskroś opisanych kategorii. Z drugiej strony wymagana liczba objawów koniecznych do spełnienia w celu zdiagnozowania konkretnego typu zaburzeń osobowości może być zbyt wysoka, co wskazywałoby na hipotezę, że mimo swojego globalnego charakteru, konkretne zaburzenia osobowości mogą manifestować się bardziej subtelny sposób (por. Karukivi i in., 2017; Pagan i in., 2005). Z perspektywy pracy klinicznej diagnoza niespecyficznych zaburzeń osobowości ogranicza rozumienie trudności doświadczanych przez diagnozowaną osobę, ponieważ nie dostarcza zbyt wielu specyficznych informacji na temat jego funkcjonowania (Herpertz i in., 2017), co dalej przekłada się na ograniczenia w zakresie doboru odpowiedniej metody terapii.

### **2.2.3. Arbitralność progów diagnostycznych jako zagrożenie dla podjęcia adekwatnej decyzji diagnostycznej**

Typy zaburzeń osobowości w ramach kategorialnej konceptualizacji mają nieoparte wynikami badań empirycznych arbitralnie określone progi, które stanowią granicę pomiędzy osobowością normalną a zaburzoną. Zwraca się uwagę, że liczba spełnianych kryteriów diagnostycznych wymaganych do postawienia diagnozy konkretnego zaburzenia osobowości nie ma odzwierciedlenia w badaniach naukowych (np. liczba kryteriów niezbędnych do postawienia diagnozy) (Hopwood, 2018; Skodol i in. 2011). Konsekwencją określania progów diagnostycznych w sposób arbitralny jest obniżona wiarygodność danych epidemiologicznych w odniesieniu do zaburzeń osobowości (Howpood, 2018), ze względu na brak naukowych dowodów określających, czy wybrany próg w rzeczywistości odzwierciedla zaburzenia osobowości. Jak wskazuje literatura, różnica pomiędzy zdrowiem a zaburzeniem nie jest tak jednoznaczna, jak

opisują to założenie kategoryjnego rozumienia zaburzeń osobowości. Autorzy (np. Sharp, Wall, 2021; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005; zob. dalej) wskazują, że pomiędzy zdrowiem a zaburzeniem istnieje pewne kontinuum, na którym można opisać adaptacyjność/dezadaptacyjność funkcjonowania osoby. Niemniej jednak wykorzystanie kategoryjnego podejścia opartego o arbitralnie określone progi diagnostyczne niesie za sobą pewne konsekwencje dla pracy klinicznej w obrębie diagnozowania zaburzeń osobowości. Mianowicie może się okazać, że kryteria diagnostyczne pozwalają na zdiagnozowanie zaburzeń osobowości tylko wtedy, kiedy ich manifestacja jest jednoznacznie wyraźna, przy jednoczesnym pomijaniu tych bardziej subtelnych przejawów, które mogą być istotne klinicznie, ale nie spełniają progów diagnostycznych (por. Karukivi i in., 2017). W dalszej perspektywie istnieje zagrożenie, że osoba doświadczająca trudności osobowościowych nie otrzyma należytej pomocy psychiatrii i psychologa ze względu na zjawisko „niedodiagnozowania”. Ponadto arbitralność progów diagnostycznych ogranicza możliwości w przewidywaniu efektów terapii zaburzeń osobowości ze względu na ich ograniczoną użyteczność dla określania zdrowia/zaburzenia (np. Skodol i in., 2011).

#### **2.2.4. Heterogeniczność obrazów klinicznych zaburzeń osobowości a znaczenie etykiet diagnostycznych**

Osoby otrzymujące diagnozy tych samych kategorii zaburzeń osobowości mogą znacząco różnić się przejawianymi trudnościami. Dzieje się tak ze względu na politetyczny charakter kategoryjnych konceptualizacji zaburzeń osobowości. Jak wspomniano oznacza to, że do określenia diagnozy różnicowej konkretnego zaburzenia osobowości wymagane jest stwierdzenie obecności określonej liczby z przedstawionych kryteriów diagnostycznych w obrazie funkcjonowania. Jako przykład może posłużyć zaburzenie osobowości borderline, któremu przypisano 9 kryteriów diagnostycznych, jednak spełnienie minimum 5 z nich jest wystarczające do stwierdzenia występowania tego zaburzenia osobowości (APA, 2013). Krótka analiza kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w kategoryjnym modelu DSM-5 wskazuje, np. 126 możliwych konstelacji objawów dla zaburzenia osobowości typu borderline; 56 konstelacji dla zaburzenia histrionicznego osobowości czy 35 dla antyspołecznego zaburzenia osobowości<sup>2</sup>. Mnogość obrazów klinicznych poszczególnych zaburzeń sprawia, że osoby posiadające diagnozę tego samego zaburzenia osobowości będą w skrajnych przypadkach

---

<sup>2</sup> Obliczenia własne z wykorzystaniem kombinacji bez powtórzeń.

dzielić w rzeczywistości jeden objaw (np. do zdiagnozowania zaburzenia borderline wymagane jest spełnienie minimum 5 z 9 objawów (APA, 2013)) albo nie będą dzielić ich wcale (np. do zdiagnozowania obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości wymagane jest minimum 4 z 8 kryteriów (APA, 2013)). Taki stan rzeczy przekłada się nie tylko na potencjalne różnice w funkcjonowaniu osób otrzymujących tę samą diagnozę różnicową, ale niesie za sobą szereg różnych konsekwencji. Utrudnione jest określenie etiologii poszczególnych kategorii zaburzeń osobowości, określenie ogólnych zaleceń dotyczące najlepszego leczenia oraz rokowań (Herpertz i in., 2017; Widiger, Trull, 2007). Ponadto obniżona jest również pewność stawianych diagnoz (Herpertz i in., 2017). Ostatecznie niehomogeniczność obrazów funkcjonowania osób dzielących tę samą diagnozę opisową utrudnia sprawne komunikowanie się osób posługujących się wspólną nomenklaturą w kwestii poszczególnych przypadków (tj. w ramach kategoryjnego ujęcia). Dzieje się tak, ponieważ w skrajnych przypadkach, osoby otrzymujące tę samą diagnozę (np. obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości) mogą nie dzielić żadnego objawu, co sprawia, że opis doświadczanych przez nich trudności na podstawie zdiagnozowanych objawów będzie się znacząco różnił.

### **2.2.5. Dodatkowe ograniczenia kategoryjnych modeli zaburzeń osobowości**

Przedstawiona dotychczas krytyka kategoryjnych modeli zaburzeń osobowości opiera się na takich argumentach, które podnoszone są na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci. Pomimo tego, że w psychologii klinicznej następuje wyraźny zwrot w kierunku myślenia dymensjonalnego, warto wskazać także bardziej współczesne zagadnienia dotyczące charakteru zaburzeń osobowości, które w mniej oczywisty sposób wpisują się w krytykę kategoryjnego myślenia o zaburzeniach osobowości. W związku z tym istotnym wydaje się kwestia dynamiki zaburzeń osobowości (np. Hopwood, 2018) w tym także niestabilności zaburzeń osobowości w czasie (Conway i in., 2017; Conway i in., 2018; Morey, Hopwood, 2013) oraz hipotez na temat ogólnego czynnika leżącego u podłoża zaburzeń osobowości (Sharp i in., 2015).

Hopwood (2018) argumentuje, że zaburzenia osobowości, powinny być postrzegane bardziej przez pryzmat ich dynamiki, niż w kontekście stałych dyspozycji określanych przypisaną do nich kategorią (Hopwood, 2018), która jako diagnoza pozostaje z pacjentem do końca życia lub przynajmniej do kolejnego procesu diagnostycznego. Autor wskazuje, że dynamika zaburzeń osobowości może mieć charakter rozwojowy,

międzysytuacyjny, wewnątrzsytuacyjny i intrapsychiczny (Hopwood, 2018), które zostaną opisane wspólnie.

Dynamika długoterminowa (rozwojowa) dotyczy zatem głównie cech osobowości, które podlegają zmianom w dłuższej perspektywie czasowej w toku życia. Literatura przedmiotu wskazuje, że zaburzenia osobowości mogą zacząć rozwijać się już w okresie dorastania (np. Johnson i in., 1999; Kaess, i in., 2014; Sharp i in., 2011), m.in. ze względu na intensywny rozwój tożsamości (np. Erikson 1956) oraz potencjalne zmiany w zakresie cech osobowości (np. Kandler i in., 2010) w tym czasie. W konsekwencji ryzyko rozwinięcia się pełnoobjawowych zaburzeń osobowości przypada na okres wczesnej dorosłości, które mogą łagodnieć wraz z dalszym rozwojem (np. Caspi i in., 2005; Morey, Hopwood, 2013) ze względu na tendencję do stabilizacji funkcjonowania na dalszych etapach rozwojowych (np. Gunderson i in., 2011; Bleidorn i in., 2013).

Dynamika międzysytuacyjna odnosi się do zmian obserwowalnych na przestrzeni przechodzenia z jednych sytuacji do innych. Funkcjonowanie osób cierpiących z powodu zaburzeń osobowości może cechować dynamika możliwa do zaobserwowania w relatywnie krótkim czasie, na co wskazują doniesienia z literatury, np. w zakresie niestabilności emocjonalnej w obrazie zaburzenia osobowości typu borderline (D'Aurizio i in., 2023; Stein, 1996) czy niestabilności samooceny w obrazie narcystycznego zaburzenia osobowości (np. Caligor i in., 2015; Di Pierro, Madeddu, 2018). Na opisywaną dynamikę wskazuje również analiza symptomów przypisanych do konkretnych kategorii zaburzeń osobowości w DSM-5, np. w zakresie zaburzenia osobowości typu borderline APA wprost wskazuje, że osoby cierpią z powodu niestabilności w zakresie obrazu siebie, funkcjonowania emocjonalnego czy w zakresie relacji interpersonalnych oraz są „(...) bardzo wrażliwe na okoliczności środowiskowe” (APA, s. 663). Przykładem obrazującym ten typ dynamiki może być sytuacja, w której, np. mężczyzna jest ciepłym i kochającym mężem i ojcem oraz jednocześnie zdystansowanym i dominującym szefem wobec osób pracujących w jego zespole.

Wydaje się, że wskazana międzysytuacyjna niestabilność/dynamika zaburzeń osobowości wiąże się bezpośrednio z kolejnym, wskazanym przez Hopwooda (2018) typem zmian – zachodzących w obrębie jednej sytuacji/na poziomie intrapsychicznym (dynamika wewnątrzsytuacyjna). Dotyczy on przede wszystkim zmieniających się warunków konkretnej sytuacji, a dokładniej sposobu ich interpretacji przez jednostki biorące udział w interakcji (np. Hopwood, 2018; Pincus, Hopwood, 2012). Biorąc jako przykład jeden objaw zaburzeń osobowości typu borderline, dotyczący tendencji do

dewaluacji albo idealizacji (por. APA, 2013), można wyobrazić sobie sytuację, w której idealizujący partnerkę mężczyzna (np. niosący jej bukiet kwiatów), po doświadczeniu (realnego lub wyobrazonego) odrzucenia (np. gdy słyszy, jak jego partnerka umawia się na kawę z koleżanką) zaczyna postrzegać ją jako opresyjną i niezaspokajającą jego potrzeb, dewaluując ją (np. mówiąc, że jego partnerka nie poświęca mu w ogóle czasu i zajmuje się tylko sobą). Hopwood (2018) wskazuje, że ten typ dynamiki może pomóc w diagnozowaniu struktury osobowości leżącej u podłoża obserwowanego zachowania. Próbuując wyjaśnić wskazany przykład można byłoby zwrócić się w kierunku utrzymującego się mechanizmu rozszczepienia (zob. dalej), który jest jednym z mechanizmów obronnych leżących u podstaw zaburzenia osobowości typu borderline (np. Kernberg, 1967; Zanarini i in., 2009).

Opisane zagadnienie dynamiki łączy się merytorycznie z problematyką (nie)stabilności obrazu zaburzeń osobowości w czasie. Literatura przedmiotu wskazuje kilka możliwych sposobów rozumienia stabilności zaburzeń osobowości (np. Morey, Hopwood, 2013). W niniejszej pracy omówione zostaną dwa, wydaje się, podstawowe jej typy, czyli stabilność różnicowa oraz absolutna (Morey, Hopwood, 2013). Stabilność różnicowa dotyczy zagadnienia predykcji nasilenia objawów w przyszłości na podstawie początkowej oceny trudności osobowościowych (Morey, Hopwood, 2013) i polega na korelowaniu wyników opisujących symptomy (ich nasilenia/liczby) zaburzeń osobowości zebranych w określonym odstępie czasu od tej samej grupy osób. Literatura wskazuje, że ogólnie dla zaburzeń osobowości współczynniki korelacji wahają się pomiędzy 0.3 a 0.5 z uwzględnieniem 3-10 lat odstępu między pomiarami (Morey, Hopwood, 2013). Drugi typ stabilności, czyli stabilność absolutna, może opierać się na (1) porównaniu średnich wyników w zakresie liczby objawów lub nasilenia cech w ramach jednej grupy osób w określonym okresie (z uwzględnieniem, czy zaburzenia osobowości łagodnieją czy nabierają poważniejszego przebiegu) lub (2) porównanie różnicy odsetka osób przekraczających próg diagnostyczny dla zaburzeń osobowości w ustalonym odstępie czasowym w jednej grupie osób (Morey, Hopwood, 2013). Wskazuje się na obserwowanie remisji zaburzeń osobowości w czasie, która wydaje się przewyższać nawet założenia wdrażanego sposobu ich leczenia (np. McGlashan, 1986, Morey, Hopwood, 2013), co może mieć związek ze wskazaną wcześniej ogólną tendencją rozwojową w kierunku stabilizacji funkcjonowania psychicznego w toku życia (np. Bleidorn i in., 2013; Gunderson i in., 2011).

Uzupełnieniem dla powyższych rozważań o (nie)stabilności zaburzeń osobowości może być także założenie o tzw. hybrydowym modelu zaburzenia osobowości borderline (np. Gunderson i in., 2011; Hopwood, 2011; Wright, 2011; Zanarini i in., 2007), według którego zaburzenie osobowości konceptualizowane jest przez pryzmat dwóch komponentów: stabilnego i dynamicznego (np. Conway i in., 2018). Conway i in. (2018) wskazują, że komponent stabilny odnosi się do stałych w czasie charakterystyk zaburzenia osobowości typu borderline, na które składają się predyspozycje genetyczne i cechy oraz stałe warunki środowiskowe (np. Distel i in., 2008; Gunderson i in., 2011). Komponent sytuacyjny odnosi się do zmienności w zakresie objawów zaburzeń osobowości, która związana jest z wpływem określonych czynników, np. przyjmowania leków, zmiany miejsca zamieszkania lub dotyczy innych, przejściowych trudności natury psychicznej obecnych w zaburzeniu osobowości typu borderline (np. epizod maniakalny) (Conway i in., 2018). Wyniki badań (Conway i in., 2018) weryfikujące założenia modelu wskazują, że mniej niż połowa (ok. 45%) wariacji w zakresie objawów zaburzeń osobowości typu borderline była wyjaśniana przez czynniki stałe, podczas gdy pozostała część była wyjaśniana przez wpływy sytuacyjne. W związku z otrzymanymi wynikami, autorzy (Conway i in., 2018) sugerują, że zaburzenia osobowości powinny być konceptualizowane w kontekście pewnej stałości stanowiącej trzon zaburzeń oraz sytuacyjnej zmienności stanowiącej istotną część ich manifestacji.

Innym ważnym argumentem przeciwko traktowaniu różnych zaburzeń osobowości jako jakościowo odrębnych od siebie kategorii, jest zagadnienie ogólnego czynnika (ang. *g factor*) leżącego u podłoża zaburzeń osobowości (Sharp i in., 2015). Eksploracyjna oraz confirmacyjna analiza czynnikowa przeprowadzona przez Sharp i współpracowników (2015) wskazuje, że wszystkie kryteria diagnostyczne dla kategoryalnie rozumianych zaburzeń osobowości wchodzą w zakres ogólnego czynnika leżących u podłoża zaburzeń osobowości i prawie wyłącznie zasilają ten konstrukt. Przeprowadzone analizy uwzględniały kryteria diagnostyczne sześciu (borderline, unikowego, obsesyjno-kompulsyjnego, schizotypowego, narcystycznego oraz antyspołecznego) typów zaburzeń osobowości w oparciu o DSM-5. Pozostałe cztery (schizoideowe, histrioniczne, paranoiczne oraz zaburzenia osobowości zależnej) nie zostały uwzględnione w analizach ze względu na ich zbyt niską częstość występowania w grupie osób badanych (0-0.1%). Autorzy (Sharp i in., 2015) wskazują, że jednym z wyjaśnień, dla których kryteria zaburzeń osobowości typu borderline zasilają ogólny czynnik zaburzeń osobowości jest ich silny komponent trudności w zakresie Ja oraz funkcjonowaniu interpersonalnym.



Zbliża to treściowo kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości typu borderline do kryterium A (zob. dalej), które postrzegane jest jako wskaźnik ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości (APA, 2013), reprezentującego część wspólną zaburzeń osobowości (np. Sharp, Wall, 2021).

Wydaje się, że opisana tematyka dynamiki i niestabilności zaburzeń osobowości oraz konstrukt ogólnego czynnika leżącego u podstaw zaburzeń osobowości stanowią argument przeciwko konceptualizowaniu zaburzeń osobowości w sposób kategoryalny. Z jednej strony wydaje się, że posługiwanie się kategoriami diagnostycznymi dla opisu zaburzeń osobowości jest nieadekwatne, ponieważ nie uwzględniają one szeroko rozumianej dynamiki ich obrazu. Ponadto doniesienia Sharp i in. (2015) stanowią dodatkowy argument w zakresie zasadności traktowania zaburzeń osobowości jako rozłącznych i różnych jakościowo kategorii. Powyższa problematyka może podważać zasadność diagnozowania zaburzeń osobowości jako stałych i utrzymujących się dezadaptacyjnych wzorców funkcjonowania. Wskazuje się, że bardziej adekwatnym kierunkiem w zakresie diagnozowania zaburzeń osobowości byłoby, np. identyfikacja tych aspektów zaburzeń osobowości, które mogą być względnie stałe oraz tych, które cechuje zmiana (np. Bleidorn i in., 2018; Conway i in., 2018). Pozostanie przy kategoryalnych diagnozach zaburzeń osobowości nie uwzględnia zatem, np. międzysytuacyjnej lub intrapsychicznej dynamiki zaburzeń osobowości, które pozwalają dostrzec bardziej subtelne sposoby ich manifestowania się. Ponadto pominięcie aspektu zmienności w zakresie przebiegu zaburzeń osobowości ogranicza możliwości prognostyczne pracy klinicystów diagnozujących zaburzenia osobowości (Morey i in., 2012; Skodol i in., 2005).

Poddanie w wątpliwość założenia leżącego u podstaw kategoryalnych modeli zaburzeń osobowości oraz braku wyników badań empirycznych potwierdzających zasadność ujmowania zaburzeń osobowości w postaci poszczególnych jednostek (por. Sharp i in., 2015; Wright i in., 2016) przyczyniły się m.in. do rozwoju dymensjonalnych modeli zaburzeń osobowości (np. AMPD DSM-5, APA, 2013; ICD-11, WHO, 2019). Warto zauważyć także, że zwrot w kierunku dymensjonalnych modeli nie dotyczy wyłącznie zaburzeń osobowości, ale stanowi ogólny trend we współczesnej psychologii klinicznej, którego najbardziej znaczącym przykładem jest model HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, Kotov i in., 2017).

### **2.3. Dymensjonalna konceptualizacja zaburzeń osobowości**

Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości sięga korzeniami do badań psychologów zajmujących się modelami cech (zob. Hopwood, 2018; Widiger, Trull, 2007) ale także psychodynamicznej teorii relacji z obiektem Kernberga (1976) czy teorii interpersonalnej (np. Pincus, Hopwood, 2012).

Modele cech odwołują się do stałych dyspozycji określających ogólne sposoby myślenia, doświadczania czy zachowania, których nasilenie można opisać na wymiarach (dymensjach). Najpowszechniejszym oraz najbardziej reprezentatywnym wymiarowym modelem dla osobowości niezaburzonej jest model Wielkiej Piątki Costy i McCrae'a (1992) (por. Morey i in., 2007; Hopwood, 2018), który ujmuje osobowość w kontekście nasilenia pięciu cech osobowości (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność). Badania osobowości niezaburzonej przy użyciu założeń Wielkiej Piątki (Costa, McCrae, 1992) (lub jej bliskich korelatów) przyczyniły się do określenia wielu charakterystyk tożsamyh dla cech osobowości. Określono, że cechy osobowości przejawiane w dorosłości są względnie stałe (Roberts, Del, 2000); cechy posiadają przewidywalny wzorzec stabilności i zmian w toku rozwoju (Roberts i in., 2006), oraz że w pewnym stopniu podlegają wpływom genetycznym i wychowaniu (zob. Bleidorn i in., 2018; Specht i in., 2011), a także, co najważniejsze w kontekście dymensjonalnej konceptualizacji zaburzeń osobowości, korelują z zaburzeniami psychicznymi (np. Kotovi in., 2010) w tym zaburzeniami osobowości (np. Samuel, Widiger, 2008).

Ponieważ wymiarowe modele cech takie jak Wielka Piątka nie dotyczą bezpośrednio nieadaptacyjnych aspektów osobowości oraz są zbyt ogólne, żeby odpowiadać na problemy psychologii klinicznej, nie mogą być w pełni zastosowane do opisu zaburzeń osobowości (Hopwood, 2018). Warto jednak zauważyć, że niektórzy autorzy (np. Widiger, Costa, 2012, 2013; Widiger, Mullins-Sweatts, 2009) dokonywali prób ujęcia zaburzeń osobowości w perspektywie cech osobowości zdrowej. Badania empiryczne wskazują, że modele te dobrze radzą sobie z ograniczeniami modeli kategoryalnych (zob. Krueger, Markon, 2014; Widiger, Trull, 2007), co m.in. doprowadziło do rozwoju wymiarowego podejścia do zaburzeń osobowości w zakresie kontinuum odwołującego się do patologicznych cech osobowości (kryterium B; APA, 2013; zob. dalej).

Wymiarowe konceptualizacje zawierają także inne kontinuum, w którym integrowane są konstrukty pochodzące zarówno z teorii klinicznych, jak i psychologii ogólnej, a które bardziej (niż patologiczne cechy osobowości) odnoszą się do „natury” zaburzeń osobowości. Kontinuum to określane jest jako poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) i czerpie inspiracje z takich teorii jak teoria relacji z obiektem Kernberga (1976), np. poziom organizacji osobowości wydaje się mieć jasne powiązania z konceptem poziomu funkcjonowania osobowości (Waugh i in., 2017) lub teorii interpersonalnej (Pincus, Hopwood, 2012), np. aspekty sprawczości (poczucia sprawstwa) i wspólnotowości (relacji i bliskości z innymi) posiadają wyraźne związki z dwoma głównymi aspektami poziomu funkcjonowania osobowości – funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (Waugh i in., 2017) (zob. dalej).

Jak wspomniano, wymiarowe modele zaburzeń osobowości mają potencjał odpowiedzi na większość lub nawet wszystkie ograniczenia kategoryalnych koncepcji (Widiger, Trull, 2007). Zapoczątkowanie myślenia o zaburzeniach osobowości jako o pewnym fragmencie kontinuum opisującego poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz nasilenia cech (kryterium B) pozwala na uniknięcie problemów związanych z przedstawionymi we wcześniejszej części pracy ograniczeniami modeli kategoryalnych. W konsekwencji efektem procesu diagnozowania nie jest przypisanie etykiety diagnostycznej (etykiety diagnostycznych) do obserwowanego obrazu funkcjonowania, ale jego opis w perspektywie funkcjonowania Ja i interpersonalnego oraz nasilenia patologicznych cech osobowości (por. Sharp, Wall, 2021). Dalszą konsekwencją wynikającą z odejścia od kategorii diagnostycznych na rzecz opisu funkcjonowania z uwzględnieniem nasilenia trudności w oparciu o wymiarowe modele zaburzeń osobowości jest wyeliminowanie ograniczeń wynikających z heterogenicznością obrazów funkcjonowania osób posiadających tę samą diagnozę (np. Bach, First, 2018). Ponadto brak konieczności określania konkretnego typu zaburzeń osobowości ogranicza również problematykę pozornie wyczerpującego charakteru kategoryalnych modeli oraz możliwości diagnozowania niespecyficznych zaburzeń osobowości (Lowe, Widiger, 2009; Widiger, 2012). Założenie, że funkcjonowanie człowieka (w tym także cierpiącego z powodu zaburzeń osobowości) można opisać na kontinuum pomiędzy adaptacyjnym i skrajnie nieadaptacyjnym funkcjonowaniem, wyklucza możliwość „pominięć” oraz tworzenia dodatkowych „kategorii”, których nie może pokryć główny konstrukt (lub grupa konstruktów) w zakresie konceptualizacji (np. Skodol i in., 2011).

Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad opublikowano wiele badań oraz prac teoretycznych przemawiających za zasadnością ujmowania zaburzeń osobowości w sposób (bardziej) dymensjonalny (np. Bornstein, Natoli, 2019; Few i in., 2013; Hörz-Sagstetter i in., 2021; Huprich, 2018; Kernberg, 2012; Samuel, Widiger, 2010; Sharp i in., 2015; Sharp, Wall, 2021; Skodol, Bender, 2009; Trull, Durett, 2005). Od momentu poddania w wątpliwość zasadności ujmowania zaburzeń osobowości w postaci odrębnych jakościowo kategorii oraz zmiany sposobu myślenia na temat zaburzeń osobowości, dymensjonalne modele zaburzeń osobowości pojawiły się w oficjalnych podręcznikach diagnostycznych jednak relatywnie niedawno. W głównej części najnowszej wersji DSM (APA, 2013) zaburzenia osobowości nadal traktowane są kategorialnie; jednak Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyraźnie przejawia zainteresowanie wymiarową konceptualizacją, czego wyrazem jest wprowadzenie Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości (AMPD) w postaci hybrydowej, kategorialno-dymensjonalnej konceptualizacji (APA, 2013). Inaczej jest w przypadku Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. W najnowszym wydaniu ICD-11 (WHO, 2019) Światowa Organizacja Zdrowia zdecydowała się na wykorzystanie dymensjonalnego sposobu rozumienia zaburzeń osobowości odchodząc tym samym całkowicie od kategorialnego modelu obecnego we wcześniejszych wydaniach ICD (np. ICD-10). Jedynym elementem kategorialnego myślenia o zaburzeniach osobowości obecnym w ICD-11, jest uwzględnienie wzorca borderline (zob. dalej).

## **2.4. Zaburzenia osobowości we współczesnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zachowania**

Dwie najpopularniejsze klasyfikacje zaburzeń psychicznych, jakimi posługują się zarówno praktycy, teoretycy jak i badacze to Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych (DSM) opracowywane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) oraz Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) wydawana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Najnowsze wersje tych klasyfikacji to wydanie 5. DSM (APA, 2013) oraz 11. ICD (WHO, 2019). Obie klasyfikacje, zarówno DSM-5 oraz ICD-11, dokonują konceptualizacji zaburzeń osobowości w nieco inny sposób. Podczas gdy w ICD-11 zaburzenia osobowości rozumiane są (prawie) w pełni z perspektywy dymensjonalnej, to DSM-5 proponuje dwa sposoby ich postrzegania. W części głównej DSM-5 zaburzenia osobowości

konceptualizowane są klasycznie, tj. kategorialnie. Autorzy zdecydowali się jednak na umieszczenie w sekcji III DSM-5 (APA, 2013) Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości, który przedstawia je z perspektywy hybrydowej: kategorialno – wymiarowej. Pomimo wskazywanych ograniczeń konceptualizacji kategorialnych (zob. wcześniej) oraz wielu prac wskazujących na przewagę modeli dymensjonalnych nad kategorialnymi (zob. wcześniej) zmiana w kierunku dymensjonalnych modeli zaburzeń osobowości nie była przyjmowana przez środowisko jednogłośnie, a na łamach czasopism naukowych opublikowano prace krytykujące zyskujący na popularności kierunek. Clarkin i Huprich (2011) przedstawili obszerną krytykę rozwijającego się wówczas podejściadymensjonalnego do zaburzeń osobowości w zakresie kilku obszarów: konceptualizacji jednostek diagnostycznych, formułowania informacji o ocenianych zaburzeniach, diagnozy zaburzeń osobowości oraz wyboru właściwej terapii. W zakresie konceptualizacji zaburzeń osobowości autorzy zgodzili się, że ocena w zakresie tożsamości czy funkcjonowania interpersonalnego może stanowić ważną i potrzebną zmianę w sposobie określania kategorii diagnostycznych, to wskazywali oni że nie ma racjonalnych podstaw, dla których od tego momentu kategorie diagnostyczne miałyby być określone przez pryzmat nasilenia patologicznych cech osobowości. W ich rozumieniu konsekwencją tego kroku byłoby obniżenie użyteczności klinicznej w zakresie różnicowania pomiędzy poszczególnymi kategoriami zaburzeń osobowości (np. w jaki sposób nasilenie cech pozwoli odróżnić osoby z zaburzeniami osobowości typu borderline od osób z unikowym zaburzeniem osobowości (Clarkin, Huprich, 2011). W odniesieniu do wykorzystania dymensjonalnych konceptualizacji zaburzeń osobowości do komunikowania na temat funkcjonowania diagnozowanych osób autorzy (Clarkin, Huprich, 2011) wskazują na skomplikowanie komunikacji o zaburzeniach osobowości, jeśli będą one opisywane przez pryzmat wymiarów, w szczególności wymiarów cech. Według Clarkina i Hupricha (2011) klinicyści powinni odnosić się do nasilenia w zakresie każdej z cech, co prowadzi do nieuzasadnionego (w ich rozumieniu) rozbudowania opisów. Ponadto w sytuacji, kiedy nasilenie objawów zaburzeń osobowości będzie przyjmować średni poziom, opis ten będzie zbliżał się do diagnozy nieokreślonych zaburzeń osobowości, co stanowi argument przeciwko tezie, że wymiarowe modele adresują w pełni ograniczenia modeli kategorialnych (Clarkin, Huprich, 2011). W aspekcie diagnozy zaburzeń osobowości Clark i Huprich (2011) wskazują że decyzja dotycząca występowania zaburzeń osobowości w odniesieniu do oceny nasilenia trudności osobowościowych podejmowana jest arbitralnie przez diagnostę. Autorzy wskazują, że

zrezygnowanie z identyfikowania poszczególnych objawów składających się na kategorię diagnostyczną na rzecz oceny wymiarowej może skutkować wieloma błędnymi diagnozami różnicowymi w przypadku kiedy objawy występują, ale ich nasilenie nie może być zinterpretowane jednoznacznie (dotyczy szczególnie przypadków w postaci braku diagnozy zaburzeń osobowości w sytuacji, kiedy diagnoza powinna być postawiona). W obszarze doboru terapii (farmakologicznej i psychologicznej) Clarkin i Huprich (2011) odnosili się głównie do braku kompatybilności metod leczenia dostosowanych do kategorii diagnostycznych z zaburzeniami osobowości opisywanymi w sposób wymiarowy, co w przypadku przyjęcia wymiarowego sposobu diagnozowania zaburzeń osobowości mogłoby skutkować nieadekwatnym doбором metod leczenia dla stawianych diagnoz różnicowych (opartych o model wymiarowy).

W literaturze przedmiotu znaleźć można także inne, mniej rozbudowane krytyki rozwijającego się wówczas wymiarowych modeli zaburzeń osobowości. Niektórzy autorzy (np. Shelder i in., 2010) wskazywali, że rozwijające się wymiarowe podejście do zaburzeń osobowości jest zbyt skomplikowane dla klinicystów, którzy chcieliby je wykorzystać w praktyce. Zimmerman odnosił się do braku wystarczającej liczby dowodów naukowych na większą użyteczność i trafność podejścia dymensjonalnego niż kategoryjnego (np. Zimmerman, 2011) oraz wskazywał na zbyt radykalną zmianę (Zimmerman, 2012) w podejściu do zaburzeń osobowości. Skodol i in. (2005) wyrażali obawy dotyczące niskiej wartości prognostycznej dotyczącej trajektorii rozwoju zaburzeń osobowości u diagnozowanych osób (np. Skodol i in., 2005). Wskazywano także na wieloletnie przyzwyczajenie psychiatrów, psychologów, pacjentów i ich rodzin do modeli kategoryjnych oraz konieczność podjęcia intensywnego treningu w celu sprawnego posługiwania się nową konceptualizacją (np. Black, 2013).

#### **2.4.1. Zaburzenia osobowości według Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5**

Klasyfikacja DSM-5 jest podręcznikiem diagnostycznym odnoszącym się wyłącznie do zaburzeń psychicznych. Pomimo tego, iż w trakcie prac nad 5. wersją DSM krytyka kategoryjnej konceptualizacji zaburzeń osobowości była już dobrze znana i poparta wynikami badań (zob. wcześniej), Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zdecydowało się pozostawić kategoryjny model, jako główny sposób postrzegania zaburzeń osobowości (por. Rowiński i in., 2019). Kategoryjny, politetyczny model AMPD DSM-5 ujmuje 10 specyficznych zaburzeń osobowości oraz nieokreślone

zaburzenia osobowości (APA, 2013). W tej części podrozdziału uwaga skupiona zostanie jednak na Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości umieszczonym w sekcji III DSM-5 (AMPD DSM-5, APA, 2013). Na początku warto zwrócić uwagę na fakt, że w AMPD DSM-5 przedstawiono nowy sposób zdefiniowania zaburzeń osobowości zgodnie z którym są one „scharakteryzowane poprzez nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości oraz patologiczne cechy osobowości” (APA, 2013, s. 761). Nowy, alternatywny model zaburzeń osobowości opiera się na hybrydowym, kategoryjno-dymensjonalnym postrzeganiu zaburzeń osobowości (APA, 2013). Hybrydowość AMPD DSM-5 polega na tym, iż do modelu dołączono możliwość zdiagnozowania sześciu specyficznych zaburzeń osobowości (aspołecznego, unikającego, borderline, narcystycznego, obsesyjno-kompulsyjnego, schizotypowego) konceptualizowanych jako nieprawidłowości w zakresie poszczególnych aspektów kryterium A oraz nasilenie określonych patologicznych cech osobowości w zakresie kryterium B (zob. dalej) (APA, 2013; Widiger i in., 2019). Poszczególne typy zaburzeń, podobnie jak w tradycyjnych ujęciach zaburzeń osobowości mają politetyczny charakter (np. zaburzenia w zakresie dwóch z czterech wyszczególnionych obszarów kryterium A oraz nasilenie w zakresie sześciu z siedmiu wyszczególnionych aspektów patologicznych cech osobowości), ale oceniane przejawy zaburzeń osobowości wskazujące na ich specyficzny typ opierają się na określeniu nasilenia doświadczanych trudności, a nie zerojedynkowym spełnianiu objawów. Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości łączy zatem założenia konceptualizacji dymensjonalnych i kategoryjnych.

W AMPD zaproponowano 7 (A-G) kryteriów istotnych dla rozpoznania zaburzeń osobowości, z których jednak najbardziej kluczowe są kryterium A (funkcjonowanie Ja i interpersonalne) oraz kryterium B (patologiczne cechy osobowości), poprzez które charakteryzowane są zaburzenia osobowości. Pozostałe kryteria stanowią pewne wskazówki pomocnicze pozwalające na określenie, czy trudności z jakimi zmagają się diagnozowana osoba mają rzeczywiście charakter osobowościowy (Rowiński, i in. 2019) (kryterium C – zaburzenia dotyczą wielu różnych aspektów życia; D – doświadczane trudności są relatywnie stałe a ich początek można zlokalizować w okresie dorastania lub wczesnej dorosłości; E – doświadczane symptomy nie mogą być lepiej wyjaśnione przez występowanie innego zaburzenia; F – doświadczane symptomy nie mogą być lepiej wyjaśnione przez użycie substancji psychoaktywnych lub innych stanów medycznych, np. uszkodzenie mózgu; G – sposób funkcjonowania nie jest postrzegany jako normatywny dla stadium rozwojowego lub warunków socjo-kulturowych) (APA, 2013).

W celu dokonania diagnozy opisowej wyłącznie w dymensjonalny sposób należy w pierwszym kroku ocenić poziom funkcjonowania osobowości przez pryzmat funkcjonowania Ja (w aspekcie tożsamości i samokierowania) oraz interpersonalnego (w aspekcie empatii i bliskości) (kryterium A, zob. tabela 2.1.). O zaburzenia osobowości można mówić dopiero, kiedy ocena wskazuje na przynajmniej umiarkowany poziom doświadczanych nieprawidłowości (APA, 2013). Kolejnym krokiem będzie identyfikacja, czy osoba diagnozowana przejawia przynajmniej jedną z patologicznych cech osobowości: negatywnej afektywności, izolacji, rozhamowania, antagonizmu i psychotyizmu (kryterium B, zob. tabela 2.2.). Ostatni etap to sprawdzenie czy doświadczane trudności nie mogą być lepiej wyjaśnione przez inne czynniki (kryteria C-G) (APA, 2013).

W przypadku postawienia diagnozy hybrydowej pierwsze kroki postępowania pozostają takie same, jak wskazano w poprzednim akapicie, to znaczy diagnosta weryfikuje, czy ogólne kryteria (A-G) dla diagnozy zaburzeń osobowości są spełnione. Następnym krokiem postępowania diagnostycznego jest sprawdzenie, czy nieprawidłowości w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) odpowiadają treściowym obszarom wskazanym w opisie poszczególnych zaburzeń oraz czy można wskazać występowanie konkretnych aspektów patologicznych cech osobowości (kryterium B) wyszczególnionych jako niezbędne do określenia diagnozy różnicowej specyficznego zaburzenia osobowości (APA, 2013).

Dla przykładu, zdiagnozowanie narcystycznego zaburzenia osobowości wg AMPD DSM-5 wymaga weryfikacji ogólnych kryteriów zaburzeń osobowości (A-G). Jeśli wskazują one na występowanie zaburzeń osobowości, w kolejnym kroku należy zidentyfikować trudności w zakresie przynajmniej dwóch z czterech obszarów kryterium A określanych następująco: (1) tożsamość – nadmierne zewnętrzne samookreślenie oraz regulacja samooceny, skrajnie zawyżona lub zaniżona samoocena (lub wahająca się) wraz z niestabilnym afektem uzależnionym od aktualnej samooceny; (2) samokierowanie – cele motywowane zdobyciem uznania innych; nierealistyczne zbyt wysokie cele motywowane poczuciem wyjątkowości albo nieambitne cele oparte o zaniżoną samoocenę; częsta nieświadomość motywacji; (3) empatia – ograniczona zdolność do rozpoznawania i identyfikowania się z emocjami innych; nadmierna identyfikacja z emocjami i potrzebami innych, ale tylko w przypadku kiedy są one zbieżne z aktualnym doświadczeniem własnym; niedocenianie lub przecenianie własnego wpływu na inne osoby; (4) bliskość – relacje powierzchowne zawierane w celu zaspokajania własnych potrzeb głównie w zakresie regulacji samooceny; relacje interpersonalne nie są oparte na



wzajemności. W zakresie patologicznych cech osobowości należy zidentyfikować obecność obu ze wskazanych aspektów: (1) wielkościowość (aspekt cechy antagonizm) – poczucie (jawne/ukryte) uprzywilejowania; egocentryzm, silne przekonanie bycia lepszym od innych, protekcjonalność; (2) poszukiwanie uwagi (aspekt cechy antagonizm) – usilne wysiłki przyciągnięcia i pozostania w centrum uwagi; poszukiwanie podziwu ze strony innych (APA, 2013, s. 768-767).

#### **2.4.2. Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) i patologiczne cechy osobowości (kryterium B) jako podstawowe konstrukty konceptualizacyjne zaburzeń osobowości**

Opracowanie Kryterium A i B było motywowane wynikami badań empirycznych dotyczących różnych kwestii wokół zaburzeń osobowości. Najbardziej istotnymi były wyniki wskazujące na występowanie relatywnie wysokiego odsetka współwystępowania diagnoz różnych zaburzeń osobowości (zob. wcześniej); oraz te określające różne temperamentalne korelaty zaburzeń osobowości niezależnie od ich typu (np. podwyższona neurotyczność oraz niska sumienność i ugodowość jako korelaty zaburzeń osobowości w ogóle) (Morey i in., 2011). Główne wnioski płynące z tych badań poddawały w wątpliwość zasadność konceptualizowania zaburzeń osobowości jako odrębnych jakościowo kategorii wskazując na (jakiś) czynnik, który może być traktowany jako część wspólna zaburzeń osobowości (Sharp, Wall, 2021); oraz (ze względu na silne korelacje z cechami osobowości) podkreślały zasadność włączenia oceny cech do konceptualizacji zaburzeń osobowości. Kategorialne modele włączane do kolejnych wydań DSM zawierały wprawdzie kryteria zaburzeń osobowości (np. sztywność wzorca, trudności powodują znaczący dystres, utrudnienie funkcjonowania w różnych aspektach życia) odnoszące się do ich ogólnego charakteru ale nie pozwalały one na wystarczające odzwierciedlenie specyficznych trudności spotykanych w tego typu zaburzeniach (Sharp, Wall, 2021) (np. trudności tożsamościowych).

#### **2.4.3. Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) jako część wspólna zaburzeń osobowości**

Kryterium A odnosi się do ogólnego funkcjonowania osobowości w aspekcie Ja (tożsamość i samokierowanie) oraz interpersonalnym (empatia i bliskość) (APA, 2013). Kryterium A ujmuje zatem sposób w jaki osoba doświadcza siebie i innych oraz jak wyglądają jej relacje z innymi (Bender i in., 2011). Zarówno według DSM-5 (APA, 2013)

oraz niektórych badaczy (np. Sharp, Wall, 2021) jest ono uważane za „rdzeń” zaburzeń osobowości. Pincus i in. (2019) wskazują, że kryterium A odzwierciedla wspólne trudności, które występują we wszystkich zaburzeniach osobowości niezależnie od późniejszego konkretyzowania opisu na poziomie cech. Ze względu na relatywną niezależność koncepcyjną kryterium A od konkretnych typów zaburzeń osobowości (kategorii zaburzeń osobowości) (Sharp, Wall, 2021), poziom funkcjonowania osobowości odpowiada na problem kategoryjnego podejścia do zaburzeń osobowości ze względu na ujmowanie zaburzeń osobowości na kontinuum zamiast w postaci konkretnych jednostek nozologicznych. Oznacza to, że poziom funkcjonowania osobowości odzwierciedla pewne centralne aspekty funkcjonowania, które pozwalają odróżnić je od innych zaburzeń psychicznych oraz osobowości niezaburzonej (np. Pincus, 2011). Autorzy wskazują także, że zakres Kryterium A ujmuje pewną dynamikę zaburzeń osobowości (Pincus, 2011), to znaczy manifestację oraz obraz zaburzeń osobowości w funkcjonowaniu intra- oraz interpersonalnym. Ze względu na wymiarowy charakter kryterium A oraz jego zakres obejmujący pełne spektrum funkcjonowania osobowości (od braku do skrajnych nieprawidłowości; zob. tabela 2.1.), pozwala ono efektywnie opisywać zarówno osobowość zdrową, jak i poziom nasilenia nieprawidłowości w zaburzeniach osobowości (Morey i in., 2015; Sharp Wall, 2021), czyniąc tym samym kryterium A wyczerpującym oraz bardziej uniwersalnym od kategoryjnej perspektywy.

Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 (APA, 2013) uszczegóławia rozumienie kryterium A, co z jednej strony wskazuje dokładniej obszary oceny w trakcie diagnozy, z drugiej natomiast podkreśla znaczenie intra- oraz interpersonalnych aspektów zaburzeń osobowości. Poniżej przedstawiono ich zarys.

Choć kryterium A obejmuje pełne spektrum funkcjonowania osobowości, poszczególne nazwy poziomów funkcjonowania osobowości odnoszą się do określenia głębokości przejawianych nieprawidłowości osobowościowych. W związku z tym, wg AMPD DSM-5, nieprawidłowości w ramach poszczególnych komponentów oraz ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości mogą przyjąć poziom braku lub nieznacznych (0; ang. *little or no impairment*), zauważalnych (1; ang. *some impairment*), umiarkowanych (2; ang. *moderate impairment*), głębokich (3; ang. *severe impairment*) skrajnych (4; ang. *extreme impairment*) (APA, 2013; Widiger i in., 2019). W świetle przyjętego podejścia klinicznego, o zaburzeniach osobowości można wnioskować dopiero od poziomu umiarkowanych nieprawidłowości (2) (włącznie) (APA, 2013). Tabela 2.1. przedstawia charakterystykę różnych poziomów funkcjonowania osobowości opisywanych w kontekście

nieprawidłowości osobowościowych odnoszących się do poszczególnych aspektów kryterium A.

**Tabela 2.1.**

Charakterystyka poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

Poziom	Charakterystyka
nieprawidłowości	
Brak lub nieznaczne nieprawidłowości	<p><b>Funkcjonowanie Ja:</b> stałe poczucie i świadomość unikalnego Ja z jasno wyznaczonymi granicami; spójna i pozytywna samoocena; doświadczanie szerokiej gamy emocji oraz ich adaptacyjna regulacja; dążenie do realistycznych celów; kierowanie się odpowiednimi standardami wewnętrznymi oraz zdolność do wglądu oraz nadawania znaczenia własnym doświadczeniom.</p> <p><b>Funkcjonowanie interpersonalne:</b> rozumienie motywacji i doświadczenia innych w większości sytuacji społecznych; rozumienie i akceptowanie/tolerowanie zdania innych; rozumienie konsekwencji własnych zachowań; utrzymywanie wielu satysfakcjonujących i opartych na wzajemności, trosce, bliskości relacji; umiejętność dostosowania się do większości sytuacji społecznych.</p>
Zauważalne nieprawidłowości	<p><b>Funkcjonowanie Ja:</b> względnie stabilne i klarowne poczucie Ja, choć w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego może tracić wyrazistość granic; względnie stabilna i adekwatna samoocena - czasami zaniżona i zniekształcona przez nadmierny krytycyzm; silne emocje mogą być traktowane jako zagrażające, co może ograniczać zakres doświadczeń emocjonalnych; możliwe nadmierne skupienie na celach (czasami zahamowanie do ich dążenia lub posiadanie konfliktowych celów); zestaw standardów społecznych i osobistych może być nierealistyczny, utrudniający funkcjonowanie; zdolność do autorefleksji czasami zniekształcona przez nadmierne skupienie na jednym aspekcie funkcjonowania (np. emocjonalnym, intelektualnym)</p> <p><b>Funkcjonowanie interpersonalne:</b> nieznaczne</p>

---

trudności w szanowaniu i rozumieniu doświadczeń innych osób; możliwy opór wobec refleksji nad zachowaniem innych; trudności w zakresie rozumienia konsekwencji własnych zachowań ograniczają czasami możliwości rozważania i przyjmowania różnych perspektyw; zdolność do budowania trwałych relacji z nieznacznymi trudnościami w ekspresji emocji oraz ograniczone poczucie bliskości i satysfakcji; zdolność do tworzenia intymnych i wzajemnych relacji może być nieznacznie ograniczona (np. wycofanie, trudności w wyrażaniu potrzeb) w obliczu konfliktu lub silnych emocji; niektóre nierealistyczne i sztywne standardy utrudniają współpracę oraz zdolność empatii i spontaniczności.

---

Umiarkowane  
nieprawidłowości

**Funkcjonowanie Ja:** nadmierna zależność od innych osób w określeniu własnej tożsamości; trudności w określeniu granic między Ja a innymi; poszukiwanie aprobaty oraz uzależnianie samooceny od oceny zewnętrznej; chwiejna samoocena z tendencją do jej zewnętrznego regulowania; silne pragnienie aprobaty; poczucie niedostosowania lub niższości z kompensacyjnie zawyżoną lub zaniżoną samooceną; cele służą uzyskaniu zewnętrznego uznania – są określane zewnątrz lub wewnątrz co może przekładać się na ich niespójność; osobiste standardy mogą być zbyt wysokie albo niskie; zdolność do autorefleksji może być utrudniona.

**Funkcjonowanie interpersonalne:** szczególna wrażliwość na doświadczenia innych, ale tylko w zakresie mającym bezpośredni związek z samym sobą; skrajne skupienie na sobie, co utrudnia rozumienie i szanowanie zdania innych ludzi oraz trudności w przyjmowaniu różnych perspektyw; nieświadomość lub brak zainteresowania konsekwencjami własnych zachowań lub ma ich nierealistyczną ocenę; zdolność oraz potrzeba tworzenia relacji; relacje są jednak powierzchowne i tworzone w celu zaspokajania własnych potrzeb, samoregulacji lub utrzymania samooceny; brak skłonności do postrzegania relacji w kategoriach wzajemności- relacje często służą osiągnięciu korzyści.

---

Duże nieprawidłowości	<p><b>Funkcjonowanie Ja:</b> słabe poczucie autonomii oraz doświadczanie braku tożsamości lub wewnętrznej pustki; sztywne albo słabe granice między Ja a innymi; tendencja do nadmiernej identyfikacji z innymi, nadmiernego zaznaczania swoich granic lub wahania pomiędzy tymi stanami; zależność poczucia własnej wartości od zewnętrznych wydarzeń oraz niespójny obraz siebie; nieadekwatność samooceny w postaci samouwielbienia, nienawiści wobec siebie albo kombinacji tych stanów; gwałtowne zmiany emocji lub silne i chroniczne poczucie rozpacz; trudności w określaniu i osiąganiu celów; sprzeczność wewnętrznych standardów; doświadczanie życia jako niebezpiecznego lub pozbawionego znaczenia; znacznie zaburzona zdolność do autorefleksji.</p>
	<p><b>Funkcjonowanie interpersonalne:</b> znaczna trudność do rozumienia innych oraz tendencja do skupiania się na specyficznych aspektach funkcjonowania innych, np. na ich słabościach; ogólna niezdolność do rozumienia konsekwencji własnych zachowań z poczuciem zagrożenia w sytuacji różnicy zdań; niezdolność do przyjmowania różnych, alternatywnych punktów widzenia; przypisywanie innym destrukcyjnych zamiarów; pragnienie tworzenia bliskich związków przy jednoczesnym znacznym utrudnieniu w inicjowaniu oraz utrzymywaniu pozytywnych relacji; pragnienie połączenia (fuzji) z bliską osobą; silny lęk przed skrzywdzeniem i odrzuceniem/oczekiwanie skrzywdzenia lub występowaniem tych stanów na przemian; znikoma wzajemność w relacjach; inni postrzegani w kontekście ich wpływu (pozytywnego/negatywnego) na Ja; zaburzenia w zakresie współpracy z innymi wiążą się przede wszystkim z poczuciem zniewagi i skrzywdzenia ze strony innych.</p>
Skrajne nieprawidłowości	<p><b>Funkcjonowanie Ja:</b> doświadczanie niepowtarzalności Ja, sprawczości i autonomii, jest nieobecne lub zorganizowane wokół postrzeganego prześladowcy zewnętrznego; nieobecność lub niejasność granic między Ja a innymi; zniekształcony obrazem Ja</p>

---

oraz zniekształcona samoocena uzależniona od ocen innych; nieadekwatne reakcje emocjonalne; dominacja negatywnych emocji (nienawiści i agresji), które mogą być wypierane i przypisywane innym; trudności odróżnienia myśli od działań, co przekłada się na nierealistyczne i niespójne cele; brak standardów postępowania; niezdolność do autorefleksji; własne motywacje mogą być nierozpoznane lub postrzegane jako zewnętrzne.

**Funkcjonowanie interpersonalne:** znaczna niezdolność do rozumienia innych osób; niezdolność do rozumienia i przyjmowania alternatywnych perspektyw innych osób, co wiąże się z selektywną uwagą oraz nadmierną czujnością i skupieniem na zaspokojeniu własnych potrzeb oraz unikaniu skrzywdzenia; reguły rządzące życiem społecznym mogą być niezrozumiałe i dezorientujące; ograniczone pragnienie tworzenia bliskich relacji przez brak zainteresowania innymi lub nadmierne oczekiwanie skrzywdzenia; tworzone relacje są pełne dystansu, chaotyczne lub trwale negatywne; relacje rozumiane są dwubiegunowo – wyłącznie jako zapewniające przyjemność lub krzywdzące; zachowania społeczne nie są wzajemne i służą zaspokajaniu podstawowych potrzeb lub unikania cierpienia.

---

Opracowanie własne na podstawie AMDP DSM-5 (APA, 2013)

Konstruując kryterium A w AMPD DSM-5 starano się uczynić jasne rozróżnienie pomiędzy funkcjonowaniem Ja i interpersonalnym. Analiza opisów odpowiadających różnym poziomom funkcjonowania osobowości pozwala stwierdzić, że aspekty te przeplatają się między sobą (np. pomiędzy funkcjonowaniem Ja i interpersonalnym) (Pincus i in., 2019). Przykładami obrazującym częściowe nakładanie się różnych aspektów kryterium A mogą być kruchy lub zniekształcony obraz siebie łatwo zmieniający się „pod wpływem interakcji z innymi” (jedna z charakterystyk zaburzonej tożsamości w zakresie funkcjonowania Ja w przy zaburzeniach osobowości o skrajnym poziomie nieprawidłowości; APA, 2013, s. 778) lub „opieranie się na relacjach z innymi w celu określenia własnej tożsamości (jedna z charakterystyk zaburzonej tożsamości w zakresie funkcjonowania Ja w umiarkowanym poziomie nieprawidłowości; APA, 2013, s. 776). Choć we wskazanych trudnościach bezsprzecznie kładziony jest akcent na

problemy w zakresie tożsamości, to w pewnej mierze realizowane są one także w obszarze relacji interpersonalnych. Częściowe nakładanie się pewnych aspektów w ramach poziomu funkcjonowania osobowości odzwierciedliło się w wymianie poglądów na łamach artykułów opublikowanych w czasopiśmie naukowych przez Sleep i in. (2019) oraz Morey'a (2019) na temat (jednowymiarowej vs. wielowymiarowej) natury kryterium A. Sleep i in. (2019) argumentują, że kryterium A jest konstruktem wielowymiarowym, który odzwierciedla funkcjonowanie w najważniejszych aspektach życia jednostki (np. intrapersonalne i interpersonalne). Morey (2019) natomiast stoi na stanowisku, że kryterium A stanowi konstrukt jednowymiarowy, który zasilany jest przez wiele różnych obszarów funkcjonowania, ale sam w sobie stanowi ich „sumę”. Wydaje się jednak, że w teoretycznym dyskursie naukowym jednowymiarowy charakter kryterium A znajduje szersze poparcie (np. Bender i in., 2011; Barkauskine i in., 2022; Sharp, Wall, 2021). Opublikowano także wyniki badań popierające jednowymiarowość kryterium A. Wskazuje się, że trafność różnicowa pomiędzy skalami testu do mierzenia nasilenia trudności w poszczególnych aspektach kryterium A jest niska (Hopwood i in., 2018; Morey, 2017), a korelacje pomiędzy tymi skalami jest relatywnie wysoka (średnio około 0,80; Hopwood i in., 2018; Morey, 2017). Podobne wnioski prezentują Hummelen i in. (2021), którzy donoszą, że kryterium A prawdopodobnie może być postrzegane jako konstrukt jednowymiarowy, jednak postulują konieczność prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

Wydaje się, że treść Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 skłania do myślenia o kryterium A jako o konstrukcie jednowymiarowym, jednak nie jest to określone wprost. Z jednej strony AMPD DSM-5 zawiera szczegółowy opis aspektów kryterium A na każdym z poziomów ogólnego funkcjonowania osobowości. Z drugiej strony ogólne kryteria diagnozowania zaburzeń osobowości wskazują, że do zdiagnozowania zaburzeń osobowości wymagane jest doświadczanie przynajmniej umiarkowanych nieprawidłowości w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości, co sugeruje że ostatecznie największe znaczenie przypisywane jest do całościowej oceny w kryterium A, a nie jego poszczególnych aspektów.

Ocena ogólnego funkcjonowania osobowości (kryterium A) odbywa się zarówno przy pomocy narzędzi samoopisowych (np. *Level of Personality Functioning Scale*, LPFS Morey, 2017; *Level of Personality Functioning Scale – Brief Form*, LPFS-BF Hutsebaut i in., 2016; *DSM-5 Levels of Personality Functioning Questionnaire*, Huprich i in., 2018; *Self and Interpersonal Functioning Scale*, SIFS, Gamache, Savard, 2017;

Gamache i in., 2019) jak i klinicznych wywiadów (np. *Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5*, STiP-5.1, Hutsebaut i in., 2017; *Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale*, Bender i in., 2018) (por. Zimmermann i in., 2019). Procedura wykorzystania wywiadu do diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości zakłada ocenę każdego z pomniejszych aspektów kryterium A (np. funkcjonowania Ja oraz zasilających je aspektów tożsamości i samokierowania), które następnie sumują się w sposób dający możliwość oceny poziomu funkcjonowania osobowości rozumianego w sposób jednowymiarowy (finalnie bez podziału na pomniejsze składowe) (np. Bender i in., 2018). Narzędzia samoopisowe często zawierają także podskale dla poszczególnych aspektów składowych dla kryterium A, jednak podobnie jak w przypadku wywiadów, końcowa ocena opiera się przede wszystkim na wyniku średnim uzyskiwanym w całości testu (np. Morey, 2017).

Wskazane postępowanie pozwala na dokładniejsze poznanie sposobu funkcjonowania diagnozowanej osoby, ponieważ diagnosta ocenia po kolei (lub ma dostęp z danych samoopisowych) każdy z aspektów kryterium A, a następnie dokonuje końcowej oceny dotyczącej poziomu funkcjonowania osobowości. Warto wskazać także, że finalna diagnoza/ocena poziomu funkcjonowania osobowości nie jest prostym zastosowaniem się do norm narzędzia diagnostycznego (np. SIFS, Gamache i in., 2021; APA, 2013). Diagnoza różnicowa stanowi decyzję diagnosty podejmowaną także w oparciu, np. o własne doświadczenie kliniczne czy dane z obserwacji (np. Morey, 2017).

#### **2.4.4. Nasilenie patologicznych cech osobowości (Kryterium B) jako aspekt różnicujący zaburzenia osobowości między sobą**

Kryterium B odnosi się do oceny nasilenia pięciu patologicznych cech osobowości (negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm) (APA, 2013). Założenia leżące u podstaw określenia patologicznych cech sięgają do psychologii osobowości niezaburzonej. Szczególnie istotnymi dla zoperacjonalizowania kryterium B okazały się pięcioczynnikowy model osobowości (np. model Wielkiej Piątki, Costa, McCrae, 1992; Thomas i in., 2013) oraz skale osobowościowe z MMPI-2 (PSY-5) (Harkness i in., 2014). Nazwanie cech kryterium B patologicznymi cechami osobowości niesie za sobą pełne konsekwencje wynikające z używania terminu „cecha” w psychologii. Odnosząc się do klasycznej teorii Allporta (np. 1961), cecha w zakresie osobowości zdrowej definiowana jest jako tożsama dla konkretnej osoby struktura neuropsychiczna pozwalająca na dostarczanie (sobie) różnorodnych bodźców, inicjowanie oraz kierowanie



adaptacyjnym oraz charakterystycznym (dla danej osoby) zachowaniem. Uszczegóławiając rozumienie cech o konkluzje pochodzące z późniejszych prac w tym zakresie, a które dotyczą także patologicznych cech osobowości można wskazać, że ich nasilenie uwarunkowane jest zarówno przez czynniki genetyczne i środowiskowe, a specyficzna manifestacja kształtowana jest w oparciu interakcje z otoczeniem (South, DeYoung, 2013). Ponadto, badania wskazują, że (patologiczne) cechy osobowości posiadają silny komponent temperamentalny korelując z cechami osobowości zdrowej. Jak określają badania (np. Gore, Widiger, 2013; Thomas i in., 2013; Waugh i in., 2017) poszczególne krańce cech pięcioczynnikowego modelu osobowości odpowiadają patologicznym cechom opisanym w AMPD DSM-5. Zgodnie z doniesieniami negatywna afektywność odpowiada wysokiemu neurotyzmowi; antagonizm – niskiej ugodowości; izolacja – niskiej ekstrawersji; psychotyzm – wysokiej otwartości na doświadczenia, a rozhamowanie – niskiemu nasileniu sumienności (por. Sharp, Wall, 2021).

Charakterystyka patologicznych cech osobowości sprawia, że w przeciwieństwie do kryterium A, określanego jako odzwierciedlenie pewnej dynamiki funkcjonowania, kryterium B odzwierciedla relatywnie niezmienny i stały komponent zaburzeń osobowości (Meehan i in., 2019; Zimmermann i in. 2014).

Warto zauważyć, że Kryterium B, w przeciwieństwie do kryterium A, pozwala dookreślić opis manifestacji zaburzeń osobowości sporządzony w oparciu o kryterium A (Meehan i in., 2019), a określenie nasilenia patologicznych cech przekłada się na dokładniejsze zróżnicowanie w zakresie typów zaburzeń osobowości między sobą (hybrydowość AMPD) (Meehan i in., 2019). W tabeli 2.2. przedstawiono zestawienie nieadaptacyjnych cech osobowości wraz z ich krótką charakterystyką oraz wskazaniem zasilających ich aspektów.

**Tabela 2.2.**

Charakterystyka domen cech oraz ich aspekty

Domena	Charakterystyka	Aspekty
Negatywna afektywność	Szeroko rozumiana tendencja do doświadczania wielu negatywnych emocji i stanów, np. lęku, poczucia winy, gniewu, które behawioralnie objawiają się w zakresie funkcjonowania Ja (np. nienawiść do siebie) oraz interpersonalnym (pragnienie fuzji).	chwiejność emocjonalna, niepokój, lęk separacyjny, uległość, wrogość, perseweratywność, depresyjność, podejrzliwość, ograniczona emocjonalność

Izolacja	Tendencja do unikania zaangażowania w sytuacje społeczne i/albo emocjonalne przejawiająca się w unikaniu wszelkich relacji interpersonalnych oraz doświadczeń emocjonalnych; ograniczenie możliwości doświadczania przyjemności	wycofanie, unikanie bliskości, anhedonia, depresyjność, ograniczona afektywność, podejrzliwość
Antagonizm	Tendencja do postrzegania swoich potrzeb oraz ich zaspokajania jako ważniejszych od interesów innych osób; wymaganie szczególnego traktowania przy jednoczesnej antypatii wobec innych – wiąże się z instrumentalnym traktowaniem innych oraz brakiem wrażliwości/brakiem świadomości ich potrzeb	skłonność do manipulacji, skłonność do oszukiwania, megalomania, poszukiwanie uwagi, bezduszość, wrogość.
Rozhamowanie	Tendencja do impulsywnych reakcji w odpowiedzi na pojawiające się bodźce zewnętrzne oraz wewnętrzne przy jednoczesnym braku uwzględniania potencjalnych konsekwencji; zorientowanie na bezzwłoczne zaspokojenie potrzeb.	nieodpowiedzialność, impulsywność, trudność w skupieniu uwagi, tendencja do podejmowania ryzyka, sztywny perfekcjonizm,
Psychotyzm	Tendencja do przejawiania dziwacznych i niepożądanych kulturowo zachowań i procesów kognitywnych.	nietypowe przekonania, ekscentryczność, rozregulowanie poznawcze i emocjonalne

Opracowanie własne na podstawie: DSM-5 (APA, 2013), Rowiński i in. (2019); Waugh i in. (2017).

#### **2.4.5. Zakres nakładania się poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz patologicznych cech osobowości (kryterium B)**

Kryterium A oraz kryterium B w swoich założeniach odzwierciedlają odmienne aspekty (zaburzeń) osobowości i na poziomie koncepcyjnym powinny być od siebie różne. Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 wprost oddziela kryterium A i B opisując je jako dwa osobne konstrukty. Stanowią one dwa niezależne obszary oceny zaburzeń osobowości oraz odzwierciedlają różne elementy ich manifestacji (APA, 2013); na niezależność obu konstruktyw wskazuje także niektórzy autorzy (np. Bender i in., 2011; Morey i in., 2011, Sharp, Wall, 2021).

Rozważania na temat zależności kryterium A i B oraz wyniki badań wskazują jednak na pewne wątpliwości w zakresie ich odrębnego charakteru (np. Bender, 2019). Wątpliwości te formułowane są zarówno w oparciu o analizę założeń leżących u podstaw obu tych konstruktów, jak i na podstawie wyników badań.

Analiza zapisów AMPD DSM-5 (APA, 2013) w zakresie charakterystyki poszczególnych aspektów i cech kryterium A i B sugeruje, że jasne odróżnienie poziomu funkcjonowania osobowości od patologicznych cech nie zawsze jest oczywiste. Sharp i Wall (2021) wskazują na ogólne punkty wspólne kryteriów A i B, np. trudności w nawiązywaniu bliskich relacji (kryterium A) wiąże się z nasiloną cechą izolacji (kryterium B); lub deficyt empatii (kryterium A) pokrywa się częściowo z cechą antagonizmu (kryterium B). Podobnych, ale bardziej szczegółowo określonych punktów wspólnych dla kryterium A i B dostarcza przegląd symptomów poszczególnych zaburzeń osobowości opisanych w AMPD DSM-5 (APA, 2013). Opis objawów zaburzenia osobowości borderline wskazuje, że funkcjonowanie interpersonalne (kryterium A) charakteryzuje się m.in., „(...) nieufnością, niezaspokojeniem potrzeb oraz niepokojem spowodowanym rzeczywistym lub wyobrażonym opuszczeniem (...)” (APA, 2013, s. 766). W zakresie kryterium B dla zaburzeń osobowości borderline podobnie definiowany jest aspekt niepewności i separacji w obrębie cechy negatywnej afektywności „Lęk przed odrzuceniem przez (...) znaczących bliskich (...)” (APA, 2013, s. 767). Podobnie, kryterium A dla obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości w zakresie samokierowania wskazuje na „(...) sztywne i nieuzasadnione, wysokie i nieelastyczne standardy zachowania (...)” (APA, 2013, s. 768) oraz nadmierną sumienność (APA, 2013). Natomiast kryterium B dla obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości w aspekcie ekstremalnej sumienności (przeciwieństwo rozhamowania; APA, 2013) wskazuje na „sztywny perfekcjonizm” definiowany jako „sztywny nacisk na to, żeby wszystko było bezbłędne, perfekcyjne, bez pomyłek lub wad (...)” (APA, 2013, s. 768). Nadkładanie się różnych aspektów kryterium A i B widoczne jest także w innych zaburzeniach osobowości opisanych w AMPD DSM-5, np. antyspołecznym zaburzeniu osobowości czy schizotypowym zaburzeniem osobowości (APA, 2013; Widiger i in., 2019). Wskazane części wspólne kryterium A i kryterium B poddają w wątpliwość założenie o jednoznacznie niezależnym charakterze obu tych konstruktów, ale nie implikują ich redundantności. Widiger i in. (2019) wskazują, że w niektórych zakresach kryterium A obejmuje zupełnie inne aspekty funkcjonowania niż kryterium B. Różnice te dobrze obrazuje zaburzenie osobowości borderline, w którym niestabilność

i niepewności zakresie obrazu Ja stanowi główny (ale nie jedyny) aspekt opisu poziomu funkcjonowania osobowości, podczas gdy kryterium B nie obejmuje tego aspektu w ogóle (ani w odniesieniu do borderline, ani do innego zaburzenia osobowości). Może to w istocie wskazywać na fundamentalne różnice między kryterium A i B (Widiger i in., 2019). Inni autorzy czynią jednak założenie, że AMPD DSM-5 nie uwzględnia skończonej liczby patologicznych cech jednocześnie wskazując na istnienie alternatywnych podejść do opisu zaburzeń osobowości. Podejścia te zawierają inne, niż zaproponowane w AMPD DSM-5, patologiczne cechy osobowości (np. Pięcioczynnikowy Inwentarz Borderline; Mullins-Sweatt i in., 2012; uwzględniający niestabilność i pewności obrazu Ja na poziomie cech). W konsekwencji wydaje się, że kryterium A i B posiadają różne zakresy, które dzielą pewne punkty wspólne, a nie różnią się od siebie fundamentalnie na poziomie koncepcyjnym (Widiger i in., 2019). Jak przyznaje Morey (2019), jeden ze współautorów konstrukt kryterium A, istnieją pewne punkty wspólne między poziomem funkcjonowania osobowości a patologicznymi cechami, ale ma to związek ze sposobem definiowania kryterium B. Według autora (Morey, 2019) większe rozróżnienie pomiędzy kryterium A i B można osiągnąć poprzez wyłączenie z definicji cech tych aspektów, które odnoszą się do ogólnego funkcjonowania osobowości. Jak argumentują Widiger i McCabe (2020) oznaczałoby to jednak usunięcie istotnych elementów konstytucjonalnych patologicznych cech z ich opisu (np. usunięcie braku empatii dla cechy antagonizmu), co w skrajnych przypadkach mogłoby przełożyć się na pozbawienie opisu danej cechy jej właściwości definicyjnej.

Podobnie, jak w przypadku analiz założeń leżących u podstaw kryterium A i B, badania empiryczne wskazują, że oba konstrukty pozostają we wzajemnych zależnościach. W odniesieniu do literatury przedmiotu, korelacje pomiędzy kryterium A i B pozostają na relatywnie wysokim poziomie. Gamache i in. (2019) wykazali, że ogólny poziom funkcjonowania osobowości koreluje z wszystkimi patologicznymi cechami osobowości, a wielkość tych korelacji mieści się pomiędzy 0.49 (antagonizm) aż do 0.81 (izolacja). Ponadto, ich badania (Gamache i in., 2019) sugerują, że poszczególne aspekty ogólnego funkcjonowania osobowości (tożsamość, samokierowanie, empatia, bliskość) korelują istotnie z przynajmniej dwoma patologicznymi cechami osobowości. Few i in. (2013) wykazali, że wszystkie aspekty funkcjonowania osobowości korelują z przynajmniej czterema patologicznymi cechami zaburzeń osobowości (wielkość korelacji: od 0.30 - bliskość z rozhamowaniem do 0.69 - tożsamość z negatywnym afektem). Bliskość, aspekt funkcjonowania interpersonalnego, jako jedyna korelowała z wszystkimi patologicznymi

cechami osobowości (wielkość korelacji: od 0.30 z rozhamowaniem do 0.54 z izolacją). Podobnie Roche i in. (2018) opisali korelacje pomiędzy ogólnym poziomem funkcjonowania osobowości a wszystkimi patologicznymi cechami zaburzeń osobowości (wielkość korelacji: od 0.25 z antagonizmem do 0.48 z negatywnym afektem). Poza przedstawionymi wynikami badań, także inni autorzy wskazują na podobną zależność zachodzącą pomiędzy kryterium A a kryterium B (np. Bach, Anderson, 2020; Sleep i in., 2019) lub kryterium A a cechami modelu Wielkiej Piątki (np. Few i in., 2013; Hopwood i in., 2018). W obliczu wykazanych związków pomiędzy kryterium A i B a cechami Wielkiej Piątki, Widiger i McCabe (2020) argumentują, że oba kryteria mogą być traktowane jako specyficzne (patologiczne) wariacje cech osobowości zdrowej (np. Costa, McCrae, 1992) zamiast być postrzegane jako odrębne aspekty opisu (zaburzeń) osobowości.

Choć zależności zachodzące pomiędzy kryterium A i kryterium B są wciąż dookreślane, a współczesna literatura dostarcza niejasnych wyników badań, należy zaznaczyć, że autor niniejszej pracy skłania się ku perspektywie traktującej oba kryteria (A i B) jako relatywnie odrębne aspekty funkcjonowania osobowości, które posiadają pewne części wspólne.

W związku z tym dalszy wywód w zakresie wymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości będzie oparty o założenie, że kryterium A odzwierciedla to, co zaburzenia osobowości mają ze sobą wspólnego i co odróżnia je od innych zaburzeń oraz osobowości zdrowej. Kryterium B natomiast ujmuje i dookreśla różnice dotyczące sposobu ich manifestacji. Wskazana perspektywa znajduje swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu (np. Pincus, 2011; Sharp, Wall, 2021) oraz jest również obecna w zapisach AMDP DSM-5 (APA, 2013) jak i ICD-11 (WHO, 2019), które zostanie opisane w kolejnej części.

Pomimo wskazanych wcześniej zależności zachodzących pomiędzy kryterium A i B autor pracy zdecydował się przyjąć taką optykę ze względu na kilka argumentów. Kryterium A pozwala na bardziej szczegółowe uchwycenie charakteru funkcjonowania jednostki niż w przypadku redukcji „funkcjonowania osobowości” wyłącznie do nasilenia patologicznych cech osobowości. Kryterium A umożliwia przyjęcie kontekstualnej perspektywy ogólnego opisu funkcjonowania, dając potencjalny dostęp do uchwycenia dynamiki (międzysytuacyjnej i intrapsychicznej; por. Hopwood, 2018) podczas gdy analiza kryterium B, ze względu na swój charakter, odzwierciedla ogólnie, relatywnie stałe tendencje oraz długoterminową dynamikę i zmiany osobowości (por.

Hopwood, 2018). Ponadto za traktowaniem kryteriów A i B jako relatywnie rozłącznych przemawia także ich różne podłoże teoretyczne, które w dalszej perspektywie pozwala na poszerzenie opisowej diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o teorie (diagnoza wyjaśniająca), które stanowiły inspirację do ich opracowania - głównie psychodynamiczna teoria relacji z obiektem Kernberga (por. Waugh i in., 2017; zob. dalej). Łączne traktowanie kryterium A i kryterium B lub zredukowanie obu kryteriów tylko do wymiaru cech ograniczyłoby możliwość wykorzystania teorii do wyjaśniania opisywanych trudności, ponieważ teoria Kernberga odnosi się do innej, niż opartej na cechach, struktury osobowości (Kernberg, 1976). Autor niniejszej pracy zgadza się z przedstawionymi wcześniej poglądami (np. Bender i in., 2011; Morey i in., 2015; Pincus, 2011; Sharp, Wall, 2021), że kryterium A pozwala w bardziej subtelny sposób odzwierciedlać różnice międzyosobnicze niż wyłączna analiza kryterium B. Ponadto warto zauważyć, że pomimo relatywnie obszernej części wspólnej (zob. wcześniej) kryteriów A i B, nie pokrywają się one w całości. W obliczu wciąż prowadzonych badań nad zależnościami zachodzącymi między omawianymi konstruktami, arbitralne potraktowanie kryterium B jako prymarnego oraz pokrywającego swoim zakresem kryterium A, byłoby zbytnim uproszczeniem.

## **2.5. Zaburzenia osobowości według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11**

Wersja 11. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) została opublikowana przez WHO w 2019 roku, co sprawia, że jej autorzy mogli uwzględnić większą liczbę badań i wniosków nad trafnością i użytecznością dymensjonalnych modeli zaburzeń osobowości niż w przypadku opracowywania AMPD DSM-5 (APA, 2013). W konsekwencji WHO zdecydowało się na umieszczenie w ICD-11 jedynie dymensjonalnego modelu zaburzeń osobowości (z uwzględnieniem wzorca borderline; zob. dalej) (Bach, First, 2018). Ponieważ konceptualizacje zaburzeń osobowości zawarte w AMPD DSM-5 oraz ICD-11 są sobie koncepcyjnie bliskie (np. Bach, First, 2018; Zimmermann i in., 2022), w niniejszej części przedstawione zostaną główne podobieństwa i różnice pomiędzy oboma podręcznikami diagnostycznymi jako uzupełnienie dotychczasowych rozważań.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Wyczerpujące omówienie konceptualizacji zaburzeń osobowości umieszczonej w ICD-11 skutkowałoby powtórzeniem wielu kwestii, które zostały omówione wcześniej.

Rozumienie zaburzeń osobowości uwzględnione w ICD-11 oraz AMPD DSM-5 są sobie koncepcyjnie bliskie. Podobnie jak w AMPD DSM-5, w ICD-11 podano nową definicję zaburzeń osobowości, w której wskazano, że główną manifestacją zaburzeń osobowości są zaburzenia w funkcjonowaniu aspektów Ja (np. tożsamości, samokierowania) i/lub trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym (np. nawiązywanie i podtrzymywanie bliskich relacji). Problemy w zakresie funkcjonowania Ja i/lub interpersonalnym odzwierciedla się w nieadaptacyjnych wzorcach poznawczych, doświadczeniach emocjonalnych oraz zachowaniu (WHO, 2019). Definicja zaproponowana przez WHO, choć bardziej rozbudowana niż ta umieszczona w AMPD DSM-5, jest z nią znaczeniowo bardzo związana. Oba podręczniki odnoszą się w swoich założeniach do dymensjonalnego postrzegania zaburzeń osobowości. W przeciwieństwie jednak do hybrydowego, kategoriałno-dymensjonalnego charakteru AMPD DSM-5, ICD-11 zawiera wyłącznie wymiarową konceptualizację zaburzeń osobowości z możliwością określenia obecności wzorca borderline (WHO, 2019). Ponadto warto zauważyć, że sposób oceny wymiaru cech różni się między dwoma klasyfikacjami. W AMPD DSM-5 oceniane jest nasilenie każdej z patologicznych cech osobowości podczas gdy ocena zgodnie z ICD-11 opiera się na określeniu, czy diagnozowana osoba przejawia/nie przejawia danej cechy (Bach, First, 2018).

W ICD-11, podobnie jak w AMPD DSM-5, dwoma głównymi obszarami oceny osobowości jest ogólne funkcjonowanie, w ICD-11 określane jako głębokość dysfunkcji osobowości, oraz nasilenie pięciu patologicznych cech. Jednak w przypadku ICD-11 są to negatywny afekt, izolacja, rozhamowanie, dysocjalność, anankastia.

Głębokość dysfunkcji osobowości, podobnie jak w AMPD DSM-5, obejmuje przede wszystkim aspekty funkcjonowania Ja oraz funkcjonowania interpersonalnego (WHO, 2019). Dysfunkcja osobowości określana jest, podobnie jak w DSM-5, na jednym z pięciu poziomów, których brzmienie w ICD-11 wygląda następująco: brak dysfunkcji, trudności osobowościowe, lekka, umiarkowana, poważna dysfunkcja. Podobnie jak w AMPD DSM-5, o zaburzeniach osobowości można wnioskować wówczas, kiedy funkcjonowanie osoby odzwierciedla opis lekkiej dysfunkcji (WHO, 2019) (odpowiadający umiarkowanemu w AMPD DSM-5; np. Bach, First, 2018). Funkcjonowanie w zakresie Ja obejmuje tożsamość, poczucie własnej wartości, postrzeganie siebie oraz zdolność do samokierowania; aspekt interpersonalny obejmuje natomiast zaangażowanie w relacje z innymi, zdolność do ich rozumienia, zdolność do tworzenia i podtrzymywania wzajemnych relacji oraz umiejętność rozwiązywania

konfliktów (WHO, 2019). Warto zauważyć, że w ramach ICD-11 trzecim elementem oceny głębokości dysfunkcji osobowości jest funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze oraz w zakresie reakcji behawioralnych, co stanowi jedynie pozorną różnicę pomiędzy AMPD-DSM-5 a ICD-11. W rzeczywistości, różnica ta powinna być rozpatrywana w postaci silniejszego akcentu jaki WHO położyła na wskazane elementy poprzez ujęcie ich w postaci odrębnej grupy. Analiza AMPD DSM-5 wskazuje, że kryterium A również uwzględnia aspekty afektywne, kognitywne i behawioralne (APA, 2013). W konsekwencji konstrukty głębokości dysfunkcji osobowości oraz kryterium A mogą być traktowane jako relatywnie tożsame (np. Zimmermann i in., 2022) odzwierciedlające tym samym funkcjonowanie osobowości z podobnych perspektyw.

Jak wspomniano wcześniej, podobnie jak w AMPD DSM-5, ICD-11 uwzględnia nasilenie pięciu cech osobowości zaburzonej, które określane są nieadaptacyjnymi cechami osobowości – negatywnego afektu, izolacji, rozhamowania, dysocjalności i anankastii. Istotną różnicą między oboma podręcznikami jest brak jasnego uwzględnienia psychotyizmu w ICD-11 oraz anankastii w AMPD DSM-5, jako nieadaptacyjnych cech osobowości. Nie oznacza to jednak, że wskazane cechy oraz ich przejawy zostały pominięte. Anankastia definiowana jest jako wąskie i sztywne standardy tego co jest dobre, a co złe oraz tendencja do kontrolowania zachowania własnego i innych w celu zapewnienia spełniania tych standardów (WHO, 2019). Wysokie nasilenie tej cechy wiąże się z przesadnym perfekcjonizmem oraz doświadczaniem emocjonalnego dyskomfortu w obliczu niespełniania określonych standardów czy uporczywego podejmowania działań na rzecz ich osiągnięcia (WHO, 2019). Bach i First (2018) wskazują, że charakterystyczne dla anankastii tendencje znajdują swoje odzwierciedlenie w aspektach sztywnego perfekcjonizmu oraz perseweratywności które w AMPD DSM-5 zostały opisane kolejno w cechach rozhamowania i negatywnej afektywności (APA, 2013). Strus i in. (2021) przeprowadzili badania, których celem było określenie, która z nich (anankastia vs. psychotyizm) pasuje lepiej do wymiarowego modelu patologicznych cech osobowości. Ich wyniki wskazują, że model cech z uwzględnieniem anankastii (zamiast psychotyizmu) pozwala na bardziej adekwatny opis zaburzeń osobowości, ponieważ cecha anankastii odzwierciedla bardziej specyficzny obszar oceny zaburzeń osobowości niż psychotyizm (Strus i in., 2021).

Większa i bardziej istotna różnica pomiędzy AMPD DSM-5 i ICD-11 zachodzi w zakresie ujmowania cechy psychotyizmu. Jak wskazano wcześniej AMPD DSM-5 określa psychotyizm jako jedną z patologicznych cech osobowości w zakresie



konceptualizacji zaburzeń osobowości. Ma to swoje uzasadnienie w kontekście wymiarowo-kategorialnego charakteru AMPD DSM-5, który obejmuje m.in. schizotypowe zaburzenie osobowości. ICD-11 nie uwzględnia tej cechy wprost (WHO, 2019). Psychotyzm znajduje jednak swoje odzwierciedlenie pośrednio w głębokości dysfunkcji osobowości, np. stany dysocjacyjne oraz psychotyczne przekonania, które opisano w umiarkowanym i głębokim poziomie dysfunkcji albo nierealistyczne lub dziwaczne postrzeganie siebie wskazane jako jeden z przejawów głębokiej dysfunkcji osobowości (WHO, 2019). Warto wskazać, że, np. przemijające objawy psychotyczne, halucynacje, czy paranoiczne w obliczu silnego pobudzenia emocjonalnego zostały uwzględnione we wzorcu borderline dołączonym do opisu zaburzeń osobowości w ICD-11 (zob. dalej; WHO, 2019). Ponadto tendencje opisywane przez psychotyzm włączone zostały przede wszystkim do opisu innych zaburzeń psychicznych, np. schizofrenii lub pozostałych zaburzeń psychotycznych (np. Bach, First, 2018).

Kolejną, choć bardziej konstrukcyjną niż koncepcyjną, różnicą jest obecność wzorca borderline w ICD-11. Pomimo, iż konceptualizacja zaburzeń osobowości wskazana w ICD-11 ma z założenia charakter wyłącznie wymiarowy, WHO zdecydowało się uwzględnić w jej obrębie wzorzec borderline przez wzgląd na bogatą historię badań nad tym zaburzeniem osobowości, które przyczyniły się do rozwoju podejść terapeutycznych opartych na dowodach naukowych (ang. *evidence-based treatment*) (por. Bach i in., 2022; Simonsen i in., 2019; Soroko, 2020). Wzorzec borderline stanowi w rzeczywistości proste zapożyczenie kryteriów diagnostycznych i opisu zaburzenia osobowości borderline umieszczonego w kategorialnym modelu zaburzeń osobowości DSM-5 (por. APA, s. 663) wraz z jego politetycznym charakterem (Bach, First, 2018). W tabeli 2.3. zestawiono główne elementy koncepcje zaburzeń osobowości ujętych w AMPD DSM-5 i ICD-11.

**Tabela 2.3.**

Podobieństwa i rozbieżności pomiędzy AMPD-DSM-5 oraz ICD-11

AMPD DSM-5 poziom funkcjonowania osobowości(kryterium A)	ICD-11 głębokość dysfunkcji osobowości
Brak lub nieznaczne nieprawidłowości	Brak
Zauważalne nieprawidłowości	Trudności osobowościowe
Umiarkowane nieprawidłowości	Lekka dysfunkcja
Głębokie nieprawidłowości	Umiarkowana dysfunkcja
Skrajne nieprawidłowości	Głęboka dysfunkcja

Patologiczne cechy osobowości (kryterium B)	Nieadaptacyjne cechy osobowości
Negatywna afektywność	Negatywna afektywność
Izolacja	Izolacja
Rozhamowanie	Rozhamowanie
Antagonizm	Antagonizm
Psychotyzm	Brak określenia psychotyzmu wprost
Perfekcjonizm (rozhamowanie) oraz perseweratywność (negatywna afektywność)	Anankastia

Opracowanie własne na podstawie Bach, First (2018) AMPD DSM-5 (APA, 2013), ICD-11 (WHO, 2019)

## **2.6. Kategorialne właściwości wymiarowych konceptualizacji osobowości opisanych w Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Choróbi Problemów Zdrowotnych ICD-11**

Wymiarowe konceptualizacje zaburzeń osobowości, choć odpowiadają na wiele ograniczeń modeli kategorialnych, z różnych powodów są także obiektem krytyki. Silk (2011) wskazuje, że w pełni wymiarowe konceptualizacje nie posiadają nomenklatury, która pozwala dokonać jasnego rozróżnienia na poziomie opisowym pomiędzy osobowością zdrową i zaburzoną. Ponadto, pomimo relatywnie jasnego opisu każdego z poziomów funkcjonowania osobowości (por. AMPD DSM-5; ICD-11) nie do końca jasne jest jak określić granice pomiędzy poszczególnymi poziomami (Silk, 2011). Stawiano także argumenty, że wymiarowe modele zaburzeń osobowości obniżą skuteczność planowanego i podejmowanego leczenia oraz zmniejszą efektywność komunikowania się między osobami profesjonalnie zajmującymi się zaburzeniami osobowości (Clarkin, Huprich, 2011). Wydaje się jednak, że problematyka istnienia pewnych ukrytych kategorii w ramach wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości wymaga dokładniejszego opisu, ponieważ jednym z powodów rozwoju dymensjonalnych konceptualizacji zaburzeń osobowości była właśnie krytyka założeń leżących u podłoża kategorii diagnostycznych.

Najbardziej widocznym nawiązaniem do kategorialnych konceptualizacji zaburzeń osobowości stanowi hybrydowość modelu AMPD DSM-5. Wymiarowo-kategorialny charakter oznacza, że AMPD DSM-5 zawiera elementy obu tych podejść. Wydaje się, że

DSM-5 wskazuje przede wszystkim na poziom funkcjonowania osobowości oraz nasilenie patologicznych cech, jako najważniejszych z punktu widzenia opisu osobowości zaburzonej. Niemniej jednak na podstawie funkcjonowania w zakresie kryterium A oraz cech kryterium B AMPD DSM-5 daje możliwość określenia jednego z sześciu specyficznych zaburzeń osobowości (aspołecznego, unikającego, borderline, narcystycznego, obsesyjno-kompulsyjnego i schizotypowego) lub zaburzenia osobowości określonego przez cechę, które jest określane w takich przypadkach, gdzie zaburzenie osobowości występuje, ale obraz funkcjonowania nie wypełnia znamion żadnego ze specyficznych zaburzeń (APA, 2013). Pomimo oparcia oceny na kryterium A i B, konkretne zaburzenia osobowości (kategorie) w zakresie AMPD DSM-5 mają politetyczny charakter. Oznacza to, że, np. zaburzenia muszą wystąpić przynajmniej w zakresie dwóch z czterech obszarów opisywanych przez kryterium A (por. kryteria dla antyspołecznego zaburzenia osobowości, APA, 2013, s. 764). W konsekwencji AMPD DSM-5 może być narażone na podzielenie niektórych problemów kategoryalnych podejść do zaburzeń osobowości, które zostały opisane wcześniej.

Kolejnym relatywnie prostym do identyfikacji nawiązaniem do kategoryalnych modeli zaburzeń osobowości jest obecność wzorca borderline w ICD-11. Jak wskazano wcześniej, przez wzgląd na tradycję, wiele wyników badań oraz ich powiązanie z praktyką, WHO zdecydowało się wprowadzić wzorzec borderline, który stanowi proste zapożyczenie opisu oraz kryteriów z kategoryalnego modelu zaburzeń osobowości uwzględnionego w DSM-5, a więc nie odnosi się do opisu osobowości w zakresie kryteriów A i B ale w oparciu o określoną liczbę objawów przypisanych do tej kategorii. Oznacza to, że wzorzec borderline, podobnie jak zaburzenie osobowości borderline w DSM-5 lub wcześniejszych wersjach ICD posiada politetyczny charakter. W konsekwencji podobnie jak w przypadku specyficznych zaburzeń AMPD DSM-5, wzorzec borderline jeszcze wyraźniej obciążony jest problemami związanymi z kategoryalnym rozumieniem zaburzeń osobowości. Pewnym innowacyjnym rozwiązaniem w zakresie diagnozowania w oparciu o ICD-11 jest określenie, że w pierwszej kolejności należy dokonywać oceny dysfunkcyjności osobowości oraz nasilenia nieadaptacyjnych cech. Następnie, jeśli na ich podstawie można stwierdzić występowanie zaburzeń osobowości (to znaczy określenie dysfunkcji minimum na poziomie lekkim), można przejść do wskazania, czy zaburzeniom osobowości towarzyszy wzorzec borderline (oceniany zgodnie z kategoryalnym podejściem) (WHO, 2019).

Kolejnym, choć bardziej zawaolowanym nawiązaniem do kategoryjnej tradycji konceptualizowania zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości, jest wprowadzenie poziomów funkcjonowania osobowości (w AMPD DSM-5) oraz głębokości dysfunkcji osobowości (w ICD-11). Jak wskazano wcześniej, ogólne funkcjonowanie osobowości obejmuje swoim zakresem pełne kontinuum od osobowości zdrowej po skrajnie/głęboko zaburzoną (APA, 2013; WHO, 2019). Niemniej jednak w ramach wskazanego kontinuum, APA jak i WHO określiły specyficzne poziomy funkcjonowania osobowości określając charakterystykę funkcjonowania na każdym z nich (por. tabela 2.1.). Ponadto autorzy narzędzi przeznaczonych do oceny zaburzeń osobowości zgodnie z dymensjonalną konceptualizacją wprowadzają do nich punkty odcięcia, które stanowiłyby progi pomiędzy poszczególnymi poziomami (np. Gamache i in., 2021; zob. dalej). W konsekwencji oznacza to, że w zakresie kryterium A AMPD DSM-5 istnieje pięć ukrytych „kategorii” opisujących nieprawidłowości osobowościowe odnoszące się do poziomu funkcjonowania osobowości: brak, zauważalne, umiarkowane, głębokie, skrajne. ICD-11 poprzez uwzględnienie wzoru borderline zwiększa do ośmiu liczbę ukrytych kategorii zaburzeń osobowości w ramach prezentowanej dymensjonalnej konceptualizacji, ponieważ każdy z poziomów dysfunkcji osobowości wskazujący na zaburzenia osobowości (od lekkiego włącznie) może potencjalnie występować w parze ze wzorcem borderline. Wydaje się, zatem, że konsekwencją określania poziomów funkcjonowania osobowości mogą być ograniczenia, które pierwotnie były kojarzone z kategoryjnymi konceptualizacjami. Z drugiej jednak strony, należy pamiętać, że określenie poziomu funkcjonowania osobowości opiera się na ocenie nasilenia trudności w zakresie Ja i funkcjonowania interpersonalnego. Implikuje to konieczność myślenia o poziomach funkcjonowania osobowości jako o pewnych przedziałach znajdujących się na kontinuum pomiędzy zdrowym funkcjonowaniem a skrajnymi nieprawidłowościami osobowościowymi. Stanowi to więc zasadniczą różnicę między konceptualizacjami klasycznymi, w których poszczególne zaburzenia osobowości traktowane były bardziej jako odrębne jakościowo jednostki nozologiczne a konceptualizacjami wymiarowymi.

## **2.7. Współczesna problematyka diagnozowania zaburzeń osobowości**

Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (ICD-11 oraz AMPD DSM-5) starają się dokonywać jasnego definiowania opisu obrazu zaburzeń osobowości oraz

dostarczać jasnych wskazówek diagnostycznych. Pomimo tego diagnozowanie zaburzeń osobowości wiąże się z różnymi trudnościami, które warto opisać. Literatura przedmiotu wskazuje kilka trudności/ograniczeń związanych z diagnozowaniem zaburzeń osobowości niezależnie od przyjętej konceptualizacji. Jednym z nich jest przesylenie procesów diagnostycznych metodami samoopisowymi oraz wywiadami pół-/ustrukturalizowanymi (np. Cierpiałkowska, Soroko, 2017; Clark i in., 2018; Huprich, Bornstein, 2007;). Problematykę diagnozowania zaburzeń osobowości rozpatruje się także w kontekście użyteczności klinicznej (np. Borsnstein, Natoli, 2019), znaczenia teorii w procesie diagnozowania (Blüml, Doering, 2021; Cierpiałkowska 2007/2016; Cierpiałkowska i in., 2016), relacji diagnosta-pacjent (np. Brody, Farber, 1996;Corradi, 2006; Kernberg i in., 2008;Levy, Scala, 2012; Prasko i in., 2010), stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości (np. Catthoor i in., 2015; Knaak i in., 2015; Magallón-Neri i in., 2013) czy dynamiki zaburzeń osobowości (np. Hopwood i in., 2015; Hopwood, 2018). W kolejnych podrozdziałach opisane zostaną wskazane powyżej obszary.

### **2.7.1. Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz model zaburzeń osobowości w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 a teorie psychologiczne**

Opisowe podejście do zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości, prezentowane we współczesnych podręcznikach diagnostycznych określane jest często jako ateoretyczne (np. Andrews i in., 2009; Blüml, Doering, 2021; Castiglioni, Laudisa, 2015). Niektórzy autorzy (zob. dalej) identyfikują jednak związki treści AMPD DSM-5 (oraz ICD-11) z różnymi teoriami psychologicznymi wychodząc z założenia, że istnieją teorie psychologiczne, które stanowiły (mniej lub bardziej ukrytą) inspirację dla powstania wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości; albo starają się integrować teorię z AMPD DSM-5 (lub ICD-11). Niemniej jednak ateoretyczność współczesnych wymiarowych konceptualizacji zaburzeń powinna być postrzegana bardziej jako ich zaleta niż wada. Zarówno DSM-5 jak i ICD-11 pozwalają na opis wyłącznie obrazu klinicznego danego zaburzenia/sposobu funkcjonowania. Nie dostarczają one jednak bezpośrednio możliwości określenia przyczyny oraz patomechanizmu diagnozowanych zaburzeń, a więc nie uwzględniają ram pozwalających na określenie diagnozy wyjaśniającej. Niezależnie od charakteru zbieżności treści AMPD DSM-5 jak i ICD-11 z teoriami psychologicznymi, wydaje się, że łączenie ich założeń niesie za sobą pozytywne konsekwencje. Odniesienie się do wybranej teorii psychologicznej pozwala na poszerzenie diagnozy opisowej

opartej założenia podręcznika diagnostycznego o poziom wyjaśniający. Poziom wyjaśniający pozwala odpowiedzieć na pytania „dlaczego?” obraz manifestacji doświadczanych trudności osobowościowych wygląda właśnie tak oraz „jakie są przyczyny?” obserwowanych zaburzeń. Kolejną korzyścią wynikającą z omawianej integracji jest możliwość włączenia różnych ram teoretycznych w proces diagnozowania (np. Lind i in., 2022; Pincus, Roche 2019), co w pozostaje w bezpośrednim związku z dalszym doбором odpowiedniej metody terapii (np. Lind, 2021; Pincus, Roche, 2019).

Waugh i in. (2017) określają, że AMPD DSM-5 zostało oparte o paradygmaty, które już wcześniej wykorzystywane były do oceny (zaburzeń) osobowości (por. Wiggins, 2003). Według autorów (Waugh i in., 2017) teoretyczne założenia leżące u podłoża kryterium A sięgają swoimi korzeniami do paradygmatu psychodynamicznego np. poprzez włączanie takich konstruktów jak reprezentacja Ja i reprezentacja innych, stabilność samooceny, tożsamość, czy poziom funkcjonowania/rozwoju osobowości (np. Bender i in., 2011; Kernberg, 2012). Jak donosi literatura przedmiotu (Blüml, Doering, 2021) ogólne silne zainteresowanie funkcjonowaniem Ja oraz interpersonalnym (zarówno w ICD-11 i AMPD DSM-5) ujmowanym w kontekście, np. rozwoju tożsamości, samooceny, postrzegania innych czy jakości relacji interpersonalnych wskazuje na silne inspiracje teorią relacji z obiektem Kernberga, która kładzie szczególny nacisk na rozwój reprezentacji mentalnych Ja i obiektu (innych) oraz relacji między nimi (np. Kernberg, 1996; zob. dalej). Ponadto wskazuje się, że elementy teorii relacji z obiektem Kernberga znajdują także swoje odzwierciedlenie w nasileniu patologicznych cech osobowości, choć nie w tak oczywisty sposób. Jako przykład można opisać cechę psychotyzmu (ICD-11), u której podłoża może leżeć upośledzone testowanie rzeczywistości, wskazywane w teorii relacji z obiektem jako jeden ze strukturalnych elementów osobowości (zob. dalej; por Caligor, Clarkin, 2013).

Warto także przypomnieć o bardziej oczywistych źródłach Kryterium B, które oparte zostały na modelach cech osobowości zdrowej w pewnym stopniu rozumianych jako ich skrajnie nieadaptacyjne krańce (np. Sharp, Wall, 2021). Jak wskazano wcześniej kryterium B zainspirowane było modelami cech zaproponowanych, np. przez Costę i McCrae (1992; model Wielkiej Piątki), Thomasa i in. (2013; pięcioczynnikowy model osobowości) czy pięć cech osobowości ujętych w teście MMPI-2 (np. Harkness i in., 2014).

### **2.7.1.1. Teoria relacji z obiektem Kernberga jako źródło wymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5**

Jak wskazano wcześniej teoria relacji z obiektem stanowi źródło rozumienia zaburzeń osobowości opisanego w AMDP DSM-5. Części wspólne obu konceptualizacji widoczne są w szczególności pomiędzy kryterium A a relacjami z obiektem (zob. dalej). W celu zachowania jasności wyводу najpierw omówione zostaną podstawowe założenia teorii relacji z obiektem, a dopiero następnie autor wskaże powiązania zachodzące pomiędzy teorią Kernberga a AMDP DSM-5.

Teoria relacji z obiektem czerpie z założeń paradygmatów psychodynamicznego i psychoanalitycznego odnosząc się przede wszystkim do wczesnodziecięcych internalizacji i introjkcji relacji z matką (Caligor, Clarkin, 2013; Cierpiałkowska, 2007/2016). Teoria pozwala dokonać dymensjonalnej obserwacji osobowości z różnych perspektyw, pozostających ze sobą we wzajemnych relacjach, z których dwie najważniejsze z punktu widzenia niniejszej pracy to perspektywa rozwojowa dotycząca tworzenia się oraz przekształcania reprezentacji self-obiekt-afet; oraz perspektywa strukturalna, obejmująca konstytucyjne elementy (struktury) osobowości.

Teoria odnosi się do pojęć zinternalizowanych relacji z obiektem, które stanowią podstawę rozwoju struktury psychicznej, a więc rozwoju osobowości (Christopher i in., 2001; Cierpiałkowska, 2007/2016). Relacje z obiektem, stanowią poznawczo-afektywne (Caligor, Clarkin, 2013) struktury pamięciowe (Christopher i in., 2001), które w toku normatywnego rozwoju przyjmują postać dobrze zróżnicowanych i ambiwalentnych reprezentacji self; reprezentacji obiektu; oraz relacji pomiędzy self a obiektem (Christopher i in., 2001). W toku dojrzewania aparatu psychicznego zależności oraz charakter powiązań pomiędzy reprezentacjami self i obiektu przechodzą istotne zmiany, które są kluczowe z punktu widzenia późniejszego rozwoju i funkcjonowania. Newralgicznym momentem z punktu widzenia rozwoju osobowości zdrowej albo zaburzeń osobowości jest etap różnicowania reprezentacji self i obiektu (zob. dalej). To stadium poprzedzone jest jednak innymi fazami rozwojowymi, w których zawiązuje się elementarne poczucie granic pomiędzy światem intrapsychnicznym a zewnętrznym. Fazy te zostaną pokrótce omówione poniżej w celu nakreślenia trajektorii rozwojowej osobowości opisanej w teorii Kernberga. Pozwoli to przedstawić w jaki sposób kształtują się reprezentacje self i obiektu oraz relacje między nimi, które jak wskazano, stanowią podstawę rozwoju osobowości zdrowej albo zaburzonej. W konsekwencji

nieprawidłowości rozwojowe powstałe na etapie różnicowania reprezentacji self i obiektu będą osadzone w szerszym kontekście rozwojowym, co pozwoli na pełniejsze przedstawienie rozwoju zaburzeń osobowości według opisywanej teorii.

W pierwszych 3-4 tygodniach życia dziecko funkcjonuje jako odrębny i zamknięty system psychiczny reagując jedynie poczuciem dyskomfortu i zadowolenia w odpowiedzi na zachwiania równowagi fizjologicznej (np. głód, ból), które w tym czasie nie są jeszcze kojarzone z działaniem zewnętrznych bodźców (np. działaniem matki). Tym samym dziecko nie doświadcza jeszcze poczucia odrębności od otoczenia. W tym czasie pojawiają się jednak pierwsze ślady pamięciowe związane z pozytywnymi i negatywnymi relacjami z matką, które stanowią podwalinę dla pierwszych, nieodróżnicowanych reprezentacji self-obiekt-afekt. Faza ta nazywana jest normalnym autyzmem (np. Cierpiałkowska, 2007/2016; Kernberg, 1996). W czasie od 2. do 8. miesiąca wskutek rozwoju aparatu psychicznego dziecko staje się bardziej wrażliwe na bodźce dochodzące z otoczenia, prymitywnie uświadamiając sobie podstawową odrębność tworząc nieodróżnicowane reprezentacje self-obiekt-afekt zorganizowane wokół pozytywnych i negatywnych doświadczeń relacji z matką. Wskutek wskazanej organizacji reprezentacji umysłowych dziecko doświadcza symbiotycznej relacji z matką, traktując self-obiekt jako odrębną od świata jedność. Pojawiający się i utrzymujący mechanizm rozszczepienia ma na tym etapie adaptacyjne funkcje. Pozwala bowiem odseparować idealną, jednoznacznie pozytywną reprezentację self-obiekt-afekt od reprezentacji zbudowanej wokół negatywnych doświadczeń, wspierając tym samym podtrzymanie pozytywnej relacji z matką. Ten etap rozwojowy określany jest mianem normalnej symbiozy (np. Cierpiałkowska, 2007/2016; Kernberg, 1996). Następnie, od 9. do 36. miesiąca rozpoczyna się faza różnicowania self i obiektu, która polega na rozdzieleniu w ramach pozytywnych reprezentacji self-obiekt na pozytywną reprezentację self oraz pozytywną reprezentację obiektu. Analogicznie, podobny proces dotyczy negatywnej reprezentacji self-obiekt. Na tym etapie rozwoju adaptacyjny wcześniej mechanizm rozszczepienia powoli zostaje zastępowany bardziej dojrzałymi mechanizmami obronnymi, np. wyparciem. Faza różnicowania reprezentacji self i obiektu jest kluczowym momentem w zakresie konstytuowania się osobowości. Kernberg (1976) twierdzi, że wskutek uwarunkowań biologicznych, doświadczonych traum lub zbyt słabych gratyfikujących interakcji z matką może pojawić się fiksacja rozwoju na tym etapie. Wskazana fiksacja będzie skutkiem ukonstytuowania się zbyt silnej negatywnej reprezentacji self-obiekt i zbyt słabej pozytywnej reprezentacji self-obiekt. Mechanizm rozszczepienia będzie wówczas utrzymywał i utrwalał się jako sposób



ochrony pozytywnej reprezentacji self-objekt przed kontaminacją przez negatywną (Kernberg, 1976). Od siły oraz zakresu działającego mechanizmu rozszczepienia będzie zależał rozwój wyższych struktur psychicznych, np. tożsamości. Dalsze etapy rozwojowe opisujące względną integrację negatywnych i pozytywnych reprezentacji self i obiektu oraz wyodrębnianie się wyższych struktur psychicznych dotycząc postępującej integracji, które bez uprzedniego różnicowania nie mogą przebiegać prawidłowo.

Teoria relacji z obiektem posługując się pojęciem „struktury” odnosi się do stabilnego, powtarzalnego i przewidywalnego sposobu funkcjonowania, który przejawia się w konkretnych okolicznościach, a który związany jest z intrapsychną organizacją osobowości. W tym rozumieniu struktury dotyczą raczej procesów psychicznych, które organizują sposób subiektywnego doświadczenia oraz reagowania w określony sposób, niż konkretnych elementów aparatu psychicznego (Caligor, Clarkin, 2013). Strukturalny pryzmat funkcjonowania osobowości teorii relacji z obiektem obejmuje pięć najważniejszych struktur psychicznych: (1) tożsamość, (2) mechanizmy obronne, (3) testowanie rzeczywistości, (4) relacje z obiektem, (5) funkcjonowanie moralne (np. Caligor, Clarkin, 2013). Niektóre opracowania (np. Caligor i in., 2018; Clarkin i in., 2019) uwzględniają także poziom agresji zamiast testowania rzeczywistości jako jedną z najważniejszych struktur, przesuwając testowanie rzeczywistości do innych aspektów funkcjonowania osobowości (np. tożsamości lub relacji z obiektem; Clarkin i in., 2019). Jest to teoretycznie spójne, ponieważ w ramach teorii testowanie rzeczywistości odnosi się przede wszystkim do adekwatnego rozumienia oraz adaptacyjnego funkcjonowania w sytuacjach społecznych, w mniejszym stopniu akcentując aspekty przejściowych stanów psychotycznych (Caligor, Clarkin, 2013). Zabieg ten pozwala lepiej zaakcentować agresję kierowaną zarówno przeciwko sobie jak i przeciwko innym, która jest jednym z różnicujących aspektów pomiędzy organizacją osobowości borderline niższego i wyższego rzędu (np. Caligor, Clarkin, 2013). Tożsamość, a pośrednio relacje z obiektem stanowią najważniejsze aspekty funkcjonowania osobowości (Kernberg, 1984), ponieważ prawidłowy rozwój (konsolidacja) tożsamości warunkuje sposób doświadczania siebie oraz znaczących innych (np. Clarkin i in., 2020). Skonsolidowana tożsamość, a więc oparta na zróżnicowanych i ambiwalentnych reprezentacji self i obiektu (np. Cierpialkowska, 2007/2016), pozwala osiągnąć poczucie ciągłości w czasie, doświadczać siebie jako osoby spójnej, o stabilnej i adekwatnej samoocenie, potrafiącej określać realistyczne cele oraz dążyć do ich osiągnięcia. Ponadto osoby osiągające skonsolidowaną tożsamość są zdolne do nawiązywania pozytywnych, satysfakcjonujących oraz

wzajemnych relacji interpersonalnych, charakteryzując się możliwością ambiwalentnego i elastycznego, ale spójnego funkcjonowania w relacjach (Clarkin i in., 2020; Kernberg, 1984). Niepowodzenia w zakresie konsolidacji tożsamości wiążą się natomiast z nasileniem utrzymywania się mechanizmów obronnych opartych na rozszczepieniu lub ogólnie prymitywnych mechanizmów obronnych, które utrzymują nacechowane pozytywnym i negatywnym afektem reprezentacje self i obiektu w (częściowej) separacji (Christopher i in., 2001).

Dymensjonalność teorii relacji z obiektem jest najbardziej widoczna i oczywista podczas analizy zagadnienia poziomu organizacji osobowości (np. Caligor i in., 2018), to znaczy kontinuum, odzwierciedlającego poziom zaburzeń/trudności w zakresie omówionych strukturalnych aspektów. Analizując publikacje naukowe można zauważyć, że teoria relacji z obiektem Kernberga cały czas się rozwija (Cierpiałkowska, Marszał, 2013), co sprawia, że w literaturze przedmiotu znaleźć można kilka modeli odwołujących się do idei poziomów organizacji osobowości. Warto jednak zauważyć, że każdy z nich odnosi się do tej samej istoty, to znaczy powstał w oparciu o ocenę strukturalnych elementów osobowości. Przykładami takich modeli mogą być, np. (1) model obejmujący organizację neurotyczną, borderline i psychotyczną (np. Kernberg 2004, za: Cierpiałkowska, Marszał, 2013); (2) model w którym wyszczególniono organizację neurotyczną, borderline wyższego rzędu oraz borderline niższego rzędu (np. Caligor, Clarkin, 2013); lub (3) model proponujący podział na normalną organizację osobowości oraz organizację osobowości borderline wyższego, średniego i niższego rzędu (np. Caligor i in., 2018; Clarkin i in., 2019). Niezależnie jednak od wybranej wersji, głębsze zaburzenia w zakresie struktur psychicznych będzie wiązało się z niższą, tj. bardziej zaburzoną strukturą osobowości, a więc głębsze zaburzenia w zakresie kryterium A (zob. tabela 4). Warto także zauważyć, że Kernberg w zaproponowanym przez siebie modelu organizacji osobowości uwzględnił także wymiar introwersji-ekstrawersji (np. Caligor i in., 2018), co wskazuje że model zaburzeń osobowości oparty na teorii Kernberga pozwala także odnieść się w pewnym zakresie do kryterium B (zob. dalej).

Clarkin i in. (2020) wskazują, że funkcjonowanie Ja w zakresie tożsamości i samokierowania pokrywają się w części założeń dotyczących tożsamości wg teorii relacji z obiektem. Oba konstrukty dotyczą poczucia stabilności i ciągłości w czasie, adaptacyjnego sposobu regulowania emocji czy zdolności do określania własnych celów (APA, 2013; Kernberg, 1984). Funkcjonowanie interpersonalne w zakresie empatii i bliskości odzwierciedla się w charakterze relacji z obiektem. Obie domeny

funkcjonowania dotyczą adaptacyjnego i elastycznego funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, np. zdolności do przyjmowania perspektywy innych, pragnienia oraz zdolności tworzenia i podtrzymywania wzajemnych relacji (APA, 2013; Kernberg, 1984). Widoczne, choć bardziej zawoalowane, są także części wspólne patologicznych cech osobowości (kryterium B) z teorią relacji z obiektem. Jak wskazują Clarkin i in. (2020), np. relacje z obiektem obejmują swoim zakresem również aspekty izolacji, antagonizmu i rozhamowania. Cechy te w dużym stopniu dotyczą sposobu postrzegania oraz funkcjonowania w relacjach interpersonalnych czy postaw wobec innych i społeczeństwa oraz wynikające z tego powodu myśli, emocje i zachowania (podobnie jak niektóre elementy relacji z obiektem w teorii Kernberga (por. 1984). Podobnie testowanie rzeczywistości, które wiąże się z umiejętnością rozpoznawania, interpretowania i adekwatnego reagowania na sygnały społeczne, a w mniejszym stopniu z przejściowymi stanami psychotycznymi (Clarkin, Caligor, 2013) będzie w części odzwierciedlać cechę psychotyizmu. Autorzy (Clarkin i in., 2020) wskazują, że funkcjonowanie opisywane poprzez cechę negatywnej afektywności znaleźć można także w zakresie agresji (ujętej w zamian za testowanie rzeczywistości; Clarkin i in., 2019, STIPO-R). Zależności te zachodzą w szczególności w obrębie agresji skierowanej wobec siebie (np. myśli i zachowania samobójcze, samookaleczenia, zaniedbywanie siebie; Clarkin i in. 2019, STIPO-R), które mogą być obecne także przy wysokim nasileniu cechy negatywnej afektywności.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć także wskazania na relatywne podobieństwo zachodzące pomiędzy poziomami funkcjonowania osobowości opisywanymi w AMDP DSM-5 i poziomami organizacji osobowości określanymi w teorii relacji z obiektem (np. Clarkin i in., 2020). Oba konstrukty starają się wyczerpująco ująć funkcjonowanie osobowości stanowiąc kontinuum, których krańce obejmują osobowość niezaburzoną oraz głębokie zaburzenia. Według Clarkin i in. (2020) poszczególne poziomy funkcjonowania osobowości odzwierciedlają poziomy organizacji osobowości w sposób przedstawiony w tabeli 2.4.

**Tabela 2.4.**

Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) a poziom organizacji osobowości

Poziom nieprawidłowości	Poziom organizacji osobowości	Charakter elementów strukturalnych osobowości
Brak lub nieznaczne nieprawidłowości	Normalna organizacja osobowości	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tożsamość: skonsolidowana</li> <li>• Relacje z obiektem: głębokie i oparte na wzajemności</li> <li>• Przeważające mechanizmy obronne: dojrzałe</li> <li>• Funkcjonowanie moralne: uwewnętrznione i elastyczne</li> <li>• Testowanie rzeczywistości: stabilne, nienaruszone</li> </ul>
Zauważalne nieprawidłowości	Neurotyczna organizacja osobowości	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tożsamość: skonsolidowana</li> <li>• Relacje z obiektem: głębokie i oparte na wzajemności</li> <li>• Przeważające mechanizmy obronne: oparte na wyparciu</li> <li>• Funkcjonowanie moralne: uwewnętrznione i sztywne</li> <li>• Testowanie rzeczywistości: stabilne, nienaruszone</li> </ul>
Umiarkowane nieprawidłowości	Organizacja osobowości borderline wyższego rzędu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tożsamość: łagodna lub średnia patologia</li> <li>• Relacje z obiektem: względnie wzajemne</li> <li>• Przeważające mechanizmy obronne: oparte na wyparciu i rozszczepieniu</li> <li>• Funkcjonowanie moralne: niespójne, lekka patologia</li> <li>• Testowanie rzeczywistości: stabilne lekkie zaburzenia testowania rzeczywistości społecznej</li> </ul>
Duże nieprawidłowości	Organizacja osobowości borderline średniego rzędu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tożsamość: średnia lub poważna patologia</li> <li>• Relacje z obiektem: ukierunkowane na zaspokajanie własnych potrzeb</li> <li>• Przeważające mechanizmy obronne: oparte na rozszczepieniu</li> <li>• Funkcjonowanie moralne: średnia lub poważna patologia</li> <li>• Testowanie rzeczywistości: niestabilne, podatne na stres, przejściowe stany psychotyczne</li> </ul>
Skrajne nieprawidłowości	Organizacja osobowości borderline niższego rzędu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tożsamość: poważna patologia</li> <li>• Relacje z obiektem: wyciskujące</li> <li>• Przeważające mechanizmy obronne: oparte na rozszczepieniu</li> <li>• Funkcjonowanie moralne: poważna patologia</li> <li>• Testowanie rzeczywistości: niestabilne, podatne na stres, przejściowe stany psychotyczne</li> </ul>

Opracowanie własne na podstawie APA, 2013; Caligor i in., 2018; Clarkin i in., 2020

Nie można jednak stwierdzić wprost, że dymensjonalne konceptualizacje osobowości przedstawione w AMPD DSM-5 (oraz ICD-11) są redundantne wobec teorii relacji z obiektem, a poziomy funkcjonowania osobowości stanowią jedynie inną, mniej uwikłaną teoretycznie nazwę dla poziomów organizacji osobowości. Wymiarowe konceptualizacje osobowości nie akcentują tak wyraźnie niektórych struktur osobowości, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia teorii relacji z obiektem. Zarówno w AMPD DSM-5 oraz ICD-11 nie wskazuje się na dojrzałość mechanizmów obronnych (Clarkin i in., 2020), które różnią się w zależności od poziomu organizacji osobowości. Wskazuje się także na brak uwzględnienia obszaru seksualności, który w zakresie teorii relacji z obiektem stanowi jeden z ważnych wymiarów oceny (Blüml, Doering, 2021). Przedstawione w tabeli 2.4. zestawienie poziomów funkcjonowania osobowości i teorii relacji z obiektem pozwala twierdzić, że w zależności od trudności w zakresie kryterium A osoby z poważniejszymi nieprawidłowościami będą posługiwały się bardziej prymitywnymi mechanizmami obronnymi. Można jednak wskazać pewne zapisy w ramach AMPD DSM-5, które będą dotyczyły mechanizmów obronnych, ale nie będą nazywać ich w ramach tej terminologii. Skrajne nieprawidłowości (kryterium A) w aspekcie funkcjonowania Ja wskazują m.in. na dominację negatywnego afektu (złości i nienawiści), który może być przypisywany innym (APA, 2013), co wydaje się odpowiadać projekcji traktowanej jako jeden z prymitywnych mechanizmów obronnych (McWilliams, 1994/2021). Kolejnym przykładem obrazującym zawoalowaną obecność mechanizmów obronnych w ramach kryterium A jest obecność naprzemienności w zakresie doświadczania oraz ekspresji obiektywnie wykluczających się pragnień/emocji w relacjach interpersonalnych (APA, 2013). Naprzemienne doświadczanie pragnienia skrajnej bliskości (fuzji) z drugą osobą oraz lęku przed odrzuceniem lub oczekiwania odrzucenia wypełnia znamiona mechanizmu rozszczepienia utrzymującego w separacji nieodróżnicowane reprezentacje self-obiekt o przeciwstawnym afekcie (np. Kernberg, 1976). Zastosowanie innej terminologii oraz mniej wyczerpującego opisu działania mechanizmów obronnych wydaje się relatywnie naturalna z perspektywy założenia ateoretyczności leżącego u podstaw konstrukcji współczesnych podręczników diagnostycznych. Włączenie do oceny lub proste nazywanie mechanizmów obronnych w ramach opisów AMPD DSM-5 osadzałoby je w konkretnym paradygmacie. Innym aspektem teorii relacji z obiektem nieuwzględnionym wprost we współczesnych podręcznikach diagnostycznych jest funkcjonowanie moralne (Clarkin i in., 2020). Podobnie jak w przypadku mechanizmów obronnych, nie można jednak stwierdzić, że

funkcjonowanie moralne zostało całkowicie pominięte. Jest ono jednym z istotnych elementów w zakresie cechy antagonizmu (kryterium B) opisywanej ogólnie jako tendencja do traktowania swoich potrzeb jako ważniejszych wobec innych oraz traktowania innych instrumentalnie (APA, 2013; WHO, 2019). Aspekt funkcjonowania moralnego jest również wyraźnie zauważalny w opisie antyspołecznego zaburzenia osobowości (AMPD DSM-5; APA, 2013).

Powyższe omówienie wskazuje, że teoria relacji z obiektem Kernberga oraz AMPD DSM-5 nie rezonują ze sobą wyłącznie w najbardziej podstawowych elementach składowych. Ich związki zachodzą także na bardziej subtelnym, mniej oczywistym poziomie, który staje się widoczny dopiero po głębszej analizie (por. tabela 2.4.).

### **2.7.1.2. Przykłady translacji Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5 oraz modelu zaburzeń osobowości w Międzynarodowej Klasyfikacji Choróbi Problemów Zdrowotnych ICD-11 na inne paradygmaty psychologiczne**

Poza teorią relacji z obiektem w literaturze przedmiotu znaleźć można także próbyprzełożenia założeń AMPD DSM-5 lub ICD-11 np. na paradygmat interpersonalny (np. Pincus, Roche, 2019; Waugh i in., 2017) czy paradygmat personologiczny (Mulay i in., 2018; Waugh i in., 2017)

Paradygmat interpersonalny (np. Pincus, Roche, 2019) dostarcza możliwości opisu osobowości na poziomie zachowań, cech oraz motywacji, które określane są na dwóch wymiarach: (1) sprawczość – pasywność (lub dominacja – uległość) oraz (2) wspólnotowość – izolacja (lub ciepło – chłód). Pincus i Roche (2019) argumentują, że oba wymiary odzwierciedlają to, co w AMPD DSM-5 określane jest poziomem funkcjonowaniem osobowości, czyli kryterium A. Wymiar sprawczość – pasywność odpowiadałby funkcjonowaniu Ja (tożsamość i samokierowanie) natomiast wymiar wspólnotowość – izolacja może pokryć treściowo funkcjonowanie interpersonalne (bliskość i empatię). Autorzy poza wskazaniem punktów wspólnych pomiędzy najważniejszymi konstruktami teorii interpersonalnej i kryterium A opisują też jak poszczególne aspekty poziomu funkcjonowania osobowości mogą odzwierciedlać się w relacjach interpersonalnych. Pincus i Roche (2019) zakładają, że w sytuacjach społecznych można zaobserwować działanie kilku systemów regulacyjnych. System samoregulacji odnosi się do adekwatności postrzegania sytuacji interpersonalnych, ale również postrzegania siebie i innych w tych relacjach. System regulacji emocjonalnej ujmuje zdolność do regulowania doświadczanych emocji oraz ich ekspresji w kontekście

sytuacji interpersonalnej. Trzeci system dotyczy regulacji pola (ang. *field regulation*), który ujmuje zachowanie wobec innych oraz to w jaki sposób zachowanie to wpływa na przebieg interakcji z innymi. Autorzy w swoich rozważaniach dość szczegółowo łączą wskazane wyżej systemy regulacyjne z poszczególnymi aspektami funkcjonowania Ja i interpersonalnego. W celu przykładowego zobrazowania warto wskazać, że (1) system samoregulacji łączy się z aspektem tożsamości (np. w zakresie doświadczania siebie jako osoby wyjątkowej o spójnej i stabilnej tożsamości i samoocenie) czy aspektem samokierowania (np. w zakresie zdolności do określania i osiągania celów); (2) system regulacji emocjonalnej pokrywa się treściowo z aspektem tożsamości (np. w zakresie zdolności do doświadczania różnych stanów emocjonalnych oraz regulowania ich wraz z ekspresją); natomiast (3) system regulacji pola może wiązać się z aspektem empatii (np. w zakresie rozumienia i tolerowania perspektywy innych) oraz aspektem bliskości (w zakresie pragnienia oraz dążenia do bliskości z innymi oraz umiejętności podtrzymywania bliskich relacji) (Pincus, Roche, 2019).

W zakresie integracji paradygmatu personologicznego z AMPD DSM-5 i ICD-11 autorzy opierają się na założeniu, że najważniejsze aspekty kryterium A mogą odzwierciedlać się w subiektywnych znaczeniach nadawanych w narracjach osobistym doświadczeniom (np. Waugh i in., 2017). W literaturze przedmiotu szczególne zainteresowanie poświęca się integracji teorii tożsamości narracyjnej z wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości (np. Lind, 2021; Lind i in., 2022; Mulay i in., 2018). Lind (2021) wskazuje, że analiza tożsamości narracyjnej może mieć kliniczne znaczenie w diagnozowaniu głębokości dysfunkcji osobowości (ICD-11). Ponadto autorka (Lind, 2021) rekomenduje wstępne wskazówki dla doboru terapii skoncentrowanej na poprawie w zakresie tożsamości narracyjnej, które mogłyby także wpłynąć na poprawę funkcjonowania osobowości. Inni autorzy (Lind i in., 2022) wskazują bardziej szczegółowo w jaki sposób aspekty kryterium A mogą pokrywać się treściowo z teorią tożsamości narracyjnej. Lind i in. (2022) prezentują podejście, w którym tożsamość narracyjna (rozumiana jako subiektywna historia życia, np. McAdams, McLean, 2013) może objąć całość ogólnego funkcjonowania osobowości. Jednak wymaga to analizy konkretnych jej (tożsamości narracyjnej) elementów. Autorzy w oparciu o swoje rozważania na temat punktów wspólnych tożsamości narracyjnej oraz wymiarowych modeli osobowości wskazują także sposoby na integrację tożsamości narracyjnej z narzędziami diagnostycznymi (zarówno samoopisowymi jak i opartych na wywiadzie) wykorzystywanymi do oceny zaburzeń osobowości. Mulay i in., (2018) proponują bardziej

daleko idącą integrację teorii tożsamości narracyjnej, ponieważ wskazują na punkty wspólne całości teorii zarówno z kryterium A jak i kryterium B. Związki teorii tożsamości narracyjnej z wymiarowym rozumieniem zaburzeń osobowości zostaną omówione w kolejnym rozdziale.

### **2.7.2. Samoopis jako źródło potencjalnych trudności diagnostycznych**

Jak wskazuje Ganellen (2007) osoba diagnozująca stoi przed koniecznością podjęcia decyzji w kwestii sposobu diagnozowania zaburzeń osobowości, która dotyczy m.in. doboru narzędzi. Różni autorzy (np. Bornstein, Natoli, 2019; Cierpiałkowska, Soroko, 2017; Clark i in., 2018; Huprich, Bornstein, 2007; Soroko i in., 2023) wskazują, że problematyka diagnozowania zaburzeń osobowości, niezależnie od przyjętej konceptualizacji, dotyczy przede wszystkim przesycenia metodami samoopisowymi oraz wywiadami pół-/ustrukturyzowanymi, co może mieć negatywne konsekwencje dla adekwatności stawianej diagnozy.

Według Hupricha i Bornsteina (2007) problemy związane ze zbyt dużym wykorzystaniem metod samoopisowych oraz wywiadów pół-/strukturalnych (Ganellen, 2007) w diagnozowaniu zaburzeń osobowości dotyczą przede wszystkim adekwatności samoopisu dokonywanego przez osoby diagnozowane pod kątem występowania zaburzeń osobowości. Dodatkowo wiele pytań/pozycji testowych, niezależnie od wybranego narzędzia odnosi się wprost do posiadanych cech, np. „Jestem impulsywny/a” (PID-5; Krueger i in., 2012) albo dotyczą ogólnych tendencji, których zbyt duże/male nasilenie może być przejawem psychopatologii, np. „Nie wiem dlaczego inne osoby zachowują się w określony sposób” (LPFS, Morey, 2017). Niezależnie od przyjętej metody (kwestionariusz lub wywiad) wyniki oparte na samoopisie mogą nie odzwierciedlać w sposób adekwatny funkcjonowania osoby diagnozowanej. Nieadekwatność samoopisu może pojawiać się wskutek różnych przyczyn, które łatwo mogą być pominięte w trakcie procesu diagnozowania.

Najbardziej istotnym powodem nieadekwatnego samoopisu w procesie diagnozowania jest charakter doświadczanych trudności w zaburzeniach osobowości, które mogą dotyczyć obniżonych możliwości wglądu w przejawiane wzorce interpersonalne oraz rozumienie siebie (Cierpiałkowska, Soroko, 2017). Zdolność do rozumienia zachowań własnych oraz innych odnosi się do pojęcia mentalizacji. Zgodnie z wynikami badań, osoby cierpiące z powodu zaburzeń osobowości wykazują się ograniczonymi zdolnościami w zakresie metalizowania (np. Carcione i in., 2011). Trudności dotyczą



zarówno refleksyjności nad doświadczeniem własnym (np. trudności w opisywaniu własnych emocji czy znajdowaniu związku pomiędzy doświadczanymi emocjami a myślami) (Bateman, Fonagy, 2004; Nicolò i in., 2011; Semerari i in., 2005) ale także doświadczeniem i zachowaniem innych osób (np. pogorszone rozumienie intencji innych osób) (Fonagy i in., 2002). Ponadto nasilenie trudności opisanych w kryterium A dla konkretnych typów zaburzeń osobowości, np. borderline wskazują, że osoby przejawiające cechy zaburzenia borderline relatywnie często doświadczają problemów z adekwatnym określeniem tego kim są (APA, 2013; Cierpiałkowska, Soroko, 2017).

Innym aspektem mogącym potencjalnie wiązać się z adekwatnością samoopisu jest fakt, że niektóre osoby mogą starać się przedstawić ostrzejszy lub łagodniejszy obraz zaburzenia w porównaniu do tego, jak w rzeczywistości się czują. Tendencje te mogą mieć zarówno charakter celowy i być związane z chęcią uzyskania wymiernej korzyści<sup>4</sup> lub osoby świadome swoich cech czasami nie chcą przyznać się do nieakceptowanych tendencji lub zachowań, np. braku empatii czy płytkiej emocjonalności (Ganellen, 2007). W kwestionariuszach oraz wywiadach klinicznych, w których trafność fasadowa jest relatywnie wysoka sztucznie wiąże się z łatwiejszym manipulowaniem wynikami przez osoby diagnozowane. Dobrym przykładem narzędzia rozwiązującego ten problem jest Wielowymiarowy Minesocki Inwentarz Osobowości – 2 (MMPI-2), który (poza względnie niską trafnością fasadową) poprzez zastosowanie skal kontrolnych pozwala na określenie akceptowalności protokołu przed przystąpieniem do jego interpretacji poprzez m.in. ocenę występowania tendencji symulacji lub dysymulacji (Graham, 1993). Większość narzędzi diagnostycznych nie ma jednak skal kontrolnych pozwalających na zastosowanie tego zabiegu; utrudniona jest także ich modyfikacja ze względu na konieczność przeprowadzenia badań walidacyjnych nad nowymi wersjami z dodatkowymi pytaniami, co mogłoby zmienić ogólny charakter/odbiór narzędzia. Problematyka przedstawiania się w lepszym albo gorszym świetle komplikuje się znacząco jeśli jest częścią przejawianego zaburzenia nie będąc wprost efektem zamierzonego działania. Narcystyczne zaburzenie osobowości stanowi jeden z przykładów zaburzeń, w których tendencja do utrzymania przesadnie pozytywnego obrazu Ja (np. Pincus, Lukowitsky, 2010) może znacząco wpływać na adekwatność dostarczanego przez osobę diagnozowaną samoopisu.

Ponadto, Ganellen (2007) wskazuje, że pozycje testowe lub pytania wywiadu mogą być dla niepsychologów zbyt abstrakcyjne, żeby udzielić na nie odpowiedzi zgodnej

---

<sup>4</sup>W celu otrzymania renty albo ukrycia przejawianych trudności w trakcie rekrutacji, np. do służb mundurowych.

znaczeniowo z założeniami podręcznik diagnostycznego tj. takiej, która jasno określi czy wzorzec myślenia, doświadczania czy zachowania jest w normie czy poza normą oraz czy powoduje on znaczący negatywny stres lub utrudnia funkcjonowanie. Czasami nie jest też oczywiste, czy niektóre cechy lub postawy, np. podejrzliwość i nieufność wobec innych mają charakter patologiczny, czy są na przykład odzwierciedleniem cynicznego podejścia do rzeczywistości (Ganellen, 2007), co można rozpatrywać także w kontekście problematyki arbitralnie określonych progów dla diagnozowania zaburzeń osobowości opisanej wcześniej (np. Widiger, Trull, 2007).

Innym, istotnym ograniczeniem wykorzystania metod samoopisowych jest oddalenie psychologa od znaczenia, jakie osoba diagnozowana nadaje posiadanym trudnościom. Innymi słowy bazując na metodach samoopisowych diagnosta (w trakcie procesu diagnozowania) skupiony jest przede wszystkim na tym *co* (np. jakie trudności) oraz *jak* (np. w jaki sposób się objawiają) (Zimmerman i in., 2015) nie uwzględniając *tego kto* (doświadcza diagnozowanych trudności). Jak wskazują, np. Kendler (2005) oraz Marková i Berrios (2009) rozumienie zaburzeń osobowości wymaga uwzględnienia subiektywnej perspektywy osoby diagnozowanej, a ogólnie przyjęte narzędzia kwestionariuszowe oraz wywiady pół-/strukturalne mogą ją pomijać. Podejście diagnostyczne skupione wokół określenia *coi jak*, jakkolwiek słuszne z punktu widzenia celu diagnozy, może wiązać się z poczuciem uprzedmiotowienia osoby diagnozowanej lub wzbudzenia w niej poczucia postrzegania jej przez pryzmat doświadczanych trudności oraz pomijaniem subiektywnego rozumienia doświadczanych trudności.

Warto jednak zwrócić uwagę na wywiady/procedury diagnostyczne, które w pewnym stopniu adresują ograniczenia związane z samoopisowym charakterem narzędzi diagnostycznych. Do takich narzędzi/sposobów oceny należą np. *Shelder-Westen Assessment Procedure* (SWAP, np. Shelder, Westen, 2007), *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO-R, np. Clarkin i in., 2019), czy *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders* (SCID-5-AMPD, Bender i in., 2018). Głównym założeniem dla tych narzędzi związanym ze sposobem oceny funkcjonowania w zaburzeniach osobowości jest fakt, że ostateczny wynik stanowi ocena psychologa prowadzącego wywiad, który dokonuje jej w oparciu o odpowiedź na pytanie osoby badanej. Badania wskazują, że korelacje wyników narzędzi samoopisowych oraz tych opierających się na ocenach psychologów cechują się słabą lub umiarkowaną siłą (Cifton i in., 2005; Klein, 2003; Klonsky i in., 2002; Pilkonis i in., 1991; Soroko i in., 2023). Westen i Shelder (2007) twierdzą, że rozbieżność pomiędzy tymi dwoma typami

narzędzi wynika z ograniczonej zdolności do rozumienia siebie, w tym swoich trudności osób z zaburzeniami osobowości, które w bardziej adekwatny sposób mogą być interpretowane przez wyszkolonych psychologów. Oznacza to, że narzędzia, w których wynik opiera się na ocenie psychologa wykluczają (do pewnego stopnia) wpływ trudności w dokonywaniu samoopisu u osób z zaburzeniami osobowości na adekwatność oceny ich sposobu funkcjonowania. Niemniej jednak, narzędzia te dzielą pewne ograniczenia z opisanymi wcześniej metodami samoopisowymi, np. ich pytania nazbyt skupiają się na doświadczanych trudnościach nie doceniając tym samym subiektywnej perspektywy osoby diagnozowanej.

### **2.7.3. Użyteczność kliniczna jako istotny element wykorzystania narzędzi i koncepcji w diagnozowaniu zaburzeń osobowości**

W odniesieniu do problematyki diagnozowania zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości, warto także zwrócić się w kierunku konceptu użyteczności klinicznej to znaczy przydatności narzędzi w zakresie najważniejszych celów pracy klinicysty: diagnozowania, konceptualizacji przypadku i planowania leczenia (por. First i in., 2004; Hunsley, Mash, 2008). Warto zwrócić uwagę, że użyteczność kliniczna stanowi część szerszej perspektywy oceny narzędzi psychologicznych pod kątem wykorzystania ich dla określonego celu pracy klinicznej (diagnoza, konceptualizacja i planowanie leczenia, monitorowanie leczenia oraz ewaluacja) w zakresie poszczególnych zaburzeń psychicznych (np. zaburzeniami osobowości) (Hunsley, Mash, 2008). Pozostałe kryteria odnoszą się jednak do kwestii, które z psychometrycznego punktu widzenia świadczą o jakości danego narzędzia, np. standaryzacja czy spójność wewnętrzna lub odnoszą się do oceny wrażliwości na zastosowane leczenie.

Użyteczność kliniczna wydaje się jednak stanowić to kryterium, które jest najważniejsze pod kątem oceny realnego wykorzystania danego narzędzia w pracy klinicznej, ponieważ odnosi się bezpośrednio do stopnia w jakim narzędzie pozwala spełniać klinicystom ich zadania (First i in., 2004). Poza ogólną definicją można wskazać także poszczególne składowe użyteczności klinicznej, które literaturze przedmiotu określone są w różnych sposób (por. Bach i in., 2015; First i in., 2004; Reed, 2010). Bornstein i Natoli (2019) wskazują jednak, że w ostatnich latach istnieje pewien konsensus w odniesieniu do obszarów użyteczności klinicznej w zakresie (1) łatwości użycia, (2) przydatności w komunikowaniu się między profesjonalistami zajmujących się zdrowiem psychicznym, (3) przydatności w komunikowaniu się z pacjentem, (4)

kompleksowości w opisywaniu trudności osobowościowych, (5) przydatności dla formułowania planu leczenia, (6) przydatności w opisywaniu osobowości. Należy także podkreślić, że koncept użyteczności klinicznej odnosi się nie tylko do narzędzi diagnostycznych, ale także do, np. klasyfikacji czy modeli, które mogą mieć wartość dla diagnozowania zaburzeń psychicznych.

Literatura przedmiotu w obszarze zaburzeń osobowości wskazuje na szeroki zakres prowadzonych badań nad użytecznością kliniczną zarówno klasyfikacji/modeli konceptualizujących zaburzenia osobowości (np. użyteczność kliniczna ICD-11; np. Keeley i in., 2016; Reed i in., 2018; Tracy i in., 2021; użyteczność kliniczna AMPD DSM-5; np. Bach i in., 2015; Bach, Tracy, 2022; Waugh i in., 2017), poszczególnych narzędzi diagnostycznych (np. użyteczność kliniczna narzędzia do oceny nasilenia patologicznych cech osobowości PID-5; np. Anderson i in., 2013; Ashton i in., 2012; Fossati i in., 2013; użyteczność kliniczna wywiadu do oceny poziomu organizacji osobowości STIPO-r; np. Di Pierro i in., 2020; Doering i in., 2013), ale także narzędzi adaptowanych z gruntu psychologii osobowości na grunt psychologii klinicznej w zakresie diagnozowania zaburzeń osobowości (np. użyteczność kliniczna Pięcioletniowego Modelu Osobowości w diagnozowaniu zaburzeń osobowości; np. Glover i in., 2012; Mullins-Sweatt, Lengel, 2012; Samuel, Widiger, 2006). Głównym celem prowadzonych badań jest określenie przydatności poszczególnych modeli/narzędzi w praktyce klinicznej. Wydaje się zatem, że ocena użyteczności klinicznej jest niezwykle istotnym krokiem w trakcie przygotowywania nowych narzędzi/modeli, które miałyby wspomóc diagnozowanie zaburzeń osobowości, ponieważ pozwala określić, które narzędzia czy modele mają największą wartość z punktu widzenia praktyki klinicznej.

#### **2.7.4. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie jako ważny element profesjonalnego kontaktu psychologa z osobami z zaburzeniami osobowości**

Innym ważnym elementem związanym z procesem diagnozowania są aspekty relacji pomiędzy diagnostą a osobą diagnozowaną. Wydaje się, że jednym z ważniejszych wątków mogących mieć istotne znaczenie dla diagnozowania jest występowanie negatywnego przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia w relacji między diagnostą i osobą diagnozowaną. Zagadnienie przeniesienia i przeciwprzeniesienia omawiane jest głównie na polu psychoterapii np. Brody, Farber, 1996; Corradi, 2006; Kernberg i in., 2008; Levy, Scala, 2012; Prasko i in., 2010). Warto jednak podkreślić, że nawet jeśli terapeuta nie

posługuje się siatką pojęciową AMPD DSM-5 lub ICD-11, dokonuje konceptualizacji przypadku, która zawiera też element oceny/opisu obserwowanych trudności oraz ich wyjaśnienia. Stanowi to punkt wspólny pracy terapeuty i osoby diagnozującej, który może wiązać się z podobnymi procesami.

Konstrukt przeniesienia wywodzi się z psychoanalizy (Suszek i in., 2015). Freud (1917/1963) definiował przeniesienie głównie w kontekście relacji terapeutycznej jako uczucia i emocje, które pacjent przejawia wobec swojego terapeuty, a które nie mogą być wyjaśnione czy uzasadnione kształtem aktualnej relacji terapeutycznej. Późniejszy rozwój pojęcia przeniesienia poszerzył nieco jego pierwotną definicję także o myśli, postawy i fantazje odczuwane w stosunku do terapeuty, a które związane są z relacjami z innymi ważnymi osobami z wcześniejszych etapów rozwojowych (Westen, 1988). Wymienia się kilka cech przeniesienia, jednak najważniejszymi z nich wydają się być jego nieświadomy charakter (np. Westen, 1988) oraz powszechność występowania w relacjach interpersonalnych (np. Kuncewicz, 2009).

Przeciwprzeniesienie jest terminem zbliżonym do przeniesienia, jednak w pewien sposób różni się od procesu opisanego we wcześniejszym akapicie, ponieważ stanowi szeroko rozumianą reakcję psychologa na przeniesienie pacjenta. Pierwotnie rozumiane było jako nieświadome reakcje emocjonalne (także myśli, postawy, fantazje) terapeuty w odpowiedzi na przeniesienie pacjenta (np. Freud, 1912/1958). Freud (1910/1955) wskazuje, że przeciwprzeniesienie psychologa wiąże się z nieświadomym i nieprzepracowanym konfliktem z przeszłości, który stanowi podstawę do podjęcia własnej terapii ze względu na zbyt duży potencjał wnoszenia osobistych treści do relacji z pacjentem. W późniejszych latach (Epstein, 1977; Freud 1912/1958) zauważono także pozytywne konsekwencje zjawiska przeciwprzeniesienia w postaci możliwości lepszego poznania pacjenta oraz sposobu jego funkcjonowania w relacjach poprzez własne reakcje na jego funkcjonowanie. W szerszym rozumieniu przeciwprzeniesienie opisywane jest nie tylko w kontekście nieświadomych reakcji, ale całościowego wkładu (świadomego/nieświadomego; przyczyniającego się do postępu/działającego destrukcyjnie) terapeuty w relację z pacjentem (np. Heiman, 1950; Racker, 1968). Warto także podkreślić, że w literaturze przedmiotu zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia są ze sobą ściśle związane i nie powinny być rozpatrywane oddzielnie ze względu na ich wspólny wpływ na relację terapeuta-pacjent (Gill, 1988; Stolorow i in., 1987).

Istnieje wiele doniesień opisujących przeciwprzeniesienie w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Wydaje się, że w zakresie zaburzeń osobowości zagadnienie

to może być szczególnie ważne ze względu na (zaburzone) wzorce relacyjne, które pacjent wnosi do relacji z psychologiem (np. Gabbard, 2001). Wyniki badań emocji i uczuć klinicystów jakich doświadczają w relacji z pacjentami z zaburzeniami osobowości wskazują na przewagę negatywnych doświadczeń. Brody i Farber (1996) wykazali, że w pracy z osobami cierpiącymi z powodu zaburzenia osobowości borderline, klinicyści czuliby się bardziej źli, sfrustrowani i zirytowani (w porównaniu do pracy z osobami cierpiącymi na depresję lub schizofrenię). Rossberg i in. (2007) w badaniach nad przeciwprzeniesieniem w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości wykazali, że klinicyści mieli tendencję do bardziej negatywnych uczuć związanych w relacji z osobami z zaburzeniami osobowości z wiązki A i B (z których większość spełniało kryteria borderline), niż z osobami z zaburzeniami osobowości z wiązki C<sup>5</sup>. Klinicyści wskazywali na doświadczanie takich uczuć jak znudzenie, odrzucenie czy poczucie nieadekwatności lub przytłoczenia. Wyniki badań McIntyre i Schwartz (1998) wskazują, że doświadczenia płynące z przeciwprzeniesienia psychologów w relacji z osobami z zaburzeniami osobowości typu borederline wiązały się głównie z wrogością (np. krytykowaniem, ośmieszaniem, wątpliwym intencje czy wycofaniem emocjonalnym) oraz dominacją (np. poszukiwanie uwagi czy akceptacji od strony pacjenta). Colli i in. (2014) opisują, że nasilenie objawów zaburzeń osobowości może wiązać się z większym nasileniem negatywnych reakcji mających swoje źródło w przeciwprzeniesieniu, np. poczucia przytłoczenia, frustracji czy bezradności. Klinicyści wskazywali, że w kontakcie z osobami z głębokimi zaburzeniami osobowości doświadczali nasilonego lęku i niepokoju wraz z trudnościami we wzbudzeniu w sobie postawy opiekuńczej. Badania na temat przeciwprzeniesienia w relacji z osobami z zaburzeniami osobowości pozostają zgodne w części dotyczącej negatywnych doświadczeń klinicystów (np. Betan, i in., 2005; Rossberg i in., 2010; Rossberg i in., 2008).

Powyższe wyniki wpisują się we wnioski oparte na obserwacjach Kernberga (np. 1965, 1968), który argumentuje że osoby z organizacją osobowości borderline podejmują takie zachowania w relacji z psychologiem, które często wiążą się z doświadczaniem negatywnych emocji oraz jego opuszczającą i opresyjną postawą psychologa wynikających z reakcji na przeniesienie. Dokonując próby wyjaśnienia opisanego zjawiska można odwołać się do stylów relacyjnych, jakie pacjent wnosi do relacji, a następnie

---

<sup>5</sup> Zaburzenia osobowości w ujęciu kategoryjnym łączono w tzw. wiązki – grupy zaburzeń osobowości dzielące podobne charakterystyki. Zaburzenia osobowości z wiązki A cechują się ekscentrycznością i dziwacznością; z wiązki B cechują się dramatycznością i niezważaniem na konsekwencje; z wiązki C – charakteryzują się lękiem i napięciem (por. APA, 1994; Cierpiatkowska, 2017)

nieświadomym podejmowaniem przez psychologa interakcji zgodne z wzorcem określonego stylu (Sandler, 1976). Oznacza to, że pacjent swoim zachowaniem nieświadomie „prowokuje” sytuację podobną w swojej istocie do mechanizmu samospełniającej się przepowiedni (np. Wachtel, 1977). Innym wyjaśnieniem wskazanych doświadczeń związanych z przeciwprzeniesieniem psychologa może być także jego własna psychopatologia i nierozwiązane konflikty, w których Freud (1910/1955) upatrywał źródło przeciwprzeniesienia i zwiększonej wrażliwości na niektóre treści. Wydaje się jednak, że ze względu na charakter omawianej problematyki oba opisywane konstrukty (przeniesienie i przeciwprzeniesienie) powinny być omawiane w kontekście relacyjnym, w którym każda ze stron wnosi własną część doświadczenia.

W perspektywie opisanego przeniesienia i przeciwprzeniesienia w relacji z osobami z zaburzeniami osobowości warto zwrócić uwagę także na zjawisko przymierza terapeutycznego. Przymierze terapeutyczne określane jest jako dynamiczny i ewoluujący (poddawany zmianom) byt relacyjny, jaki od pierwszego spotkania zawiązywany jest pomiędzy terapeutą a pacjentem (Safran, Muran, 2000). Innymi słowy jest to więź/relacja, pomiędzy profesjonalistą (terapeutą/osobą diagnozującą) a pacjentem, która stanowi podłoże do dalszej pracy i dążenia do określonych celów (Bordin, 1979). Osoby z zaburzeniami osobowości wnosząc do interakcji z terapeutą/diagnostą własne, nieadaptacyjne wzorce relacyjne mogą nieświadomie przyczyniać się do budowania kruchej/negatywnego przymierza terapeutycznego, które w dalszej perspektywie może mieć negatywne konsekwencje dla efektów leczenia (Bender, 2005). Jako przykład można wskazać osoby z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości, które ze względu na własne trudności interpersonalne mogą mieć tendencję do sztywnego perfekcjonizmu w relacjach wynikającego z lęku przed krytyką ze strony terapeuty lub osoby diagnozującej. Opisane zaburzenia w sferze interpersonalnej mogą przełożyć się, np. na ukrywanie pewnych elementów funkcjonowania lub przyjmowanie postawy „dobrego pacjenta” w celu uniknięcia (wyobrażonej) krytyki ze strony terapeuty/osoby diagnozującej (Bender, 2005), co w konsekwencji utrudnia pracę terapeutyczną/diagnostyczną. Wskutek takiego sposobu wchodzenia w relację, diagnosta może nie mieć wystarczającego dostępu do różnych aspektów funkcjonowania osobowości, a w konsekwencji jakość diagnozy może być niższa.

Pomimo tego iż powyższe rozważania dotyczą przede wszystkim terapii, błędnie byłoby twierdzić, że zagadnienie przeniesienia i przeciwprzeniesienia nie może mieć swojego odzwierciedlenia w relacji diagnostycznej. W świetle przedstawionego przeglądu

literatury warto zastanowić się nad potencjalnym znaczeniem dla przebiegu procesu diagnozowania (głównie negatywnie nacechowanego) przeciwprzeniesienia diagnosty w relacji z osobą z zaburzeniami osobowości. Z jednej strony warto zauważyć, że przeciwprzeniesienie może być źródłem wielu informacji dla osoby diagnozującej na temat funkcjonowania osoby diagnozowanej (np. na temat tego jak dana osoba odbierana jest przez otoczenie; jakie wzorce relacyjne przejawia; np. Brody, Farber, 1996; Epstein, 1977; Freud 1912/1958; Prasko i in., 2010; Slakter, 1987). Z drugiej strony nieświadomy charakter przeciwprzeniesienia może negatywnie wpływać na relację/przymierze terapeutyczne (np. prowadzić do stygmatyzacji; por. Alfonso, 2023) lub podtrzymywać psychopatologię osoby diagnozowanej/pacjenta ze względu na nieświadome wchodzenie we wnoszone wzorce relacyjne. Oznacza to, że osoby diagnozujące, podobnie jak psychoterapeuci, powinni dyskutować swoje doświadczenia z relacji z pacjentem w trakcie superwizji (interwizji) (por. Alfonso, 2023; McIntyre, Prasko i in., 2010; Schwartz, 1998; Soroko, Cierpiałkowska, 2016) w celu niwelowania potencjalnych, negatywnych skutków wnoszenia własnego doświadczenia do relacji z osobą diagnozowaną. Wydaje się, że zagadnienie przeniesienia, przeciwprzeniesienia i przymierza terapeutycznego silnie wiążą się również bezpośrednio z tematyką niniejszej pracy. Biorąc pod uwagę podkreślane (w dalszej części rozprawy) znaczenie autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości, historie ważnych wydarzeń życiowych mogą pobudzać przeciwprzeniesienie diagnosty, szczególnie jeśli łatwo jest mu się utożsamić z bohaterem opowiadanej historii, np. on lub jego bliscy mają podobne doświadczenia oraz przekładać się na budowane przymierze.

### **2.7.5. Stygmatyzacja w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości oraz jej negatywne konsekwencje**

Zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami jest zagadnieniem relatywnie często podejmowanym w literaturze przedmiotu. Stygmatyzacja jest jednoznacznie negatywnym zjawiskiem i zawiera w sobie elementy negatywnego stosunku emocjonalnego, negatywnej oceny poznawczej oraz zachowań dyskryminacyjnych (np. Corrigan i Kosyluk, 2014). Corrigan i Kosyluk (2014) w celu uporządkowania wiedzy w tym zakresie, zaproponowali klasyfikację stygmatyzacji osób borykających się z trudnościami psychicznymi, która obejmuje także osoby z zaburzeniami osobowości. Według nich (Corrigan i Kosyluk, 2014) stygmatyzacja może przyjmować formę społeczną (np. Catthoor i in., 2015), strukturalną (to znaczy przez osoby/institucje zajmujące się profesjonalną pomocą psychologiczną/psychiatryczną) (np. Ociskova i in., 2016) oraz formę autostygmatyzacji.



Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że osoby z zaburzeniami osobowości mogą być stygmatyzowane bardziej niż osoby cierpiące z powodu innych zaburzeń psychicznych (np. Catthoor i in., 2015; Knaak i in., 2015; Magallón-Neri i in., 2013). Ponadto wskazuje się, że w grupie osób z zaburzeniami osobowości, osoby z zaburzeniem osobowości typu borderline są obiektem najsilniejszej stygmatyzacji (np. Catthoor i in., 2015; Knaak i in., 2015; Seehan i in., 2016). Stygmatyzacja może być związana z doświadczaniem irytacji i złości w relacjach z osobami z borderline (np. Aviram i in., 2006), ze względu na ich zaburzone relacyjne wzorce czy postrzeganiem ich jako niewdzięcznych (np. Aviram i in., 2006). Inni autorzy (np. Martin, Thomas, 2015) mówią o złości, irytacji i poczuciu bezradności w związku z kontaktem z osobami z zaburzeniami osobowości typu borderline ze względu na postrzeganie ich jako kłopotliwych oraz przypisywaniem im intencjonalności podejmowania nieadaptacyjnych działań, np. niebezpiecznych zachowań bez uwzględniania czynnika trudności psychologicznych.

Raczej negatywne postrzeganie osób posiadających diagnozę zaburzeń osobowości może wiązać się z oporem w zakresie szukania leczenia wśród osób doświadczających trudności osobowościowych (np. Seehan i in., 2016), co dalej wiąże się z tematyką autostygmatyzacji. Społeczny stereotyp osoby z zaburzeniami osobowości, w szczególności borderline może prowadzić do poczucia lęku i winy związanych z otrzymaną diagnozą, a w konsekwencji do ograniczenia kontaktu z placówkami pomocowymi, w celu próby uniknięcia traktowania przez placówki jako słabych, niewystarczających, czy wybrakowanych (np. Lawn, McMahon, 2015).

Jak wspomniano wcześniej, stygmatyzacja osób z zaburzeniami osobowości jest obecna także wśród profesjonalistów świadczących pomoc osobom cierpiącym z powodu trudności psychicznych. Literatura przedmiotu podejmuje szereg rozważań na temat negatywnych postaw wobec osób z zaburzeniami osobowości (np. dotyczących przeciwrzucenia). Dodatkowo warto wskazać, że stereotypizacja osób z zaburzeniami osobowości nie dotyczy wyłącznie wprost stosunku emocjonalnego, ale także postrzegania objawów zaburzeń jako form poszukiwania uwagi (np. Aviram i in., 2006) obniżonej empatii (psychologa) w trakcie spotkań (np. Bodner i in., 2015), proponowania i organizowania ograniczonych form pomocy oraz tendencji do unikania osób z zaburzeniami osobowości przez osoby świadczące pomoc (np. Bonnington, Rose, 2014). Opiswane zjawisko wśród profesjonalistów zdaje się przekładać na bardziej instytucjonalne formy stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości, w szczególności typu borderline. Wskazuje się, że osoby z zaburzeniami osobowości typu borderline były

zwalniane istotnie wcześniej ze szpitalnej izby przyjęć (Martin, Thomas, 2015) lub czekały dłużej na pierwszy kontakt z lekarzem (Lawn, McMahon, 2015), niż inni pacjenci. Ponadto, niektórzy autorzy wskazują także np. niedofinansowanie badań skupionych wokół zaburzeń osobowości borderline lub brak wystarczająco przebadanych i sprawdzonych narzędzi diagnostycznych do oceny tego typu zaburzeń (np. Zimmerman, 2015). Może to mieć swoją bezpośrednią konsekwencję w postaci błędnej diagnozy zaburzeń afektywnych lub ADHD (u osób z zaburzeniami osobowości), co w dalszej perspektywie wiąże się ze świadczeniem niewłaściwej pomocy (np. Adebowale, 2010; Paris, 2007) oraz rezygnacją z leczenia ze względu na brak efektów.

Powyższe rozważania wskazują, że problematyka stygmatyzacji może być obecna wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. W związku z tym należałoby zadać pytanie o zasoby, do których klinicyści mogą się odwoływać, żeby przeciwdziałać negatywnym skutkom stygmatyzacji. Jedną z form jest organizowanie programów przeciw stygmatyzacji prowadzonych wśród profesjonalistów (Knaak i in., 2015). Niemniej jednak są to przedsięwzięcia związane z koniecznością nałożenia dodatkowych środków, a więc niedostępne dla wszystkich placówek/pracowników. Innym, ważniejszym dla niniejszej pracy, oraz powszechny zasobem jest odwołanie się do wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości przedstawionych w AMPD DSM-5 i ICD-11. Doniesienia z literatury wskazują, że wymiarowy opis zaburzeń osobowości może zmniejszać zjawisko stygmatyzacji osób cierpiących z powodu tego typu zaburzeń. Źródłem ograniczonej stygmatyzacji jest przede wszystkim fakt odejścia od etykiet diagnostycznych, co niweluje sztuczne tworzenie grup „zdrowych” i „zaburzonych” (posiadających specyficzny zestaw nieadaptacyjnych charakterystyk przez które diagnozowane osoby są postrzegane) (Monaghan, Bizumic, 2023; Peter i in., 2021). W konsekwencji język za pomocą którego opisuje się osoby z zaburzeniami osobowości jest bardziej inkluzywny, ponieważ posługuje się wspólną siatką pojęciową dla pełnego spektrum funkcjonowania osobowości (np. kryterium A – funkcjonowanie Ja i interpersonalne), wskazując jedynie na doświadczane trudności (a nie klasyfikując ludzi do kategorii) (Monaghan, Bizumic, 2023). Wydaje się jednak, że AMPD DSM-5 oraz ICD-11 również nie są wolne od elementów mogących stygmatyzować osoby z zaburzeniami osobowości. Po pierwsze, pomimo tego, że hybrydowy model zaburzeń osobowości ujęty w AMPD DSM-5 w pełni opiera się na ocenie wymiarowej w oparciu o kryterium A i B, daje także możliwość przypisania kryterium konkretnego zaburzenia osobowości diagnozowanej osobie (APA, 2013; zob. wcześniej). Poza tym, ICD-11

obokw pełni wymiarowego modelu zaburzeń osobowości, zawiera możliwość określenia, czy w obrazie zaburzeń osobowości występuje wzorzec borderline (rozumiany jako proste zapożyczenie kategorii diagnostycznej borderline z DSM-5) (Bach, First, 2018; WHO, 2019). Opisane cechy wskazują zatem, że wymiarowe modele zaburzeń osobowości zawarte w AMPD DSM-5 i ICD-11, podobnie jak ujęcia kategorialne, mogą mieć potencjał stygmatyzacyjny. Blüml i Doering (2021) twierdzą nawet, że wymiarowe konceptualizacje zaburzeń osobowości mogą w pewnych aspektach przyczyniać się do wzrostu stygmatyzacji pacjentów. Jak wskazują, zaburzenia osobowości cechujące się głęboką dysfunkcją są opisywane przez WHO (2019) głównie w kontekście zaburzeń eksternalizacyjnych z tendencją do podejmowania ryzyka i przemocy/agresji przez co takie osoby mogą być postrzegane jako niebezpieczne zarówno dla siebie jak i innych (por. Bach, Anderson, 2020; Blüml, Doering, 2021). Może to prowadzić do niezamierzonego sposobu postrzegania osób z głęboką dysfunkcją osobowości przez pryzmat wskazanych charakterystyk, a więc stygmatyzacji pod tym względem (Blüml, Doering, 2021).

W świetle powyższych informacji warto przyjąć ostrożność wobec jednoznacznej inkluzyjności wymiarowych modeli zaburzeń osobowości, w szczególności ujętych w AMPD DSM-5 oraz ICD-11. Należy jednak zwrócić uwagę, że zwrot w kierunku wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości zmienił „kategorialne” myślenie o diagnozowanych osobach oraz zbliżył diagnostów do podmiotowości pacjenta. Wskazane elementy AMPD DSM-5 oraz ICD-11 przyczyniające się do stygmatyzacji mogą być zatem rozpatrywane w kontekście (niedoskonałej) próby ograniczenia stygmatyzującego efektu diagnoz do minimum. Kolejnym krokiem w kierunku ograniczania zjawiska stygmatyzacji oraz zwrotu w kierunku większej podmiotowości pacjenta może być włączenie zbierania danych autonarracyjnych w procesie diagnozowania. Uzupełnienie perspektywy „poszukiwania” objawów o perspektywę poznawania „historii życia” może przesunąć postrzeganie osoby diagnozowanej przez pryzmat doświadczanych symptomów w stronę subiektywnej perspektywy na własne doświadczenia.

### **2.7.6. Dynamika zaburzeń osobowości jako element diagnozowania zaburzeń osobowości**

W ogólnym rozumieniu zaburzenia osobowości postrzegane są jako utrzymujący się, sztywny oraz nieadaptacyjny wzorzec funkcjonowania w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych oraz ekspresji behawioralnej (por. APA, 2013). Sugeruje to

pewną tendencyjność w opisie zaburzeń osobowości jako stałej i niezmiennej formy zaburzeń psychicznych. W literaturze przedmiotu wskazuje się jednak na pewną dynamikę w zakresie tego typu zaburzeń (np. Hopwood, 2018) którą opisano we wcześniejszej części niniejszej pracy (zob. wcześniej). Warto jednak przypomnieć, że wskazuje się na istnienie dynamiki zaburzeń osobowości zarówno w perspektywie długoterminowej (w zakresie cech) oraz krótkoterminowej (pomiędzy sytuacjami lub w ramach jednej sytuacji) (por. Hopwood, 2018). Hopwood i in. (2015) wskazują na niewystarczającą integrację struktury i dynamiki w diagnozowaniu zaburzeń osobowości. Podkreślają oni jednocześnie znaczenie łączenia tych dwóch podejść. Rozpatrywanie zaburzeń osobowości także z perspektywy zachodzących zmian oraz ich dynamiki pozwala uchwycić funkcjonowanie osobowości w nowej perspektywie oraz uwzględnić bardziej zniuansowane przejawy trudności/zdrowia widoczne w obrazie klinicznym.

Dynamika długoterminowa (por. Hopwood, 2018) odnosi się głównie do zmian w zakresie cech, które zachodzą powoli w długiej perspektywie czasowej. Opierając się na doniesieniach dotyczących tendencji do łagodnienia nieadaptacyjnych cech w toku rozwoju (np. Caspi i in., 2005; Morey, Hopwood, 2013) oraz tendencji do stabilizowania się funkcjonowania psychologicznego w trakcie osiągnięcia dalszych etapów rozwojowych (np. Gunderson i in., 2011; Bleidorn i in., 2013) wydaje się, że nieuwzględnianie tej perspektywy w procesie diagnostycznym może mieć pewne negatywne konsekwencje. Ze względu na swój charakter ocena tych zmian wymaga prowadzenia badań longitudinalnych (np. Bornoalova, 2009; Roberts, DelVecchio, 2000; Wright i in., 2016), co praktycznie uniemożliwia uwzględnienia tej perspektywy w trakcie procesu diagnozowania. Niemniej jednak świadomość klinicystów istnienia pewnej dynamiki na tym poziomie oraz naturalnych zmian rozwojowych prowadzących w większości do łagodnienia objawów zaburzeń osobowości mogłaby przeciwdziałać stygmatyzacji związanej z traktowaniem zaburzeń osobowości w perspektywie stałych (oraz towarzyszących osobie do końca jej życia) dyspozycji.

Dynamika międzysytuacyjna (np. Hopwood, 2018) dotyczy zmian w związku ze zmianą okoliczności (lub ich postrzegania) przez jednostkę (zob. wcześniej). Literatura przedmiotu określa, że informacje w zakresie tego typu dynamiki mogą przyczynić się do lepszego określania kierunku prowadzonych oddziaływań terapeutycznych (np. Pincus i in., 2009), wskazując jednocześnie metody pozwalające na uchwycenie funkcjonowania jednostki w tej perspektywie (por. Hopwood i in., 2015). Hopwood i in. (2015) argumentują, że dynamika międzysytuacyjna kieruje klinicystę do traktowania cech

osobowościowych nie jako stałych konstruktów, ale bardziej w perspektywie kontinuum, które w zależności od okoliczności sytuacyjnych mogą manifestować się w różny sposób. Warte podkreślenia jest jednak założenie, że celem uchwycenia dynamiki międzysytuacyjnej nie będzie próba opisu tego, w jaki sposób osoba zachowuje się w każdej sytuacji w trakcie swojego życia; celem może być raczej próba określenia pewnych zależności zachodzących pomiędzy okolicznościami/warunkami sytuacji, które wiążą się z szeroko rozumianą reakcją osoby diagnozowanej (Hopwood i in., 2015).

Dynamika wewnątrzsytuacyjna odnosi się do zmian w zakresie funkcjonowania osoby na przestrzeni jednej sytuacji i odnosi się do rozumienia jej w kontekście procesów intrapsychicznych zachodzących w interakcjach, np. w trakcie jednego spotkania (np. Hopwood, 2018). Literatura przedmiotu wskazuje, że informacje na temat tego typu dynamiki funkcjonowania osobowości mogą być szczególnie istotne w kontekście konceptualizacji przypadku (np. Hopwood i in., 2015; Loborsky, Crits-Christoph, 1998; Schauenburg, Grande, 2011). Autorzy (np. Anchin, Pincus, 2010; Pincus, Hopwood, 2012) argumentują, że dynamika intrapsychiczna jest szczególnie zauważalna w kontaktach terapeutycznych lub innych formach dłuższej relacji. Ten typ dynamiki trudno jest dokładnie ocenić w trakcie procesu diagnozowania ze względu na ograniczony w czasie kontakt. Wydaje się jednak, że intrapsychiczna dynamika funkcjonowania osoby diagnozowanej (wraz z uwzględnieniem psychologii diagnosty) może uwzględniać podobną problematykę, którą omówiono w części dotyczącej przeniesienia i przeciwprzeniesienia (zob. wyżej).

### **2.7.7. Teorie psychologiczne jako element pogłębiający opis zaburzeń osobowości o poziom wyjaśniający**

Teorie psychologiczne mają w procesie diagnostycznym szczególne znaczenie. Opis obserwowanych/doświadczanych symptomów zgodnie z treścią podręczników diagnostycznych stanowi podstawę diagnozy opisowej (nozologicznej), która pozwala na określenie czy i jakie zaburzenie (scharakteryzowane w klasyfikacji) obecne jest w obrazie funkcjonowania osoby (Cierpiałkowska i in., 2016). Pozostanie wyłącznie przy opisowym charakterze diagnozy nie pozwala jednak na odpowiedź na pytanie dlaczego i jak osoba doświadcza określonych symptomów? Odpowiedź na tak postawione pytanie możliwa jest poprzez pogłębienie opisu obrazu zaburzeń osoby poprzez odwołanie się do teorii, pozwalających wyjaśnić specyficzne podłoże obserwowanych objawów. Wykorzystanie teorii w procesie diagnozowania pozwala zatem na sporządzenie diagnozy wyjaśniającej

(Cierpiałkowska i in.,2016). Diagnoza wyjaśniająca obejmuje określenie (1) patogenezę, czyli czynników leżących u podłoża diagnozowanego zaburzenia oraz (2) patomechanizmu podtrzymującego manifestację zaburzeń. Uwzględnia się także wpływ zewnętrznych czynników, które mogą mieć znaczenie dla aktywowania/podtrzymywania tego patomechanizmu oraz czynników salutogenetycznych, to znaczy zasobów jednostki (np. normatywnych doświadczeń czy wzorców adaptacyjnego funkcjonowania) (Cierpiałkowska i in.,2016). Konsekwencją pogłębienia diagnozy opisowej o poziom wyjaśniający jest możliwość wyboru oraz wdrożenia specyficznego i odpowiedniego do diagnozowanego problemu sposobu pomocy lub psychoterapii (np. Blüml, Doering, 2021; Cierpiałkowska, 2007/2016; Cierpiałkowska i in.,2016). Teoria relacji z obiektem Kernberga jest źródłem szeroko wykorzystywanym w trakcie dokonywania diagnozy wyjaśniającej. Nie jest ona jednak jedynym podejściem wykorzystywanym w tym celu (np. podejście poznawczo-behawioralne: Davidson, 2008; Pretzer, Fleming, 1989; teoria analizy transakcyjnej: Cierpiałkowska, Frączek, 2017). Przykładem obrazującym wyjaśniający charakter teorii relacji z obiektem w świetle opisu zaburzeń osobowości może być rozumienie objawu (poziom opisowy) zaburzeń osobowości typu borderline w postaci silnej tendencji do idealizacji i dewaluacji w bliskich relacjach oraz skrajnego zaangażowania lub wycofania (zaburzenie funkcjonowania interpersonalnego w aspekcie bliskości, AMDP DSM-5, APA, 2013) w perspektywie utrzymującego się mechanizmu rozszczepienia, który prawdopodobnie wiąże się z zahamowaniem normatywnego rozwoju w fazie różnicowania self i obiektu (np. Cierpiałkowska 2007/2016; Kernberg 1976) (poziom wyjaśniający).

Uwzględnienie teorii w proces diagnostyczny odpowiada zatem na potrzeby klinicystów związanych ze spełnieniem jednej z podstawowych funkcji diagnozy, czyli funkcji korekcyjnej, która polega na określeniu najlepszej metody leczenia w celu osiągnięcia pożądanego efektów (por. Paluchowski, 2001). W konsekwencji ważnym wydaje się, żeby diagnosta potrafił posługiwać się wybranym podejściem teoretycznym na tyle sprawnie, żeby móc dokonać konceptualizacji przypadku oraz zarekomendować potencjalne metody/kierunki terapii. Idealną sytuacją byłoby jednak, gdyby diagności posiadali pewną wiedzę z zakresu różnych/kilku paradygmatów/teorii psychologicznych. Ta wiedza (wraz ze znajomością skuteczności terapii specyficznych zaburzeń prowadzonej w określonym nurcie) pozwoli już na poziomie konceptualizacji dobrać optymalną perspektywę.

Problematyka diagnozowania zaburzeń osobowości jest relatywnie szerokim tematem we współczesnej psychologii klinicznej. Wskazywanie na pewne (potencjalne) ograniczenia/trudności związane z procesem diagnozowania jest pierwszym krokiem w kierunku wzbogacenia procesu diagnozowania zaburzeń osobowości o elementy adresujące niektóre z ograniczeń. Literatura przedmiotu (np. Lind, 2021; Lind i in., 2022) wskazuje, że jedną z teorii, która posiada potencjał wzbogacenia diagnozowania zaburzeń osobowości jest teoria tożsamości narracyjnej (np. McAdams, 2010). Sama teoria oraz jej związki z zaburzeniami osobowości zostały opisane w kolejnym rozdziale. Niemniej jednak warto uzasadnić, dlaczego integracja teorii tożsamości narracyjnej z wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości może być wartościowa.

Pierwszym z argumentów przemawiających za podjęciem wskazanego kierunku jest nie do końca wyczerpująca definicja aspektu tożsamości, w zakresie funkcjonowania Ja (kryterium A) zaproponowana w AMPD DSM-5 wobec tego, w jaki sposób konstrukt tożsamości uwzględniany jest w literaturze przedmiotu. Tożsamość w AMPD DSM-5 definiowana jest jako „doświadczenie siebie jako wyjątkowego, z wyraźnymi granicami między Ja a innymi; stabilność poczucia własnej wartości i adekwatność tej oceny; zdolność i umiejętność regulowania zakresu doświadczeń emocjonalnych” (APA, 2013, s. 762). Jak wskazuje Livesley (2022) definicja ta, choć ważna z punktu widzenia trudności doświadczanych przez osoby z zaburzeniami osobowości, niewystarczająco odzwierciedla jednak podstawowe znaczenie konstrukt tożsamość, który podkreślany jest w literaturze, czyli zestawu charakterystyk (np. cech, zachowań, miejsca w społeczeństwie, pełnionych ról, wartości moralne itd.), które osoba traktuje jako typowe dla siebie (np. Jørgensen, 2018; Taylor, 1989; Erikson, 1968). Charakterystyki te pozwalają określić odpowiedź na pytanie „Kim jestem?”, którego według Livesleya (2022) optyka zaproponowana w definicji tożsamości AMPD DSM-5 nie adresuje. W zakresie definicji tożsamości Livesley (2022) wyraża także zasadność uwzględniania zdolności do regulacji emocji, która według niego odpowiada bardziej poziomowi cech, np. negatywnej afektywności (kryterium B). Powstaje zatem wątpliwość w zakresie tego, co tak naprawdę oceniane jest przez narzędzia przygotowane do diagnozy poziomu funkcjonowania osobowości (Livesley, 2022).

Odniesienie się do teorii tożsamości narracyjnej McAdamsa w perspektywie twierdzeń Livesleya wydaje się uzupełniać pominiętą w AMPD DSM-5 subiektywną perspektywę tego „Kim jest?” diagnozowana osoba. Ocena tożsamości narracyjnej pozwala bowiem na uwzględnienie tej perspektywy poprzez badanie historii życia. Autor

(McAdams, 2010) wskazuje, że konstrukt tożsamości narracyjnej pozwala na określenie tego, kim osoba była w przeszłości, kim jest aktualnie oraz kim (prawdopodobnie) stanie się w przyszłości. Oznacza to, że teoria tożsamości narracyjnej nie tylko uzupełnia brakujący, według Livesleya (2022) element, ale także poszerza go o uwzględnienie perspektywy o przeszłość i przyszłość. Taka optyka uwzględnia zatem także trajektorię rozwojową tożsamości, a w konsekwencji poczucie stabilności i spójności w czasie (np. Habermas, Bluck, 2000).

Kolejnym argumentem przemawiającym za integracją tożsamości narracyjnej z wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości jest charakter narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych do oceny zaburzeń osobowości. Głównym powodem dla którego warto rozważyć wykorzystanie teorii McAdamsa jest z jednej strony przesadne skupienie na wykorzystaniu metod samoopisowych w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości (np. Bornstein, Natoli, 2019; Cierpiąłkowska, Soroko, 2017; Clark i in., 2018; Huprich, Bornstein, 2007; Soroko i in., 2023). W zaburzeniach osobowości często obniżone są także możliwości do dokonywania wglądu, rozumienia sytuacji interpersonalnych i rozumienia siebie, czyli także własnych trudności (np. Bateman, Fonagy, 2004; Caracione i in., 2011; Cierpiąłkowska, Soroko, 2017). Charakter zaburzeń osobowości może zatem przekładać się na nieadekwatną (wynikającą z doświadczanych trudności osoby diagnozowanej) ocenę sposobu funkcjonowania, obniżając tym samym użyteczność wykorzystanych narzędzi. Warto także zwrócić uwagę na brak skal kontrolnych (pozwalających określić tendencje, np. symulację/dysymulację, które fałszują ostateczny wynik) w większości narzędzi samoopisowych, co wiąże się z ich małą czułością na (świadome lub nieświadome) próby przedstawienia się w innym świetle.

Włączenie do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości (części) Wywiadu Historii Życia (McAdams, 1995b, zob. dalej) z teorią tożsamości narracyjnej może przyczynić się do poprawy jakości diagnoz opisowych (por. Dolczewski, Soroko, 2021). Pytania wywiadu stanowią zachętę do przedstawienia swojego życia w postaci historii. Osoba przeprowadzająca wywiad nie prosi uczestnika badania o wskazanie oraz ocenę nasilenia doświadczanych przez siebie trudności (tak jak w wielu metodach samoopisowych), ale pośrednio pozyskuje informacje na ten temat poprzez pytania mające na celu stworzenie autonarracji przedstawiającej to kim dana osoba jest oraz jak to się stało, że jest tym kim jest. Charakter pytań Wywiadu Historii Życia (McAdams, 1995b) pozwala zatem zniwelować w pewnym stopniu ograniczenia wynikające z wykorzystania metod



samoopisowych u osób z zaburzeniami osobowości (dla których relatywnie częste są trudności z dokowaniem samoopisu).

Trzecim argumentem za włączeniem teorii tożsamości narracyjnej do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości jest relatywnie obszerny zbiór prac wskazujących na występowanie zjawiska stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości ze względu na charakter doświadczanych trudności (np. Aviram, 2006 ; Knaak i in., 2015; Seehan i in., 2016), szczególnie w aspekcie funkcjonowania interpersonalnego (np. Aviram i in., 2006; Martin, Thomas, 2015). Włączenie teorii tożsamości narracyjnej do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości, poprzez uwzględnienie zbierania oraz analizowaniai autonarracji może ograniczyć zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Teoria tożsamości narracyjnej oraz Wywiad Historii Życia (McAdams, 1995b) szczególnie podkreślają znaczenie osobistych, ważnych doświadczeń życiowych oraz subiektywnego systemu znaczeń i interpretacji, przypisanych do tych doświadczeń. Narzędzie badawcze (Wywiad Historii życia), niejako kierują osobę diagnozującą w stronę podmiotowości osoby diagnozowanej, która w procesie oceny jej sposobu funkcjonowania informuje o tym nie tylko *co* (i *jak*) stanowi trudność natury psychicznej, ale także *kto* doświadcza tych trudności oraz jak wpływają one na charakter codziennego życia (por. Waugh, 2019). W konsekwencji profesjonaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym będą mieli większą możliwość zrozumienia znaczenia doświadczanego zaburzenia osobowości w codziennym życiu diagnozowanej osoby z zaburzeniami osobowości, co może wiązać się z niższym nasileniem stygmatyzacji.

### **3. Tożsamość narracyjna – podstawy teoretyczne oraz związki z zaburzeniami osobowości**

#### **3.1. Narracyjny zwrot w psychologii jako dyscyplinie naukowej**

Zwrócenie uwagi na szczególne znaczenie historii w życiu człowieka na przestrzeni dziejów pozwoliło na włączenie narracji w krąg naukowych zainteresowań psychologów. Początkowo zaobserwowano, że ludzie często wykorzystują narracje do tłumaczenia ludzkich zachowań oraz zjawisk psychospołecznych. Bruner (1986) odróżnił tryb myślenia narracyjnego, cechującego się subiektywizmem, od myślenia paradygmatycznego, które opiera się na logice, argumentach oraz dowodach w wyjaśnianiu działania świata (praw natury, wprost mierzalnych zjawisk itd.). Sarbin (1986) natomiast zwrócił uwagę, że opowiadanie historii oraz narracji jest naturalnym sposobem komunikacji międzyludzkiej oraz przekazywania sobie informacji, co wskazywałoby, że mogą być traktowane jako punkt zainteresowania w nauce o ludzkim umyśle. Polkinghorne (1989) podkreślał, że ludzie postrzegają swoje życie, jak również życie innych ludzi w perspektywie narracyjnej, jako historie rozwijające się w czasie, a więc stanowiące zwerbalizowany przekaz oparty o subiektywne interpretacje rzeczywistości. Naukowcy w obszarze nauk humanistycznych zaczęli zastanawiać się nad znaczeniem i funkcją, jaką może pełnić narracja. Szukając odpowiedzi na tak zadane pytanie jedni autorzy wskazują, że historie mogą być wykorzystywane jako rozrywka (Brewer, Lichtenstein, 1982). W tym kontekście historia powinna oddziaływać na emocjonalność, a kiedy tego nie robi jest nudna i nieciekawa (McAdams, 2018). Inni określają historie jako moralne drogowskazy określające wzór dobrego i wartościowego życia (Coles, 1989). Mówi się także, że fakt doświadczenia sytuacji opowiadania i słuchania historii stymuluje i zacieśnia więzi społeczne (Mar, Oatley, 2008), co przekłada się na jej funkcję w aspekcie interpersoalnym i budowania wspólnoty doświadczeń.

McAdams (2015) podsumowując te rozważania stwierdza metaforycznie, że historie pozwalają ludziom uczyć się żyć poprzez dostarczanie odpowiedzi na pytanie „jakbyć człowiekiem?” Autor kładzie akcent na szczególny rodzaj historii określającej to jak ludzie stają się tym kim są – tożsamość narracyjną (McAdams, 2018). McAdams (2018), za Eriksonem (1963), określa szczególną, integracyjną funkcję tożsamości narracyjnej. Wskazana integracja posiada charakter globalny oraz dotyczy zarówno perspektywy synchronicznej oraz rozwojowej (McAdams, 1985). Perspektywa

synchroniczna dotyczy różnych, współwystępujących ze sobą aspektów osobowości, które dzięki ujęciu ich w historię życia (tożsamość narracyjną) mogą stanowić elementy spójnego systemu osobowości. W tej perspektywie różne role społeczne (Dunlop, 2017), różne wartości (Pasupathi i in., 2017), czy różne postawy, zachowania i przekonania mogą być zintegrowane dzięki tworzeniu spójnej autonarracji o sobie. Integracyjna funkcja w rozumieniu rozwojowym dotyczy przede wszystkim poczucia jedności w czasie. Historia życia pozwala zintegrować zmiany (tożsamości), które nastąpiły w życiu jednostki i które sprawiły, że aktualnie osoba jest tym kim jest. Ponadto tożsamość narracyjna pozwala dokonywać predykcji zmian i kierunku rozwoju, w którym historia życia prawdopodobnie rozwinie się w przyszłości. Choć jednoznaczne oddzielenie tych dwóch perspektyw nie jest w pełni możliwe, ponieważ zmiany zachodzące w toku rozwoju są wypełnione pewną treścią dotyczącą, np. wyznawanych wartości lub pełnionych ról społecznych na różnych etapach życia, należy wskazać, że integracja w obu tych zakresach przejawia się w poczuciu jedności i stabilności (McAdams, 2018), Autonarracje w ramach tożsamości narracyjnej tworzone są w oparciu o konkretne wydarzenia z przeszłości. Głównym punktem zainteresowania psychologów w zakresie badań nad tożsamością narracyjną nie jest jednak samo wydarzenie, mnogość ról społecznych, poglądów czy wyznawanych wartości, ale to w jaki sposób osoba konstruuje narrację w oparciu o nie, jak rozumie swoje doświadczenia, jakich emocji doświadcza w związku z tym i co to mówi o niej jako o osobie (np. McAdams, 1985; McLean i in., 2020; Sarbin, 1986).

### **3.2. Teoria tożsamości narracyjnej McAdamsa – propozycja integrująca różne perspektywy paradygmatyczne**

Narracyjne podejście do osobowości posiada relatywnie ugruntowaną, choć wciąż rozwijającą się tradycję. Kluczowym zagadnieniem w zakresie perspektywy narracyjnej w kontekście rozumienia ludzkiej osobowości jest pojęcie autonarracji (np. McAdams, 2006). Autonarracja może być rozumiana dwojako – zarówno jako proces oraz efekt końcowy tego procesu (Soroko, 2007). Z procesualnego punktu widzenia autonarracja będzie stanowić integrowanie wiedzy o samym sobie w spójną historię życia (np. McAdams, 1985, 2006; Soroko, 2014). Integracja ta odbywa się poprzez łączenie różnych elementów wiedzy na swój temat, zarówno tych pochodzących z działań zmysłów do złożonych, opartych na refleksji wnioskach na temat siebie, także w kontekście otaczającej rzeczywistości (np. Mclean, Pratt, 2006; Soroko, 2014). W perspektywie narracyjnego rozumienia osobowości, refleksja nad doświadczeniem pozwala na organizację aktualnego

doświadczenia, czyli określenie połączeń pomiędzy doświadczeniami a Ja oraz reinterpretację (zmianę) lub wzmacnianie stałości posiadanej wiedzy na temat siebie skutkując tym samym wkładem rozumienie Ja (np. McLean, 2008; McLean, Pratt, 2006; Soroko, 2007). Efektem procesu autonarracji jest historia życia, która poza prostą relacją faktów stanowi także indywidualną życiową perspektywę odzwierciedlającą zarówno znaczenie, jakie jednostka przypisuje swoim doświadczeniom jak również poczucie stałości (np. Habermas, Bluck, 2000; McLean, 2008) i stabilności (np. McLean i in., 2020) w czasie. Tak określony punkt ciężkości wpisuje podejście narracyjne w nurt fenomenologiczny, w którym szczególny nacisk kładzie się na nadawanie znaczenia subiektywnemu doświadczeniu (np. Langdrige, 2018), choć, jak zostanie opisane poniżej, sama teoria tożsamości narracyjnej wykracza poza fenomenologiczny charakter integrując różne paradygmaty obecne w nauce.

Najbardziej rozpowszechnioną teorią w zakresie narracyjnego rozumienia osobowości jest teoria tożsamości narracyjnej McAdamsa (np. 1985, 2010). Głównym punktem zainteresowania teorii McAdamsa jest konstrukt tożsamości narracyjnej, która w podstawowy sposób może być zdefiniowana jako zinternalizowana i ewoluująca historia życia jednostki rozpatrywana przez pryzmat subiektywnego doświadczenia oraz przyjmująca postać narracji życiowej (np. McAdams, Pals, 2006; zob. dalej). Teoria tożsamości narracyjnej stanowi integracyjną próbę określenia ram/propozycji interpretacyjnych dla konstruktów osobowości (np. McAdams, 2006). Integracyjność teorii odnosi się do poziomów definiowania osobowości z modelu McAdamsa, wykraczających poza narracyjny i czysto fenomenologiczny pryzmat rozumienia osobowości. McAdams określił model, w którym cechy, charakterystyczne adaptacje oraz tożsamość narracyjna stanowią trzy poziomy osobowości (np. McAdams, 2006, 2010). Na tej podstawie wydaje się, że teoria McAdamsa integruje cztery paradygmaty obecne w ocenie osobowości: fenomenologiczny/personologiczny (w części tożsamości narracyjnej); wielowymiarowy (w zakresie cech) oraz psychodynamiczny i interpersonalny (w zakresie charakterystycznych adaptacji) (por. Wiggins, 2003).

Należy zauważyć, że autor teorii nie opisuje szczegółowo określonych przez siebie poziomów, dając jedynie pewną teoretyczną soczewkę pozwalającą rozpatrywać zagadnienia związane z funkcjonowaniem osobowości z perspektywy zaproponowanej przez niego teorii. Tabela 3.1. poglądowo przedstawia różnice pomiędzy poziomami osobowości w modelu zaproponowanym przez McAdamsa.

**Tabela 3.1.**

Charakterystyka poziomów osobowości według modelu McAdamsa

Poziom	Charakterystyka	Pytania odpowiednie do pozyskiwania informacji z danego poziomu lub o danym poziomie
1. Cechy	Niezależne od kontekstu społecznego, stabilne w czasie, uwarunkowane genetycznie stałe dyspozycje.	Jak osoba zwykle zachowuje się w różnych sytuacjach? Jak zazwyczaj widzą daną osobę inni?
2. Charakterystyczne adaptacje	Bardziej subtelne, osadzone w kontekście charakterystyki odnoszące się do codziennego funkcjonowania.	Jak osoba zachowuje się w określonych sytuacjach? Jak dana osoba radzi sobie z określonymi stresorami? Jakie są jej obawy w związku z określonymi sytuacjami?
3. Tożsamość narracyjna	Zinternalizowana historia życia integrująca (1) przeszłość, teraźniejszość i przyszłość oraz (2) różne aspekty Ja w celu zapewnienia poczucia stabilności i ciągłości.	Kim jest dana osoba? W jaki sposób dana osoba stała się tym kim jest? Dokąd zmierza jej życie?

Opracowanie własne na podstawie McAdams (1995a, 2006, 2010)

Pierwszym poziomem osobowości wskazanym przez McAdamsa jest poziom cech. McAdams (2010) opisując tę część modelu opiera się głównie na modelu Wielkiej Piątki (Costa, McCrae, 1992) jako przykładzie obrazującym jego perspektywę. Cechy stanowią zatem relatywnie niezależne od kontekstu społecznego, stabilne w czasie, uwarunkowane genetycznie stałe dyspozycje pozwalające opisać ogólne charakterystyki jednostki (np. tendencja do depresyjności, ekstrawersja, tendencja do dominacji itd., np. McAdams, 2010). McAdams (2010) podkreślając genetycznie uwarunkowany zestaw cech przejawiający się w zachowaniu dziecka od narodzin wprowadza metaforę *człowieka - aktora*. Określenie *aktor* ma symbolicznie przedstawiać życie, w którym człowiek odgrywa rolę podyktowaną przez uwarunkowania tempreamentalne. Pincus i Roche (2019) wskazują także na społeczny wpływ wywierany na *aktora*, który reguluje swoje zachowanie z uwzględnieniem pozytywnej albo negatywnej odpowiedzi otoczenia. Choć cechy temperamentalne przejawiają się w całym toku życia jednostki, działania *człowieka - aktora* są szczególnie łatwe do zidentyfikowania we wczesnym dzieciństwie zanim

dojrzałość aparatu psychicznego oraz zwiększająca się liczba interakcji społecznych pozwolą na ukształtowanie się kolejnych poziomów osobowości. Opisując poziom cech, McAdams posługuje się także metaforą *szkicu* osobowości, który wypełniany jest dalej charakterystycznymi adaptacjami pozwalającymi uchwycić bardziej subtelne aspekty funkcjonowania (McAdams, 2006; 2010). Rozumienie przez McAdamsa konstruktów cechy sugeruje, że w tej części autor teorii odnosi się do paradygmatu wielowymiarowego zakładającego, że na podstawie analiz statystycznych uwzględniających różne czynniki można dokonać oceny (części) osobowości (np. pięcioczynnikowy model osobowości; por. Wiggins, 2003).

Drugim poziomem osobowości w modelu McAdamsa (np. 2006, 2010) są charakterystyczne adaptacje określone jako związane z kontekstem (społecznym, osobistym) tendencje i właściwości odnoszące się do funkcjonowania w codziennym życiu. Konstrukty te, pozostając pod znacznym wpływem kontekstu społecznego, w większym stopniu niż cechy odzwierciedla jednostkową indywidualność (McAdams, 2010). Poziom charakterystycznych adaptacji konstryuuje się w późniejszym dzieciństwie, kiedy dziecko staje się bardziej świadome własnych decyzji oraz zaczyna podejmować działania zorientowane na cel (McAdams, 2010). McAdams wskazuje, że konstrukty czerpie z motywacyjnych (np. teoria motywacji Murraya (2008); społeczno-poznawczych (np. poznawczo-afektywny system osobowości (Mishel, Shoda, 1995) oraz rozwojowych (np. Erikson, 1963) teorii osobowości. Wskazane inspiracje teoretyczne nie stanowiły jednak podstawy do stworzenia zamkniętej listy charakterystycznych adaptacji. Teoria wskazuje i opisuje raczej charakter konstrukty, zjawisk, procesów czy struktur, które mogą być traktowane jako charakterystyczne adaptacje, podając jedynie kilka obrazowych przykładów. Mogą to być zjawiska psychiczne funkcjonujące zarówno w psychologii ogólnej jak, np. motyw, wartości, zainteresowania czy postawy jak również osadzone w bardziej teoretycznych kontekstach, np. mechanizmy obronne, style relacyjne, czy obraz siebie (np. McAdams, 2006, 2010). Zaproponowana charakterystyka opisywanego poziomu oraz pojęcie mechanizmów obronnych, wzorów relacyjnych czy obrazów (reprezentacji) siebie (i innych) naturalnie implikuje potencjał rozpatrywania charakterystycznych adaptacji opisanych przez McAdamsa przez pryzmat siatki pojęciowej teorii relacji z obiektem Kernberga (np. 1976). Oznacza to, że na poziomie charakterystycznych adaptacji możliwy byłby do zidentyfikowania działający mechanizm rozszczepienia, rozumiany jako jeden z istotnych elementów powstawania i utrzymywania się zaburzeń osobowości (zob. wcześniej). Integracja obu teorii sugeruje, że potencjalne

zaburzenia obserwowane na poziomie tożsamości narracyjnej mogą być rozumiane przez pryzmat (częściowej) dezintegracji poziomu charakterystycznych adaptacji. Wydaje się, że w tej części swoje teorii McAdams odwołuje się do paradygmatu psychodynamicznego (por. Wiggins, 2003). Ponadto, w części charakterystycznych adaptacji widoczne są także związki z paradygmatem interpersonalnym (por. Wiggins, 2003), szczególnie w teoretycznej inspiracji poznawczo-afektywnym systemem osobowości (por. Mishel, Shoda, 1995) oraz podkreślaniu znaczenia aspektów interpersonalnych (np. wzorce relacyjne czy relacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem) (por. McAdams, 2006, 2010).

Podobnie jak w przypadku poziomu cech, McAdams proponuje metaforyczne określenie funkcjonowania osoby z poziomu charakterystycznych adaptacji, czyli *człowiek – agent* (McAdams, 2010). Pojęcie agenta odnosi się przede wszystkim do samokierowania, to znaczy podejmowania planowanych działań uwydatniających się w podejmowanych decyzjach, wyborach oraz określanych celach (McAdams, 2010). Ponieważ pojęcie charakterystycznych adaptacji uwzględniają takie konstrukty jak obraz siebie, style relacyjne czy sposoby radzenia sobie ze stresem (McAdams, 2006, 2010) wydaje się, że ich rozumienie znacząco wykracza poza zagadnienia samokierowania odzwierciedlając indywidualność jednostki w szerszej perspektywie. Pincus i Roche (2019) wskazują, że historie oparte na charakterystycznych adaptacjach często rzutują w przyszłość odnosząc się do potencjalnych trajektorii rozwoju społecznego.

Trzecim poziomem osobowości w modelu McAdamsa jest tożsamość narracyjna. Autor czyni wyraźne rozróżnienie pomiędzy terminem „tożsamość” a „Ja”(self). Konstrukty tożsamości narracyjnej sięga do eriksonowskiego (np. Erikson, 1963) rozumienia tożsamości jako szczególnej organizacji różnych ważnych aspektów Ja (np. ról, obrazów siebie, celów, obaw, potrzeb) w spójny wzór (tożsamość). Opisując „Ja” (self), McAdams posłużył się teorią Jamesa (1890/1950), który określił „Ja” (self) jako szeroki zbiór charakterystyk opisujących daną osobę – zarówno w kontekście funkcjonowania społecznego/interpersonalnego, indywidualnych charakterystyk oraz posiadania (np. ciało, ale także ważne przedmioty, np. dom). Opierając się na teorii Eriksona, McAdams definiuje tożsamość narracyjną jako „(...) zinternalizowaną i ewoluującą historię zrekonstruowanej przeszłości oraz wyobrażonej przyszłości, która ma na celu zapewnienie życiu jedności, spójności i ciągłości” (McAdams, 2010, s. 179). Definicja zawiera fenomenologiczną perspektywę, odzwierciedlającą się w tym, że ludzie konstytuują swoją tożsamość poprzez spójne, nakierowane na cel autonarracje mające funkcje integracyjne dla różnych aspektów Ja oraz na zintegrowanie ze społeczeństwem (McAdams, 1995a).

W konsekwencji tworzenia tożsamości narracyjnej jednostka ma poczucie, że cały czas jest tą samą osobą pomimo różnych charakterystyk osobistych, zmian i przeżytych doświadczeń (Pincus, Roche, 2019). Poznanie historii życia pozwala zrozumieć subiektywną perspektywę autora (historii) oraz bogaty system znaczeń, jaki jednostka przypisuje swojemu doświadczeniu.

Tożsamość narracyjna pojawia się w toku rozwoju w adolescencji (np. McAdams, 2010). Adolescencja jest tym kluczowym etapem rozwojowym, w którym pojawiają się pewne zdolności poznawcze pozwalające na rozwój tożsamości, w tym także tożsamości narracyjnej (McLean, 2008), np. intrapsychiczne testowanie potencjalnych możliwości (Inhelder, Piaget, 1958), zdolność do tworzenia rozbudowanych abstrakcyjnych reprezentacji mentalnych (Case, 1985) czy rozwój zdolności analitycznych (Inhelder, Piaget, 1958). Adolescent jest zatem zdolny do aktywnego i intencjonalnego reflektowania nad tym, kim był dotychczas, kim jest aktualnie oraz kim mógłby się stać w przyszłości (McLean, 2008), reflektowania nad znaczeniem doświadczanych wydarzeń oraz rozważania zależności pomiędzy własnym doświadczeniem a tym za kogo się uważa (np. Habermas, Bluck, 2000; McLean, Pratt, 2006) (wnioskowanie autobiograficzne, zob. dalej, np. Habermas, Bluck, 2000; McLean, i in., 2019). Ponadto dojrzewanie jest krytycznym momentem wyłaniania się tożsamości narracyjnej ze względu na pojawiające się silniejsze wpływy społeczne. Adolescent podlega w tym czasie presji społecznej określenia swojej tożsamości, tego kim jest i kim chciałby być w przyszłości (np. Erikson, 1968; McAdams, Pals, 2006). Ze względu na podkreślane znaczenie subiektywnej perspektywy, opisana część teorii tożsamości narracyjnej posiada wyraźne konotacje z paradygmatem personologicznym/fenomenologicznym (por. Wiggins, 2003).

McAdams (2010) określił także metaforę osoby tworzącej własną tożsamość narracyjną – *autor*. Bycie autorem polega na tworzeniu własnej historii (tożsamości narracyjnej) w oparciu o wybór na podstawie refleksji nad możliwościami stworzonymi przez wcześniejsze doświadczenia, środowisko oraz własne wybory (np. McAdams 2006). W tej perspektywie tożsamość narracyjna zależy od sposobu interpretacji i nadawania znaczenia wydarzeniom określanym przez jednostkę jako ważne, które zostały zachowane w pamięci autobiograficznej oraz sposobu ich narracji.



### **3.3. Model tzw. „Wielkiej Trójki” tożsamości narracyjnej McLean i in. (2020) jako krok w kierunku zwiększenia potencjału empirycznego teorii McAdamsa**

Literatura źródłowa prezentująca założenia teoretyczne w zakresie rozumienia tożsamości narracyjnej zawiera informacje na temat filozoficznych podstaw, charakteru poszczególnych poziomów osobowości, potencjalnych związków między nimi, czy teoretycznych inspiracji (zob. wcześniej; np. McAdams i in., 1996, 2001; McAdams, 2010, 2018). Prace autora teorii relatywnie dobrze odzwierciedlają jej ducha, jednak nie wskazują wyczerpującego charakteru operacjonalizacji teorii. Opisane wcześniej ogólne założenia teorii tożsamości narracyjnej implikują jej pewien niedookreślony charakter. Autor tej rozprawy rozumie „niedookreśloność” nie w kontekście luk w relatywnie systematycznym wyłożeniu założeń teoretycznych, ale jako pozostawienie pewnej dowolności w doborze konstruktów pozwalających na włącznie teorii tożsamości narracyjnej do badań naukowych w nowy (nieopisany przez McAdamsa) sposób.

Jednym z kierunków wykorzystania teorii tożsamości narracyjnej jest włączanie jej założeń do badań w zakresie różnych obszarów psychologii, np. nad zagadnieniami związanymi z zaburzeniami osobowości (np. Lind i in., 2019a, 2019b; Lind i in., 2020; Lind i in., 2022; Lind, 2021). Przyjmując perspektywę badania tożsamości narracyjnej w klasyczny sposób, to znaczy w oparciu o zbieranie narracji, włączanie konstruktów tożsamości narracyjnej do badań polega na próbach określenia aspektów tożsamości narracyjnej, na które zostanie położony nacisk w trakcie analiz wypowiedzi oraz poszukiwaniu dalszych związków z interesującym badacza zjawiskiem/stanem psychicznym. Ze względu na złożoność i wskazaną „niedookreśloność” tożsamości narracyjnej nie jest możliwe badanie/zmierzenie tożsamości narracyjnej jako takiej. Historia badań wskazuje, że definiowane i mierzone są raczej jej różne aspekty, na podstawie których można dokonywać wnioskowania na temat tożsamości narracyjnej autora narracji. Badacze starają się dobierać lub na nowo definiować takie aspekty tożsamości narracyjnej, które najlepiej będą odzwierciedlały funkcjonowanie psychologiczne jednostki w zakresie interesujących ich badawczo/klinicznie obszarach. Ze względu na mnogość różnych charakterystyk tożsamości narracyjnej ujmowanych w badaniach naukowych oraz cel niniejszej pracy w kolejnym akapicie wskazane zostaną te aspekty, które w literaturze najczęściej omawiane są w zakresie dobrostanu psychicznego i zaburzeń osobowości.

Metaanaliza kilkunastu najważniejszych artykułów z zakresu związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości wskazuje na różnego rodzaju narracyjne charakterystyki, które były uwzględniane w tego typu badaniach (Lind i in., 2020). Do najważniejszych z nich należały sprawczość, wspólnotowość, sekwencja kontaminacji i odkupienia, połączenia wydarzenie-Ja oraz koherencja narracji. Sprawczość definiowana jako autonomia bohatera (autora) historii, zdolność do brania odpowiedzialności za własne życie oraz kierowania jego tokiem (np. Adler i in., 2012). Wspólnotowość natomiast rozumiana jest przez pryzmat dążenia do tworzenia bliskich, wzajemnych i romantycznych/przyjacielskich relacji z innymi ludźmi, uczestnictwa w większych grupach społecznych czy zaangażowania w wychowanie lub opiekę nad innymi (np. Adler i in., 2012; McAdams i in., 1996). W zakresie wspólnotowości niektórzy autorzy zwracają także uwagę na jej wypełnienie, czyli określenie czy bohater historii (autor) spełnia potrzebę bliskości (np. Adler, 2012). Sekwencja kontaminacji i sekwencja odkupienia dotyczą zmian w zakresie tonu emocjonalnego na przestrzeni opowiadanej historii. Sekwencja kontaminacji identyfikowana jest w historiach, których początek jest neutralny lub pozytywny, ale ostatecznie wartościowane są negatywnie. Sekwencja odkupienia natomiast dotyczy historii, których neutralny albo negatywny początek na przestrzeni historii prowadzi do pozytywnego zakończenia (McAdams, 2001). Połączenia wydarzenie-Ja opisywane jako identyfikowanie opowiadanego wydarzenia jako źródła istotnej zmian, to znaczy wpływu na życie bohatera historii (autora). Wpływ ten może mieć zarówno pozytywny jak i negatywny charakter (Lilgendahl, McAdams, 2011). Koherencja definiowana jest jako tendencja do przedstawiania historii w sposób spójny, zrozumiały i pełny. W zależności od przyjętej definicji ogólna koherencja rozumiana jest przez pryzmat poszczególnych elementów składowych (por. Baerger, McAdams, 1999; Reese i in., 2011).

Wskazane charakterystyki stanowią obrazowy przykład tego, jakie aspekty autonarracji włączane są do badań w zakresie łączenia tematyki tożsamości narracyjnej i zaburzeń osobowości, choć warto wskazać, że nie jest to zamknięta lista. W literaturze przedmiotu znaleźć można również inne aspekty autonarracji, które traktowane są jako wskaźniki tożsamości narracyjnej. Rozproszenie oraz brak usystematyzowania przekładają się na pewien chaos związany z ich użytecznością a opieranie się wyłącznie na pojedynczych lub wybranych zbiorach charakterystyk bez zwrócenia uwagi na nadrzędną, organizującą strukturę stanowi ograniczenie związane z wykorzystaniem ich w prowadzeniu naukowych badań psychologicznych (McLean i in., 2020).

W literaturze przedmiotu można znaleźć jednak próby stworzenia systematycznych modeli, które mogłyby stanowić punkt wyjścia dla prowadzenia badań z wykorzystaniem teorii tożsamości narracyjnej. Pierwszego relatywnie wyczerpującego podziału dokonał Adler ze współpracownikami (2016) wskazując cztery grupy charakterystyk: tematy afektywne, tematy motywacyjne, tematy integracyjne, elementy strukturalne. Podział ten stanowi pewną kontynuację rozważań, które wcześniej pojawiały się w literaturze przedmiotu na temat najważniejszych elementów i tematów związanych z konstrukcją tożsamości narracyjnej (por. Habermas, Bluck, 2000; McAdams, McLean, 2013). Zaproponowany przez Adlera i in. (2016) podział na wskazane grupy został określony w oparciu o oceny ekspertów w dziedzinie tożsamości narracyjnej. Wydaje się, że ten fakt może być jednak źródłem ograniczeń związanych z rozłącznością opisanych kategorii, na co zwracają uwagę również sami autorzy (Adler i in., 2016). Jako przykład wskazują oni sekwencje kontaminacji i odkupienia, które zaklasyfikowane jako elementy zasilające tematy afektywne, z powodzeniem mogłyby także zasilać grupę elementów strukturalnych (jako wyraźna zmiana dotycząca sposobu narracji w zakresie emocjonalnej ewaluacji) lub tematów integracyjnych (np. identyfikowanie pozytywnej zmiany wskutek doświadczenia obiektywnie negatywnego wydarzenia) (Adler i in., 2016). Innym przykładem ograniczenia wyników Adlera i in. (2016) jest klasyfikacja tematów sprawczości i wspólnotowości, które z jednej strony mogłyby być połączone w jedną grupę odzwierciedlającą aspekty motywacyjne lub stanowić element zasilający dla tematów afektywnych, to znaczy doświadczanych emocji, np. wraz z zaspokajaniem/niezaspokajaniem potrzeby bliskości (McLean i in., 2020). Wskazane ograniczenia formułowane są w kierunku braku rozłączności pomiędzy elementami zasilającymi poszczególne czynniki. W konsekwencji możliwości aplikacyjne polegające na wykorzystaniu tej klasyfikacji w naukowych badaniach są relatywnie niskie. Wyniki Adlera i in. (2016), choć posiadające pewne ograniczenia, stanowiły jednak asumpt do dalszej eksploracji struktury tożsamości narracyjnej przez innych badaczy.

McLean i in. (2020) przeprowadzili empiryczną weryfikację struktury tożsamości narracyjnej określając na podstawie swoich badań dwa modele przedstawiające główne elementy struktury tożsamości narracyjnej. Oba wskazują na istnienie tych samych trzech, pozostających we wzajemnych relacjach, nadrzędnych czynników tożsamości narracyjnej wraz ze wskazaniem na zasilające je aspekty (por. Tabela 3.2). Pierwszy, rozszerzony model, uwzględnia aspekty, które wykazały znaczące korelacje z więcej niż jednym nadrzędnym czynnikiem (np. aspekt koherencji tematycznej zasila przede wszystkim

czynnik wnioskowania autobiograficznego, ale wykazano także słabsze korelacje z czynnikiem struktury). Autorzy sugerują, że wyodrębnione trzy nadrzędne czynniki zasilane są prawdopodobnie przez różne, także skorelowane z innymi czynnikami aspekty. Model ten podziela zatem pewne ograniczenia związane z rozłącznością opisane w odniesieniu do propozycji Adlera i in. (2016). Niemniej jednak jego istnienie zwraca uwagę na fakt, że tożsamość narracyjna stanowi złożony i zróżnicowany system, a jej elementy składowe nie mogą być prawdopodobnie traktowane rozłącznie, ponieważ odnoszą się do wspólnego aspektu funkcjonowania psychicznego – aktywności autonarracyjnej. Drugi zaproponowany model został oczyszczony z aspektów, które posiadają związki z więcej niż jednym wyodrębnionym czynnikiem tożsamości narracyjnej. Model określony został mianem modelu funkcjonalnego o nieco uproszczonym charakterze. Z jednej strony uproszczenie modelu ogranicza rozumienie tożsamości narracyjnej poprzez pominięcie pewnych istotnych zmiennych zasilających jej nadrzędne czynniki oraz posługiwanie się nim w trakcie badań naukowych niesie za sobą ryzyko pominięcia pewnych związków, które mogłyby zaistnieć gdyby posłużono się modelem rozszerzonym. Z drugiej jednak strony zaproponowanie „czystego” modelu struktury tożsamości narracyjnej pozwala na jego łatwiejsze wykorzystanie w naukowych badaniach empirycznych, co przekłada się także na zachętę dla innych badaczy planujących weryfikację wyników McLean i in. (2020) lub włączenia ich modelu na rzecz innych celów badawczych. Zważywszy na relatywnie innowacyjną optykę zaproponowaną przez McLean i in. (2020) oraz pewien wstępny charakter opublikowanych przez nich wyników, autor pracy zdecydował się wykorzystać uproszczony model funkcjonalny jako podstawę dalszych rozważań na temat tożsamości narracyjnej. Tabela 3.2. przedstawia określone czynniki i ich aspekty w perspektywie modelu funkcjonalnego.

**Tabela 3.2.**

Czynniki tożsamości autonarracyjnej wraz z zasilającymi je aspektami w modelu funkcjonalnym wg. McLean i in. (2020)

Czynnik	Aspekty zasilające
Struktura	1. Fakty 2. Koherencja kontekstowa 3. Koherencja czasowa

Tematy motywacyjne i afektywne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontaminacja</li> <li>2. Ton afektywny</li> <li>3. Sprawczość</li> <li>4. Wspólnotowość</li> </ol>
Wnioskowanie autobiograficzne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przetwarzanie eksploracyjne</li> <li>2. Nadawanie znaczenia</li> <li>3. Połączenia zmiany</li> </ol>

Opracowanie własne na podstawie McLean i in. (2020)

Czynnik „struktura” może być metaforycznie postrzegany jako architektura budowanej historii życia (McLean i in., 2020). W ogólnym rozumieniu dobrze określona struktura pozwala na lepsze rozeznanie odbiorcy w narracji. W związku z tym fakty, koherencja kontekstowa i czasowa stanowią jej konstytucjonalne aspekty zasilające. Fakty odnoszą się do takich informacji zawartych w narracji, które (potencjalnie) mogą być zweryfikowane przez osoby będące świadkami danego wydarzenia, przynajmniej za pomocą jednego z pięciu zmysłów. Odnoszą się najczęściej do referowania zjawisk i wydarzeń dziejących się poza wewnętrznym światem przeżyć uczestników (np. obserwowalne zachowanie, określony dźwięk itd.) (Pasupathi, Hoyt, 2009). Koherencja kontekstowa odnosi się do podstawowych informacji na temat opowiadanego wydarzenia. Wypowiedź jest spójna kontekstowo, jeśli zawiera informacje określające czas, miejsce i uczestników. Spójność czasowa związana jest z ułożeniem wydarzeń w narracji w porządku chronologicznym, zgodnie z następstwem poszczególnych zdarzeń (Reese i in., 2011).

Tematy motywacyjne i afektywne odnoszą się zarówno do kwestii związanych z poczuciem odpowiedzialności za własne życie, relacji interpersonalnych jak i emocjonalnego aspektu budowanej narracji. Aspektami zasilającymi ten czynnik są kontaminacja, ton afektywny, sprawczość i wspólnotowość. Kontaminacja, lub sekwencje kontaminacji, identyfikuje się w narracjach, w których początkowo pozytywne opisy doświadczeń emocjonalnych związanych z opowiadaniem wydarzeniem, zmieniają się w negatywne (McAdams i in., 2001). Innymi słowy w toku opowiadania narracja zmienia swój wydźwięk z pozytywnej na negatywną. Ton emocjonalny wiąże się natomiast z ogólną, globalną oceną narracji z punktu widzenia opisu doświadczanych emocji opisywanych zwykle na kontinuum pomiędzy jednoznacznie negatywnym i pesymistycznym a jednoznacznie pozytywnym i optymistycznym (McLean i in., 2020).

Można byłoby mylnie identyfikować sekwencję kontaminacji z tonem afektywnym, jednak różnica pomiędzy nimi jest taka, że kontaminacja zakłada pewną zmianę, dynamikę w zakresie opisu doświadczeń emocjonalnych (pozytywne wydarzenie zostaje w jakiś sposób skontaminowane negatywnym afektem); ton emocjonalny nie wymaga tej zmiany. Sprawczość i wspólnotowość stanowią dwa najważniejsze treściowe wymiary, wokół których autonarracje są konstruowane (Adler i in., 2012). Sprawczość rozpatrywana jest w kontekście autonomii, odpowiedzialności za własne życie. W autonarracjach widoczny jest zatem aspekt wpływu na własne życie (Lysaker i in., 2003), podejmowania samodzielnych decyzji i działań (Adler i in., 2008) oraz poczucia kontroli nad przebiegiem własnego życia (McAdams, 2002). Wspólnotowość natomiast wyraża się w autonarracjach, w których autor doświadcza poczucia przynależności i miłości, jedności z innymi, przyjaźni, bliskości czy bliskich relacji; temat ten przejawia się również w narracjach o dawaniu opieki innym (McLean i in., 2020). Wspólnotowość może przejawiać się w narracji na temat związków z poszczególnymi osobami, grupami lub większymi społecznościami.

Wnioskowanie autobiograficzne dotyczy zmiany Ja wynikającej z (auto)refleksji nad przeżyтым doświadczeniem. Aspektami składającymi się na ten czynnik, zgodnie z uproszczonym modelem tożsamości narracyjnej, są przetwarzanie eksploracyjne (Pals, 2006), nadawanie znaczenia (McLean, Thorne, 2003; McLean, Pratt, 2006) oraz połączenia zmiany (Pasupathi i in., 2007). Szczegółowy opis wnioskowania autobiograficznego oraz zasilających go aspektów znajduje się w dalszej części tego rozdziału.

Jak wskazano wcześniej, tożsamość narracyjna wyraża się w konstrukcji historii własnego życia. Niesie to za sobą naturalną, ale wymagającą podkreślenia, konsekwencję wskazującą na jednoznacznie narracyjny charakter zarówno historii życia jak i czynników czy aspektów konstruujących tożsamość narracyjną. Oznacza to, że na pierwotnym poziomie analiza tożsamości narracyjnej zgodnie określonymi wytycznymi, np. modelu funkcjonalnego McLean i in. (2020) może być porównana do lingwistycznej analizy wypowiedzi ze względu na treść lub jej strukturę, bez konieczności odnoszenia się do psychologicznych korelatów leżących u podstaw tworzenia narracji. Warto jednak zaznaczyć, że zwerbalizowana historia życia (w postaci autonarracji) stanowi jednak wyłącznie egzemplifikację tożsamości narracyjnej, a nie jest tożsamością narracyjną *per se*. Odwołując się do definicji zaproponowanej przez McAdamsa, tożsamość narracyjna ma charakter zinternalizowany (np. McAdams, 2010), co oznacza, że tożsamość

narracyjna jest konstruktem intrapsychicznym, który zgodnie z założeniami teorii przejawia się w autonarracji.

Ze względu na cel niniejszej pracy poniżej zostaną przedstawione rozważania na temat wnioskowania autobiograficznego ze wskazaniem podobieństw i różnic w odniesieniu do innych (relatywnie zbieżnych z wnioskowaniem autobiograficznym) konstruktywów psychologicznych w celu jasnego odróżniania go od tych pojęć i podkreślenia jego istoty.

### **3.4. Wnioskowanie autobiograficzne w szerszym kontekście wiedzy psychologicznej**

Określenie modeli tożsamości narracyjnej (McLean i in., 2020) na drodze badań empirycznych przełożyło się na lepsze rozumienie teorii McAdamsa oraz dało potencjał do jej dalszego, naukowego rozwoju. Z jednej strony tożsamość narracyjna została przedstawiona poprzez jasno określoną strukturę, która uszczegóławia pierwotnie sformułowane przez autora twierdzenia. Z drugiej strony przedstawienie modeli daje możliwość łatwiejszego prowadzenia badań w oparciu o omawianą teorię.

Dokonując próby psychologicznej problematyzacji poszczególnych części składowych modelu funkcjonalnego McLean i in. (2020) należałoby zwrócić się przede wszystkim w kierunku wnioskowania autobiograficznego ze względu na jego szczególny charakter dla celu niniejszej pracy oraz tożsamości narracyjnej w ogóle. Habermas i Bluck (2000) wskazują, że wnioskowanie autobiograficzne stanowi najważniejszy proces dla tworzenia tożsamości narracyjnej zapewniając osobie poczucie spójności i ciągłości w czasie. Biorąc pod uwagę znaczenie przeszłych doświadczeń dla konstruowania tożsamości narracyjnej, wnioskowanie autobiograficzne będzie w dużej mierze związane z pamięcią autobiograficzną. Proces opiera się na aktywności autorefleksyjnej (w oparciu o wydarzenia zapamiętane jako ważne dla Ja) związanej z przeszłymi, osobistymi doświadczeniami, który prowadzi do tworzenia połączeń pomiędzy wydarzeniami a Ja lub przeszłym, teraźniejszym i przyszłym rozumieniem siebie. Wnioskowanie autobiograficzne wyraża się przede wszystkim w znaczeniu, jakie osoba przypisuje własnym doświadczeniom; znaczenie to najczęściej identyfikowane jest jako istotna zmiana związana z Ja lub innymi ważnymi aspektami życia człowieka (Habermas, Bluck, 2000; McLean i in., 2020). Biorąc pod uwagę uproszczony model funkcjonalny autorzy wskazali trzy pomniejsze składowe przez pryzmat których wnioskowanie autobiograficzne może być postrzegane: (1) przetwarzanie eksploracyjne (Pals, 2006); (2) nadawanie

znaczenia (McLean, Pratt, 2006); tworzenie połączeń wydarzenie-Ja (Pasupathi i in., 2007). Każdy z wyszczególnionych elementów w różny sposób dotyczy refleksji nad doświadczeniem prowadzącego do określenia/identyfikowania zmiany związanej z przeżytych doświadczeniem.

Przetwarzanie eksploracyjne (Pals, 2006) dotyczy (gotowości do) eksploracji własnego doświadczenia, refleksji nad nim oraz jego analizowania. Istotnym aspektem przetwarzania eksploracyjnego jest również otwartość na wyciąganie wniosków z przeżytego doświadczenia oraz rozumienia jego znaczenia dla historii życia. Przetwarzanie eksploracyjne wyraża się w narracji, w której widoczne jest przyjmowanie różnych perspektyw i alternatywnych sposobów interpretacji danego wydarzenia lub aktywny wysiłek związany z odniesieniem opowiadanego wydarzenia do szerszego kontekstu własnej historii.

Nadawanie znaczenia (McLean, Pratt, 2006; McLean, Thorne, 2003) definiowane jest przez pryzmat zdolności do dostrzeżenia wpływu przeżytego doświadczenia w postaci zmiany Ja lub nabrania nowej perspektywy na znaczące aspekty funkcjonowania, np. w zakresie relacji czy postawy wobec otoczenia. Konstruowanie narracji z wyraźnie widocznym procesem nadawania znaczenia odznaczają się jasnym wskazaniem na szeroko rozumianą zmianę Ja, której przyczyny identyfikowane są w doświadczonym wydarzeniu. Podobnie jak w przypadku przetwarzania eksploracyjnego, autorzy konstruktów nadawania znaczenia wskazują na konieczność zaistnienia pewnej zdolności do (auto)refleksji, która pozwala na nabranie pewnej abstrakcyjnej perspektywy wobec własnych doświadczeń w celu identyfikacji ich znaczenia w kontekście funkcjonowania Ja lub w zakresie innych ważnych aspektów (McLean, Thorne, 2003).

Ostatnim aspektem wnioskowania autobiograficznego w zakresie modelu funkcjonalnego McLean i in. (2020) są połączenia zmiany, które stanowią jeden z dwóch możliwych typów połączeń tworzonych w narracjach pomiędzy wydarzeniem a Ja (Pasupathi i in., 2007). W ogólnym rozumieniu połączenia wydarzenie-Ja rozumiane są jako identyfikowany/tworzony związek pomiędzy doświadczeniem a jakimś aspektem Ja, na które opowiadane wydarzenie miało wpływ. W rozumieniu autorów ustanawianie połączeń wydarzenie-Ja odzwierciedla sposób w jaki osoba badana włącza istotne dla siebie wydarzenia do swojej historii życia. Ustanawianie połączeń zmiany odbywa się poprzez konstruowanie narracji o związku przyczynowo skutkowym zachodzącym między opisywanym doświadczeniem a Ja. Związek ten wyraża się w zmianie Ja wskutek danego wydarzenia. Drugim typem połączeń są połączenia stałości, które w przeciwieństwie do



połączeń zmiany tworzone są w narracjach podkreślających posiadaną już wcześniej cechę, a w których doświadczony wydarzenie stanowi pewne tło dla jej prezentacji i podkreślenia. Autorzy (Pasupathi i in., 2007) nie wskazują wprost na psychologiczne procesy/struktury/możliwości leżące u podstaw tworzenia opisanych połączeń. Skupiają się oni przede wszystkim na ich potencjalnej funkcji i znaczeniu dla tworzonej historii życia oraz konsekwencjach i związkach z normatywnym funkcjonowaniem psychologicznym (Pasupathi, i in., 2007). Wydaje się jednak, że u podstaw tworzenia połączeń wydarzenie-Ja, podobnie jak w przypadku dwóch poprzednich opisanych aspektów wnioskowania autobiograficznego, leży pewna zdolność do autorefleksji, dystansowania się wobec własnego doświadczenia oraz odnoszenia wyciągniętych wniosków do Ja.

Powyższy opis przetwarzania eksploracyjnego, nadawania znaczenia oraz połączeń wydarzenie-Ja pozwala zaobserwować, że zarówno zdolność do refleksowania nad osobistym doświadczeniem w odniesieniu do Ja, jak i zmiana lub gotowość/otwartość na zmianę Ja wskutek przeżytego doświadczenia stanowią ich wspólną oraz najbardziej istotną cechę. Z jednej strony wskazują na to różni autorzy zajmujący się tożsamością narracyjną określając zdolność do łączenia osobistych doświadczeń z Ja jako definicyjny element wnioskowania autobiograficznego (np. Habermas, Bluck, 2000; McLean, Fournier, 2008; Pasupathi, Mansour, 2006). Z drugiej strony według McLean i in. (2020) wnioskowanie autobiograficzne wraz z jego składowymi uwidacznia się w włączeniu do konstruowanej narracji opisu istotnej zmiany związanej z rozumieniem i interpretacją siebie czy innych ważnych elementów własnego życia, co wykracza nieco poza rozumienie zaproponowane powyżej. Ponadto związek opisany na poziomie teorii znajduje również swoje potwierdzenie empiryczne. McLean i in. (2020), poza analizą czynnikową prowadzącą do określenia modeli, przeprowadzili także analizę korelacji zachodzących pomiędzy wszystkimi włączonymi do badań aspektami tożsamości narracyjnej. Jej wyniki mówią, że przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia oraz połączenia wydarzenie-Ja w zakresie zmiany są ze sobą pozytywnie skorelowane, co również wskazuje na część wspólną tych konstruktów.

Jak opisano wcześniej, zaproponowane przez McLean i in. (2020) modele tożsamości narracyjnej pozwalają na lepsze zrozumienie jej istoty oraz zastosowanie założeń teorii w badaniach empirycznych. Należy jednak pamiętać, że tożsamość narracyjna rozumiana jako historia życia stanowi pewną integralną jedność, a przedstawione przez autorów czynniki pozwalają na oglądanie tej historii z różnych

perspektyw, które pozostają ze sobą w ścisłych zależnościach. Pamiętając o narracyjności opisywanych czynników i ich aspektów, zależności te polegają na ich naturalnym współwystępowaniu w autonarracjach. Oznacza to, że historia życia (tożsamość narracyjna) zawiera w sobie przywołanie jakiegoś wydarzenia ze wskazaniem jego znaczenia dla Ja (wnioskowanie autobiograficzne), opis emocji i motywów działania (tematy afektywne i motywacyjne), które są ułożone zgodnie z ogólnie przyjętym kulturowo porządkiem opowiadania historii (struktura). Konsekwencją opisanego spojrzenia jest to, że fragmenty narracji, w których można zidentyfikować wnioskowanie autobiograficzne, tematy afektywne i emocjonalne oraz elementy strukturalne naturalnie będą się ze sobą przeplatać. Należy położyć więc szczególny nacisk na zrozumienie różnicy pomiędzy nimi. Wnioskowanie autobiograficzne będzie związane bardziej z aktywnością poznawczą opartą na zdolności do przywoływania wspomnień z pamięci autobiograficznej, autorefleksji i refleksowania nad własnym doświadczeniem oraz wyciągania z niego wniosków w odniesieniu do Ja. Opis emocji i motywacji, choć ważny z punktu widzenia ewaluacji zdarzenia oraz jego przyczyn nie może być traktowany jako konstytucjonalna część wnioskowania autobiograficznego. Mogą zdarzyć się przypadki autonarracji, w których autor opowiada o jednoznacznie pozytywnej zmianie w zakresie Ja wykorzystując do tworzenia narracji wyłącznie negatywne emocje lub nie odnosi się do emocji wcale. Jakkolwiek opis emocji może pomagać zrozumieć słuchaczowi znaczenia opisywanego wydarzenia, oraz czyni wypowiedź ciekawszą (McAdams, 2018) nie jest on niezbędny do określenia, czy wnioskowanie autobiograficzne jest w historii obecne. W odniesieniu do aspektów strukturalnych wydaje się, że pozwalają one słuchaczowi na lepsze rozeznanie w opowiadanej historii. Ponadto zdaje się, że struktura tworzy swoiste rusztowanie dla tematów afektywnych i emocjonalnych oraz wnioskowania autobiograficznego, które mogą być przez to lepiej zrozumiane.

W psychologii obecne są jednak konstrukty, podobne w swojej istocie do wnioskowania autobiograficznego (czasami uznawane za tożsame), a które wnioskowaniem autobiograficznym nie są. Konstrukty te to: pamięć epizodyczna, pamięć autobiograficzna oraz mentalizacja. Mają one pewne części wspólne z wnioskowaniem autobiograficznym, ale stanowią różne zjawiska psychiczne. Poniżej przedstawiono charakterystykę każdego z nich wraz ze wskazaniem związków i różnic z wnioskowaniem autobiograficznym. Pozwoli to na dokładniejsze określenie miejsca wnioskowania autobiograficznego pośród innych, pokrewnych terminów.

### **3.4.1. Wnioskowanie autobiograficzne a pamięć epizodyczna i autobiograficzna**

Pamięć stanowi punkt zainteresowania wielu prac teoretycznych i empirycznych. Psychologowie zgadzają się jednak, że pamięć w ogólnym rozumieniu definiowana jest jako poznawcza funkcja, dająca możliwość pozyskiwania, przechowywania oraz odpamiętywania różnego rodzaju informacji (np. Sherry, Schacter, 1987), jak również że pamięć nie jest jednolitą funkcją, ale stanowi raczej zbiór zintegrowanych systemów posiadających różne charakterystyki (np. Fivush, 2011; Sherry, Schacter, 1987). Tulving (1983) proponuje podział pamięci na trzy systemy: pamięć proceduralną, semantyczną i epizodyczną. Pamięć proceduralna odnosi się do informacji dotyczących sposobu wykonywania różnego rodzaju czynności, nie tylko motorycznych, ale też np. poznawczych (np. Tulving, 1985). Pamięć semantyczna dotyczy szeroko rozumianej wiedzy na temat świata. Ta część pamięci zawiera symboliczne reprezentacje różnego rodzaju zjawisk i faktów historycznych. Dzięki informacjom zawartym w niej osoba jest w stanie myśleć o rzeczach, do których aktualnie nie ma bezpośredniego dostępu za pomocą zmysłów (Tulving, 1983; 1993). Pamięć epizodyczna wiąże się natomiast z zapamiętywaniem wydarzeń i faktów z własnego życia (np. Tulving, 1985). Tulving (2002) wskazuje dodatkowo dwa komponenty pamięci epizodycznej, które pozwolą uszczegółowić znaczenie pamięci dla wnioskowania autobiograficznego. Pierwszy z nich stanowi pewnego rodzaju orientacja w zapamiętanych doświadczeniach własnych, to znaczy umiejętność określenia co, gdzie i kiedy się wydarzyło. Innymi słowy informacje zapisywane w tej pamięci dotyczą przedmiotu doświadczenia. Drugim jest samoświadomość (ang. *autonoetic consciousness*) odnoszącą się do świadomości i rozumienia siebie jako podmiotu doświadczającego konkretnego wydarzenia.

Z pamięcią epizodyczną w ścisłym związku pozostaje pamięć autobiograficzna definiowana jako pamięć przeszłych wydarzeń, szczególnie w zakresie podejmowanych interakcji z innymi, które mają związek z szeroko rozumianym poczuciem Ja oraz samokierowaniem (Fivush, 2011; 1988, Pillemeri in., 1988). Fivush (2011) wskazuje, że pamięć autobiograficzna łączy się z pamięcią epizodyczną na przynajmniej trzy sposoby: (1) kiedy człowiek przypomina sobie konkretne wydarzenie z własnego życia, pamięć autobiograficzna pozwala na włączenie do tego wspomnienia pamięci Ja jako podmioty doświadczającego (w tym aspekcie pamięć autobiograficzna jest zbieżna ze samoświadomością opisaną przez Tulvinga (2002)); (2) w pamięci epizodycznej

przechowywane jest wiele różnych doświadczeń, podczas gdy pamięć autobiograficzna obejmuje te wspomnienia, które są szczególnie ważne dla poczucia Ja oraz pozwala na stworzenie związków pomiędzy nimi prowadząc do stworzenia historii życia; oraz (3) podejmowanie działań w oparciu o pamięć epizodyczną pozwala zarówno na kierowanie teraźniejszym i przyszłym zachowaniem, wspomagając funkcjonowanie emocjonalne i społeczne, jak również rozwój samoregulacji i poczucia Ja (np. Fivush, 1988).

Powyższe związki pamięci epizodycznej i autobiograficznej, szczególnie te wskazane w punkcie 2. poprowadziły Fivusha (2011) do postawienia znaku równości pomiędzy pamięcią autobiograficzną a wnioskowaniem autobiograficznym. Jest to jednak zbyt daleko idące uproszczenie, ponieważ sami autorzy konstruktu „wnioskowania autobiograficznego” wprost wskazują, że wnioskowanie autobiograficzne „(...) opiera się na pamięci autobiograficznej, ale wykracza poza nie, zwiększając rozumienie poprzez aktywne tworzenie spójności pomiędzy wydarzeniami a Ja” (Habermas, Bluck, 2000, s. 749). Podsumowując, należałoby powiedzieć, że pamięć autobiograficzna zawiera pewien zbiór osobistych doświadczeń, które ze względu na ich szczególne znaczenie, stanowią podwaliny dla stworzenia autonarracji, mającej potencjał do przybrania charakteru tożsamości narracyjnej. Do jej stworzenia wymagana jest jednak pewna zdolność do autorefleksji, prowadząca do zrozumienia osobistych doświadczeń w szerszym kontekście Ja i własnego życia, co stanowi kluczowy punkt dla wnioskowania autobiograficznego oraz znaczącą różnicę między wnioskowaniem autobiograficznym a pamięcią epizodyczną i autobiograficzną.

### **3.4.2. Wnioskowanie autobiograficzne a mentalizacja**

Ze względu na silny komponent związany z refleksją i autorefleksją, mentalizacja (Fonagy, Allison, 2014) może stanowić kolejny konstrukt pozwalający na lepsze osadzenie wnioskowania autobiograficznego w szerszym kontekście psychologii jako nauki poprzez wskazanie potencjalnych punktów wspólnych oraz istotnych różnic między nimi.

Mentalizacja definiowana jest przede wszystkim jako oparta na wyobraźniowej aktywności zdolność do rozumienia funkcjonowania (np. w zakresie reakcji behawioralnych czy emocjonalnych) innych w kontekście ich stanów mentalnych (np. uczuć, celów, przekonań, potrzeb czy pragnień) (Allen i in., 2008). Obrazowo można wskazać, że metalizowanie polega na zdolności do odróżniania świata doświadczeń zewnętrznych (tego co można zaobserwować/doświadczyć zmysłami) od wewnętrznych (np. motywów) dający możliwość stworzenia reprezentacji stanów mentalnych innych

osób, prowadzących do ich lepszego zrozumienia (np. Jańczak, 2018). Choć konstrukt mentalizacji używany jest głównie w charakterze rozumienia innych osób, różni autorzy (np. Fonagy, Allison, 2014; Jańczak, 2018) wskazują, że zdolności metalizacyjne są również istotne w zakresie rozumienia samego siebie oraz własnych doświadczeń, w szczególności tych niosących ze sobą duży ładunek emocjonalny. Tak rozumiana mentalizacja może prowadzić do efektywniejszej regulacji emocji oraz podtrzymywania stabilnego obrazu Ja.

Autorzy opisujący i wskazujący różne funkcje metalizowania skupiają się głównie na (1) wspomaganie rozeznania oraz funkcjonowania w sytuacjach interpersonalnych (Fonagy, Target, 1997, Jańczak, 2018); (2) wspomaganie funkcjonowania w ogólnie rozumianym świecie zewnętrznym poprzez zwiększenie przewidywalności zdarzeń (Fonagy, Target, 1997); (3) polepszeniu rozumienia siebie (Fonagy, Allison, 2014; Jańczak, 2018); oraz (4) regulowaniu wzajemnych stosunków zachodzących między funkcjonowaniem intrapersonalnym a światem zewnętrznym (np. Jańczak, 2018).

W obliczu tak rozumianej mentalizacji wydaje się, że z jednej strony procesy mentalizacyjne mogą działać w służbie wnioskowania autobiograficznego. Szczególnie należałoby podkreślić znaczenie rozumienia siebie i innych prowadząca do podtrzymania stabilnego obrazu Ja (tożsamości narracyjnej?) (np. Jańczak, 2018). Z drugiej strony, istotną różnicą, która nie pozwala na postawienie znaku równości między nimi jest, jak się wydaje, „globalność” obu konstruktów. Konstytucjonalnym elementem wnioskowania autobiograficznego jest rozumienie własnego doświadczenia w kontekście tworzenia tożsamości narracyjnej; czyli zdolność do łączenia ważnych wydarzeń z życia z Ja (np. Habermas, Bluck, 2000). Mentalizacja natomiast wyraża się bardziej w zdolności do refleksowania oraz rozumienia siebie i innych w perspektywie intrapsychicznych stanów mentalnych przede wszystkim w kontekście codziennego funkcjonowania (por. Allen i in., 2008; Fonagy, Allison, 2014).

### **3.5. Wnioskowanie autobiograficzne w narracjach osób z zaburzeniami osobowości**

Jak wskazano wcześniej, wnioskowanie autobiograficzne dotyczy przede wszystkim tych elementów narracji, które wskazują na zmianę w zakresie Ja lub innych, istotnych aspektach funkcjonowania osoby wskutek opowiadanego wydarzenia. Czynnikiem ten w modelu funkcjonalnym tożsamości narracyjnej zaproponowanym przez McLean i in.

(2020) zasilany jest przez aspekty nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz połączeń wydarzenie-Ja zmiany. Niestety nie ma wielu badań opisujących związku wnioskowania autobiograficznego z zaburzeniami osobowości. Niektórzy autorzy łączą tematykę wnioskowania autobiograficznego z koherencją narracji (np. Habermas, Bluck, 2000; Habermas, de Silveira, 2008). Badania w zakresie związków wnioskowania koherencji narracji z zaburzeniami osobowości wskazują, że osoby z zaburzeniami osobowości tworzą mniej spójne autonarracje. Adler i in. (2012) opisują, że narracje osób z zaburzeniami osobowości borderline otrzymywali niższe oceny w zakresie różnych aspektów koherencji narracji. Lind i in. (2019b) opisują związki niższej koherencji z doświadczaniem objawów zaburzenia osobowości typu borderline. Inne wyniki badań wskazują na istotnie niższe wyniki w zakresie koherencji narracji osób z zaburzeniami osobowości w porównaniu z grupą populacyjną i kliniczną grupą osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (Jørgensen i in., 2012; Rasmussen, 2017). Niemniej jednak wyniki badań w tym zakresie nie są spójne. Najnowsza literatura przedmiotu (Baaijens i in., 2024; Dimitrova i Simms, 2022) wskazuje na brak istotnych związków między koherencją narracji a poziomem funkcjonowania osobowości. Brak istotnych związków między koherencją narracji a poziomem funkcjonowania osobowości może wynikać z relatywnie odrębnych aspektów funkcjonowania psychicznego, jakie odzwierciedlają te konstrukty (Dimitrova i Simms, 2022). Poziom funkcjonowania osobowości odnosi się do ogólnego i globalnego sposobu doświadczania siebie i innych, nawiązywania relacji i podejmowania ukierunkowanych na cel działań, podczas gdy koherencja narracji może odzwierciedlać pewną „wyuczoną” umiejętność opowiadania historii zgodnie z ogólnymi kanonami opowiadania historii (Dimitrova, Simms, 2022).

Lind (2021) przedstawiła hipotetyczny obraz wnioskowania autobiograficznego w zaburzeniach osobowości, choć biorąc pod uwagę uwzględnione charakterystyki opis ten znacząco wykracza poza przedstawione rozumienie wnioskowania autobiograficznego. Według Lind (2021) osoby z zaburzeniami osobowości będą tworzyły autonarracje, w których związki pomiędzy opowiadaniem wydarzeniem a Ja będą jednoznacznie negatywne lub nie będzie ich wcale. Oznacza to, że (1) osoby te w odpowiedzi na przywołanie oraz opowiedzenie historii życia lub historii konkretnego ważnego dla siebie wydarzenia, będą opierać się na takich wydarzeniach, które miały na nie negatywny wpływ lub (2) osoba nie będzie w ogóle wskazywać na znaczenie jakie opowiadane doświadczeniem dla niej miało, to znaczy nie będzie identyfikowana zmiana Ja wskutek

opowiadanego doświadczenia. Autorka wskazuje także na pewien poziom dezorganizacji narracji oraz brak poczucia sprawstwa i niezaspokojenia w zakresie wspólnotowości.

Opierając się na nielicznych wynikach badań można wskazać, że osoby cierpiące z powodu zaburzeń osobowości typu borderline posiadają ograniczoną zdolność do nabierania szerszej perspektywy i łączenia różnych doświadczeń z Ja (Adler i in., 2012). Wskazuje się także, że osoby z zaburzeniami osobowości częściej niż osoby zdrowe tworzą historię życia ustanawiając negatywne połączenia pomiędzy opisywanym wydarzeniem a Ja (por. Baaijens et al., 2024) wskazując tym samym na ich negatywny wpływ na tworzenie tożsamości narracyjnej.

### **3.5.1. Teoretyczne wyjaśnienie charakterystyki wnioskowania autobiograficznego w obrazie zaburzeń osobowości**

Choć wydaje się to oczywiste, należy jasno podkreślić, że tożsamość narracyjna stanowi narracyjną konceptualizację konstruktu „tożsamość”. Pomimo powstania na gruncie teorii osobowości zdrowej, na przestrzeni ostatniej dekady intensywnie wskazywano na związki pomiędzy teorią tożsamości narracyjnej a zaburzeniami osobowości (por. Lind i in., 2020). Jak wskazuje literatura z obszaru teorii zaburzeń osobowości (np. Kernberg, 1976; Erikson, 1963), wyniki badań w tym zakresie (np. Jørgensen, Bøye, 2022; Sekowski i in., 2022; Westen i in., 2011; Wilkinson-Ryan, Westen, 2000) oraz treść podręczników diagnostycznych (APA, 2013; WHO, 2019), szeroko rozumiane trudności w zakresie tożsamości stanowią jeden z konstytucjonalnych elementów zaburzeń osobowości. W związku z powyższym wydaje się, że czynniki leżące u podstaw nieprawidłowego rozwoju tożsamości będą negatywnie wpływać na autonarracyjną prezentację historii swojego życia, czyli tożsamości narracyjnej.

W celu wyjaśnienia wskazanej zależności warto zwrócić się przede wszystkim w kierunku teorii relacji z obiektem, a w szczególności (częściowego) zahamowania rozwoju oraz utrzymującego się w związku z tym mechanizmu rozszczepienia (zob. wcześniej). W pracy wskazano również metalizowanie jako jeden z czynników zwiększających rozumienie wnioskowania autobiograficznego w kontekście właściwości psychologicznych. Niemniej jednak wydaje się, że nieprawidłowości w rozwoju normatywnej struktury wskazane przez Kernberga (1976) będą również (częściowo) leżały u podstaw zaburzeń w zakresie mentalizacji.

Dokonując próby przedstawienia procesu tworzenia tożsamości narracyjnej zaburzonego przez utrzymujący się mechanizm rozszczepienia należałoby zwrócić

się kierunku zarówno teoretycznego (Habermas, Bluck, 2000) jak i empirycznego (McLean i in., 2020) rozumienia wnioskowania autobiograficznego.

W kontekście funkcjonalnego modelu tożsamości narracyjnej (McLean i in., 2020) wnioskowanie autobiograficzne zasilane jest przez aspekty narracyjnego przetwarzania eksploracyjnego, nadawania znaczenia oraz ustanawiania połączeń zmiany (w zakresie połączeń wydarzenie-Ja). Jak wskazano wcześniej, wszystkie te zmienne dzielą wspólny komponent związany ze zdolnością do (auto)refleksji oraz mentalizacji, a w konsekwencji skutkują łączeniem ważnych wydarzeń z Ja, a więc tworzeniem tożsamości narracyjnej. W związku z tym oraz w świetle przedstawionych powyżej charakterystyk wnioskowanie autobiograficzne może pozostawać pod wpływem mechanizmu rozszczepienia w dwojaki sposób. Z jednej strony osoby w narracjach osób z zaburzeniami osobowości nie będzie widoczna aktywność autorefleksyjna. Wskazany brak będzie dotyczył zarówno samego przebiegu refleksji nad doświadczeniem jak i narracji na temat jego wyniku. W rezultacie narracje osób z zaburzeniami osobowości będą pozbawione, np. przedstawiania różnych, alternatywnych sposobów rozumienia opowiadanego doświadczenia, metalizowania na temat przyczyn zachowania innych, zwerbalizowanych prób i wysiłków związanych ze zrozumieniem/nadaniem znaczenia wydarzeniu oraz opisu zmiany w zakresie Ja lub innych ważnych aspektów funkcjonowania wynikłej z refleksji nad doświadczeniem. Z drugiej strony narracje osób z zaburzeniami osobowości mogą wykazywać w swoich narracjach aktywność (auto)refleksyjną, jednak jej przebieg może być zniekształcony a rezultat nieadekwatny. Utrzymujący się mechanizm rozszczepienia będzie hipotetycznie odzwierciedlać się w narracji, np. w tendencji do wyjaśniania zachowań ludzi w świetle posiadanych przez nich wyłącznie złych albo dobrych intencji, opisywaniu gwałtownych zmiany w interpretacji cudzych zachowań od jednoznacznie złych do jednoznacznie dobrych, opisie idealizacji albo dewaluacji siebie oraz skupianiu się na takich aspektach doświadczenia, które potwierdzają wyidealizowany/zdewaluowany obraz, czy ostatecznie w identyfikowaniu negatywnej zmiany Ja lub w zakresie innych, ważnych aspektów życia, związanej z opowiadaniem wydarzeniem.

Teoretyczne rozumienie wnioskowania autobiograficznego (Habermas, Bluck, 2000) odnosi się przede wszystkim do spójności i stabilności tożsamości narracyjnej. Choć w modelu funkcjonalnym tożsamości narracyjnej (McLean i in., 2020) aspekty koherencji zasilają aspekt struktury, to rozszerzony model wskazuje także na pewne korelacje spójności tematycznej z wnioskowaniem autobiograficznym (zob. wcześniej). Mając na uwadze, że tożsamość narracyjna stanowi przykład narracyjnej konceptualizacji konstruktu



„tożsamość” oraz że wnioskowanie autobiograficzne pozwala ukonstytuować spójną i stabilną historię życia wydaje się, że narracje osób z zaburzeniami osobowości będą odzwierciedlać niespójną, nieskonsolidowaną i niestabilną tożsamość (narracyjną). Narracyjne opracowanie oraz zwerbalizowanie doświadczenia może być niespójne, co w szczególności może wyrażać się, np. w wielu dygresjach, trudnościach w uchwyceniu głównego osobistego znaczenia opowiadanego wydarzenia, czy trudnościach w przedstawieniu wątków w sposób logiczny i uporządkowany. Nieskonsolidowana tożsamość (jako efekt działającego mechanizmu rozszczepienia) będzie przekładać się na obniżone możliwości integrowania szeroko rozumianego doświadczenia w spójną i ambiwalentną historię życia. Prawdopodobnie więc niespójny charakter narracji będzie odzwierciedlał ogólne doświadczanie rzeczywistości (intra- i interpsychicznej) w zdeorganizowany sposób.

### **3.6. Potencjał teorii tożsamości narracyjnej dla wzbogacenia wiedzy o zaburzeniach osobowości oraz procesu ich diagnozowania**

#### **3.6.1. Integracja teorii McAdamsa oraz wymiarowych modeli zaburzeń osobowości na poziomie założeń koncepcji**

Jak podkreślono w rozdziale pierwszym, teoria tożsamości narracyjnej może posiadać liczne części wspólne z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości. Literatura przedmiotu wskazuje, że teoria tożsamości narracyjnej może rzucić nowe światło na zagadnienie zaburzeń osobowości zarówno w kontekście poszerzenia diagnozy opisowej (np. Lind, 2021; Lind i in., 2022), jak również określania kierunku prowadzenia oddziaływań terapeutycznych (np. Lind, 2021). Integrowanie teorii tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości wydaje się również o tyle zasadne, że na przestrzeni ostatniej dekady zaczęto intensywniej podejmować ten kierunek w projektowaniu i prowadzeniu badań empirycznych (np. Lind, 2021; Lind i in., 2020; Mulay i in., 2019; Waugh i in., 2017). W celu utrzymania klarowności wywodu, najpierw przedstawione zostaną związki teorii tożsamości narracyjnej z wymiarowymi konceptualizacjami osobowości. Następnie omówione zostaną możliwości włączania teorii tożsamości narracyjnej do diagnozowania zaburzeń osobowości.

Literatura przedmiotu wskazuje, że model osobowości zaproponowany przez McAdamsa odzwierciedla do pewnego stopnia konceptualizację zaburzeń osobowości

zaproponowaną zarówno przez AMPD DSM-5 jak i ICD-11. Waugh (2019) wskazuje, że poziom cech, charakterystyczne adaptacje oraz tożsamość narracyjna w różnym stopniu pozwalają uchwycić poziom funkcjonowania osobowości w aspektach funkcjonowania Ja (tożsamość, samokierowanie) oraz interpersonalnych (empatia, bliskość).

W ostatnich latach dokonywano pewnych prób integracji obu modeli poprzez wskazanie odpowiadających sobie konstruktów obejmujących podobne aspekty funkcjonowania osobowości (Mulay i in., 2018; Waugh, 2019). Poziom cech w modelu McAdamsa, oparty głównie na modelu Wielkiej Piątki (np. Costa, McCrae, 1992) odnosi się do genetycznie uwarunkowanych tendencji względnie pozostających poza wpływem społecznym oraz określających ogólne zachowanie człowieka niezależnie od kontekstu (np. McAdams, 2006). Określenie posiadanych cech oraz ich nasilenia odbywa się za pomocą samoopisowych metod kwestionariuszowych, co wskazuje na ich psychometryczne rozumienie (McAdams, 2010; Waugh, 2019). Współczesne prace teoretyczno-empiryczne wskazują, że poziom cech z modelu McAdamsa odnosi się do patologicznych cech osobowości (kryterium B) (Mulay i in., 2018; Waugh, 2019). Oba konstrukty odnoszą się do klasycznego, psychometrycznego rozumienia cech osobowości traktując je jedynie z dwóch perspektyw (normatywnej oraz psychopatologii). Wskazanie, że patologiczne cechy osobowości stanowią ekstremalne krańce nasilenia cech modelu Wielkiej Piątki (por. Sharp, Wall, 2021), pozwala traktować obie perspektywy raczej jako dwa krańce jednego wymiaru.

Jak wskazano wcześniej poziom charakterystycznych adaptacji odzwierciedla sposoby adaptacji do warunków, cele, motywy, sposoby radzenia sobie ze stresem czy mechanizmy obronne (np. McAdams, 2010). Charakterystyczne adaptacje nie mogą być jednak postrzegane jako proste, osadzone w kontekście manifestacje cech (McAdams, 1995a), gdyby tak było ludzie znacząco mniej różniliby się między sobą. McAdams (1995a, 2006, 2010) wskazuje, że cechy warunkują w pewnym stopniu charakterystyczne adaptacje, jednak ich związek nie jest tak ścisły. DeYoung (2015) opisuje hipotetyczny przykład, kiedy osoba z tendencją do dominacji wskutek wyodrębniania się różnych celów, podejmowania różnych decyzji czy posiadania pewnych strategii radzenia sobie, zostaje prawnikiem. Przykład pokazuje, że zostanie prawnikiem nie jest wyłącznie uwarunkowane posiadaniem cechy dominacji, choć jej wkład w decyzję o wyborze zawodu z pewnością był znaczący. DeYoung (2015) wskazuje zatem, że relatywnie szerokie charakterystyczne adaptacje (zawód) mogą być postrzegane przez pryzmat pomniejszych charakterystycznych adaptacji (celów, wartości, sposobów radzenia sobie itd.). Dokonując

próby dalszej integracji modelu McAdamsa i AMPD DSM-5 wydaje się, że charakterystyczne adaptacje dotyczą zagadnień opisywanych zarówno przez kryterium A jak i kryterium B, ponieważ odnoszą się do dynamiki codziennego funkcjonowania (Kryterium A) uwzględniając również perspektywę posiadanych cech (kryterium B) (zob. tabela 3.3.; Mulay i in., 2018; Waugh, 2019).

**Tabela 3.3.**

Integracja AMPD DSM-5 i modelu osobowości McAdamsa

AMPD DSM-5	Model osobowości McAdamsa
Kryterium B	Poziom 1. Cechy
Kryterium A + B	Poziom 2. Charakterystyczne adaptacje
Kryterium A	Poziom 3. Tożsamość narracyjna

Opracowanie własne na podstawie Mulay i in., 2018; Waugh, 2019.

Tożsamość narracyjna odnosi się do integrowania różnych aspektów Ja w spójną historię życia zapewniającą poczucie stabilności i ciągłości w czasie (np. McAdams, 1995a, 2006). Waugh (2019) wskazuje, żeby w tym kontekście traktować tożsamość narracyjną jako wyłaniającą się z dwóch poprzednich poziomów osobowości. Według Waugh (2019) oraz Pincusa i Roche'a (2019) konstrukt tożsamości narracyjnej trafnie odzwierciedla aspekty funkcjonowania Ja i interpersonalnego określone przez AMPD DSM-5. Autorzy (Pincus i Roche, 2019) określają za McAdamsem i in. (1996) osiem tematów, które mogą być przejawem funkcjonowania w zakresie kryterium A. Tabela 3.4. przedstawia sposób integracji teorii McAdamsa oraz AMPD DSM-5 zaproponowany przez Pincusa i Roche'a (2019). W tabeli uwzględniono tematy obecne w autonarracjach, ich znaczenia oraz aspekty kryterium A, które w ich świetle można potencjalnie interpretować (por. McAdams, i in., 2002; Pincus, Roche, 2019).

**Tabela 3.4.**

Tematy narracyjne oraz ich znaczenie w perspektywie kryterium A

Temat	Znaczenie tematu obecnego w narracji	Aspekt poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)
Władza/wpływ	Autor autonarracji przedstawia siebie jako osobę posiadającą silny wpływ na otoczenie (zdarzenia oraz inne osoby) jak i na własne życie.	Tożsamość (aspekt funkcjonowania Ja)

Samoświadomość	Autor autonarracji wskazuje na osiągnięcie lepszego/głębszego rozumienia siebie. Rezultatem może być poczucie bycia dojrzałą osobą, a w konsekwencji podejmowanie określania nowych celów życiowych oraz planów z nim związanych.	
Osiągnięcia/ odpowiedzialność	Autor autonarracji wskazuje na własne poczucie pewności siebie i spełnienia w zakresie pokonywania trudności na drodze do spełniania celów. Autor przedstawia siebie jako osobę odpowiedzialną za własne obowiązki. Aspekty te dotyczą przede wszystkim sytuacji związanych z wydajnością, np. pracy/szkoły.	Samokierowanie (aspekt funkcjonowania Ja)
Status/zwycięstwo	Autor podkreśla w autonarracji własny status (w szczególności społeczny) lub specjalne osiągnięcia, które z jednej strony są doceniane przez innych a z drugiej są źródłem poczucia dumy.	
Dialog	Autor w autonarracji przedstawia doświadczenie wzajemnej, przyjaznej rozmowy z innymi. Istotnym aspektem dialogu jest również jego cel, a mianowicie dialog sam w sobie (a nie instrumentalne wykorzystanie rozmowy realizacji innego celu).	Empatia (aspekt funkcjonowania interpersonalnego)
Opieka	Autor w autonarracji przedstawia się jako osoba opiekująca się innymi i dbająca o innych (także w zakresie świadczenia bardziej zorganizowanych form, np. świadczenia terapii).	
Miłość/przyjaźń	Autor w autonarracji opisuje posiadanie bliskich i opartych na wzajemności relacji interpersonalnych.	Bliskość (aspekt funkcjonowania interpersonalnego)
Jedność/wspólnotowość	Autor w autonarracji opowiada o poczuciu jedności i przynależności do większej grupy, np. społeczeństwa.	

Opracowanie własne na podstawie McAdams, i in. (2002), Pincus, Roche (2019)

W tej części pracy warto również uwzględnić perspektywę Lind i in. (2022) na zagadnienie integracji tożsamości narracyjnej szczególnie z AMPD DSM-5. Autorzy skupili się przede wszystkim na tym, w jakich aspektach tożsamości narracyjnej odzwierciedlają się różne elementy poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A).

Zgodnie z teorią (np. McAdams, 2010) tożsamość narracyjna stanowi zinternalizowaną historię życia pozwalającą określić to kim osoba jest i jak to się stało, że jest tym kim jest, co przekłada się także na poczucie spójności i stabilności w czasie (np. Habermas, Bluck, 2000). W tym zakresie tożsamość narracyjna łączy się z aspektem poczucia unikatowości (aspekt tożsamości AMPD DSM-5) (Lind i in., 2022). Ponadto biorąc pod uwagę, że poczucie stabilności i spójności w czasie oraz świadomość własnych granic wiąże się z zagadnieniem samoróżnicowania (Ja-inni), w treści tożsamości

narracyjnej hipotetycznie będzie można znaleźć także wątki związane z tym aspektem funkcjonowania osobowości (Lind i in., 2022). Wydaje się także, że tożsamość narracyjna wiąże się z charakterem samooceny (aspekt tożsamości AMDP DSM-5), na co wskazują również wyniki badań. McLean i Breen (2009) donoszą, że chłopcy, których autonarracje cechowało występowanie sekwencji odkupieńczych (tzn. historia rozpoczyna się negatywnie, ale prowadzi do pozytywnego zakończenia) cechują się wyższą samooceną. Natomiast McAdams (2001) opisuje, że osoby z obniżoną samooceną mają tendencję do budowania autonarracji, w których wyraźna jest sekwencja kontaminacji (tzn. historia rozpoczyna się pozytywnie i prowadzi do negatywnego zakończenia). W badaniach przeprowadzonych przez Thorne i Michaelieu (1996) wykazano, że aspekt sprawczości (w narracjach mężczyzn) oraz wspólnotowości (w narracjach kobiet) był istotnie skorelowany z wyższą samooceną. Dla samooceny ważnym wydaje się również ton emocjonalny autonarracji. Jak wskazuje Adler i in. (2016) osoby, których narracje cechowały się bardziej pozytywnym tonem emocjonalnym wykazywały wyższy poziom samooceny w porównaniu do osób, których wypowiedzi nacechowane były negatywnym afektem. Wydaje się zatem, że niektóre z aspektów tożsamości narracyjnej mogą dostarczać informacji na temat tego, jaką samooceną cechuje się jej autor (Lind i in., 2022). Wskazuje się także, że tożsamość narracyjna odzwierciedla także elementy samoregulacyjne jednostki (aspekt tożsamości AMPD DSM-5). Autorzy (np. Lind i in., 2022; Schmeichel, Vohs, 2009; Sharp, Tackett, 2013) odwołują się do znaczenia tożsamości (także tożsamości narracyjnej) dla samoregulacji i regulowania własnych emocji wskazując, że trudności w zakresie tożsamości (narracyjnej) mogą wiązać się z obniżonymi możliwościami w tym zakresie. Warto także wskazać, że szczególnie w aspekcie wnioskowania autobiograficznego, tożsamość narracyjna włącza w swój zakres także wątki związane z potencjalną nauką i rozwojem w oparciu o wcześniejsze doświadczenia, które wpływają na funkcjonowanie w przyszłości (np. Bluck i in., 2005). Lind i in. (2022) argumentują, że rozproszona tożsamość (narracyjna) może utrudniać proces rozumienia swoich doświadczeń w sposób prowadzący w przyszłości do adaptacyjnego funkcjonowania i efektywnej samoregulacji (por. Kernberg, 1976). Wyniki badań wskazują, że pacjenci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, w których jednym z aspektów są trudności z regulacją emocji, budowali mniej spójne autonarracje (Lind i in., 2019b). Wykazano także, że osoby cechujące się adaptacyjnym poziomem regulacji emocji budowały autonarracje zawierające sekwencję odkupieńcze (McCoy, Dunlop, 2017).

Odwołując się do aspektu samokierowania w zakresie podejmowania spójnych krótko- i długoterminowych celów można zwrócić się w kierunku definicyjnej cechy tożsamości narracyjnej w postaci zapewniania poczucia celu i znaczenia w życiu jednostki (np. McAdams, 2013). Dokonując bardziej szczegółowego wskazania narracyjnych aspektów tożsamości odzwierciedlających tę część funkcjonowania osobowości autorzy (Lind i in., 2022) zwracają się w kierunku sprawczości i wspólnotowości. Badania wskazują, że osoby, których narracje na temat ważnych życiowych wydarzeń oceniane są wysoko w zakresie sprawczości są zorientowani na cele związane z osiągnięciem szeroko rozumianego sukcesu w domenie społecznej; natomiast osoby których autonarracje na temat ważnych wydarzeń życiowych były oceniane wysoko w zakresie wspólnotowości były zmotywowane do osiągnięcia celów relacyjnych, np. nawiązywania i podtrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi (np. Frimer i in., 2011). Ze względu na charakter wskazanych celów, tożsamość narracyjna wydaje się odzwierciedlać długoterminowe cele i zobowiązania. Warto również zauważyć, że w zakresie tożsamości narracyjnej można zidentyfikować elementy nabierania pewnej nauki/wglądu w związku z doświadczeniem wydarzenia z przeszłości, a które nie muszą być rozpatrywane w perspektywie długoterminowej (np. McLean, Pratt, 2006). Wnioski wyciągane na podstawie własnego doświadczenia mogą dotyczyć, np. zmiany zachowania w nieodległych, podobnych sytuacjach, które potencjalnie zadzieją się w przyszłości, co implikuje że tożsamość narracyjna posiada także potencjał do pokrywania krótkoterminowej perspektywy w obszarze celów i planów (Lind i in., 2022). Tożsamość narracyjna wydaje się korespondować również z refleksyjnością (aspekt samokierowania AMPD DSM-5) szczególnie w zakresie wnioskowania autobiograficznego, które posiada silny komponent autorefleksji odzwierciedlający się w rozumieniu własnego doświadczenia oraz umiejętności odniesienia go do szerszej perspektywy życia w ogóle, co daje możliwość uświadomienia trajektorii rozwoju oraz lepszego wglądu w swoje aktualne życie (np. McLean, Pratt, 2006).

Ponadto warto odnieść się także do samej definicji poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A), szczególnie w aspekcie tożsamości, który według Livesleya (2022) w sposób nieadekwatny odzwierciedla ten konstrukt (tożsamość). Autor (Livesley, 2022) wskazuje, że AMPD DSM-5 nie uwzględnia najbardziej istotnych elementów definicyjnych konstruktowi tożsamość, odnoszących się do subiektywnie określanego zestawu charakterystyk, które osoba traktuje jako typowe dla siebie (np. Erikson, 1968; Jørgensen, 2018; Taylor, 1989). Innymi słowy, definicja tożsamości

zaproprowanaw AMPD DSM-5, a w konsekwencji podkreślane akcenty w procesie diagnozowania, nie pozwalają odpowiedzieć na pytanie „Kim jestem?” w odniesieniu do pacjenta. McAdams (np. 2010) wskazuje, że tożsamość narracyjna przyjmuje postać historii życia, która pozwala określić to kim osoba była w przeszłości, kim jest aktualnie i kim prawdopodobnie stanie się w przyszłości. Oznacza to, że integracja teorii tożsamości narracyjnej i AMPD DSM-5 odzwierciedla brakujący (w AMPD DSM-5), ale niezwykle istotny aspekt (zaburzeń) osobowości (por. Livesley, 2022).

Podsumowując, Lind i in. (2022) argumentują, że włączenie konstruktów tożsamości narracyjnej do wymiarowego myślenia o zaburzeniach osobowości pozwoli nabrać nową perspektywę na ocenę ich obrazu. Autorzy nie przedstawiają jedynie koncepcyjnej integracji obu zagadnień (tożsamości narracyjnej oraz kryterium A) ale także wskazują na możliwości włączenia tożsamości narracyjnej do aktualnych metod diagnostycznych wykorzystywanych do oceny zaburzeń osobowości. Ich oraz innych autorów (np. Lind, 2021; Pincus, Roche, 2019) rozważania w tym temacie zostaną przedstawione w dalszej części pracy.

### **3.6.2. Tożsamość narracyjna jako element wzbogacający diagnozowanie zaburzeń osobowości**

Jak wspomniano wcześniej różni autorzy wskazują zbieżności teorii tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości na poziomie konceptualnym (np. Lind i in., 2022; Pincus, Roche, 2019; Waugh, 2019). Rozszerzają oni jednak swoje rozważania, postulując możliwość włączenia zagadnień z zakresu tożsamości narracyjnej do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości, czyniąc krok w kierunku zwiększenia jej potencjału praktycznego. Rekomendacje i propozycje dotyczą zarówno modyfikacji narzędzi opartych na wywiadzie i narzędzi samoopisowych (Lind i in., 2022), włączenia (części) protokołów wywiadów przeznaczonych do badania tożsamości narracyjnej do procesu diagnozowania (Pincus, Roche, 2019) jak również relatywnie innowacyjne propozycje cech charakterystycznych tożsamości narracyjnej, jako wskazówek dla diagnozowania zaburzeń osobowości (Lind, 2021).

Lind i in., (2022) wskazują, że takie protokoły wywiadów takich jak SCID-5-AMPD (Bender i in., 2018) czy STiP 5.1. (Hutsebaut i in., 2017), które służą do oceny ogólnego funkcjonowania osobowości (kryterium A) z uwzględnieniem natężenia doświadczanych trudności w zakresie poszczególnych aspektów funkcjonowania Ja i interpersonalnego mogłyby być wzbogacone o pytania/bodźce narracyjne zachęcające

osoby diagnozowane do budowania autonarracji. Ważnym jest, że na podstawie wywiadu osoba diagnozująca dokonuje oceny czy i w jakim stopniu funkcjonowanie (w określonym obszarze) jest zaburzone. Pozyskiwanie pełnej historii życia lub narracji na temat kluczowych wydarzeń mogłoby dać klinicystom możliwość oceny stabilności i spójności tożsamości. Ponadto dostęp do subiektywnego sposobu ujmowania własnego życia w postaci tożsamości narracyjnej dałoby możliwość weryfikowania czy i w jaki sposób oceniane (wcześniej na podstawie wywiadu) trudności przejawiają się w historii życia osoby diagnozowanej (Lind i in., 2020). Autorzy postulują wzbogacanie protokołów wywiadów diagnostycznych o pytania narracyjne ze względu na potencjalny różny poziom odnoszenia się do własnego doświadczenia w odpowiadaniu na pytania zawarte w wywiadzie klinicznym, a więc także różny poziom zakotwiczenia danych w subiektywnym systemie znaczeń diagnozowanej osoby.

W podobnym tonie wypowiadają się także Pincus i Roche (2019) postulując wykorzystanie w diagnozowaniu zaburzeń osobowości wywiadów skonstruowanych w celu pozyskiwania danych autonarracyjnych wskazując Wywiad Historii Życia McAdamsa (np. 1995b), jako najbardziej reprezentatywny przykład. Pincus i Roche (2019) określili, jakie tematy narracyjne mogą odzwierciedlać poszczególne elementy kryterium A (por. 3.4.). Autorzy (Pincus, Roche, 2019) argumentują, że za pomocą wykorzystania odpowiednich podręczników kodowych, można zidentyfikować oraz zanalizować występowanie oraz natężenie tych tematów, jednak wcześniej należy zebrać odpowiednie dane, to znaczy autonarrację (np. za pomocą wspomnianego Wywiadu Historii Życia).

Niezależnie od sposobu włączenia zbierania danych autonarracyjnych do procesu diagnozowania, realizacja postulatów Lind i in. (2022) oraz Pincusa i Roche (2019) wymagałaby od klinicystów rozpoczęcia zbierania danych autonarracyjnych oraz posługiwania się podręcznikami kodowymi pozwalającymi uchwycić ważne z punktu widzenia zaburzeń osobowości charakterystyki tożsamości narracyjnej (np. wnioskowanie autobiograficzne, sprawczość, wspólnotowość), zwiększając tym samym ich znaczenie w praktyce psychologii klinicznej.

Ponadto Lind i in. (2022) wskazują, że narzędzia kwestionariuszowe przeznaczone do wymiarowej oceny zaburzeń osobowości (np. Skala Poziomu Funkcjonowania Osobowości; LPFS, Morey, 2017; Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego; SIFS, Gamache, Savard, 2017; Gamache i in., 2019) nie uwzględniają w wystarczający sposób subiektywnego sposobu doświadczania trudności osobowościowych. Autorzy (Lind i in., 2022) opisują dwie drogi uzupełnienia oceny zaburzeń osobowości w sposób



kwestionariuszowy o tożsamość narracyjną. Po pierwsze narzędzia kwestionariuszowe mogłyby być wzbogacone o otwarte pytania zachęcające do pisemnego podzielenia się historią na temat ważnego wydarzenia z życia. Jest to rozwiązanie podobne do propozycji poszerzenia protokołu wywiadu, jednak dostosowane do procedur samoopisowych. Po drugie, literatura przedmiotu wskazuje, że istnieją narzędzia kwestionariuszowe które stworzono z myślą o pomiarze (różnych aspektów) tożsamości narracyjnej w sposób samoopisowy i które mogłyby być włączane do procesu oceny zaburzeń osobowości (Lind i in., 2022) (np. Kwestionariusz do Pomiaru Świadomości Tożsamości narracyjnej, Hallford, Mellor, 2015; polska adaptacja: Soroko i in., 2019; czy Kwestionariusz Inklinacji Autonarracyjnej, Soroko, 2013).

Innym przykładem obrazującym to, w jaki sposób zagadnienie tożsamości narracyjnej może być włączane do oceny zaburzeń osobowości są zaproponowane przez Lind (2021) cechy wnioskowania autobiograficznego (najważniejszego aspektu tożsamości narracyjnej) hipotetycznie odpowiadające różnym poziomom funkcjonowania osobowości (od braku do głębokiej dysfunkcji). Warto jednak zauważyć, że klinicysta chcący posługiwać się wskazówkami opracowanymi przez Lind (2021) we wcześniejszych etapach diagnozowania powinien zebrać specyficzne (autonarracyjne) dane, w celu ich dalszej analizy z zaleceniami. W tym punkcie podejście Lind wpisuje się w podejścia opisane wyżej (Lind i in., 2020; Pincus, Roche, 2019), a ich elementem wspólnym jest włączenie pytań/wywiadów autonarracyjnych do procesu zbierania danych. Istnieją jednak pewne różnice, które sprawiły, że zdecydowano się opisać jej propozycję w osobnym akapicie. Jedną z nich jest to, że Lind (2021) opracowała (hipotetyczne) cechy charakterystyczne wnioskowania autobiograficznego specjalnie dla różnej głębokości dysfunkcji osobowości; natomiast Lind i in. (2022) oraz Pincus i Roche (2019) wskazali istniejące wcześniej, ale niewykorzystywane do celów diagnostycznych, charakterystyki autonarracji, które potencjalnie mogą być wskaźnikami zaburzeń osobowości. Drugą różnicą są propozycje Lind (2021) w zakresie określania kierunku i charakteru terapii planowanej w oparciu o analizę wnioskowania autobiograficznego (ale także dane o osobie diagnozowanej pochodzące z innych źródeł). Oba te elementy stanowią kolejny krok w stronę silniejszego osadzenia teorii tożsamości narracyjnej w obszarze psychologii klinicznej.

### **3.7. Dlaczego warto łączyć tematykę zaburzeń osobowości i teorii tożsamości narracyjnej?**

Podsumowując część teoretyczną przedstawioną w dwóch pierwszych rozdziałach, włączenie analizy tożsamości narracyjnej, szczególnie wnioskowania autobiograficznego do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości może być owocnym krokiem w kierunku jego wzbogacenia. Zabieg ten może nieść za sobą wiele potencjalnych korzyści. Po pierwsze, dane autonarracyjne pozwalają odpowiedzieć na problemy związane z trudnościami osób z zaburzeniami osobowości w zakresie dokonywania adekwatnego samoopisu oraz oceny doświadczanych objawów. Celem pytań/instrukcji przeznaczonych do pozyskiwania narracji autobiograficznych nie jest pozyskiwanie szeroko rozumianego samoopisu, który u osób z zaburzeniami osobowości może być nieadekwatny. Zamiast tego zachęcają osoby badane do przedstawienia subiektywnej perspektywy na swoje życie z uwzględnieniem emocji, myśli, zachowań oraz znaczenia, jakie przypisują doświadczonym wydarzeniom w postaci historii. Przedstawiając historię życia (albo jej część), osoba diagnozowana dostarcza narracji na temat ważnych wydarzeń lub epizodów, których przebieg oraz szeroko rozumiana interpretacja pozostają pod wpływem przejawianych zaburzeń osobowości. Z jednej strony oznacza to, że osoba diagnozująca uzyskuje dostęp do obrazu doświadczanych zaburzeń osobowości osadzonego w kontekście środowiskowym osoby diagnozowanej; z drugiej strony wydaje się, że tego typu dane będą obciążone mniejszym błędem związanym z potencjalnie obniżonymi możliwościami do dokonywania adekwatnego samoopisu. Po drugie, włączenie analizy tożsamości narracyjnej (szczególności w aspekcie wnioskowania autobiograficznego) pozwoli wspomóc ocenę stabilności i ciągłości tożsamości (z perspektywy subiektywnego doświadczenia), która przez różnych psychologów (np. Erikson 1968; Kernberg, 2012) traktowana jest jako jeden z kluczowych elementów oceny osobowości (także zaburzonej). Po trzecie, wzbogacenie diagnozowania zaburzeń osobowości o wątki autonarracyjne pozwoli przesunąć zainteresowanie diagnosty ze specyficznych cech i symptomów zaburzeń osobowości na indywidualną historię życia oraz system znaczeń jaki osoba przypisuje swoim doświadczeniom zwiększając tym samym poczucie podmiotowości osoby diagnozowanej oraz hipotetycznie ograniczając zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości wśród psychologów. Powtarzający się w powyższych argumentach aspekt subiektywnej perspektywy stanowi niewątpliwie wyjątkową wartość dodaną do oceny zaburzeń osobowości, do którego nie zapewnią dostępu dane zebrane za

pomocą narzędzi kwestionariuszowych jak i wywiadów pół-/strukturalnych (Waugh, 2019). Waugh (2019) określając metaforycznie znaczenie integracji teorii tożsamości narracyjnej oraz AMPD DSM-5 wskazał, że kryterium A pozwala określić *jak* dokonywana jest ekspresja cech określonych w kryterium B (*co*). Tożsamość narracyjna pozwoli dodatkowo odpowiedzieć na pytanie *кто* jest autorem tego *jak i co* jest manifestowane i przeżywane.

Warto także zwrócić uwagę na potencjał teorii tożsamości narracyjnej na wzbogacenie wymiarowego modelu zaburzeń osobowości AMPD DSM-5 o nieuwzględniany w konceptualizacji, ale ważny z punktu widzenia literatury aspekt tożsamości w postaci charakterystyk, które osoba diagnozowana uważa za typowe dla siebie, to znaczy takie, które określają ją jako osobę (por. Livesley, 2022).

## 4. Wnioskowanie autobiograficzne a zaburzenia osobowości w ujęciu wymiarowym – badania własne

Włączenie analizy tożsamości narracyjnej, szczególnie analizy wnioskowania autobiograficznego, może wzbogacić proces diagnozowania zaburzeń osobowości o niewystarczająco podkreślane dotąd akcenty zarówno w odniesieniu do konceptualizacji zaburzeń osobowości oraz opisowego sposobu ich diagnozowania. W zakresie konceptualizacji zaburzeń osobowości, analiza autonarracji pozwoli uzyskać dostęp do najbardziej znaczących charakterystyk konstruktu „tożsamość” czyli do subiektywnej perspektywy na to kim osoba jest (odpowiedź na pytanie „Kim jestem?”) i jak to się stało, że diagnozowana posiada dane charakterystyki (odpowiedź na pytanie „Jak to się stało, że jestem tym kim jestem?”), które według Livesley’a (2022) nie są wystarczająco uwzględnione w kryterium A. Ponadto uwzględnienie w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości (części) Wywiadu Historii Życia (McAdams, 1995b) może przełożyć się na zwiększenie podmiotowości i ograniczenie poczucia stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości przez profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym poprzez zwrócenie ich uwagi na subiektywny sposób nadawanie znaczeń własnym doświadczeniom. Łącznie uwzględnienie tożsamości narracyjnej w diagnozowaniu zaburzeń osobowości pozwala uzupełnić perspektywę skupioną wokół tego *co* i *jak* jest trudnością dla osoby diagnozowanej o element tego *kto* doświadcza tych trudności oraz jakie znaczenie mają one dla życia konkretnej osoby (por. Waugh, 2019)

Cele niniejszej rozprawy doktorskiej można podzielić na dwie główne kategorie: naukowe oraz praktyczne. Jako główny cel naukowy autor pracy wskazuje przede wszystkim określenie związków zachodzących pomiędzy wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego i koherencją narracji a zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym. Opisane we wcześniejszej części prace teoretyczne oraz wyniki badań świadczą o relatywnie obszernych związkach zachodzących pomiędzy tożsamością narracyjną a zaburzeniami osobowości (por. np. Adler i in., 2012; Jorgensen i in., 2012; Lind, 2021; Lind i in., 2019; McAdams i in., 2002; Pincus, Roche, 2019; Rasmussen, 2017; Waugh, 2019). Jak dotąd nie zweryfikowano jednak związków teorii tożsamości narracyjnej, w szczególności wnioskowania autobiograficznego, z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości uwzględniając w badaniach zarówno poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) jak i nasilenie patologicznych cech osobowości (kryterium B). Dodatkowym celem było także określenie znaczenia struktury psychicznej,

która może wyjaśniać charakter tworzonej tożsamości narracyjnej oraz koherencji narracji. Wydaje się, że mechanizm rozszczepienia, który utrzymuje w relatywnej separacji pozytywne i negatywne diady self-obiekt (Clarkin i in., 2020; Kernberg, 1984) utrudniając integrację tożsamości będzie negatywnie oddziaływał na wnioskowanie autobiograficzne, co może skutkować obniżoną spójnością i stabilnością tożsamości narracyjnej. Cel naukowy realizowany był w badaniu pierwszym, które miało charakter weryfikacyjny. Hipotezy dotyczyły związków wskaźników wnioskowania autobiograficznego z poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A) (uwzględniając aspekt koherencji narracji), patologicznymi cechami osobowości (Kryterium B), nasileniem mechanizmu rozszczepienia oraz porównań międzygrupowych w zakresie wskaźników wnioskowania autobiograficznego między osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości.

Głównym celem praktycznym określonym został jako wstępne sprawdzenie użyteczności klinicznej analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania poziomu zaburzeń osobowości. Lind (2021) wskazuje, że wnioskowanie autobiograficzne może stanowić jeden z najbardziej istotnych narracyjnych wskaźników poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) szczególnie w aspekcie tożsamości. Hipoteza ta nie została jednak zweryfikowana w dotychczasowych badaniach naukowych. Cel praktyczny realizowany był w badaniu drugim, które miało charakter eksploracyjny. Osobami badanymi byli praktykujący psychoterapeuci, którzy najpierw analizowali autonarracje pod kątem cech charakterystycznych wnioskowania autobiograficznego tożsamych dla osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości. Następnie psychoterapeuci oceniali użyteczność metody oraz dodatkowe aspekty własnego doświadczenia (np. poziom satysfakcji w trakcie udziału w badaniu), które pozwalały lepiej zrozumieć ocenę metody analizy wnioskowania autobiograficznego uwzględnionej w badaniu.

## **4.1. Badanie 1. Badanie związków zachodzących pomiędzy wnioskowaniem autobiograficznym a zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym**

### **4.1.1. Cel**

Podstawowym celem badania pierwszego było określenie związków zachodzących pomiędzy wnioskowaniem autobiograficznym a zaburzeniami osobowości zarówno w perspektywie poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) (z uwzględnieniem

koherencji narracji), patologicznych cech osobowości (kryterium B) oraz wybranego mechanizmu obronnego i struktury psychicznej – rozszczepienia.

#### 4.1.2. Pytania badawcze i hipotezy

W obliczu określonych celów badania, postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy wnioskowanie autobiograficzne jest związane z poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A)?
2. Czy koherencja narracji jest związana z poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A)?
3. Czy utrzymujący się mechanizm rozszczepienia jest związany wnioskowaniem autobiograficznym?
4. Czy wnioskowanie autobiograficzne jest związane z patologicznymi cechami osobowości (kryterium B)?
5. Czy osoby z zdrowe i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego?

W oparciu o przegląd literatury określono, że odpowiedź na wskazane powyżej pytania badawcze będzie możliwa dzięki testowaniu następujących hipotez.

**Hipoteza 1.** Niższe nasilenie wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz połączeń wydarzenie-Ja jest związane z wyższym nasileniem nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

Przeprowadzono relatywnie wiele badań których celem było określenie związków zachodzących między cechami tożsamości narracyjnej a zaburzeniami osobowości (np. Adler i in., 2012; Jørgensen i in., 2012; Lind i in., 2019a, 2019b). Wyniki wskazują, że osoby cierpiące z powodu zaburzeń osobowości budują autonarracje, które mają specyficzne charakterystyki w zakresie różnych elementów tożsamości narracyjnej: tematów motywacyjnych i afektywnych (np. niska sprawczość, negatywne wartościowanie), elementów strukturalnych (np. niska spójność narracji) i wnioskowania autobiograficznego (negatywne połączenia przyczynowo-skutkowe pomiędzy wydarzeniami a Ja) (por. Lind i in., 2020). Wyniki wskazują, że zarówno tożsamość narracyjna jak i jej specyficzny aspekt, wnioskowanie autobiograficzne, pozostają we wzajemnych związkach z zaburzeniami osobowości. Nie przeprowadzono jednak badań

sprawdzających zależności między poziomem funkcjonowania osobowości a wnioskowaniem autobiograficznym. Jak wskazuje literatura przedmiotu (np. Lind, 2021) analiza wnioskania autobiograficznego może być kluczowym markerem tożsamościowego aspektu zaburzeń osobowości. Tożsamość natomiast wskazywana jest jako jeden z najważniejszych konstruktów z punktu widzenia rozwoju oraz utrzymywania się zdrowej albo zaburzonej osobowości (np. Kernberg 1996, 2012; Erikson, 1956, 1968). Biorąc pod uwagę, że tożsamość narracyjna stanowi narracyjną konceptualizację konstruktu „tożsamość” założono, że na podstawie analizy elementów wnioskania autobiograficznego będzie można dokonać predykcji nasilenia zaburzeń w zakresie funkcjonowania osobowości (kryterium A) (w wymiarze ogólnym jak i poszczególnych podwymiarach). Osoby nie nadające znaczenia własnym doświadczeniom (nadawanie znaczenia), o mniejszej tendencji do otwartej eksploracji wpływu wydarzenia na własne życie (przetwarzanie eksploracyjne) oraz tworzące mniej połączeń wydarzenie-Ja będą doświadczały bardziej poważnych nieprawidłowości w odniesieniu do funkcjonowania osobowości. Testowanie tej hipotezy pozwoli sprawdzić hipotetyczne znaczenie analizy wnioskania autobiograficznego dla diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości.

**Hipoteza 2.** Niższe nasilenie koherencji narracji, w aspektach orientacji, struktury, afektu i integracji jest związane z wyższym nasileniem nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

Koherencja stanowi wskaźnik ogólnej spójności wypowiedzi wyrażającym się poprzez przedstawienie narracji, zdarzeń, faktów w sposób uporządkowany i logiczny. Różni autorzy uszczegóławiają jednak możliwości interpretacyjne narracji pod kątem ich spójności wprowadzając pomniejsze wymiary pozwalające na dokładniejszą ocenę (np. Baerger, McAdams, 1999; Reese i in., 2011). Analiza czynnikowa przeprowadzona przez McLean i in. (2020) wskazuje, że kontekstowy i czasowy wymiar koherencji zasilają przede wszystkim nadrzędny czynnik struktury. Zwrócono jednak uwagę, że w poszerzonym modelu tożsamości narracyjnej McLean i in. (2020) koherencja tematyczna jest elementem składowym wnioskania autobiograficznego.

Wyniki badań wskazują, że zarówno pacjenci ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości borderline (Lind i in., 2019b) jak również osoby z grupy populacyjnej

przejawiające cechy zaburzenia osobowości typu borderline (Adler i in., 2012) budowany narracje o ogólnie niższej koherencji. Inne badania wskazują że narracje osób spełniających kryteria zaburzeń osobowości borderline cechowały się niższą koherencją w wymiarze kontekstowym jak i chronologicznym w porównaniu do wypowiedzi osób zdrowych (Bendstrup i in., 2021). Oznacza to, że osoby z zaburzeniami osobowości tworzą mniej spójne autonarracje, np. pomijają informacje niezbędne do dobrego zrozumienia narracji (miejsce lub osoby uczestniczące w zdarzeniu), nie przedstawiają zdarzeń zgodnie z ich następstwem czasowym. Ponadto wielu autorów wskazuje, że osoby deklarujące wyższy psychologiczny dobrostan oraz wyższą satysfakcję z życia tworzą bardziej spójne narracje (np. Waters, Fivush, 2015; Vanaken i in., 2021; Vanaken i in., 2022; Vanden Poel, Hermans, 2019). Wyniki niektórych badaczy wskazują jednak na brak istotnych związków pomiędzy koherencją narracji a zaburzeniami osobowości (Dimitrova, Simms, 2022; Baaijens i in., 2024). Ze względu na wciąż dookreślany status zarówno modelu tożsamości narracyjnej oraz jej związków z zaburzeniami osobowości, warto zweryfikować, czy koherencja narracji może stanowić istotny predyktor zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym, szczególnie w aspekcie poziomu funkcjonowania osobowości.

**Hipoteza 3.** Wyższe nasilenie działania mechanizmu rozszczepienia jest związane niższym nasileniem nadawania znaczenia i przetwarzania eksploracyjnego oraz wyższą tendencją do ustanawiania połączeń wydarzenie-Ja odrzucających.

Utrzymujący się mechanizm rozszczepienia będzie utrudniał proces wnioskowania autobiograficznego w ogóle (oraz jego poszczególnych elementów), ponieważ wiąże się z izolowaniem pozytywnych i negatywnych reprezentacji self-obiekt-afekt. Nasilenie mechanizmu rozszczepienia będzie prawdopodobnie utrudniało możliwość refleksji nad pełnym własnego doświadczenia, a tym samym integrowania tych doświadczeń w tożsamość narracyjną. Powodem wskazanych trudności będzie ograniczony dostęp do całościowej reprezentacji własnych doświadczeń oraz niektórych aspektów tożsamości, spowodowany pofragmentowanym obrazem Ja, innych oraz relacji (por. Clarkin i in., 2020; Kernberg, 1984). Przechodząc do poszczególnych elementów wnioskowania autobiograficznego wskazanych w hipotezach, wydaje się, że mechanizm rozszczepienia upośledzałby proces eksploracyjnego przetwarzania oraz nadawania znaczenia w taki sposób, że refleksja nad doświadczeniem oraz włączenie jego skutków w szerszą historię życia (tożsamość narracyjną) byłoby niemożliwe lub utrudnione poprzez aktywne obronne



utrzymywanie sprzecznych (pozytywnych i negatywnych) aspektów self i obiektu, a tym samym postrzeganie swojego doświadczenia (a także siebie i innych) w sposób ambiwalentny. Oznacza to, że nieskonsolidowana tożsamość upośledzałaby możliwości twórczego reflektowania nad doświadczeniem w sposób, który wywołałby zmianę Ja lub rozumienia siebie oraz innych ważnych aspektów swojego życia. W odniesieniu do połączeń wydarzenie-Ja, wydaje się, że utrzymujący się mechanizm rozszczepienia będzie wiązał się z wyższą liczbą ustanawianych odrzucających połączeń wydarzenie-Ja. Hipotezę tę postawiono, podobnie jak w przypadku poprzednich dwóch, w oparciu o ogólną charakterystykę istoty mechanizmu rozszczepienia oraz definicji wskazanego typu połączeń wydarzenie-Ja, a więc takich, w świetle których osoba nie łączy nietypowych dla siebie doświadczeń z Ja, podkreślając tym samym swój typowy sposób zachowania. Mechanizm rozszczepienia mógłby zatem powodować nasilenie tworzenia połączeń odrzucających w szczególności w perspektywie doświadczeń ambiwalentnych lub niezgodnych z aktywowaną w danej sytuacji reprezentacją (pozytywną albo negatywną). Zbyt częste tworzenie tego typu połączeń może skutkować poczuciem oderwania od własnego doświadczenia (ze względu na niełączenie ich z Ja) (Pasupathi i in., 2007).

**Hipoteza 4.** Wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości: negatywnego afektu, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu (kryterium B) jest związane z niższym nasileniem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz niższą tendencją do ustanawiania połączeń wydarzenie-Ja.

Przyjmując perspektywę o silniejszym, temperamentalnym podłożu nasilenia patologicznych cech osobowości (np. Krueger, Markon, 2014) oraz traktowaniu ich jako pewną stałą (zaburzeń) osobowości wobec kryterium A odzwierciedlającego dynamikę funkcjonowania, wydaje się, że kryterium B może być traktowane jako zmienna wyjaśniająca zaburzenia w zakresie wnioskowania autobiograficznego, szczególnie poprzez upośledzenie aktywności refleksyjnej, która wydaje się wspólnym czynnikiem dla wskaźników wnioskowania autobiograficznego. Wydaje się, że należałoby zwrócić się przede wszystkim w kierunku sprawdzenia nasilenia cech rozhamowania (skłonność do impulsywnego działania w odpowiedzi na bodziec bez uwzględniania alternatywnych możliwości decyzji), negatywnej afektywności (tendencja do doświadczania szerokiego

zakresu negatywnych emocji wraz z deficytem emocji pozytywnych) oraz anankastii (tendencja do posiadania sztywnych standardów dobra/zła, kontrolowania siebie oraz otoczenia w celu zapewnienia ich przestrzegania) (np. Bach, First, 2018) jako potencjalnych zmiennych wyjaśniających zmienność w zakresie wskaźników wnioskowania autobiograficznego. Badania wskazują, że osoby charakteryzujące się wyższym poziomem rozhamowania oraz impulsywności osiągają jednocześnie niższe wyniki w zakresie mentalizacji (np. Bateman, Fonagy, 2016; Weinstein i in., 2022). Podobną zależność można zauważyć także między mentalizacją a depresyjnością oraz negatywnym afektem (np. Murri i in., 2017; Rifkin-Zybutz i in., 2021) oraz w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (Sloover i in., 2022). Dlatego możliwe, że wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości (szczególnie impulsywności i negatywnej afektywności) będzie wiązać się z obniżonymi możliwościami w zakresie autorefleksji. Ponadto osoby charakteryzujące się niższym nasileniem impulsywności cechowały się jednocześnie wyższymi wynikami w zakresie refleksyjności (np. Perroud i in., 2017). U podłoża procesów/wskaźników wnioskowania autobiograficznego leży zdolność do aktywności refleksyjnej rozumianej ogólnie jako podejmowanie aktywnych wysiłków w celu zrozumienia znaczenia danego doświadczenia i/lub traktowanie go jako integralną część tożsamości (narracyjnej), a także tworzenia połączeń pomiędzy doświadczeniami a Ja. W konsekwencji osoby, które cechują się większym nasileniem patologicznych cech osobowości posiadałyby niższą otwartość do refleksowania nad swoim doświadczeniem oraz niższą tendencję do opracowywania swojego doświadczenia w sposób narracyjny w celu utworzenia spójnej tożsamości narracyjnej. W związku z tym osoby te osiągałyby niższe wyniki w zakresie nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz ustanawiałyby mniejszą liczbę połączeń wydarzenie-Ja. Biorąc jednak pod uwagę, że wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości wiąże się z bardziej nasilonymi trudnościami osobowościowymi (w tym także trudnościami w zakresie autorefleksji) w analizach uwzględniono wszystkie patologiczne cechy osobowości.

**Hipoteza 5.** Grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego i połączeń wydarzenie-Ja

Jak wskazano wcześniej, literatura przedmiotu wskazuje, że wnioskowanie autobiograficzne może stanowić jeden z najważniejszych narracyjnych wskaźników poziomu funkcjonowania osobowości, w szczególności w zakresie Ja (Lind, 2021). Ponadto na podstawie wyników badań można określić, że osoby cierpiące z powodu zaburzeń osobowości oraz osoby zdrowe różnią się pod względem wybranych aspektów tożsamości narracyjnej (np. sprawczości i wspólnotowości: Adler i in., 2012; Lind i in., 2019a; tonu afektywnego, McDonald i in., 2010; koherencji: Bendstrup i in., 2021). Ze względu na szczególne znaczenie procesu wnioskowania autobiograficznego dla tworzenia historii życia, szeroko rozumiane związki tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości opisane w rozdziale drugim, wydaje się, że osoby zdrowe i z zaburzeniami osobowości będą różnić się pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego i tworzenia połączeń wydarzenie-Ja w taki sposób, że osoby z zaburzeniami osobowości będą uzyskiwać istotnie niższe wyniki niż osoby zdrowe.

#### **4.1.3. Procedura badania**

W trakcie realizacji projektu zebrano dane zarówno od osób rekrutowanych z kontekstu klinicznego (leczenia psychiatrycznego prowadzonego w sposób stacjonarny na oddziale szpitalnym) jak i kontekstu nieklinicznego (z populacji ogólnej). W związku z tym przygotowano i zastosowano dwie procedury postępowania dostosowane do każdego kontekstu prowadzenia badania.

W obu przypadkach brano jednak pod uwagę wspólny zestaw następujących kryteriów włączenia i wyłączenia. Kryteria włączenia obejmowały: minimalny wiek 20 lat, wykształcenie minimum na poziomie średnim, psychometryczną diagnozę jednego z poziomów funkcjonowania osobowości. Kryteria wyłączenia obejmowały następujące aspekty: wiek poniżej 20 lat, aktywne zaburzenia psychiatryczne, aktywne zaburzenie afektywne dwubiegunowe (w szczególności aktywny epizod maniakałny), uszkodzenia organiczne mózgu, poziom wykształcenia niższy niż średni, aktywne uzależnienie od alkoholu lub narkotyków.

Osoby spełniające powyższe kryteria włączenia były rekrutowane do badania, ponieważ: są pełnoletnie i mogą same stanowić o sobie; ich poziom wykształcenia zapewnia kompetencje językowe niezbędne do rozumienia i odpowiadania na pytania oraz opowiadania historii (w tym swojego życia). Ponadto osoby spełniające powyższe kryteria wyłączenia były wykluczone z badania, ponieważ przejawiają zaburzenia psychiczne i urazy mózgu, które mogą utrudniać budowanie historii na temat swojego życia; ich poziom wykształcenia mógł wiązać się z niższymi kompetencjami językowymi przekładając się na potencjalne trudności w rozumieniu i odpowiadaniu na pytania oraz skutkować trudnościami w budowaniu i opowiadaniu historii swojego życia. W związku z powyższym udział tych osób w badaniu mógłby narażać je na zbyt wysoki dyskomfort.

#### **4.1.3.1. Procedura dla kontekstu klinicznego**

Badanie w kontekście klinicznym prowadzone było wyłącznie na terenie oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych (18a) Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych *Dziekanka* w Gnieźnie. Rekrutacja do badania odbywała się w kontakcie bezpośrednim na terenie szpitala. W pierwszym kroku kierownik oddziału przekazywał pacjentom skrócone ustne zaproszenie do udziału w badaniu. Następnie autor badania spotykał się z grupą osób chętnych w celu przekazania ustnie szczegółowej informacji o badaniu wraz z kryteriami włączenia i wyłączenia. Finalnie, na podstawie wyrażenia gotowości udziału w badaniu oraz uwzględnieniu przez autora badania kryteriów włączenia i wyłączenia, kwalifikowano pacjentów szpitala do badania.

Badanie miało charakter dwuetapowy. Każdy z etapów przeprowadzany był stacjonarnie na terenie szpitala *Dziekanka* w bezpośrednim kontakcie z pacjentami. W każdym przypadku zachowano minimum kilkudniową przerwę pomiędzy pierwszym a drugim etapem badania. Każdy z uczestników, który wziął udział w pierwszym etapie badania otrzymał kartę podarunkową do sklepu Empik o wartości 25 zł.

Etap pierwszy składał się z pięciu kluczowych elementów: (1) zapoznanie się ze szczegółową informacją na temat badania (2) udzielenie zgód na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych (3) wypełnienie ankiety socjodemograficznej, (4) pytania dotyczące doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w czasie poprzedzającym udział w badaniu oraz dotyczące korzystania z pomocy psychologa i psychiatry oraz (5) wypełnienie Inwentarza Osobowości PID-5 (Krueger i in., 2012; polska adaptacja: Rowiński i in., 2019) oraz Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (Gamache, Savard, 2017; polska adaptacja: Soroko i in., 2024).

Etap drugi składał się z czterech kluczowych elementów: (1) zapoznanie się ze szczegółową informacją na temat badania, (2) udzielenie zgód na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych, (3) przeprowadzenie rozmowy opartej o sekcję II – Wydarzenia Kluczowe - Wywiadu Historii Życia (McAdams, 1995b; polska adaptacja, Budziszewska, 2013) oraz (4) wypełnienie Kwestionariusza Ja (Gould i in., 1996; polska adaptacja: Wesołowski i in., w przygotowaniu).

#### **4.1.3.2. Procedura dla kontekstu nieklinicznego**

Procedura badania dla kontekstu nieklinicznego została również podzielona na dwa etapy. Pierwszy etap prowadzony był wyłącznie w formie online. Etap drugi przeprowadzono w kontakcie bezpośrednim. Każda osoba, która została zakwalifikowana do drugiego etapu badania oraz odbyła spotkanie w ramach realizacji drugiego etapu badania otrzymała kartę podarunkową do sklepu Empik o wartości 25 zł.

Etap pierwszy zorganizowany został w pełni w formie ankiety online. Ankieta była udostępniana za pomocą umieszczenia zaproszenia do badania na portalu Facebook (załącznik 1.) (na różnych grupach studentów miasta Poznania oraz grupach poznańskich społeczności lokalnych). Przy pomocy osób pracujących w dziekanatach, link do formularza został także rozesłany do studentów stacjonarnych i niestacjonarnych studiujących na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Wydział Studiów Edukacyjnych, Wydział Anglistyki). Formularz online zawierał (1) szczegółową informację na temat badania, (2) zgody na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych, (3) ankietę socjodemograficzną, (4) pytania dotyczące doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w czasie poprzedzającym udział w badaniu oraz dotyczące korzystania z pomocy psychologa i psychiatry, (5) oraz Skalę Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (Gamache, Savard, 2017; polska adaptacja: Soroko i in., 2024).

W etapie pierwszym osoby badane zostały również poproszone o pozostawienie swojego adresu e-mail w celu przesłania zaproszenia do udziału w etapie drugim badania. Po zapoznaniu się z odpowiedziami udzielonymi w etapie pierwszym autor badania za pomocą poczty elektronicznej rozsyłał zaproszenia do etapu drugiego (załączniki 20-21).

Etap drugi zorganizowany był w pełni stacjonarnie na terenie Wydziału Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Etap ten składał się z czterech następujących elementów (1) zapoznania z informacją na temat badania, (2) udzielenia zgód na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych, (3) przeprowadzenia rozmowy opartej o sekcję II – Wydarzenia Kluczowe - Wywiadu

Historii Życia (McAdams, 1995b; polska adaptacja, Budziszewska, 2013) oraz (4) wypełnienie Inwentarza Osobowości PID-5 (Krueger i in., 2012; polska adaptacja: Rowiński i in., 2019) i Kwestionariusza Ja (Gould i in., 1996; polska adaptacja: Wesołowski i in., w przygotowaniu).

Ze względu na swoją tematykę (zaburzenia osobowości) badanie mogło stanowić źródło potencjalnego dyskomfortu emocjonalnego związanego udziałem w pełnej procedurze. Z tego punktu widzenia szczególnie istotne wydają się pytania kwestionariuszowe na temat doświadczanych trudności (np. dotyczących myśli samobójczych, czy trudności w relacjach interpersonalnych) oraz procedura wywiadu dająca możliwość opowiedzenia trudnych wydarzeń z historii życia uczestnika. Zaproponowana procedura badania powinna być tym bardziej poddana refleksji pod kątem etyki prowadzenia psychologicznych badań naukowych ze względu na włączenie do badania osób korzystających ze stacjonarnej pomocy psychiatryczno-psychologicznej organizowanej na szpitalnym oddziale zamkniętym. Osoby te mogą być szczególnie wrażliwe na podejmowanie tematyki doświadczanych przez siebie zaburzeń. Niezależnie jednak od charakteru grupy osób uczestniczących w badaniu, należy starać się przygotowywać procedury badania niwelując lub minimalizując ryzyko wywołania u osób badanych dyskomfortu związanego z uczestnictwem w badaniu.

W związku z powyższym, autor zgłosił projekt niniejszego badania do *Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych* działającej przy Wydziale Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Po zapoznaniu się z wnioskiem zawierającym szczegółowo opisaną procedurę oraz treść narzędzi badawczych wykorzystanych w badaniu, Komisja wyraziła pozytywną opinię na temat przedstawionego projektu (załącznik 19). Ponadto możliwość zorganizowania badania na terenie Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka w Gnieźnie wiązała się z koniecznością niezależnego zaopiniowania projektu przez szpitalną *Komisję Bioetyki*. Komisja po zapoznaniu się z przedstawionym przez autora projektem wyraziła pozytywną opinię (przekazaną ustnie) oraz zezwoliła na przeprowadzenie badania na terenie szpitala *Dziekanka* w Gnieźnie.

#### **4.1.4. Zmienne badane kwestionariuszowo oraz narzędzia samoopisowe dotyczące zaburzeń osobowości**

W badaniu pierwszym część zmiennych była badana kwestionariuszowo. Był to poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A), nasilenie patologicznych cech osobowości (kryterium B) oraz nasilenie działania mechanizmu rozczepienia.

##### **4.1.4.1. Poziom funkcjonowania osobowości oraz narzędzie pomiarowe Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego**

Zmienna poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) odnosi się do ogólnego sposobu funkcjonowania intra- oraz interpersonalnego. W świetle AMPD DSM-5 ogólne funkcjonowanie definiowane jest przez pryzmat funkcjonowania Ja (aspekty tożsamości i samokierowania) oraz funkcjonowania interpersonalnego (aspekty empatii i bliskości). W zależności od nasilenia trudności w poszczególnych aspektach, które składają się na całościowy obraz, poziom funkcjonowania osobowości mieści się między brakiem nieprawidłowości/zdrowiem a skrajnymi nieprawidłowościami (zob. tabela 2.1.).

Do pomiaru zmiennej poziom funkcjonowania osobowości wykorzystano Skalę Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (*Self and Interpersonal Functioning Scale*, SIFS, Gamache, Savard, 2017; polska adaptacja: Soroko i in., 2024). Ogólny wynik skali stanowi informację na temat poziomu funkcjonowania osobowości (Gamache i in., 2021). Narzędzie zawiera także podskale dla dwóch głównych aspektów funkcjonowania osobowości – funkcjonowania Ja oraz funkcjonowania interpersonalnego. Ponadto uwzględnione są także podskale zasilające każde z tych aspektów: podskale tożsamości oraz samokierowania (dla funkcjonowania Ja) a także podskale empatii i bliskości (dla funkcjonowania interpersonalnego). Kwestionariusz składa się z 24 twierdzeń, wobec których osoby badane ustosunkowują się na 5-stopniowej skali Likerta (od 0 – *w ogóle mnie nie opisuje* do 4 – *całkowicie trafnie mnie opisuje*). Wynik pozwala psychometrycznie określić poziom funkcjonowania osobowości osoby wypełniającej test (Gamache i in., 2021). W badaniu własnym ogólna rzetelność narzędzia wyniosła 0,89. Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal mieściła się między 0,69 (podskala samokierowanie) a 0,82 (podskala empatia). Przykładowe pytania kwestionariusza to „Czuję się pogubiony w tym, kim naprawdę jestem” lub „Moje związki przyjacielskie lub romantyczne zwykle nie trwają długo”.

#### **4.1.4.2. Nasilenie patologicznych cech osobowości oraz narzędzie pomiarowe Inwentarz Osobowości PID-5**

Zmienna patologiczne cechy osobowości (kryterium B) uwzględnia nasilenie w zakresie nieadaptacyjnych cech osobowości. W odniesieniu do AMPD DSM-5 na kryterium B składają się cechy negatywnej afektywności, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu (zob. tabela 2.2.).

Do pomiaru nasilenia patologicznych cech osobowości wykorzystano Inwentarz Osobowości PID-5 (Krueger i in., 2012; polska adaptacja: Rowiński i in., 2019). Narzędzie składa się z pięciu głównych podskal odzwierciedlających pięć patologicznych cech osobowości: negatywnej afektywności, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu. Dla każdej z podskali, zgodnie z brzmieniem AMPD DSM-5 uwzględniono także podskale poszczególnych aspektów zasilających czynniki cech. Jest to narzędzie samoopisowe składające się z 220 twierdzeń, wobec których osoby badane ustosunkowują się na 4-stopniowej skali Likerta (od 0 – *zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe* do 3 – *zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe*). Wykazana w badaniach własnych ogólna rzetelność narzędzia wynosi 0,97. Rzetelność w zakresie skal dla poszczególnych patologicznych cech osobowości mieściła się między 0,91 (rozhamowanie) a 0,96 (negatywna afektywność i izolacja). Pytania wchodzące w skład kwestionariusza to, np. „Czuję, że ciągle działam pod wpływem impulsu” lub „Moje myśli są dziwne i nieprzewidywalne”.

#### **4.1.4.3. Nasilenie mechanizmu rozszczepienia oraz narzędzie pomiarowe Kwestionariusz Ja**

Mechanizm rozszczepienia odnosi się do tendencji do postrzegania i doświadczania siebie, innych oraz relacji z innymi w sposób jednoznacznie pozytywny albo negatywny. Charakterystycznym dla działania mechanizmu rozszczepienia są także gwałtowne zmiany w przechodzeniu ze stanu idealizacji do dewaluacji w zależności od intrapsychicznych doświadczeń osoby. Podstawą rozumienia działania mechanizmu rozszczepienia są niezintegrowane (utrzymywane w rozszczepieniu) reprezentacje self-obiekt-afekt opisywane w teorii relacji z obiektem Kernberga (np. 1976).

Do pomiaru nasilenia działania mechanizmu rozszczepienia wykorzystano Kwestionariusz Ja (*The Splitting Index*, TSI; Gould i in., 1996; polska adaptacja: Wesołowski i in., w przygotowaniu). Pełny wynik narzędzia stanowi miarę ogólnego poziomu nasilenia działania mechanizmu rozszczepienia. Kwestionariusz zawiera



dodatkowo 3 podskale, które przeznaczone są do mierzenia nasilenia mechanizmu rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny. Jest to i 24-itemowe narzędzie samoopisowe zawierające twierdzenia, do których osoby badane ustosunkowują się na 5-punktowej skali Likerta (od 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam* do 5 – *zdecydowanie się zgadzam*). Wykazana rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosiła 0,90. Rzetelność w zakresie poszczególnych podskal mieściła się pomiędzy 0,87 (rozszczenie w zakresie obrazu rodziny) a 0,90 (rozszczenie w zakresie obrazu innych). Przykładowe pytania kwestionariusza to „Czasami nie jestem pewny/a, kim jestem” lub „Moje relacje z moją rodziną są stabilne”.

W tabeli 4.4. przedstawiono statystyki opisowe wyników kwestionariuszy.

#### **4.1.5. Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego oraz koherencja narracji**

W badaniu uwzględniono także zmienne składające się na wspólny konstrukt wnioskowania autobiograficznego (przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia, połączenia wydarzenie-Ja) oraz koherencję narracji. Oceny zmiennych wypowiedziach osób badanych zebranych za pomocą Wywiadu Historii Życia McAdamsa (1995b; polska adaptacja: Budziszewska, 2013) dokonywali przeszkoleni sędziowie kompetentni. Pojęcie sędziów kompetentnych wykorzystane w niniejszej pracy oparte jest znaczeniowo na angielskim terminie *raters* (por. Syed, Nelson, 2015), których zadaniem w trakcie analizy wypowiedzi było przypisanie oceny, np. nasilenia obserwowanego zjawiska zgodnie z instrukcją/podręcznikiem kodowania.

##### **4.1.5.1. Wywiad badawczy Wywiad Historii Życia McAdamsa**

Dane zbierano za pomocą Wywiadu Historii Życia (McAdams, 1995b; polska adaptacja: Budziszewska, 2013). Jest to ustrukturyzowany wywiad badawczy skonstruowany w celu pozyskiwania danych odzwierciedlających tożsamość narracyjną osoby badanej. Wywiad Historii Życia nie musi być (i często nie jest) stosowany w całości. W niniejszym badaniu zdecydowano się wykorzystać sekcję II opisywanego narzędzia, którego pytania dotyczą ośmiu kluczowych wydarzeń z życia: najlepszy moment w życiu, najgorszy moment w życiu, punkt zwrotny, najwcześniejsze wspomnienie, ważna scena z dzieciństwa, ważna scena z okresu dorastania, ważna scena z dorosłego życia, jeszcze jedna ważna scena z dowolnego momentu życia (zob. tabela 4.1.). Postanowiono wybrać tę część wywiadu ze względu na jego znaczenie dla

możliwości analizy wybranych zmiennych. Literatura przedmiotu w zakresie badania związków zmiennych zasilających konstrukt wnioskowania autobiograficznego najczęściej opiera się o analizy wypowiedzi na temat różnych ważnych życiowych wydarzeń (por. McLean, 2005; McLean, Pratt, 2006; McLean, Thorne, 2003; Pals, 2006). Ponadto warto zwrócić uwagę, że częścią wspólną zmiennych zasilających konstrukt wnioskowania autobiograficznego jest identyfikowanie wpływu istotnych doświadczeń na jednostkę. W tej perspektywie dobór sekcji II Wywiadu Historii Życia McAdamsa stanowi postępowanie zgodne z prezentowanym w literaturze podejściem do badań. Protokół części wywiadu wykorzystany w prowadzonych badaniach znajduje się w załącznikach (załącznik 17).

**Tabela 4.1.**

Wywiad Historii Życia McAdamsa (Sekcja II – osiem kluczowych scen)

Numer historii	Obszar tematyczny historii
1.	Najlepszy moment w życiu
2.	Najgorszy moment w życiu
3.	Punkt zwrotny
4.	Najwcześniejsze wspomnienie
5.	Ważna scena z dzieciństwa
6.	Ważna scena z okresu dorastania
7.	Ważna scena z dorosłego życia
8.	Jeszcze jedna ważna scena z dowolnego momentu życia

Opracowanie własne na podstawie: McAdams (1995b), Budziszewska (2013)

Przebieg (wyłącznie nagranie audio) każdej rozmowy nagrano za pomocą dyktafonu. Następnie każda rozmowa była transkrybowana z zastosowaniem procedury anonimizacji zgodnie z wytycznymi przedstawionymi w tabeli 4.2. (załącznik 18).

**Tabela 4.2.**

Znaczenie notacji zastosowanych w transkrypcji wywiadów

Notacja	Znaczenie
A:	określenie rozmówców
B:	
()	krótka pauza niemierzona

(5)	długa pauza mierzona (liczba sekund)
(mhm),(yyy)	zjawiska paralingwistyczne relatywnie łatwe do zapisania
((płacz))((śmiech))	zjawiska paralingwistyczne, które trudno zapisać, a które można łatwo nazwać
IMIĘ, NAZWISKO,	informacje zanonimizowane przez osobę transkrybującą
MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ,	wywiad – zamiast specyficznego słowa/określenia użytego
WOJEWÓDZTWO, FESTIWAL,	przez osobę badaną wpisujemy odpowiadający mu wyraz
RESTAURACJA	ogólny

---

Opracowanie własne na podstawie Soroko (2014)

Przepisane wywiady zanalizowano pod kątem wnioskowania autobiograficznego, w oparciu o funkcjonalny model tożsamości narracyjnej (McLean i in., 2020) oraz koherencji narracji (Baerger, McAdams, 1999).

#### **4.1.5.2. Zmienna połączenia wydarzenie-Ja**

Połączenia wydarzenie-Ja (Pasupathi i in., 2007) definiowane są jako związek pomiędzy doświadczeniem a istotnym elementem siebie lub swojego życia. Połączenia wydarzenie-Ja odzwierciedlają sposób w jaki osoba badana łączy opisywane doświadczenie z szeroko rozumianym doświadczeniem siebie. W prowadzonym badaniu uwzględniano dwie grupy opisywanych połączeń: (1) połączenia wydarzenie-Ja podtrzymujące stałość (Ja) określane jako taki sposób tworzenia autonarracji, w której opowiadane wydarzenie pozwala podkreślić posiadaną wcześniej cechę lub właściwość osobistą; (2) połączenia wydarzenie-Ja prowadzące do zmiany (Ja), czyli takie wypowiedzi, które jednoznacznie wskazują związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy opowiadaniem wydarzeniem a ważną osobistą zmianą, jaka zaszła wskutek tego wydarzenia. Dokonując oceny, sędziowie kompetentni wskazywali liczbę wystąpień każdego z połączeń (załącznik 22).

#### **4.1.5.3. Zmienna przetwarzanie eksploracyjne**

Przetwarzanie eksploracyjne (Pals, 2006; Lind, materiały niepublikowane; załącznik 23) to zmienna która opisuje otwartość i gotowość do eksplorowania wpływu doświadczenia na własne życie. Widoczna jest w takich typach autonarracji, w których osoba wykazuje otwartą postawę wobec analizowania wpływu przeszłych doświadczeń na Ja. Wskazana postawa odzwierciedla się, np. w dostrzeganiu i opisywaniu własnych myśli, emocji i zachowań, rozważanie różnych alternatywnych sposobów rozumienia osobistego

doświadczenia, czy wyraźne starania w celu zrozumienia wpływu wydarzenia. Sędziowie oceniali każdą wypowiedź pod kątem nasilenia obecności przetwarzania eksploracyjnego stosując 4-stopniową skalę porządkową (od 1 – niskie/brak przetwarzanie eksploracyjne do 4 – wysoki nasilenie przetwarzania eksploracyjne).

#### **4.1.5.4. Zmienna nadawanie znaczenia**

Nadawanie znaczenia (McLean, Pratt, 2006; załącznik 24) to zmienna, która dotyczy identyfikowania zmiany siebie lub ogólnie życia wynikłej wskutek opowiadanego doświadczenia. Odzwierciedla się w narracjach, w których widoczne jest reflektowanie nad własnym doświadczeniem oraz wyciągnięciu osobiście istotnych wniosków (np. na temat Ja) wskutek przeżytego wydarzenia. Zmienna nadawanie znaczenia oceniana była na 4-stopniowej skali porządkowej, której stopnie odpowiadały kolejno: 0 – *brak nadawania znaczenia*, 1 – *lekcja*, 2 – *niejasne znaczenie*, 3 – *wgląd*.

#### **4.1.5.5. Zmienna koherencja narracji**

Koherencja narracji rozumiana jest jako ogólna spójność autonarracji, a w zależności od autorów, definiowana jest przez pryzmat różnych wymiarów. W badaniu wykorzystano operacjonalizację zaproponowaną przez Baerger i McAdamsa (1999; Soroko, 2023, materiały niepublikowane; załącznik 26), którzy opisują spójność narracji poprzez wymiar orientacji, struktury, afektu oraz integracji. Orientacja odnosi się do określenia opowiadanego wydarzenia w specyficznym kontekście (czas, miejsce, osoby). Struktura opisuje to na ile historia opowiedziana jest w sposób logiczny oraz zorientowany na określony cel. Afekt odzwierciedla to na ile emocje w narracji są obecne oraz w jakim zakresie wyrażane są klarownie i zrozumiale. Integracja natomiast odnosi się do zakresu w jakim opowiadane wydarzenie osadzone jest w szerszym kontekście, np. (historii) życia w ogóle. Sędziowie kompetentni oceniali każdy z aspektów koherencji narracji na 5-stopniowej skali porządkowej (od 0 – *brak* do 4 – *bardzo*) w celu oceny zakresu, w jakim analizowany aspekt jest widoczny w wypowiedzi.

#### **4.1.6. Analiza wypowiedzi**

Analiza wypowiedzi na temat ośmiu kluczowych wydarzeń (zebranych za pomocą sekcji II Wywiadu Historii Życia McAdamsa) przyjęła formę dedukcyjnej analizy treści. Podejście to polega na wykorzystaniu teorii do stworzenia szeroko rozumianych kategorii, których występowanie (np. nasilenie albo liczba wystąpień) identyfikowana jest w trakcie

analizy wypowiedzi (Graneheim i in., 2017; Schreier, 2012). W związku z tym często analiza ta jest nazywana analizą opartą na koncepcji lub opartą na teorii (Schreier, 2012), ponieważ punktem wyjścia do pracy z danymi jakościowymi jest zawsze wybrane podejście teoretyczne, na podstawie którego stworzono wytyczne, np. podręcznik kodowy/instrukcję kodowania, zgodnie z którą oceniane są określone zjawiska psychiczne. Finalnym efektem dedukcyjnej analizy treści jest otrzymanie wyników analiz w formie liczbowej, co daje możliwość wykorzystania ich w analizach statystycznych.

Wszystkie zmienne oceniono w każdej z ośmiu historii osobno, a następnie obliczane były średnie (przetwarzanie eksploracyjne i nadawanie znaczenia) lub sumy (koherencja narracji) dla poszczególnych uczestników badania. Wyjątek stanowiła zmienna połączenia wydarzenie-Ja, której ocena przyjęła postać identyfikacji liczby poszczególnych połączeń. Następnie liczba ta była podzielona przez ogólną liczbę słów oraz pomnożona razy 1000. Pozwoliło to na relatywizację postaci tej zmiennej. Na koniec autor badania sprawdził wyniki analiz każdego z sędziów kompetentnych i arbitralnie zmienił dwie oceny ze względu na ich jawną niezgodność z treścią instrukcji kodowania.

Za analizę autonarracji odpowiedzialni byli sędziowie kompetentni, czyli autor pracy oraz trójka dodatkowych osób. Sędziami kompetentnymi byli psychologowie, którzy przeszli procedurę treningu w zakresie identyfikowania i oceny wskazanych powyżej zmiennych. Procedura treningu obejmowała zorganizowanie trzech spotkań, w trakcie których dyskutowano ćwiczeniowe oceny zmiennych narracyjnych, jakich sędziowie dokonywali w czasie między spotkaniami. Zgodność sędziów kompetentnych obliczono wykorzystując wskaźnik *interclass correlation coefficients* (ICC). Dobór formy odpowiedniego wskaźnika ICC zależy od kilku kwestii: (1) czy próbki narracji były oceniane przez tę samą grupę sędziów; (2) czy grupa sędziów została wybrana losowo spośród populacji potencjalnych sędziów czy była to grupa sędziów specyficzna dla ocenianego tematu; (3) czy punktem zainteresowania jest rzetelność każdego sędziego, czy średniej wartości ocen wielu sędziów; (4) czy celem jest określenie zgodności czy spójności (Koo, Li, 2016). Biorąc pod uwagę, że skład grupy sędziów się nie zmieniał, sędziowie nie zostali wybrani z populacji potencjalnych sędziów, ale stanowią specyficzną grupę oraz że celem jest określenie zgodności ocen w celu późniejszego wykorzystania ocen każdego z sędziów osobno (a nie uśredniania ich ocen) wybrano formę ICC(2,1) (por. Koo, Li, 2016). Zgodność ocen sędziów osiągnięta w niniejszym badaniu w większości przypadków osiągnęła umiarkowany poziom (ICC w przedziale 0.5 – 0.75). Zgodność w zakresie trzech zmiennych osiągnęła poziom niski ( $ICC < 0.5$ ). Zgodność dla jednej ze

zmiennych osiągnęła poziom dobry (ICC w przedziale 0.75 – 0.9). Ze względu na zbyt niski wskaźnik ICC dla zmiennej połączenia wydarzenie-Ja ilustrujące ( $ICC = .267$ ), została ona wykluczona z dalszych analiz. W związku z tym w dalszych obliczeniach statystycznych nie będzie uwzględniana również zmienna połączenia wydarzenie-Ja stałości, w której skład wchodzi połączenia wydarzenie-Ja ilustrujące, a wyłącznie połączenia wydarzenie-Ja odrzucające. W tabeli 4.3. przedstawiono wartości wskaźnika ICC oparte na ocenach sędziów kompetentnych w zakresie wszystkich ocenianych zmiennych.

**Tabela 4.3.**

Zgodność ocen sędziów kompetentnych w zakresie oceny poszczególnych zmiennych

Zmienna	Intraclass correlation coefficients (ICC)
Połączenia wydarzenie-Ja stałości	
(łącznie)	.648
- ilustrujące	.267
- odrzucające	.781
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	.599
Nadawanie znaczenia	.619
Przetwarzanie eksploracyjne	.626
Koherencja (łącznie)	.698
- Orientacja	.724
- Struktura	.401
- Afekt	.478
- Integracja	.743

#### **4.1.7. Analizy statystyczne przeprowadzone w trakcie testowania hipotez**

W trakcie testowania hipotez dla badania pierwszego wykorzystano analizę korelacji, regresji liniowej oraz regresji hierarchicznej oraz dokonano porównań międzygrupowych. Przeprowadzając analizę regresji wykorzystano współczynnik rang Spearmana, ponieważ rozkłady większości wykorzystanych w badaniu zmiennych odbiegały kształtem od rozkładu normalnego. Każdorazowo w trakcie przeprowadzania analiz regresji liniowej i hierarchicznej, dla każdego modelu sprawdzano założenia dla

regresji: założenie o braku odstających wyników, założenie o rozkładnie normalnym reszt, założenie o linearności oraz homoscedastyczności, założenie o braku autokorelacji reszt, założenie o braku współliniowości (Starbuck, 2023). Dla porównań międzygrupowych wykorzystano test U Manna-Whitneya, ponieważ rozkład większości zmiennych wykorzystanych w analizach porównawczych odbiegał kształtem od rozkładu normalnego.

Ponadto warto także zwrócić uwagę na fakt, że liczebność grupy osób badanych jest także ważnym założeniem w kontekście przeprowadzenia analiz statystycznych (Cronbach i in., 1972; Marcoulides, 1993), a wielkości te są związane z typem planowanych analiz (por. np. VanVoorhis, Morgan, 2007). Praktyczne zasady określania wielkości grupy (np. VanVoorhis, Morgan, 2007) wskazują, że minimalna liczebność grupy przy prowadzeniu analiz statystycznych eksplorujących związki między zmiennymi (np. korelacja i regresja) zależy od liczby predyktorów włączanych do modelu. Dla modelu regresji uwzględniających od 1 do 5 predyktorów liczebność osób badanych powinna przekraczać liczbę predyktorów o co najmniej o 50 (minimalna liczba osób badanych określana jest jako: 50 + liczba predyktorów). W przypadku analiz regresji, w których uwzględnione jest więcej niż 6 predyktorów, na każdy predyktor powinno przypadać minimum 10 uczestników badania (minimalna liczba osób badanych określana jest jako 10 x liczba predyktorów) (Harris, 1985). W niniejszym badaniu grupa osób badanych wynosiła 80, a najbardziej rozbudowane modele analizy regresji hierarchicznej uwzględniały maksymalnie 7 predyktorów. Oznacza to, że wymaganie minimalnej liczebności grupy osób badanych zostało spełnione.

#### **4.1.8. Charakterystyka osób uczestniczących w badaniu pierwszym**

W badaniu wzięło udział 80 osób (66 kobiet, 11 mężczyzn, 3 osoby zadeklarowały swoją płeć jako „inna”) w wieku między 20 a 46 lat ( $M = 26,6$ ;  $SD = 6,97$ ). 44 osoby (55,0%) posiadały wykształcenie wyższe, 35 osób (43,9%) zadeklarowało posiadane wykształcenie średnie, jedna osoba (1,2%) posiadała wykształcenie zawodowe.<sup>6</sup> 45 osób (56,3%) zadeklarowało, że w trakcie przystąpienia do badania korzystało z pomocy psychiatry, 43 osoby (53,8%) przyjmowały leki w celu ustabilizowania swojego funkcjonowania emocjonalnego. 37 osób (46,3%) wskazało, że w momencie rekrutacji do badania korzystało z pomocy psychologa. Doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu zadeklarowało 59 osób (73,8%).

---

<sup>6</sup> W związku z obecnością jednej osoby posiadającej wykształcenie zawodowe, zmienna ta została zdychotomizowana. W dalszych analizach zmienna ta przyjęła wartości *średni* i *wyższy*. Wyniki tej osoby zostały włączone do dalszych analiz, co stanowi odstępstwo od wskazanych kryteriów wyłączenia.

Osiemnaścioro uczestników (23,5%) w trakcie udziału w badaniu przebywało na Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych (18a) Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych *Dziekanka* w Gnieźnie. Pacjenci szpitala biorący udział w badaniu byli w wieku między 20. a 41. rokiem życia ( $M = 26,9$ ;  $SD = 6,85$ ). Wszystkie osoby rekrutowane do badania w kontekście klinicznym korzystały z pomocy psychoterapeuty, psychiatry oraz przyjmowały leki stabilizujące funkcjonowanie emocjonalne oraz zadeklarowały doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu. Trzydziestu uczestników (72,2%) posiadało wykształcenie średnie, 5 uczestników (27,8%) posiadało wykształcenie wyższe.

Opis grupy badanej poszerzono także o porównania międzygrupowe dla wyników Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego, Inwentarza Osobowości PID-5 oraz Kwestionariusza Ja, w których jako zmienne grupujące wykorzystano poziom edukacji oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Wybór zmiennych grupujących związany jest z wyborem tych samych zmiennych jako kontrolowanych w analizach regresji hierarchicznej przeprowadzonych na rzecz testowania hipotez 1 i 2. Do analizy porównań międzygrupowych wykorzystano test U Manna-Whitneya, ponieważ rozkłady wielu zmiennych włączonych do porównań odbiegały kształtem od rozkładu normalnego.

Wyniki wskazują, że osoby z wyższym wykształceniem ( $N = 44$ ) osiągają istotnie niższe wyniki od osób ze średnim wykształceniem ( $N = 36$ ) w (1) wyniku ogólnym Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS) przeznaczonym do badania ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości ( $U = 530$ ,  $p < .05$ ,  $r = .33$ ), jak i podskalach mierzących funkcjonowanie osobowości w aspekcie tożsamości ( $U = 574$ ,  $p < .05$ ,  $r = .28$ ), samokierowania ( $U = 525$ ,  $p < .05$ ,  $r = .34$ ) i bliskości ( $U = 578$ ,  $p < .05$ ,  $r = .15$ ); (2) wynikach Inwentarza osobowości PID-5 dla cechy antagonizmu ( $U = 531$ ,  $p < .05$ ,  $r = .33$ ) i rozhamowania ( $U = 524$ ,  $p < .05$ ,  $r = .34$ ); oraz (3) ogólnym wynikiem Kwestionariusza Ja mierzącego nasilenie mechanizmu rozszczepienia ( $U = 585$ ,  $p < .05$ ,  $r = .26$ ), ale także wynikach w podskali mierzącej nasilenie rozszczepienia w obrazie Ja ( $U = 572$ ,  $p < .05$ ,  $r = .28$ ). Oznacza to, że osoby z wyższym wykształceniem osiągały wyniki wskazujące na bardziej adaptacyjny sposób funkcjonowania (w zakresie wykazanych istotnych różnic).

Porównanie między grupami osób doświadczających ( $N = 59$ ) i nie doświadczających ( $N = 21$ ) silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu wskazują, że osoby deklarujące doświadczanie silniejszego stresu osiągnęły statystycznie istotnie wyższe wyniki w (1) wyniku ogólnym Skali



Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS) przeznaczonej do badania ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości ( $U = 388, p < .05, r = .37$ ), jak i podskalach mierzących funkcjonowanie osobowości w aspekcie tożsamości ( $U = 368, p < .05, r = .41$ ), samokierowania ( $U = 412, p < .05, r = .34$ ) i empatii ( $U = 431, p < .05, r = .31$ ); (2) wynikach Inwentarza Osobowości PID-5 dla cechy negatywnej afektywności ( $U = 346, p < .05, r = .44$ ), izolacji ( $U = 405, p < .05, r = .35$ ) i psychotyzmu ( $U = 303, p < .001, r = .51$ ); oraz (3) ogólnym wyniku Kwestionariusza Ja mierzącego nasilenie mechanizmu rozszczepienia ( $U = 423, p < .05, r = .32$ ).

Porównania międzygrupowe wskazują, że osoby doświadczające silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu osiągały wyniki świadczące o bardziej adaptacyjnym funkcjonowaniu niż osoby, które nie deklarowały doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu.

#### 4.1.9. Wyniki badania pierwszego

##### 4.1.9.1. Opis statystyczny badanych zmiennych

Dla wszystkich zmiennych uwzględnionych w badaniu dokonano opisu statystycznego uzyskanych rezultatów. W tabeli 4.4. znajduje się opis statystyczny zmiennych wyników kwestionariuszy

**Tabela 4.4.**

Opis statystyczny wyników kwestionariuszowych w badaniu pierwszym

Zmienna	Średnia	Odchylenie Standardowe	Wynik Min.	Wynik Max.	Skośność	Kurtoza	Normalność rozkładu (p)
SIFS wynik ogólny	1.75	.67	.46	3.29	.16	-.83	.21
SIFS tożsamość	2.32	.84	.43	3.86	-.09	-.95	<.05
SIFS samokierowanie	1.87	.81	.20	3.40	.12	-.90	<.05
SIFS empatia	1.38	.82	.00	3.40	.45	-.70	<.01
SIFS bliskość	1.41	.86	.00	3.67	.19	-.46	.08
PID-5: Negatywna afektywność	1.59	.45	.57	2.63	-.01	-.41	.81
PID-5: Izolacja	1.07	.52	.08	2.29	.09	-.48	.50
PID-5: Antagonizm	1.03	.51	.14	2.40	.69	.13	<.05
PID-5: Rozhamowanie	1.35	.49	.32	2.42	-.08	-.63	.51
PID-5: Psychotyzm	1.12	.53	.05	2.76	.44	1.16	.06
SI wynik ogólny	2.93	.77	1.04	4.42	-.16	-.67	.53
SI Podskala Ja	3.46	1.06	1.00	5.00	-.54	-.61	.53
SI Podskala Rodzina	2.69	1.06	1.00	4.88	.12	-.99	.53
SI Podskala Inni	2.63	.99	1.00	4.88	.16	-.89	.53

SIFS – Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego; PID-5 – Inwentarz osobowości PID-5; SI – Kwestionariusz Ja

Ponadto, podobnie jak w przypadku wyników kwestionariuszowych, dokonano opisu statystycznego wyników opartych na analizach danych jakościowych. Opis statystyczny przedstawiono w tabeli 4.5.

**Tabela 4.5.**

Opis statystyczny wyników analiz danych jakościowych w badaniu pierwszym

Zmienna	Średnia	Odchylenie Standardowe	Wynik Min.	Wynik Max.	Skośność	Kurtoza	Normalność rozkładu (p)
Nadawanie znaczenia	1.28	.68	.00	2.88	.14	-.81	.12
Przetwarzanie eksploracyjne	1.98	.73	1.00	3.88	.58	-.48	<.01
Połączenia wydarzenie-Ja	.16	.32	.00	1.57	2.68	7.48	<.001
Odrzucające Połączenia wydarzenie-Ja	1.14	.79	.00	4.11	1.19	2.21	<.001
Zmiany Koherencja orientacja	2.96	.71	.88	4.00	-.45	-.30	<.05
Koherencja struktura	2.76	.82	.63	4.00	-.72	-.21	<.001
Koherencja afekt	1.52	.90	.00	4.00	.43	-.24	<.05
Koherencja integracja	1.67	.85	.25	3.63	.38	-.67	<.05
Koherencja (wynik ogólny)	8.90	2.38	3.75	15.1	.16	-.28	.92
Liczba słów całego wywiadu	3625	2513	687	14341	1.79	4.17	<.001

#### 4.1.9.2. Wynikii testowanie hipotez

**Hipoteza 1.** Niższe nasilenie wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz połączeń wydarzenie-Ja jest związane z wyższym nasileniem nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

W testowaniu hipotezy 1. zastosowano analizę korelacji oraz regresji hierarchicznej w oparciu o dane zebrane za pomocą Skali Funkcjonowania Ja i Intepresonalnego (SIFS) służącej do pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości oraz wskaźniki wnioskowania autobiograficznego (połączenia wydarzenie-Ja, nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne). Wykonując analizę korelacji wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana ponieważ rozkłady niektórych zmiennych odbiegały kształtem od rozkładu normalnego.

Analiza korelacji wskazuje, że połączenia wydarzenie-Ja odrzucające korelują istotnie z aspektem poziomu funkcjonowania osobowości - samokierowaniem ( $rho=-.23$ ).

Wykazane związku miały negatywny charakter, co oznacza, że im mniejsze nasilenie występowania połączeń wydarzenie-Ja odrzucających tym silniejsze nasilenie trudności osobowościowych w zakresie samokierowania. Korelacja cechowała się słabym nasileniem. W tabeli 4.6. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.6.**

Wyniki analizy korelacji między wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego a poziomem funkcjonowania osobowości

	SIFS (średnia)	SIFS Tożsamość	SIFS Samokierowanie	SIFS Empatia	SIFS Bliskość
Nadawanie znaczenia	-.079	.025	-.121	-.016	-.155
Przetwarzanie eksploracyjne	-.101	-.089	.024	-.113	-.132
Połączenia wydarzenie-Ja Odrzucające	-.175	-.100	-.233*	-.183	-.083
Połączenia wydarzenie-Ja Zmiany	.044	.150	-.024	-.010	.055

\*  $p < .05$ ; SIFS (średnia) – poziom funkcjonowania osobowości określony na podstawie Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS); SIFS Tożsamość – aspekt funkcjonowania Ja: tożsamość; SIFS samokierowanie – aspekt funkcjonowania Ja: samokierowanie; SIFS empatia – aspekt funkcjonowania interpersonalnego: empatia; SIFS bliskość – aspekt funkcjonowania interpersonalnego: bliskość.

W trakcie testowania hipotezy 1. na temat związków wskaźników wnioskowania autobiograficznego z poziomem funkcjonowania osobowości przeprowadzono pięć analiz regresji hierarchicznej. Jako zmienne wyjaśniane w kolejnych modelach uwzględniano poziom funkcjonowania osobowości oraz poszczególne jego aspekty: tożsamości, samokierowania, empatii i bliskości. W pierwszym kroku w każdym modelu jako zmienne wyjaśniające uwzględniano wskaźniki wnioskowania autobiograficznego (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany). W kolejnym kroku wprowadzano zmienne kontrolowane w postaci poziomu wykształcenia oraz doświadczania większego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Postanowiono uwzględnić te zmienne, ponieważ niższy poziom wykształcenia może być związany z niższymi kompetencjami językowymi, utrudniającymi budowanie autonarracji wokół ważnych wydarzeń życiowych. Doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu może pogarszać ogólny poziom funkcjonowania w różnych obszarach. Brak kontroli tej zmiennej mógłby wiązać się z pomijaniem istotnej kwestii związanej z (nie)adaptacyjnością funkcjonowania osobowości, która może mieć charakter okresowy.

W pierwszym kroku pierwszej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono wskaźniki wnioskowania (nadawanie znaczenia, przetwarzanie

eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany), a jako zmienną wyjaśnianą poziom funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny). Model ( $adj R^2 = -.03$ ,  $F(4, 75) = .42$ ,  $p = .80$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .12$ ,  $F(6, 73) = 2.85$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 12% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny) oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .17$ ,  $F(2, 73) = 7.56$ ,  $p = .001$ ). Istotnymi predyktorami okazały się poziom wykształcenia ( $\beta = -.56$ ,  $t = -2.65$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .66$ ,  $t = 2.78$ ,  $p < .05$ ). Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.7. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.7.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 1., wskaźniki wnioskowania autobiograficznego a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: ogólny poziom funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .17$ ; $F(2, 73) = 7.56$ , $p = .001$												
Predyktor	Krok 1 model 1: Skorygowane $R^2 = -.03$ , $F(4, 75) = .42$ , $p = .80$						Krok 1 i 2 model 2: skorygowane $R^2 = .12$ , $F(6, 73) = 2.85$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	1.93(.24)				7.89	<.001	1.48(.25)				5.83	<.001
Nadawanie znaczenia	.02(.16)	-.30	.24	.01	.11	.91	.03(.15)	-.27	.32	.03	.19	.85
Przetwarzanie eksploracyjne	-.10(.14)	-.41	.19	-.11	-.73	.47	-0.12(.13)	-.40	.15	-.12	-.89	.37
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	-.23(.26)	-.36	.14	-.11	-.90	.37	-.20(.24)	-.32	.13	-.10	-.84	.41
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	.03(.10)	-.21	.28	.04	.29	.77	-.01	-.23	.22	-.01	-.08	.94
Poziom wykształcenia							-.37(.14)	-.98	.14	-.56	-2.65	<.05
Doświadczanie podwyższonego stresu							.44(.16)	.19	1.14	.66	2.78	<.05

Zmienna zależna: poziom funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny)

Model 1:  $adj R^2 = -.03$ ,  $F(4, 75) = .42$ ,  $p = .80$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .37$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.50$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.14 do 1.97

Model 2:  $adj R^2 = .12$ ,  $F(6, 73) = 2.85$ ,  $p < .05$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ;  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .16$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.74$ ,  $p = .22$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.97

W pierwszym kroku drugiej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono wskaźniki wnioskowania (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany), a jako zmienną wyjaśnianą aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS tożsamość). Model ( $adj R^2 = -.004$ ,  $F(4, 75) = .92$ ,  $p = .46$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .13$ ,  $F(6, 73) = 2.90$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 13% zmienności w obszarze tożsamości w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .15$ ,  $F(2, 73) = 6.60$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się poziom wykształcenia ( $\beta = -.42$ ,  $t = -2.01$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .71$ ,  $t = 2.98$ ,  $p < .05$ ). Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.8. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.8.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 1., wskaźniki wnioskowania autobiograficznego a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .16$ , $F(2, 73) = 6.60$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1 model 1: Skorygowane $R^2 = -.004$ , $F(4, 75) = .92$ , $p = .46$						Krok 1 i 2 model 2: skorygowane $R^2 = .13$ , $F(6, 73) = 2.90$ ; $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	2.43(.31)				7.99	<.001	1.90(.32)				5.91	<.001
Nadawanie znaczenia	.23(.20)	-.13	.50	.18	1.16	.25	.23(.18)	-.11	.48	.19	1.27	.21
Przetwarzanie eksploracyjne	-.24(.17)	-.50	.09	-.20	-	.18	-.25(.16)	-.49	.06	-.22	-	.13
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające					1.36						1.55	
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	-.38(.32)	-.39	.10	-.15	-	.23	-.36(.30)	-.36	.09	-.14	-	.06
Połączenia wydarzenia					1.21						1.20	
Poziom wykształcenia	.11(.13)	-.14	.34	.39	.86	.39	.07(.12)	-.16	.29	.06	.57	.57
Doświadczanie podwyższonego stresu							-.36(.18)	-.86	-	-.42	-	<.05
								.002			2.01	
							.60(.20)	.23	1.19	.71	2.98	<.05

Zmienna zależna: aspekt tożsamości w zakresie funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = -.004$ ,  $F(4, 75) = .92$ ,  $p = .46$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .08$ ; test Durbina-Watsona:  $DW = 1.53$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.14 do 1.97

Model 2:  $adj R^2 = .13$ ,  $F(6, 73) = 2.90$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .06$ ; test Durbina-Watsona:  $DW = 1.75$ ,  $p = .26$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.97

W pierwszym kroku trzeciej analizy jako zmienne wyjaśniające włączono wskaźniki wnioskowania (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany), a jako zmienną wyjaśnianą aspekt samokierowaniapoziomu funkcjonowania osobowości (SIFS samokierowanie). Model ( $adj R^2 = -.02$ ,  $F(4, 75) = .63$ ,  $p = .64$ ) okazał się nieistotny statystycznie. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .11$ ,  $F(6, 73) = 2.70$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 11% zmienności w obszarze samokierowania w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu pierwszego ( $\Delta R^2 = .15$ ,  $F(2, 73) = 6.63$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się poziom wykształcenia ( $\beta = -.57$ ,  $t = -2.69$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .57$ ,  $t = 2.39$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.9. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.9.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 1., wskaźniki wnioskowania autobiograficznego a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .15$ , $F(2, 73) = 6.63$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = -.02$ , $F(4, 75) = .63$ , $p = .64$						Krok 1 i 2; model 2: Skorygowane $R^2 = .11$ , $F(6, 73) = 2.70$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.91(.30)				6.49	<.001	1.42(.31)				4.56	<.001
Nadawanie znaczenia	-.23(.19)	-.51	.13	-.19	-	.24	-.21(.18)	-.47	.12	-.17	-	.24
Przetwarzanie eksploracyjne	.14(.17)	-.18	.42	.12	.82	.42	.12(.16)	-.17	.39	.11	.78	.44
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	-.18(.31)	-.31	.18	-.07	-.56	.57	-.13(.29)	-.28	.18	-.05	-.46	.65
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	-.004(.12)	-.25	.24	-	-.04	.97	-.05(.12)	-.27	.18	-.05	-.41	.68
Poziom wykształcenia							-.47(.17)	-	-.15	-.57	-	<.05
								1.00			2.69	
Doświadczanie podwyższonego stresu							.46(.19)	.09	1.05	.57	2.39	<.05

Zmienna zależna: aspekt samokierowania w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = -.02$ ,  $F(4, 75) = .63$ ,  $p = .64$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .21$ ; test Durbina-Watsona:  $DW = 1.67$ ,  $p = .15$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.14 do 1.97

Model 2:  $adj R^2 = .11$ ,  $F(6, 73) = 2.70$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .38$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.86$ ,  $p = .53$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.97

W pierwszym kroku czwartej analizy jako zmienne wyjaśniające włączono wskaźniki wnioskowania (nadawanie naczeka, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany), a jako zmienną wyjaśnianą uwzględniono aspekt empatii poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS empatia). Model ( $adj R^2 = -.001$ ,  $F(4, 75) = .97$ ,  $p = .43$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .05$ ,  $F(6, 73) = 1.75$ ,  $p = .12$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się nieistotny statystycznie. Model z kroku drugiego istotnie różnił się od modelu z kroku pierwszego ( $\Delta R^2 = .08$ ,  $F(2, 73) = 3.18$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.10. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.10.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 1., wskaźniki wnioskowania autobiograficznego a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt empatii poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .08$ , $F(2, 73) = 3.18$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $adj R^2 = -.001$ , $F(4, 75) = .97$ , $p = .43$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .05$ , $F(6, 73) = 1.75$ , $p = .12$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.70(.30)				5.75	<.001	1.32(.32)				4.08	<.001
Nadawanie znaczenia	.20(.19)	-.15	.48	.16	1.03	.31	.20(.19)	-.14	.47	.17	1.08	.28
Przetwarzanie eksploracyjne	-.23(.17)	-.51	.09	-.21	-	.17	-.24	-.51	.07	-.22	-	.14
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające					1.39						1.49	
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	-.46(.31)	-.42	.06	-.18	-	.14	-.44(.30)	-.41	.06	-.17	-	.15
Połączenia wydarzenia					1.49						1.46	
Poziom wykształcenia	-.04(.12)	-.28	.20	-.04	-.30	.77	-.06(.12)	-.30	.17	-.06	-.55	.59
Doświadczanie podwyższonego stresu							-.26(.18)	-.75	.13	-.31	-	.16
											1.42	
							.42(.20)	-.01	.90	.51	2.05	<.05

Zmienna zależna: aspekt empatii poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = -.001$ ,  $F(4, 75) = .97$ ,  $p = .43$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .20$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 2.20$ ,  $p = .36$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.14 do 1.97

Model 2:  $adj R^2 = .05$ ,  $F(6, 73) = 1.75$ ,  $p = .12$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .37$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 2.37$ ,  $p = .11$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.97

W pierwszym kroku piątej analizy jako zmienne wyjaśniające włączono wskaźniki wnioskowania (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i zmiany), a jako zmienną wyjaśnianą aspekt bliskości poziomofunkcjonowania osobowości (SIFS bliskość). Model ( $adj R^2 = .03$ ,  $F(4, 75) = .52$ ,  $p = .72$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .05$ ,  $F(6, 73) = 1.67$ ,  $p = .14$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się nieistotny statystycznie. Model z kroku drugiego różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .09$ ,  $F(2, 73) = 3.89$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.11. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.11.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 1., wskaźniki wnioskowania autobiograficznego a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .09$ , $F(2, 73) = 3.89$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .03$ , $F(4, 75) = .52$ , $p = .72$						Krok 1 i 2; model 2: Skorygowane $R^2 = .05$ , $F(6, 73) = 1.67$ , $p = .14$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	1.66(.31)				5.29	<.001	1.26(.34)				3.68	<.001
Nadawanie znaczenia	-.16(.20)	-.44	.19	-.13	-.78	.44	-.14(.20)	-.42	.20	-.11	-.73	.47
Przetwarzanie eksploracyjne	-.06(.18)	-.35	.25	-.05	-.33	.74	-.07(.17)	-.35	.23	-.06	-.42	.67
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	-.03(.33)	-.26	.23	-.01	-.09	.93	.01(.32)	-.23	.24	.003	.03	.98
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	.07(.13)	-.18	.31	.07	.54	.59	.03(.13)	-.20	.27	.03	.27	.79
Poziom wykształcenia							-.42(.19)	-.93	-.05	-.49	-	<.05
Doświadczanie podwyższonego stresu							.35(.21)	-.09	.90	.30	1.61	.11

Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .03$ ,  $F(4, 75) = .52$ ,  $p = .72$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .26$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.36$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.14 do 1.97

Model 2:  $adj R^2 = .05$ ,  $F(6, 73) = 1.67$ ,  $p = .14$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .49$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.51$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.97

W świetle powyższych wyników hipoteza pierwsza zakładająca związek pomiędzy nadawaniem znaczenia, przetwarzaniem eksploracyjnym i połączeniami wydarzenie-Ja



a poziomem funkcjonowania osobowości nie została potwierdzona. Żadna ze wskazanych hipotez zmiennych nie stanowiła istotnego predyktora poziomu funkcjonowania osobowości, zarówno w perspektywie ogólnej jak i pomniejszych aspektów (tożsamość, samokierowanie, empatia, bliskość). Wyniki wskazują jednak, że zmienne kontrolowane, czyli niższy poziom wykształcenia i doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu stanowią predyktory poziomu funkcjonowania osobowości w rozumieniu ogólnym, jak i w aspektach tożsamości i samokierowania.

**Hipoteza 2.** Niższe nasilenie koherencji narracji, w aspektach orientacji, struktury, afektu i integracji jest związane z wyższym nasileniem nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

W trakcie testowania hipotezy 2. dotyczącej związków koherencji z poziomem funkcjonowania osobowości zastosowano analizę korelacji oraz regresji hierarchicznej w oparciu o dane zebrane za pomocą Skali Funkcjonowania Ja i Intepresonalnego (SIFS) służącej do pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości oraz koherencję narracji – zarówno wyniku ogólnego jak również jej poszczególnych aspektów: orientacji, struktury, afektu i integracji. Wykonując analizę korelacji wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana ponieważ rozkłady większości zmiennych (poziom funkcjonowania osobowości (wynik SIFS) w zakresie tożsamości, samokierowania, empatii; oraz aspekty koherencji: orientacja, struktura, afekt i integracja) odbiegają od rozkładu normalnego.

Analiza korelacji wskazuje, że aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości koreluje z integracją w zakresie koherencji ( $\rho = -.28$ ) oraz ogólną koherencją wypowiedzi ( $\rho = -.25$ ). Wykazane związki miały negatywny charakter, co oznacza, że im wyższe nasilenie nieprawidłowości w aspekcie bliskości poziomu funkcjonowania osobowości tym niższa ogólna koherencja wypowiedzi oraz tym niższy aspekt integracji (w zakresie koherencji). W tabeli 4.12. znajdują się wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.12.**

Wyniki analizy korelacji między koherencją narracji a poziomem funkcjonowania osobowości

	SIFS (średnia)	SIFS Tożsamość	SIFS Samokierowanie	SIFS Empatia	SIFS Bliskość
Orientacja	-.022	-.031	.012	.050	-.102
Struktura	-.010	.062	-.048	.151	-.194

Afekt	-.019	-.006	.025	-.019	-.041
Integracja	-.179	-.098	-.117	-.087	-.282*
Koherencja	-.098	-.039	-.041	.013	-.250*
(wynik ogólny)					

\*  $p < .05$ ; SIFS (średnia) – poziom funkcjonowania osobowości określony na podstawie Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS); SIFS Tożsamość – aspekt funkcjonowania Ja – tożsamość; SIFS samokierowanie – aspekt funkcjonowania Ja samokierowanie; SIFS empatia – aspekt funkcjonowania interpersonalnego – empatia; SIFS bliskość – aspekt funkcjonowania interpersonalnego bliskość.

W celu dalszego testowania hipotezy 2. przeprowadzono pięć analiz regresji hierarchicznej. Jako zmienne wyjaśniane w kolejnych modelach uwzględniano poziom funkcjonowania osobowości oraz poszczególne jego aspekty: tożsamości, samokierowania, empatii i bliskości. W pierwszym kroku w każdym modelu jako zmienne wyjaśniające uwzględniano koherencję narracji w jej poszczególnych aspektach orientacji, struktury, afektu, integracji. W kolejnym kroku wprowadzano zmienne kontrolowane w postaci poziomu wykształcenia oraz doświadczania większego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Postanowiono uwzględnić te zmienne, ponieważ niższy poziom wykształcenia może być związany z niższymi kompetencjami językowymi, utrudniającymi budowanie autonarracji wokół ważnych wydarzeń życiowych. Doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu może pogarszać ogólny poziom funkcjonowania w różnych obszarach. Brak kontroli tej zmiennej mógłby wiązać się z pomijaniem istotnej kwestii związanej z (nie)adaptacyjnością funkcjonowania osobowości, która może mieć charakter okresowy.

W pierwszym kroku pierwszej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono aspekty koherencji: orientację, strukturę, afekt i integrację, a jako zmienną wyjaśnianą poziom funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny). Model ( $adj R^2 = .01$ ,  $F(4, 75) = 1.15$ ,  $p < .34$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .14$ ,  $F(6, 73) = 3.15$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 14% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny) oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .15$ ,  $F(2, 73) = 6.79$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się poziom wykształcenia ( $\beta = -.51$ ,  $t = -2.44$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .65$ ,  $t = 2.72$ ,  $p < .05$ ). Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.13. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.13.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 2., związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: poziom funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .15$ , $F(2, 73) = 6.79$ , $p < .001$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $adj R^2 = .01$ , $F(4, 75) = 1.15$ , $p < .34$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .14$ , $F(6, 73) = 3.15$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.70(.35)				4.91	<.001	1.69(.35)				4.86	<.001
Orientacja	-.01(.14)	-.31	.29	-.01	-.06	.95	-.03(.13)	-.31	.25	-.03	-.19	.85
Struktura	.15(.13)	-.15	.49	.17	1.09	.28	.10(.12)	-.17	.43	.13	.86	.40
Afekt	.05(.10)	-.21	.34	.07	.59	.62	.01(.10)	-.25	.27	.01	.05	.96
Integracja	-.24(.12)	-.61	.001	-.30	- 1.99	.05	-.18(.11)	-.51	.06	-.22	- 1.56	.12
Poziom wykształcenia							-.34(.14)	-.94	-.09	-.52	- 2.44	<.05
Doświadczenie podwyższonego stresu							.43(.16)	.17	1.12	.65	2.72	<.05

Zmienna zależna: ogólny poziom funkcjonowania osobowości

Model 1  $adj R^2 = .01$ ,  $F(4, 75) = 1.15$ ,  $p < .34$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .07$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.52$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.52 do 2.05

Model 2:  $adj R^2 = .14$ ,  $F(6, 73) = 3.15$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .12$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.70$ ,  $p = .15$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.02 do 2.07

W pierwszym kroku drugiej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono aspekty koherencji: orientację, strukturę, afekt i integrację, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS tożsamość). Model ( $adj R^2 = .0002$ ,  $F(4, 75) = 1.00$ ,  $p = .41$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .12$ ,  $F(6, 73) = 2.81$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 12% zmienności trudności w obszarze tożsamości w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .14$ ,  $F(2, 73) = 6.14$ ,  $p < .05$ ). Istotnym predyktorem okazało doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .71$ ,  $t = 2.96$ ,  $p < .05$ ). Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.14. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.14.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 2., związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .14$ ; $F(2, 73) = 6.14$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .0002$ , $F(4, 75) = 1.00$ , $p = .41$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .12$ , $F(6, 73) = 2.81$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	2.22(.44)				5.06	<.001	2.11(.44)				4.75	<.001
Orientacja	-.14(.18)	-.42	.18	-.12	-.77	.45	-.16(.17)	-.41	.15	-.13	-.93	.35
Struktura	.29(.17)	-.03	.61	.29	1.78	.08	.25(.16)	-.06	.55	.25	1.62	.11
Afekt	.03(.13)	-.24	.31	.03	.23	.82	-.03(.12)	-.29	.23	-.03	-.22	.83
Integracja	-.21(.15)	-.52	.10	-.21	- 1.37	.17	-.14(.13)	-.43	.15	-.14	-.97	.33
Poziom wykształcenia							-.33(.18)	-.81	.03	-.39	- 1.83	.07
Doświadczenie podwyższonego stresu							.60(.20)	.23	1.19	.71	2.96	<.05

Zmienna zależna: aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .0002$ ,  $F(4, 75) = 1.00$ ,  $p = .41$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .08$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.57$ ,  $p = .07$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.52 do 2.05

Model 2:  $adj R^2 = .12$ ,  $F(6, 73) = 2.81$ ,  $p < .05$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .59$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.80$ ,  $p = .37$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.02 do 2.07

W pierwszym kroku trzeciej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono aspekty koherencji: orientację, strukturę, afekt i integrację, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS samokierowanie). Model ( $adj R^2 = -.02$ ,  $F(4, 75) = .54$ ,  $p = .71$ ) okazał się nieistotny statystycznie. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .10$ ,  $F(6, 73) = 2.43$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 10% zmienności trudności w obszarze samokierowania w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .14$ ,  $F(2, 73) = 6.05$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się poziom wykształcenia ( $\beta = -.57$ ,  $t = -2.63$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .55$ ,  $t = 2.42$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.15. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.15.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 2., związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .14$ ; $F(2, 73) = 6.05$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = -.02$ , $F(4, 75) = .54$ , $p = .71$						Krok 1 i 2; model 2: Skorygowane $R^2 = .10$ , $F(6, 73) = 2.43$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	1.72(.43)				4.01	<.001	1.78(.43)				4.10	<.001
Orientacja	.16(18)	-.17	.44	.14	.89	.38	.14(.17)	-.17	.41	.12	.83	.41
Struktura	-.05(.16)	-.38	.27	-.05	-.33	.74	-.10(.15)	-.41	.21	-.10	-.65	.52
Afekt	.09(13)	-.18	.38	.10	.71	.48	.04(.12)	-.22	.31	-.04	.32	.75
Integracja	-.18(15)	-.50	.12	-.19	-	.23	-.10(.14)	-.40	.19	-.11	-.72	.47
					1.21							
Poziom edukacji							-.46(.18)	-	1.00	-.14	-.57	2.63
Doświadczenie podwyższonego stresu							.44(.20)	.06	1.03	.55	2.24	<.05

Zmienna zależna: aspekt samokierowania w zakresie funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = -.02$ ,  $F(4, 75) = .54$ ,  $p = .71$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .13$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.65$ ,  $p = .13$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.52 do 2.05

Model 2:  $adj R^2 = .10$ ,  $F(6, 73) = 2.43$ ,  $p < .05$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .22$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.76$ ,  $p = .25$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.02 do 2.07

W pierwszym kroku czwartej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono aspekty koherencji: orientację, strukturę, afekt i integrację, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt empatii funkcjonowania osobowości (SIFS empatia). Model ( $adj R^2 = .06$ ,  $F(4, 75) = 2.20$ ,  $p = .08$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Założenie o rozkładzie normalnym reszt nie zostało spełnione. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .09$ ,  $F(6, 73) = 2.32$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 9% zmienności trudności w obszarze tożsamości w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości jednak nie różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .06$ ,  $F(2, 73) = 2.41$ ,  $p = .10$ ). Istotnym predyktorem zmienności zmiennej zależnej okazał się aspekt struktury w zakresie koherencji ( $\beta = -.37$ ,  $t = 2.40$ ,  $p < .05$ ). Założenie o rozkładzie normalnym reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.16 przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.16.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 2., związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt empatiipoziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .06$ ; $F(2, 73) = 2.41$ , $p = .10$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .06$ , $F(4, 75) = 2.20$ , $p = .08$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .09$ , $F(6, 73) = 2.32$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	1.04(.41)				2.51	<.05	.96(.44)				2.18	<.05
Orientacja	-.11(.17)	-.39	.20	-.10	-.65	.52	-.12(.17)	-.39	.18	-.11	-.73	.47
Struktura	.40(.16)	.08	.71	.40	2.54	<.05	.37(.15)	.06	.68	.37	2.40	<.05
Afekt	.04(.12)	-.23	.31	.04	.32	.75	.003(.12)	-.26	.27	.004	.03	.98
Integracja	-.29(.14)	-.60	-	-.30	-	<.05	-.25(.14)	-.55	.04	-.26	-	.09
			.005		2.03						1.75	
Poziom wykształcenia							-.19(.18)	-.67	.20	-.24	-	.28
											1.09	
Doświadczenie podwyższonego stresu							.38(.20)	-.03	.95	.46	1.89	.06

Zmienna zależna: aspekt empatii w zakresie funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .06$ ,  $F(4, 75) = 2.20$ ,  $p = .08$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .05$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 2.21$ ,  $p = .34$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.52 do 2.05

Model 2:  $adj R^2 = .09$ ,  $F(6, 73) = 2.32$ ,  $p < .05$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .05$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 2.37$ ,  $p = .37$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.02 do 2.07

W pierwszym kroku piątej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono aspekty koherencji: orientację, strukturę, afekt i integrację, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS samokierowanie). Model ( $adj R^2 = .03$ ,  $F(4, 75) = 1.68$ ,  $p = .16$ ) okazał się nieistotny statystycznie. W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .10$ ,  $F(6, 73) = 2.46$ ,  $p < .05$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 10% zmienności trudności w obszarze samokierowania w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .09$ ,  $F(2, 73) = 3.77$ ,  $p < .05$ ). Istotnym predyktorem okazał się poziom wykształcenia ( $\beta = -.47$ ,  $t = -2.15$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.17. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.17.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 2., związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .09$ ; $F(2, 73) = 3.77$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .03$ , $F(4, 75) = 1.68$ , $p = .16$						Krok 1 i 2; model 2: Skorygowane $R^2 = .10$ , $F(6, 73) = 2.46$ , $p < .05$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.81(.44)				4.12	<.001	1.89(.46)				4.12	<.001
Orientacja	.05(.18)	-.25	.34	.04	.29	.78	.03(.17)	-.26	.31	.03	.20	.85
Struktura	-.05(.17)	-.37	.26	-.05	-.32	.75	-.09(.16)	-.39	.22	-.09	-.57	.57
Afekt	.08(.13)	-.19	.36	.08	.62	.54	.04(.13)	-.22	.30	.04	.30	.77
Integracja	-.31(.15)	-.61	-.01	-.31	- 2.07	<.05	-.25(.15)	-.54	.05	-.25	- 1.68	.10
Poziom edukacji							-.40(.19)	-.90	-.03	-.46	- 2.15	<.05
Doświadczenie podwyższonego stresu							.35(.21)	-.08	.89	.41	1.67	.10

Zmienna zależna: aspekt bliskości w zakresie funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .03$ ,  $F(4, 75) = 1.68$ ,  $p = .16$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .36$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.37$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.52 do 2.05

Model 2:  $adj R^2 = .10$ ,  $F(6, 73) = 2.46$ ,  $p < .05$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .72$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.44$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.02 do 2.07

W świetle powyższych wyników hipoteza 2. zakładająca związku koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości zarówno w rozumieniu ogólnym jak i jego pomniejszych aspektami została potwierdzona tylko w ograniczonym zakresie. Mianowicie aspekt koherencji struktury okazał się istotnym predyktorem zmienności poziomu funkcjonowania osobowości w zakresie empatii. Dla pozostałych aspektów funkcjonowania osobowości oraz ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości istotnymi predyktorami okazały się zmienne kontrolowane – poziom edukacji oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu.

**Hipoteza 3.** Wyższe nasilenie działania mechanizmu rozszczepienia jest związane niższym nasileniem nadawania znaczenia i przetwarzania eksploracyjnego oraz wyższą tendencją do ustanawiania połączeń wydarzenie-Ja odrzucających

W trakcie testowania hipotezy 3. dotyczącej związku nasilenia mechanizmu rozszczepienia ze wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego (nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, połączeń wydarzenie-Ja odrzucających) zastosowano analizę korelacji oraz regresji liniowej. W analizie korelacji uwzględniono ogólne nasilenie mechanizmu rozszczepienia oraz jego działania w aspektach: Ja, obrazie innych i rodziny (mierzonego za pomocą narzędzia *Kwestionariusz Ja*) oraz wyszczególnione w hipotezach wskaźniki wnioskowania autobiograficznego (przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające). W analizie korelacji wykorzystano współczynnik rang Spearmana, ponieważ rozkłady niektórych wykorzystanych zmiennych (nasilenie prymitywnych mechanizmów obronnych, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające, przetwarzanie eksploracyjne) odbiegają od rozkładu normalnego.

Przeprowadzona analiza korelacji wskazuje na brak istotnych związków pomiędzy uwzględnionymi zmiennymi. W tabeli 4.18. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.18.**

Wyniki analizy korelacji między wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego a nasileniem mechanizmu rozszczepienia

	Nasilenie rozszczepienia w zakresie Ja	Nasilenie rozszczepienia w zakresie obrazu rodziny	Nasilenie rozszczepienia w zakresie obrazu innych	Ogólne nasilenie mechanizmu rozszczepienia
Przetwarzanie eksploracyjne	-.130	.024	.004	-.035
Nadawanie znaczenia	-.086	.073	-.001	.007
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	-.130	.036	-.048	-.050

\*  $p < .05$

W celu dalszego testowania hipotezy 3. dotyczącej związku nasilenia mechanizmu rozszczepienia dla wskaźników wnioskowania autobiograficznego (nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, połączeń wydarzenie-Ja odrzucających) przeprowadzono trzy analizy regresji liniowej, w których jako zmienne wyjaśniające uwzględniono



nasilenie nasilenie rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny. Jako zmienne wyjaśniane w kolejnych modelach uwzględniano przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia oraz połączenia wydarzenie-Ja odrzucające.

Model ( $adj R^2 = -.02$ ,  $F(3, 76) = .48$ ,  $p = .70$ ) do którego jako zmienną zależną włączono przetwarzanie eksploracyjne, a jako predyktory uwzględniono nasilenie mechanizmu rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny okazał się nieistotny statystycznie. Model nie spełniał założenia dla regresji o rozkładnie normalnym reszt. W tabeli 4.19 przedstawiono wyniki analiz regresji.

**Tabela 4.19.**

Wyniki analizy regresji liniowej dla hipotezy 3., związku nasilenia mechanizmu rozszczepienia ze wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego. Zmienna zależna: przetwarzanie eksploracyjne

Model: skorygowane $R^2 = -.02$ , $F(3,76) = .48$ , $p = .70$						
Predyktor	B(SE)	95%L.CI	95%U.CI	$\beta$	t	p
Stała	2.15 (.33)				6.49	<.001
Rozszczepienie w zakresie Ja	-.09(.09)	-.39	.12	-.14	-1.06	.29
Rozszczepienie w zakresie obrazu innych	.01(.10)	-.26	.29	.02	.12	.90
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.04(.09)	-.12	.36	.06	.53	.60

Zmienna zależna: przetwarzanie eksploracyjne

Model:  $adj R^2 = -.02$ ,  $F(3, 76) = .48$ ,  $p = .70$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .01$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 2.08$ ,  $p = .71$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44

Model ( $adj R^2 = -.02$ ,  $F(3, 76) = .39$ ,  $p = .76$ ), do którego jako zmienną zależną włączono nadawanie znaczenia, a jako predyktory uwzględniono nasilenie mechanizmu rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.20. przedstawiono wyniki analiz regresji.

**Tabela 4.20.**

Wyniki analizy regresji liniowej dla hipotezy 3., mechanizm rozszczepienia a wskaźniki wnioskowania autobiograficznego. Zmienna zależna: nadawanie znaczenia

Model: skorygowane $R^2 = -.02$ , $F(3,76) = .39$ , $p = .76$						
Predyktor	B(SE)	95%L.CI	95%U.CI	B	t	p
Stała	.31 (.15)				2.11	<.05
Rozszczepienie w zakresie Ja	-.02(.02)	-.31	.20	-.13	-.91	.35
Rozszczepienie w zakresie obrazu	-.04 (.50)	-.30	.24	-.14	-.84	.40

innych						
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.02(.07)	-.13	.36	.06	.32	.75

Zmienna zależna: nadawanie znaczenia

Model:  $adj R^2 = -.02$ ,  $F(3, 76) = .39$ ,  $p = .76$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .04$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .17$ ; test Durbina-Watsona:  $DW = 2.24$ ,  $p = .27$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44

Model ( $adj R^2 = -.01$ ,  $F(3, 76) = .82$ ,  $p = .49$ ), do którego jako zmienną zależną włączono tendencję do ustanawiania odrzucających połączeń wydarzenie-Ja, a jako predyktory uwzględniono nasilenie mechanizmu rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny okazał się nieistotny statystycznie. Założenie o normalnym rozkładzie reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.21. przedstawiono wyniki analiz regresji.

**Tabela 4.21.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 3., mechanizm rozszczepienia a wskaźniki wnioskowania autobiograficznego. Zmienna zależna: połączenia wydarzenie-Ja odrzucające

Model: skorygowane $R^2 = -.01$ , $F(3, 76) = .82$ , $p = .49$						
Predyktor	B(SE)	95%L.CI	95%U.CI	$\beta$	t	p
Stała	.33(.15)				2.31	<.05
Rozszczepienie w zakresie Ja	-.05(.04)	-.41	.09	-.16	.126	.21
Rozszczepienie w zakresie obrazu innych	-.01(.04)	-.21	.27	-.04	.24	.81
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.01(.04)	-.31	.23	.03	-.29	.77

Zmienna zależna: połączenia wydarzenie-Ja odrzucające

Model:  $adj R^2 = -.01$ ,  $F(3, 76) = .82$ ,  $p = .49$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .04$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .001$ ; test Durbina-Watsona:  $DW = 2.31$ ,  $p = .11$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44

W związku z wynikami powyższych analiz, hipoteza 3. zakładająca związek nasilenia mechanizmu rozszczepienia ze zmiennymi opisującymi wnioskowanie autobiograficzne, czyli z przetwarzaniem eksploracyjnym, nadawaniem znaczenia i połączeniami wydarzenie-Ja odrzucającymi nie została potwierdzona.

**Hipoteza 4.** Wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości: negatywnego afektu, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyizmu (kryterium B) jest związane z niższym nasileniem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego oraz niższą tendencją do ustanawiania połączeń wydarzenie-Ja

W celu testowania hipotezy 4. dotyczącej związku nasilenia patologicznych cech osobowości ze wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego (nadawaniem znaczenia, przetwarzaniem eksploracyjnym, połączeniami wydarzenie-Ja odrzucającymi i zmiany) zastosowano analizę korelacji oraz regresji liniowej. W analizie korelacji wykorzystano współczynnik rang Spearmana, ponieważ rozkłady niektórych zmiennych odbiegają kształtem od rozkładu normalnego.

Wyniki analizy korelacji wskazują na istotny związek pomiędzy połączeniami wydarzenie-Ja odrzucającymi z cechą rozhamowania ( $\rho = -.29$ ). Wykazana korelacja ma negatywny charakter, co oznacza, że wyższe nasilenie cechy rozhamowania wiąże się z niższą tendencją do ustanawiania połączeń wydarzenie-Ja odrzucających, czyli mniejszą tendencją do dystansowania się wobec własnego doświadczenia i traktowania go jako doświadczenia nie pasującego do własnej historii życia. Korelacja cechuje się niskim nasileniem. W tabeli 4.22. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.22.**

Wyniki analizy korelacji między wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego a nasileniem patologicznych cech osobowości

	Negatywny afekt	Izolacja	Antagonizm	Rozhamowanie	Psychotyzm
Przetwarzanie eksploracyjne	-.003	-.157	-.010	.150	-.174
Nadawanie znaczenia	.047	-.086	-.125	-.030	-.067
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	-.177	-.066	-.216	-.291**	-.100
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	.176	.004	-.135	-.084	.145

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

W celu dalszego testowania hipotezy 4. dotyczącej związku nasilenia patologicznych cech osobowości i wskaźników wnioskowania autobiograficznego (nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, połączeń wydarzenie-Ja odrzucających i zmiany) w dalszych krokach przeprowadzono cztery analizy regresji liniowej. Każdorazowo jako zmienne wyjaśniające uwzględniono patologiczne cechy osobowości: negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie i psychotyzm. Jako zmienne wyjaśniane w kolejnych modelach uwzględniano wskaźniki wnioskowania autobiograficznego (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i stałości).

W modelu ( $adj R^2 = .002$ ,  $F(5, 74) = 1.03$ ,  $p = .41$ ), w którym jako zmienną zależną włączono przetwarzanie eksploracyjne, a jako predyktory uwzględniono patologiczne cechy osobowości: negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.23. przedstawiono wyniki analizy regresji.

W modelu ( $adj R^2 = -.04$ ,  $F(5, 74) = .27$ ,  $p = .93$ ), w którym jako zmienną zależną włączono nadawanie znaczenia, a jako predyktory uwzględniono patologiczne cechy osobowości: negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm okazał się nieistotny statystycznie. Wszystkie założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.23. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.23.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 4., patologiczne cechy osobowości a wskaźniki wnioskowania autobiograficznego. Zmienna zależna: przetwarzanie eksploracyjne i nadawanie znaczenia

Predyktor	Zmienna zależna: przetwarzanie eksploracyjne						Zmienna zależna: nadawanie znaczenia					
	Model: skorygowane $R^2 = .002$ , $F(5, 74) = 1.03$ , $p = .41$						Model: skorygowane $R^2 = -.04$ , $F(5, 74) = .27$ , $p = .93$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.86(.34)				5.50	<.001	1.30(.32)				4.01	<.001
Negatywna afektywność	.14(.24)	-.19	.41	.09	.61	.55	.16(.23)	-.20	.38	.11	.72	.47
Izolacja	-.19(.17)	-.33	.18	-.14	-1.12	.27	-.10(.17)	-.39	.11	-.08	-.60	.55
Antagonizm	.09(.19)	-.39	.16	.06	.48	.63	-.15(.18)	-.20	.33	-.12	-.85	.40
Rozhamowanie	.23(.18)	-.23	.27	.16	1.30	.20	.02(.17)	-.08	.40	.02	.13	.90
Psychotyzm	-.28(.20)	-.32	.28	-.20	-1.35	.18	-.03(.20)	-.20	.50	-.02	-.15	.89

Zmienna zależna: przetwarzanie eksploracyjne; Model:  $adj R^2 = .002$ ,  $F(5, 74) = 1.03$ ,  $p = .41$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .05$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.96$ ,  $p = .84$ ;

Zmienna zależna: nadawanie znaczenia; Model:  $adj R^2 = -.04$ ,  $F(5, 74) = .27$ ,  $p = .93$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .23$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.99$ ,  $p = .97$ ;

Współliniowość (wartości wspólne dla obu modeli): VIF w przedziale od 1.18 do 1.73

Model ( $adj R^2 = .05$ ,  $F(5, 74) = 1.82$ ,  $p = .12$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono odrzucające połączenia wydarzenie-Ja, a jako predyktory patologiczne cechy osobowości: negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji

o homoscedastyczności i linearności oraz rozkładzie normalnym reszt nie zostały spełnione. W tabeli 4.24. przedstawiono wyniki analizy regresji.

Model ( $adj R^2 = -.01$ ,  $F(5, 74) = .92$ ,  $p = .54$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono połączenia wydarzenie-Ja zmiany, a jako predyktory patologiczne cechy osobowości: negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji o homoscedastyczności i linearności nie oraz rozkładzie normalnym reszt nie zostały spełnione. W tabeli 4.24. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.24.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 4., patologiczne cechy osobowości a wskaźniki wnioskowania autobiograficznego. Zmienna zależna: połączenia wydarzenie-Ja odrzucające i połączenia wydarzenie-Ja zmiany

Predyktor	Zmienna zależna: połączenia wydarzenie-Ja odrzucające						Zmienna zależna: połączenia wydarzenie-Ja zmiany					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	.51(15)				3.51	<.001	1.33(.37)				3.58	<.001
Negatywna afektywność	-.08(.10)	-.40	.17	-.12	-.82	.42	.04(.26)	-.27	.32	.02	.17	.87
Izolacja	.06(.08)	-.15	.34	.09	.76	.45	-.08(.19)	-.30	.20	-.05	-.41	.69
Antagonizm	.01(.08)	-.29	.23	-.03	-.22	.83	-.38(.21)	-.52	.02	-.25	-	.07
Rozhamowanie	-.12(.08)	-.42	.05	-.19	-	.12	-.04(.20)	-.27	.22	-.03	-.21	.83
Psychotyzm	-.09(.09)	-.43	.14	-.15	-	.32	.24(.22)	-.14	.46	.16	1.09	.28

Zmienna zależna: odrzucające połączenia wydarzenie-Ja; Model:  $adj R^2 = .05$ ,  $F(5, 74) = 1.82$ ,  $p = .12$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .04$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .001$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 2.31$ ,  $p = .14$ ;

Zmienna zależna: nadawanie znaczenia; Model:  $R^2 = -.01$ ,  $F(5, 74) = .92$ ,  $p = .54$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .04$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .001$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.99$ ,  $p = .97$ ;

Współliniowość (wartości wspólne dla obu modeli): VIF w przedziale od 1.18 do 1.73

W perspektywie powyższych wyników, hipoteza 4. zakładająca związek między nasileniem patologicznych cech osobowości a przetwarzaniem eksploracyjnym, nadawaniem znaczenia i połączeniami wydarzenie-Ja nie została potwierdzona.

**Hipoteza 5.** Grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego: nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego i połączeń wydarzenie-Ja

W celu testowania hipotezy 5. dotyczącej różnic między osobami z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych w zakresie wnioskowania autobiograficznego dokonano porównań międzygrupowych grup osób zdrowych oraz z zaburzeniami osobowości. Podziału osób na dwie wskazane grupy dokonano na podstawie ogólnych wyników *Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego* (Gamache, Savard, 2017; polska adaptacja: Soroko i in., 2024) stosując zaproponowany przez Gamache i in. (2021) próg ( $SIFS > 1.29$ ) różnicujący osoby zdrowe oraz z zaburzeniami osobowości. Finalnie w grupie osób zdrowych znalazły się 24 osoby, a w grupie osób z zaburzeniami osobowości 56. W Tabeli 4.25. znajdują się wyniki przeprowadzonej analizy.

**Tabela 4.25.**

Porównania między grupą osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości w zakresie nasilenia wskaźników wnioskowania autobiograficznego

Zmienna	U	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p	r
Nadawanie znaczenia	530	Zdrowi	1.45	.68	1.50	.14	.21
		Zaburzenia osobowości	1.22	.67	1.13		
Przetwarzanie eksploracyjne	550	Zdrowi	2.15	.78	2.19	.20	.18
		Zaburzenia osobowości	1.91	.69	1.89		
Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	547	Zdrowi	.67	.87	.00	.12	.19
		Zaburzenia osobowości	.45	1.06	.00		
Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	584	Zdrowi	3.83	2.55	4.00	.45	.13
		Zaburzenia osobowości	3.11	1.78	3.00		

Normalność rozkładu: Przetwarzanie eksploracyjne:  $p < .05$ ; Nadawanie znaczenia:  $p = .22$ ; Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające:  $p < .001$ ; Połączenia wydarzenie-Ja zmiany:  $p < .001$

Wyniki analizy wskazują, że osoby zdrowe oraz z zaburzeniami osobowości nie różnią się pod względem zmiennych przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia,

oraz połączeń wydarzenie-Ja odrzucających i zmiany, które są wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego.

Oznacza to, że hipoteza 5., w której założono różnicę pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego między grupami osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości nie została potwierdzona.

#### **4.1.10. Pytania badawcze *ex post*dotyczące związku ogólnego czynnika aktywności autonarracyjnej i negatywności nadawania znaczenia z zaburzeniami osobowości**

W obliczu przedstawionych wyników, które w większości nie potwierdzają stawianych hipotez postanowiono zmodyfikować podejście do danych, które mogłyby pokazać zakładane związki między wnioskowaniem autobiograficznym a poziomem funkcjonowania osobowości w nowej perspektywie. W związku z tym postanowiono postawić nowe pytania badawcze:

1. Czy agregacja wskaźników wnioskowania autobiograficznego oraz koherencji narracji pozwoli wyłonić wspólny czynnik aktywności autonarracyjnej?
2. Czy istnieje zależność pomiędzy potencjalnym wspólnym czynnikiem aktywności autonarracyjnej oraz negatywnością nadawania znaczenia a poziomem funkcjonowania osobowości?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy mechanizmem rozszczepienia a negatywnością nadawania znaczenia i potencjalnym wspólnym czynnikiem aktywności autonarracyjnej?
4. Czy istnieje zależność pomiędzy negatywnością nadawania znaczenia i potencjalnym wspólnym czynnikiem aktywności autonarracyjnej a patologicznymi cechami osobowości?
5. Czy grupy osób zdrowych oraz z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem negatywności nadawania znaczenia i potencjalnym wspólnym czynnikiem aktywności autonarracyjnej?

#### **4.1.11. Uogólnione wskaźniki aktywności autonarracyjnej poszerzone o negatywność nadawania znaczenia**

W obliczu przedstawionych wyników, które w większości nie potwierdzają stawianych hipotez postanowiono zmodyfikować podejście do danych, które mogłyby pokazać zakładane związki między wnioskowaniem autobiograficznym a poziomem funkcjonowania osobowości w nowej perspektywie na wyższym poziomie ogólności. Byłby to zgodne z założeniem, że aktywność autonarracyjna może mieć charakter bardziej monolityczny (Soroko, 2014). Sugerowałoby to badanie jej w kontekście bardziej ogólnych czynników niż poprzez poszczególne aspekty, co mogłoby być zbytnim uproszczeniem (Soroko, 2014). Głównymi podjętymi krokami były próby (1) uchwycenia procesu nadawania znaczenia w bardziej precyzyjny i subtelny sposób oraz (2) zagregowania wykorzystanych wskaźników ocenianych w autonarracjach w celu próby określenia czynnika leżącego u podłoża wnioskowania autobiograficznego.

##### **4.1.11.1. Uogólnianie wskaźników wnioskowania autobiograficznego z uwzględnieniem koherencji narracji**

Analiza zbioru danych oraz wyniki testowania hipotez poprowadziła autora pracy do dokonania przekształceń danych, które zostały opisane poniżej.

Po pierwsze zdecydowano się wykluczyć z dalszych analiz wszystkie zmienne związane z ustanawianiem połączeń wydarzenie-Ja. Zmienna ta była kodowana w postaci wskazania liczby zidentyfikowanych połączeń wydarzenie-Ja w wypowiedzi. W analizach brano pod uwagę „wysycenie” które obliczano poprzez podzielenie liczby zidentyfikowanych połączeń przez ogólną liczbę słów oraz pomnożenie tego wyniku razy 1000. Pozostałe zmienne narracyjne były kodowane na skalach porządkowych.

Po drugie dokonano uogólnienia wskaźników wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji. W tym celu przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową w celu sprawdzenia, czy jest możliwe wyłonienie ogólnego czynnika (ogólnych czynników), w który układają się zmienne pozyskane wskutek analizy wypowiedzi. Możliwe, że elementy składowe wnioskowania autobiograficznego posiadają wspólny czynnik, związany z osobowością, który także warto uwzględnić w badaniach naukowych.

Eksploracyjną analizę czynnikową przeprowadzono w oparciu o poszerzony model tożsamości narracyjnej McLean, który, jak wskazano wcześniej, uwzględnia także element

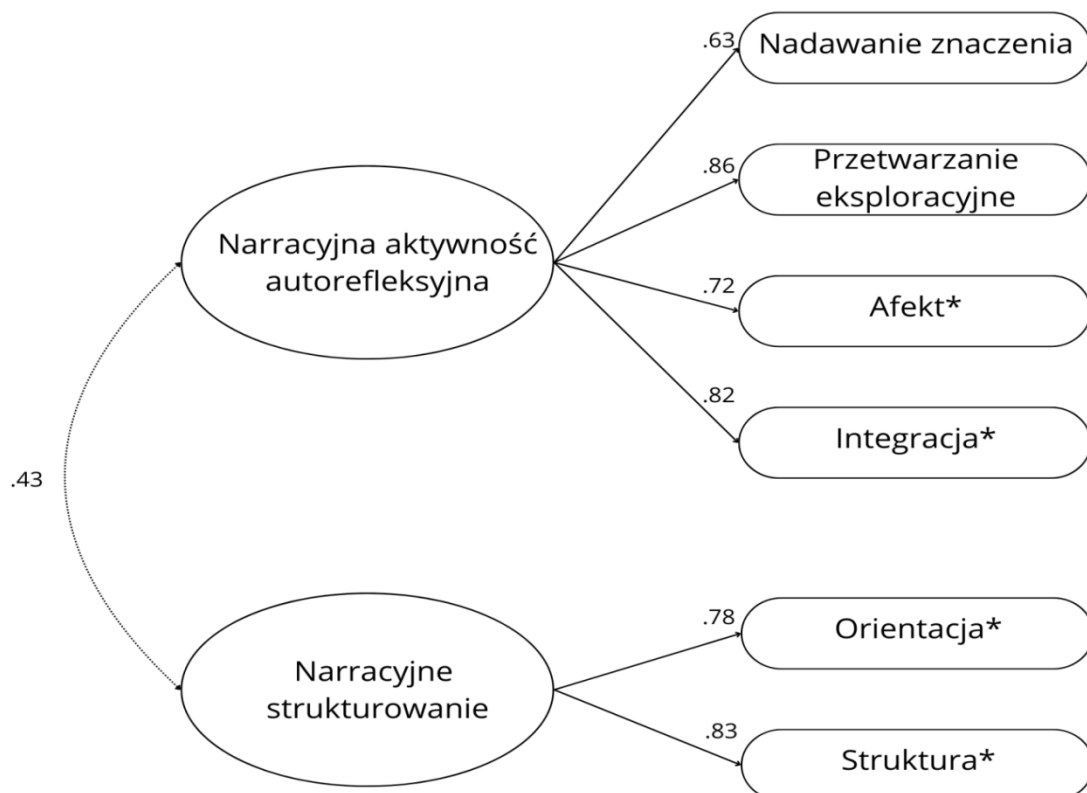


koherencji jako składowej wnioskowania autobiograficznego. Ze względu na eksploracyjny charakter analiz, poza przetwarzaniem eksploracyjnym oraz nadawaniem znaczenia, włączono wszystkie cztery elementy koherencji narracji.

Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej wskazuje na układanie się zmiennych w dwuczynnikowy model ( $RMSEA = .22$ ,  $\chi^2 = 19.9$ ,  $df = 4$ ,  $p < .001$ ). Pierwszy z nich zasilany jest przez nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, oraz afekt i integrację w zakresie koherencji narracji. Drugi czynnik natomiast zasilany jest przez orientację oraz strukturę narracji. Na rysunku 1. przedstawiono wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej.

#### Rysunek4.1.

Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej



\* - aspekty koherencji narracji

Wydaje się zatem, że czynnik pierwszy zasilany jest przez zmienne, które odnoszą się do aktywności autorefleksyjnej zorientowanej na zrozumienie danego wydarzenia oraz jego integracji w historię życia (tożsamość narracyjną), co wiąże się z definicyjną istotą wnioskowania autobiograficznego. Czynnik ten nazwano *narracyjną aktywnością*

*autorefleksyjną*. Drugi czynnik, który nazwano *narracyjnym strukturalizowaniem* odnosi się bardziej do sposobu konstruowania autonarracji, tworzenia pewnego „rusztowania”, które wypełniane jest treścią. Ten czynnik odnosi się do elementu struktury opisanego w modelu tożsamości narracyjnej McLean i in. (2020), stanowiący odrębną (od wnioskowania autobiograficznego) składową tożsamości narracyjnej (zob. tabela 3.2.; por. Mclean i in., 2020). W tabeli 4.26. przedstawiono nowopowstałe zmienne.

**Tabela 4.26.**

Zagregowane wskaźniki aktywności autonarracyjnej: ich definicje oraz zmienne zasilające

Zmienne zasilające	Nazwa czynnika	Definicja
Nadawanie znaczenia	Narracyjna aktywność	Narracyjna aktywność (przejawiająca się w narracji), odzwierciedla się w tendencji i otwartości wobec opowiadanych wydarzeń w celu zrozumienia jego znaczenia oraz zintegrowania go w szerszy kontekst życia w ogóle (tożsamość narracyjną).
Przetwarzanie eksploracyjne Afekt* Integracja*	autorefleksyjna	wobec refleksji nad wydarzeniem w celu zrozumienia jego znaczenia oraz zintegrowania go w szerszy kontekst życia w ogóle (tożsamość narracyjną). Znaczenie przypisywane doświadczeniom posiada zarówno komponent poznawczy jak i emocjonalny.
Orientacja* Struktura*	Narracyjne strukturalizowanie	Narracyjne strukturalizowanie dotyczy sposobu konstruowania autonarracji; tworzenia i przyjmowania pewnych ram/szyku opowieści, zgodnie z którymi autor narracji organizuje swoją wypowiedź.

\*-aspekt koherencji narracji

Biorąc pod uwagę zasilające zmienne, prawdopodobnie u podłoża narracyjnej aktywności autorefleksyjnej leży zdolność do autorefleksji i mentalizowania, ale także integrowania własnych doświadczeń emocjonalnych i poznawczych w szerszy kontekst tożsamości narracyjnej. Oznacza to, że osoba, której wypowiedzi będą charakteryzować się wysoką narracyjną aktywnością autorefleksyjną będzie prawdopodobnie zdolna do aktywności wyobraźniowej na temat związków świata doświadczeń wewnętrznych (np. emocji, motywów, myśli) oraz zewnętrznych (np. zachowania) (por. Allen i in., 2009; Jańczak, 2018). Osoba jest zatem w stanie przyjąć rolę obserwatora wobec własnych

doświadczeń, zrozumieć i wyjaśnić je dokonując zarówno afektywnego jak i poznawczego wartościowania oraz dokonać integracji tegoż doświadczenia w szerszy kontekst jej życia (tożsamość narracyjną), co może być zaobserwowane na poziomie autonarracji (por. Baerger, McAdams, 1999; Habermas, Bluck, 2000; McLean, Thorne, 2003; McLean, Pratt, 2006; Soroko, 2014).

Narracyjne strukturowanie dotyczy konstruowania autonarracji w sposób, który odnosi się do pewnych, ogólnie przyjętych (np. w społeczeństwie) reguł. Narracyjne strukturowanie może obrazować zatem pewne wpływy kulturowe, które w danym społeczeństwie określają kanony dobrej wypowiedzi (por. McAdams, 1993). Ponadto narracyjne strukturowanie może być wyrazem przyjęcia perspektywy odbiorcy narracji, którą autor konstruuje w sposób zrozumiały dla swojego rozmówcy. Oznaczałoby to, że czynnik narracyjnego strukturowania, w elemencie przyjmowania perspektywy drugiej osoby, odnosi się także w pewnym stopniu do zdolności metalizowania (por. Allen i in., 2009; Fonagy, Allison, 2014), na co wskazuje też współczynnik korelacji pomiędzy czynnikami określony w trakcie eksploracyjnej analizy czynnikowej (por. rysunek 1).

#### **4.1.11.2. Nadawanie znaczenia w nowej perspektywie: negatywność nadawania znaczenia**

Testowanie hipotezy 1. zakładającej związek m.in. występowania nadawania znaczenia z poziomem funkcjonowania osobowości nie została potwierdzona. Wynik ten sugeruje, że zarówno w autonarracjach osób z zaburzeniami osobowości jak i osób zdrowych obecny może być proces nadawania znaczenia. Wstępna analiza danych oraz trening sędziów kompetentnych zasugerowały autorowi badania, że zmienna nadawanie znaczenia przyjęta w pierwotnie zaproponowanym brzmieniu (McLean, Pratt, 2006) może okazać się zbyt ogólna dla badań nad związkami wnioskowania autobiograficznego i poziomu funkcjonowania osobowości. Co ciekawe, w zbiorze danych można zaobserwować wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości, które w obliczu doświadczania podobnych wydarzeń, budują zgoła odmienne autonarracje – wskazujące doświadczenie jako źródło wzrostu i rozwoju albo jako źródła cierpienia i negatywnej zmiany. Sugerowałoby to, że włączenie zmiennej nadawanie znaczenia do badań nad zdrowiem i zaburzeniami psychicznymi może wymagać uchwycenia jej (części) w sposób bardziej precyzyjny, który być może odzwierciedliłby różnicę między autonarracjami osób z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych.

W związku z powyższym postanowiono wprowadzić zmienną negatywność nadawania znaczenia, która została opracowana na potrzeby analizy zebranego zbioru

danych (Wesołowski, Soroko, 2023, materiały niepublikowane; zob. załącznik 25). Zmienna ta stworzona została w celu możliwości zidentyfikowania negatywnych znaczeń, jakie osoby nadają ważnym wydarzeniom ze swojego życia. Negatywność nadawania znaczenia może przejawiać się zarówno w przekonaniach na temat siebie, świata i innych, ale również subiektywnego pogorszenia jakości życia lub zaangażowania się w nieadaptacyjne zachowania (wskutek wydarzenia opowiedzianego w autonarracji). Zmienna negatywność nadawania znaczenia była oceniana na 4-stopniowej skali porządkowej (0-3), na której sędziowie kompetentni oceniali w jakim stopniu ich zdaniem nadawanie znaczenia identyfikowane w wypowiedzi ma charakter negatywny.

Negatywność nadawania znaczenia była oceniana zgodnie z dedukcyjną analizą treści (zob. wcześniej). Zmienną oceniono osobno dla każdej z ośmiu historii. W następnym kroku obliczono średnią w celu określenia ogólnego wyniku dla poszczególnych uczestników badania. Podobnie jak w przypadku pozostałych zmiennych ocenianych w autonarracjach dokonano oceny zgodności ocen sędziów kompetentnych wykorzystując wskaźnik *interclass correlation coefficients* (ICC) (zob. wcześniej). Współczynnik zgodności ocen sędziów kompetentnych wyniósł  $ICC = .646$ , co wskazuje na umiarkowany poziom zgodności.

#### **4.1.12. Hipotezy *ex post*dotyczące związku ogólnego czynnika aktywności autonarracyjnej i negatywności nadawania znaczenia z zaburzeniami osobowości**

W związku ze zmianami perspektywy na dane oraz wprowadzeniem nowych zmiennych dokonano rewizji pierwotnie testowanych w badaniu 1. hipotez:

**Hipoteza 6.** Im wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego strukturalizowania tym wyższe nasilenie nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

**Hipoteza 7.** Im wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości: negatywnego afektu, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu (kryterium B) tym wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego strukturalizowania

**Hipoteza 8.** Im wyższe nasilenie działania mechanizmu rozszczepienia tym wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego struktrowania

**Hipoteza 9.** Grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego struktrowania

#### 4.1.13. Analizy przeprowadzone w trakcie testowania hipotez *ex post*

W trakcie testowania hipotez *ex post* wykorzystano analizę korelacji, regresji liniowej i hierarchicznej oraz dokonano porównań międzygrupowych. Przeprowadzając analizę regresji wykorzystano współczynnik rang Spearmana, ponieważ rozkłady większości wykorzystanych w badaniu zmiennych odbiegały kształtem od rozkładu normalnego. Każdorazowo w trakcie przeprowadzania analiz regresji liniowej i hierarchicznej, dla każdego modelu sprawdzano założenia dla regersji założenie o braku odstających wyników, założenie o rozkładnie normalnym reszt, założenie o linearności oraz homoscedastyczności, założenie o braku autokorelacji reszt, założenie o braku współliniowości (Starbuck, 2023). Przeprowadzając analizy korelacji hierarchicznej uwzględniano te same zmienne kontrolowane, które uwzględniano na etapie pierwotnego testowania hipotez: poziomu edukacji i doświadczenia silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Dla porównań międzygrupowych wykorzystano test U Manna-Whitneya, ponieważ rozkład większości zmiennych wykorzystanych w analizach porównawczych odbiegał kształtem od rozkładu normalnego.

#### 4.1.14. Testowanie hipotez *ex post*

Dla każdej nowowprowadzonej zmiennej dokonano opisu statystycznego. W tabeli 4.27. znajdują się statystyki opisowe zmiennych wprowadzonych do dodatkowych analiz: negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności refleksyjnej, narracyjnego struktrowania. Statystyki opisowe pozostałych zmiennych wykorzystanych w badaniu znajdują się w tabelach 4.4. i 4.5.

**Tabela 4.27.**

Opis statystyczny negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego struktrowania

Zmienna	Średnia	Odchylenie Standardowe	Wynik Min.	Wynik Max.	Skośność	Kurtoza	Normalność rozkładu (p)
Negatywność nadawania znaczenia	.40	.36	.00	1.75	1.52	2.85	< .001

Narracyjna aktywność autorefleksyjna	6.46	2.60	1.63	13.9	.50	.08	.12
Narracyjne strukturuowanie	5.72	1.39	1.50	8.00	0.44	-.25	<.05

**Hipoteza 6.** Im wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej inarracyjnego strukturuowania tym wyższe nasilenie nieprawidłowości osobowościowych w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A)

W trakcie testowania hipotezy 6. zakładającej związku negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturuowania z poziomem funkcjonowania osobowości zastosowano analizę korelacji oraz regresji hierarchicznej w oparciu o dane zebrane za pomocą Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego służącego do pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości oraz negatywność nadawania znaczenia, refleksyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturuowanie. Wyniki analizy korelacji wskazują, że negatywność nadawania znaczenia koreluje istotnie z poziomem funkcjonowania osobowości; zarówno z wynikiem ogólnym ( $\rho = .27$ ) jak i pomniejszymi aspektami: tożsamością ( $\rho = .28$ ) oraz bliskością ( $\rho = .23$ ). Korelacje mają charakter pozytywny, co oznacza, że im wyższe nasilenie negatywności nadawania znaczenia tym większe nasilenie nieprawidłowości osobowościowych, zarówno w kontekście poziomu funkcjonowania osobowości jak i w jego aspektach tożsamości i bliskości. Związki te cechowały się słabym nasileniem. Pozostałe zmienne nie były skorelowane. W tabeli 4.28. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.28.**

Wyniki analizy korelacji między negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną i narracyjnym strukturuowaniem a poziomem funkcjonowania osobowości

	SIFS (średnia)	SIFS Tożsamość	SIFS samokierowanie	SIFS Empatia	SIFS Bliskość
Negatywność nadawania znaczenia	.273*	.282*	.192	.120	.228*
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.135	-.077	-.079	-.082	-.201
Narracyjne strukturuowanie	.002	.047	-.09	.124	-.162

\*  $p < .05$ ; SIFS (średnia) – poziom funkcjonowania osobowości określony na podstawie Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS); SIFS Tożsamość – aspekt funkcjonowania Ja: tożsamość; SIFS samokierowanie – aspekt funkcjonowania Ja: samokierowanie; SIFS empatia – aspekt funkcjonowania interpersonalnego: empatia; SIFS bliskość – aspekt funkcjonowania interpersonalnego: bliskość.

W celu dalszego testowania hipotezy 6. zakładającej związku negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturywania z poziomem funkcjonowania osobowości przeprowadzono pięć analiz regresji hierarchicznej. Jako zmienne wyjaśniane w kolejnych modelach uwzględniano ogólny poziom funkcjonowania osobowości oraz poszczególne jego aspekty: tożsamości, samokierowania, empatii i bliskości. W pierwszym kroku w każdym modelu jako zmienne wyjaśniające uwzględniano negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturywanie. W kolejnym kroku wprowadzano zmienne kontrolowane w postaci poziomu wykształcenia oraz doświadczania większego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu.

W pierwszym kroku pierwszej analizy jako zmienne wyjaśniające włączono negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturywanie, a jako zmienną wyjaśnianą poziom funkcjonowania osobowości (SIFS ogólny). Model ( $adj R^2 = .14$ ,  $F(3, 76) = 5.25$ ,  $p < .05$ ) okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 14% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości. Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania znaczenia ( $\beta = .43$ ,  $t = 3.67$ ,  $p < .001$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.38$ ,  $t = -3.02$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione.

W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .26$ ,  $F(5, 74) = 6.55$ ,  $p < .001$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj poprzedzającym okres uczestnictwa w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 26% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości oraz różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .14$ ;  $F(2, 74) = 7.21$ ,  $p = .001$ ). Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania znaczenia ( $\beta = .40$ ,  $t = 3.53$ ,  $p < .001$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.35$ ,  $t = -2.97$ ,  $p < .05$ ). Ponadto istotnymi predyktorami okazały się także obie zmienne kontrolowane: poziom wykształcenia ( $\beta = -.59$ ,  $t = -3.01$ ,  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .50$ ,  $t = 2.20$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.29. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.29.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 6., negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturowanie a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: poziom funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .14$ ; $F(2, 74) = 7.21$ , $p = .001$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .14$ , $F(3, 76) = 5.25$ , $p < .05$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .26$ , $F(5, 74) = 6.55$ , $p < .001$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.52(.31)				4.87	<.001	1.52(.30)				5.01	<.001
Negatywność nadawania znaczenia	.80(.22)	.20	.67	.43	3.67	<.001	.73(.21)	.17	.62	.40	3.53	<.001
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.10(.03)	-.64	-.13	-.38	-3.02	<.05	-.09(.03)	-.59	-.12	-.35	-2.97	<.05
Narracyjne strukturowanie	.10(.06)	-.03	.43	.20	1.72	.09	.07(.05)	-.06	.37	.16	1.45	.15
Poziom wykształcenia							-.39(.13)	-.97	-.20	-.59	-3.01	<.05
Doświadczenie podwyższonego stresu							.33(.15)	.05	.94	.50	2.20	<.05

Zmienna zależna: poziom funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .14$ ,  $F(3, 76) = 5.25$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .71$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.31$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.25 do 1.49

Model 2:  $adj R^2 = .26$ ,  $F(5, 74) = 6.55$ ,  $p < .001$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .03$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .48$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.45$ ;  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.06 do 1.50

W pierwszym kroku drugiej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturowanie, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS tożsamość). Model ( $adj R^2 = .11$ ,  $F(3, 76) = 4.08$ ,  $p < .05$ ) okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 11% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie tożsamości. Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania znaczenia ( $\beta = .40$ ,  $t = 3.33$ ,  $p = .001$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.30$ ,  $t = -2.30$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione.

W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .20$ ,  $F(5, 74) = 5.01$ ,  $p < .001$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 20% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie tożsamości i różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .11$ ,  $F(2, 74) = 5.65$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania



znaczenia ( $\beta = .35$ ,  $t = 3.02$ ,  $p < .05$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.27$ ,  $t = -2.18$ ,  $p < .05$ ). Ponadto istotnymi predyktorami okazały się także obie zmienne kontrolowane: poziom wykształcenia ( $\beta = -.46$ ,  $t = -2.22$ ;  $p < .05$ ) oraz doświadczanie silniejszego stresu w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu ( $\beta = .57$ ,  $t = 2.44$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.30. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.30.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 6., negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturowanie a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .11$ ; $F(2, 74) = 5.65$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .11$ , $F(3, 76) = 4.08$ , $p < .05$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .20$ , $F(5, 74) = 5.01$ , $p < .001$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C.I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C.I	$\beta$	t	p
Stała	1.85(.40)				4.62	<.001	1.92(.40)				4.86	<.001
Negatywność nadawania znaczenia	.93(.28)	.16	.64	.40	3.33	.001	.82(.27)	.12	.58	.35	3.02	<.05
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.10(.04)	-.56	-.04	-.30	-2.30	<.05	-.09(.04)	-.51	-.02	-.27	-2.18	<.05
Narracyjne strukturowanie	.13(.07)	-.03	.45	.21	1.78	.08	.10(.07)	-.06	.39	.17	1.50	.14
Poziom wykształcenia							-.38(.17)	-.85	.05	-.45	-2.22	<.05
Doświadczanie podwyższonego stresu							.48(.20)	.10	1.03	.57	2.44	<.05

Zmienna zależna: aspekt tożsamości poziomu funkcjonowania osobowości;

Model 1:  $adj R^2 = .11$ ,  $F(3, 76) = 4.08$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .03$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .31$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.53$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.25 do 1.49;

Model 2:  $adj R^2 = .20$ ,  $F(5, 74) = 5.01$ ,  $p < .001$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .03$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .35$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.63$ ,  $p = .10$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.50

W pierwszym kroku trzeciej analizy jako zmienne wyjaśniające włączono negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna oraz narracyjne strukturowanie, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt samokierowania funkcjonowania osobowości (SIFS samokierowanie). Model ( $adj R^2 = .08$ ,  $F(3, 76) = 3.35$ ,  $p < .05$ ) okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 8% zmienności poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie samokierowania. Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania znaczenia ( $\beta = .38$ ,  $t = 3.07$ ,  $p < .05$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.28$ ,  $t = -2.11$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione.

W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .19$ ,  $F(5, 74) = 4.80$ ,  $p < .001$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 19% zmienności funkcjonowania osobowości w aspekcie samokierowania i różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .13$ ,  $F(2, 74) = 6.28$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawania znaczenia ( $\beta = .35$ ,  $t = 3.00$ ,  $p < .05$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.25$ ,  $t = -2.00$ ,  $p = .05$ ). Ponadto istotnym predyktorem okazała się także zmienna kontrolowana poziom wykształcenia ( $\beta = -.21$ ,  $t = -3.02$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.31. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.31.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 6., negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturowanie a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .13$ ; $F(2, 74) = 6.28$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .08$ , $F(3, 76) = 3.35$ , $p < .05$						Krok 1 i 2; model 1: Skorygowane $R^2 = .19$ , $F(5, 74) = 4.80$ , $p < .001$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	1.66(.39)				4.24	<.001	1.62(.38)				4.21	<.001
Negatywność nadawania znaczenia	.84(.27)	.13	.62	.38	3.07	<.05	.78(.26)	.11	.58	.35	2.97	<.05
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.09(.04)	-.54	-.02	-.28	-2.11	<.05	-.08(.04)	-.49	.00	-.25	-2.00	.50
Narracyjne strukturowanie	.08(.07)	-.11	.37	.13	1.09	.28	.05(.07)	-.14	.32	.09	.80	.43
Poziom wykształcenia							-.50(.17)	-1.02	-.21	-.61	-3.02	<.05
Doświadczanie podwyższonego stresu							.33(.19)	-.06	.88	.41	1.74	.08

Zmienna zależna: aspekt samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .08$ ,  $F(3, 76) = 3.35$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .36$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.61$ ,  $p = .08$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.25 do 1.49

Model 2:  $adj R^2 = .19$ ,  $F(5, 74) = 4.80$ ,  $p < .001$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .12$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.79$ ,  $p = .37$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.50

W pierwszym kroku czwartej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturowanie, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt empatii

poziomu funkcjonowania osobowości (SIFS empatia). Model ( $adj R^2 = .04$ ,  $F(3, 76) = 2.16$ ,  $p = .10$ ) okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione.

W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .08$ ,  $F(5, 74) = 2.30$ ,  $p = .054$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu również okazał się nieistotny statystycznie i nie różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .06$ ,  $F(2, 74) = 2.39$ ,  $p = .10$ ). Założenie o rozkładzie normalnym reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.32. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.32.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 6., negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturowanie a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt empatii poziomu funkcjonowania osobowości

Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .06$ ; $F(2, 74) = 2.39$ , $p = .10$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .04$ , $F(3, 76) = 2.16$ , $p = .10$						Krok 1 i 2; model 2: skorygowane $R^2 = .08$ , $F(5, 74) = 2.30$ , $p = .054$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C	$\beta$	t	p
Stała	.86(.40)				2.13	<.05	.93(.42)				2.24	<.05
Negatywność nadawania znaczenia	.43(.28)	-.06	.44	.19	1.53	.13	.35(.28)	-.10	.40	.15	1.22	.23
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.09(.28)	-.54	-	-.27	-	<.05	-.08(.04)	-.51	.01	-.25	-	.06
Narracyjne strukturowanie	.16(.07)	.02	.51	.27	2.18	<.05	.14(.07)	-	.48	.24	1.96	.054
Poziom wykształcenia							-.24(.18)	-.72	.14	-.29	-	.19
Doświadczanie podwyższonego stresu							.35(.21)	-.08	.92	.42	1.68	.10

Zmienna zależna: aspekt empatii poziomu funkcjonowania osobowości;

Model 1:  $adj R^2 = .04$ ,  $F(3, 76) = 2.16$ ,  $p = .10$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .09$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.37$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.25 do 1.49;

Model 2:  $adj R^2 = .08$ ,  $F(5, 74) = 2.30$ ,  $p = .054$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .35$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.42$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.50

W pierwszym kroku piątej analizy regresji hierarchicznej jako zmienne wyjaśniające włączono negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturowanie, a jako zmienną wyjaśnianą aspekt bliskości funkcjonowania osobowości (SIFS bliskość). Model ( $adj R^2 = .14$ ,  $F(3, 76) = 5.34$ ,  $p < .05$ ) okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 14% zmienności funkcjonowania osobowości w aspekcie bliskości poziomu funkcjonowania osobowości. Istotnymi

predyktorami okazały się negatywność nadawani znaczenia ( $\beta = .41$ ,  $t = 3.46$ ,  $p < .001$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.38$ ,  $t = -2.96$ ,  $p < .05$ ). Założenia dla regresji zostały spełnione.

W drugim kroku, model ( $adj R^2 = .21$ ,  $F(5, 74) = 5.21$ ,  $p < .001$ ), do którego jako predyktory wprowadzono dodatkowo poziom wykształcenia oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu okazał się istotny statystycznie wyjaśniając 21% zmienności funkcjonowania osobowości w aspekcie bliskości i różnił się istotnie od modelu z pierwszego kroku ( $\Delta R^2 = .09$ ,  $F(2, 74) = 4.30$ ,  $p < .05$ ). Istotnymi predyktorami okazały się negatywność nadawani znaczenia ( $\beta = .40$ ,  $t = 3.41$ ,  $p = .001$ ) i narracyjna aktywność autorefleksyjna ( $\beta = -.35$ ,  $t = -2.88$ ,  $p < .05$ ). Ponadto istotnym predyktorem okazała się także zmienna kontrolowana poziom wykształcenia ( $\beta = -.14$ ,  $t = -2.68$ ;  $p < .05$ ). Założenie dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.33. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.33.**

Wyniki analizy regresji hierarchicznej dla hipotezy 6., negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autonarracyjna i narracyjne strukturowanie a poziom funkcjonowania osobowości. Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości

Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości												
Porównanie modeli: $\Delta R^2 = .09$ ; $F(2, 74) = 4.30$ , $p < .05$												
Predyktor	Krok 1; model 1: Skorygowane $R^2 = .14$ , $F(3, 76) = 5.34$ , $p < .05$						Krok 1 i 2; model 2: Skorygowane $R^2 = .21$ , $F(5, 74) = 5.21$ , $p < .001$					
	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p	B(SE)	95% L.CI	95% U.C I	$\beta$	t	p
Stała	1.72(.40)				4.30	<.001	1.64(.40)				4.06	<.001
Negatywność nadawania znaczenia	.97(.28)	.17	.64	.41	3.46	<.001	.94(.28)	.16	.63	.40	3.41	.001
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.12(.04)	-.63	-.12	-.38	-2.96	<.05	-.12(.04)	-.60	-.11	-.35	-2.89	<.05
Narracyjne strukturowanie	.02(.07)	-.20	.26	.03	.28	.78	.001(.07)	-.22	.23	.001	.01	.99
Poziom wykształcenia							-.46(.17)	-.94	-.14	-.54	-2.68	<.05
Doświadczanie podwyższonego stresu							.22(.20)	-.21	.72	.26	1.10	.28

Zmienna zależna: aspekt bliskości poziomu funkcjonowania osobowości

Model 1:  $adj R^2 = .14$ ,  $F(3, 76) = 5.34$ ,  $p < .05$ ; założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .36$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.42$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.25 do 1.49

Model 2:  $adj R^2 = .21$ ,  $F(5, 74) = 5.21$ ,  $p < .001$ ; Założenia regresji: dystans Cooka:  $M = .02$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .21$ ; test Durbin-Watson:  $DW = 1.55$ ,  $p < .05$ ; współliniowość: VIF w przedziale od 1.01 do 1.50

Testowanie hipotezy 6. zakładającej związek negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturywania została częściowo potwierdzona. Analizy wskazują, że negatywność nadawania znaczenia i narracyjna aktywność autorefleksyjna stanowią istotne predyktory zarówno poziomu funkcjonowania osobowości, jak i jego pomniejszych aspektów: tożsamości, samokierowania i bliskości. Poza wskazanymi zmiennymi wyjaśniającymi, istotnymi predyktorami okazały się także zmienne kontrolowane. Dla zmienności poziomu funkcjonowania osobowości w aspektach samokierowania i bliskości była to zmienna poziom wykształcenia. Dla zmienności poziomu funkcjonowania osobowości oraz jego aspektu tożsamości i bliskości istotnymi predyktorami były poziom wykształcenie oraz doświadczanie silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu.

**Hipoteza 7.** Im wyższe nasilenie patologicznych cech osobowości: negatywnego afektu, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu (kryterium B) tym wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego strukturywania

W celu testowania hipotezy 7. dotyczącej związku nasilenia patologicznych cech osobowości z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturywaniem zastosowano analizę korelacji oraz regresji liniowej w oparciu o dane zebrane za pomocą Inwentarza Osobowości PID-5 służącego do pomiaru nasilenia patologicznych cech osobowości oraz negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną i narracyjne strukturywanie. Wyniki analizy korelacji wskazują na pozytywny związek negatywności nadawania znaczenia z nasileniem cechy negatywnej afektywności ( $\rho = .27$ ). Oznacza to, że wyższe nasilenie negatywności nadawania znaczenia wiąże się z silniejszym nasileniem cechy negatywnej afektywności. Ponadto narracyjne strukturywanie wiąże się negatywnie z nasileniem cechy antagonizmu ( $\rho = -.23$ ) – im niższa tendencja do narracyjnego strukturywania tym wyższe nasilenie cechy antagonizmu. Wykazane korelacje cechowały się słabą siłą. W tabeli 4.34. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.34**

Wyniki analizy korelacji między negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną i narracyjnym strukturoowaniem a nasileniem patologicznych cech osobowości

Zmienna	Negatywna afektywność	Izolacja	Antagonizm	Rozhamowanie	Psychotyzm
Negatywność nadawania znaczenia	.270*	.179	-.023	.176	.042
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	.003	-.159	-.087	.078	-.0183
Narracyjne strukturoowanie	.050	-.019	-.225*	-.001	-.005

\*  $p < .05$

W celu dalszego testowania hipotezy 7. dotyczącej związku nasilenia patologicznych cech z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem przeprowadzono 3 analizy regresji liniowej. W każdym modelu zastosowano stały zestaw zmiennych niezależnych w postaci patologicznych cech osobowości: negatywnej afektywności, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu. Jako zmienne zależne do kolejnych modeli wprowadzono negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną i narracyjne strukturoowanie.

Model ( $adj R^2 = .05$ ,  $F(5, 74) = 1.79$ ,  $p = .13$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono negatywność nadawania znaczenia okazał się nieistotny statystycznie. Założenie dla regresji o rozkładnie normalnym reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.35. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.35.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 7., patologiczne cechy osobowości a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturoowanie. Zmienna zależna: negatywność nadawania znaczenia

Model: skorygowane $R^2 = .05$ , $F(5, 74) = 1.79$ , $p = .13$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	-.001(.16)				-.01	.99
Negatywna afektywność	.19(.12)	-.05	.52	.24	1.67	.10

Izolacja	.10(.09)	-.10	.39	.15	1.20	.27
Antagozizm	-.07(.09)	-.36	.16	-.10	-.76	.45
Rozhamowanie	.13(.09)	-.07	.41	.17	1.43	.16
Psychotyzm	-.10(.10)	-.43	.14	-.15	1.02	.31

Zmienna zależna: negatywność nadawania znaczenia;  $adj R^2 = .05$ ,  $F(5,74) = 1.79$ ,  $p = .16$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .001$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 1.95$ ,  $p = .75$ ; Współliniowość: VIF w przedziale od 1.18 do 1.73.

Model ( $adj R^2 = -.01$ ,  $F(5, 74) = .81$ ,  $p = .55$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono narracyjną aktywność autorefleksyjną okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.36. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.36.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 7., patologiczne cechy osobowości a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie. Zmienna zależna: narracyjna aktywność autorefleksyjna

Model: skorygowane $R^2 = -.01$ , $F(5,74) = .81$ , $p = .55$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	6.04(1.22)				4.94	<.001
Negatywna afektywność	.85(.86)	-.15	.44	.15	.99	.33
Izolacja	-.79(.63)	-.41	.09	-.16	-1.26	.21
Antagozizm	-.09(.69)	-.29	.25	-.02	-.13	.89
Rozhamowanie	.65(.65)	-.12	.37	.12	1.00	.32
Psychotyzm	-.78(.73)	-.46	.14	.29	-1.06	.29

Zmienna zależna: narracyjna aktywność autorefleksyjna; Model  $adj R^2 = -.01$ ,  $F(5,74) = .81$ ,  $p = .55$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .03$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .06$ ; test Durбина-Watsona:  $DW = 2.16$ ,  $p = .54$ ; Współliniowość: VIF w przedziale od 1.18 do 1.73.

Model ( $adj R^2 = .03$ ,  $F(5, 74) = 1.55$ ,  $p = .19$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono narracyjne strukturowanie okazał się nieistotny statystycznie. Założenia dla regresji zostały spełnione. W tabeli 4.37. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.37.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 7., patologiczne cechy osobowości a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie. Zmienna zależna: narracyjne strukturowanie

Model: skorygowane $R^2 = .03$ , $F(5,74) = 1.55$ , $p = .19$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	6.04(1.22)				4.94	<.001
Negatywna afektywność	.85(.86)	-.20	.37	.15	.99	.33
Izolacja	-.79(.63)	-.30	.19	-.16	-1.26	.21
Antagonyzm	-.09(.69)	.07	.59	-.02	-.13	.89
Rozhamowanie	.65(.65)	-.33	.15	.12	1.00	.32
Psychotyzm	-.78(.73)	-.39	.19	.29	-1.06	.29

Zmienna zależna: narracyjne strukturowanie; Model:  $adj R^2 = .03$ ,  $F(5,74) = 1.55$ ,  $p = .19$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .33$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.94$ ,  $p < .81$ ; Współliniowość: VIF w przedziale od 1.18 do 1.73.

Wyniki analizy regresji liniowej wskazują, że założenia przedstawione w hipotezie 7, zakładającej związku między nasileniem patologicznych cech osobowości a negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem nie zostały potwierdzone.

**Hipoteza 8.** Im wyższe nasilenie działania mechanizmu rozszczepienia tym wyższa negatywność nadawania znaczenia oraz niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego strukturowania

W celu testowania hipotezy 8. dotyczącej związku nasilenia mechanizmu rozszczepienia z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością refleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem zastosowano analizę korelacji oraz regresji liniowej w oparciu o dane zebrane za pomocą Kwestionariusza Jasłużącego do pomiaru nasilenia mechanizmu rozszczepienia w zakresie Ja, obrazu innych i obrazu rodziny oraz negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną i narracyjne strukturowanie. Wyniki analizy korelacji wskazują na związek negatywności nadawania znaczenia z ogólnym nasileniem mechanizmu rozszczepienia ( $\rho = .25$ ). Związek miał pozytywny charakter, co oznacza, że im wyższe nasilenie ogólnego działania mechanizmu



rozszczeplenia tym wyższe nasilenie negatywności nadawania znaczenia. Związek cechował się słabą siłą. W tabeli 4.39. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.39.**

Wyniki analizy korelacji dotyczącej związku nasilenia mechanizmu rozszczeplenia z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością refleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem

Zmienna	Rozszczeplenie w zakresie Ja	Rozszczeplenie w zakresie obrazu innych	Rozszczeplenie w zakresie obrazu rodziny	Ogólne nasilenie rozszczeplenia
Negatywność nadawania znaczenia	.126	.156	.217	.247*
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	-.125	.035	-.026	-.040
Narracyjne strukturowanie	.021	.042	.033	.044

\*  $p < .05$

W celu dalszego testowania hipotezy 8. dotyczącej związku nasilenia mechanizmu rozszczeplenia z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością refleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem przeprowadzono 3 analizy regresji liniowej. W każdym modelu zastosowano stały zestaw zmiennych niezależnych w postaci nasilenia mechanizmu rozszczeplenia w zakresie Ja, obrazu innych oraz obrazu rodziny. Jako zmienne zależne do kolejnych modeli wprowadzano negatywność nadawania znaczenia, narracyjną aktywność autorefleksyjną i narracyjne strukturowanie.

Model ( $adj R^2 = .01$ ,  $F(3, 76) = 1.39$ ,  $p = .25$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono negatywność nadawania znaczenia okazał się nieistotny statystycznie. Założenie dla regresji o rozkładzie normalnym reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.40. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.40.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 8.,mechanizm rozszczepienia a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie. Zmienna zależna: negatywność nadawania znaczenia

Model: skorygowane $R^2 = .01$ , $F(3, 76) = 1.39$ , $p = .25$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	.17(.16)				1.07	.29
Rozszczepienie w zakresie Ja	-.01(.04)	-.28	.22	-.03	-.21	.83
Rozszczepienie w zakresie obrazu innych	.08(.05)	-.05	.48	.21	1.60	.11
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.01(.41)	-.19	.29	.05	.42	.68

Zmienna zależna: negatywność nadawania znaczenia; Model:  $adj\ R^2 = .01$ ,  $F(3, 76) = 1.39$ ,  $p = .25$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .001$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.92$ ,  $p = .63$ ;

Współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44.

Model (Model:  $adj\ R^2 = -.03$ ,  $F(3, 76) = .31$ ,  $p = .82$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono narracyjną aktywność autorefleksyjną okazał się nieistotny statystycznie. Założenie dla regresji o rozkładzie normalnym reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.41. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.41.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 8.,mechanizm rozszczepienia a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie. Zmienna zależna: narracyjna aktywność autorefleksyjna

Model: skorygowane $R^2 = -.03$ , $F(3, 76) = .31$ , $p = .82$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	7.00(1.20)				5.85	<.001
Rozszczepienie w zakresie Ja	-.25(.31)	-.36	.15	-.10	-.80	.43
Rozszczepienie w zakresie obrazu innych	-.01(.36)	-.28	.27	-.01	-.04	.97
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.14(.30)	-.19	.30	.05	-.45	.65

Zmienna zależna: narracyjna aktywność autorefleksyjna; Model:  $adj\ R^2 = -.03$ ,  $F(3, 76) = .31$ ;  $p = .82$ ; założenia dla regresji: dystans Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .02$ ; test Shapiro-Wilka:  $p = .15$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 2.18$ ,  $p = .43$ ;

Współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44.

Model (Model:  $adj R^2 = -.04$ ,  $F(5, 74) = .11$ ,  $p = .96$ ), w którym jako zmienną zależną wprowadzono narracyjne strukturowanie okazał się nieistotny statystycznie. Założenie dla regresji o normalnym rozkładzie reszt nie zostało spełnione. W tabeli 4.42. przedstawiono wyniki analizy regresji.

**Tabela 4.42.**

Wyniki analizy regresji dla hipotezy 8; mechanizm rozszczepienia a negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie. Zmienna zależna: narracyjne strukturowanie

Model: skorygowane $R^2 = -.04$ , $F(5, 74) = .11$ , $p = .96$						
Predyktor	B(SE)	95% L.CI	95% U.CI	$\beta$	t	p
Stała	5.39(.64)				8.42	<.001
Rozszczepienie w zakresie Ja	.07(.17)	-.20	.31	.05	.41	.68
Rozszczepienie w zakresie obrazu innych	-.03(.19)	-.29	.25	-.02	-.15	.88
Rozszczepienie w zakresie obrazu rodziny	.06(.16)	-.20	.29	.05	.37	.72

Zmienna zależna: narracyjne strukturowanie; Model:  $adj R^2 = -.04$ ,  $F(5, 74) = .11$ ,  $p = .96$ ; założenia dla regresji: dystans

Cooka:  $M = .01$ ,  $SD = .01$ ; test Shapiro-Wilka:  $p < .05$ ; test Durbin-Watsona:  $DW = 1.97$ ,  $p = .90$ ;

Współliniowość: VIF w przedziale od 1.17 do 1.44.

Przedstawione analizy regresji wskazują na to, że założenia przedstawione w hipotezie 8. wskazujące na związek nasilenia mechanizmu rozszczepienia z negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturowaniem nie zostały potwierdzone

**Hipoteza 9.** Grupy osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości różnią się pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturowania.

W trakcie testowania hipotezy 9. dotyczącej różnic międzygrupowych między grupami osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autonarracyjnej oraz narracyjnego strukturowania dokonano porównań międzygrupowych grup osób zdrowych

oraz zaburzeniami osobowości. Podziału osób na dwie wskazane grupy dokonano na podstawie ogólnego wyników Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (Gamache, Savard, 2017; polska adaptacja: Soroko i in., 2024) stosując zaproponowany przez Gamache i in. (2021) próg (SIFS > 1.29) różnicujący osoby zdrowe oraz z zaburzeniami osobowości. Podział różnicuje zatem osoby osiągające poziom funkcjonowania osobowości świadczący o braku lub zauważalnych nieprawidłowościach osobowościowych (osoby zdrowe) od osób, których poziom funkcjonowania osobowości świadczy o umiarkowanych, dużych albo skrajnych nieprawidłowościach osobowościowych (APA, 2013; por. tabela 1.). Finalnie w grupie osób zdrowych znalazły się 24 osoby, a w grupie osób z zaburzeniami osobowości 56. W tabeli 4.43. przedstawiono wyniki analizy różnic międzygrupowych.

**Tabela 4.43.**

Porównania między grupami osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autonarracyjnej oraz narracyjnego strukturowania

Zmienna	U	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p	r
Negatywność nadawania znaczenia	469	Zdrowi	.27	.23	.25	.07	.27
		Zaburzenia osobowości	.44	.39	.38		
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	530	Zdrowi	6.94	2.79	6.86	.24	.17
		Zaburzenia osobowości	6.27	2.53	5.94		
Narracyjne strukturowanie	559	Zdrowi	5.97	1.39	5.88	.39	.13
		Zaburzenia osobowości	5.62	1.39	5.75		

Test Shapiro-Wilka: Negatywność nadawania znaczenia:  $p < .001$ ; Narracyjna aktywność autorefleksyjna:  $p = .28$ ; Narracyjne strukturowanie:  $p < .05$

Wyniki analizy wskazują, że hipoteza 9. zakładająca, że osoby zdrowe oraz z zaburzeniami osobowości nie różnią się pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturowania nie została potwierdzona.

W celu dalszej eksploracji postanowiono sprawdzić jednak czy istnieją różnice w negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autonarracyjnej oraz

narracyjnym strukturuwaniu między grupami osób, jeśli jako próg dla wyniku w *Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego* przyjmie się na poziomie umiarkowanych nieprawidłowości osobowościowych (SIFS > 1.89). Wskutek takiego podziału, uzyskano grupę osób ( $N = 45$ ) doświadczających mniej nasilonych nieprawidłowości osobowościowych (poziom braku, zauważalnych i umiarkowanych nieprawidłowości) (SIFS  $\leq 1.89$ ) oraz grupę osób ( $N = 35$ ) przejawiających bardziej nasilone nieprawidłowości osobowościowe (poziom dużych i skrajnych nieprawidłowości) (SIFS > 1.89). W tabeli 4.44. przedstawiono wyniki przeprowadzonej analizy. Wyniki różnic międzygrupowych wskazują, że osoby doświadczające mniejszych nieprawidłowości osobowościowych różnią się od osób doświadczających bardziej nasilonych nieprawidłowości osobowościowych w zakresie negatywności nadawania znaczenia ( $U = 587$ ,  $p < .05$ ,  $r = .25$ ). Osoby głębiej zaburzenonadają w autonarracjach istotnie bardziej negatywne znacznie własnym doświadczeniom niż osoby funkcjonujące bardziej adaptacyjnie.

**Tabela 4.44.**

Porównania między grupami osób doświadczających mniej nasilonych nieprawidłowości osobowościowych oraz osób przejawiających bardziej nasilone nieprawidłowości osobowościowe pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autonarracyjnej oraz narracyjnego strukturuwania

Zmienna	U	Grupa (wynik SIFS)	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p	r
Negatywność nadawania znaczenia	587	$\leq 1.89$ $> 1.89$	.31 .50	.28 .43	.25 .38	$< .05$	.25
Narracyjna aktywność autorefleksyjna	629	$\leq 1.89$ $> 1.89$	6.86 5.94	2.76 2.31	6.75 5.88	.96	.20
Narracyjne strukturuwanie	782	$\leq 1.89$ $> 1.89$	5.70 5.73	1.50 1.26	5.75 5.87	.12	.01

Test Shapiro-Wilka: Negatywność nadawania znaczenia:  $p < .001$ ; Narracyjna aktywność autorefleksyjna:  $p = .28$ ; Narracyjne strukturuwanie:  $p < .05$

#### **4.1.15. Kliniczna ilustracja związków aktywności autonarracyjnej z zaburzeniami osobowości na podstawie wypowiedzi osób badanych**

W związku z bogactwem, jaki niesie za sobą zbiór danych (dane ilościowe i jakościowe) zebrany na rzecz badania pierwszego autor pracy postanowił dokonać ilustracji związków aktywności narracyjnej z zaburzeniami osobowości. Aktywność narracyjna rozumiana jest w kontekście zarówno wskaźników wnioskowania autobiograficznego (przetwarzanie eksploracyjne, nadawanie znaczenia, z wykluczeniem połączeń wydarzenie-Ja), koherencji narracji oraz stworzonego na późniejszym etapie zagregowanego wskaźnika narracyjnej aktywności autorefleksyjnej, jak również włączonej do badania zmiennej negatywność nadawania znaczenia. Zilustrowanie badanych związków przy pomocy przykładów narracji pozwoli (1) lepiej zrozumieć związki wnioskowania autobiograficznego i koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A), których sprawdzenie było głównym celem naukowym badania 1., (2) przedstawić zróżnicowanie materiału i niejednoznaczność badanych związków w perspektywie postawionych wcześniej hipotez.

##### **4.1.15.1. Ilustracja nr 1–autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat doświadczania przemocy domowej**

W ilustracji pierwszej przedstawiona zostanie autonarracja na temat doświadczania przemocy domowej oraz wpływu tego doświadczenia na autorkę wypowiedzi. Wyniki osoby badanej w teście Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje, że przejawia ona zaburzenia osobowości zarówno w odniesieniu do ogólnego poziomu funkcjonowania (umiarkowany poziom zaburzeń) jak i w zakresie poszczególnych aspektów: tożsamości (skrajne nieprawidłowości), samokierowania (skrajne nieprawidłowości) oraz bliskości (duże nieprawidłowości). W tabeli 4.45. przedstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.45.**

Wybrane dane demograficzne, wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 1

Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego							
Osoba	Wiek	Płeć	SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
1	23	K	2.33***	3.29****	2.60****	1.20*	2.17****
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
			Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie-Ja zmiany
			3	3	4	1	0
Koherencja narracji							
			Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja	
			4	4	4	0	
			Narracyjna aktywność autorefleksyjna			Narracyjne strukturowanie	
			13.86			7.63	

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

Wypowiedź osoby 1 - historia: ważna scena z dzieciństwa

*(...) moi rodzice (6) są cudownymi ludźmi w gruncie rzeczy ale kiepskimi rodzicami którzy kiepsko sobie radzą z emocjami () (...) a ja () od małego (...) te ich cechy i te moje cechy () one () poskutkowały tym () że () że po prostu () notorycznie () popadliśmy w konflikty () już jako dziecko (yyy) jedną z () z tych () tych () takich () bardzo silnych wspomnień jest to () kiedy ojciec mnie bił () i to się powtarzało stale (eee) i (...) ja nie pamiętam co () takiego () pięćdośmiolatek może powiedzieć żeby () dorosłego człowieka (...) ale w każdym razie w momencie w którym (yyy) w którym już mnie pobił (aa) zamykano mnie w łazience () i z tej łazienki mogłam wyjść dopiero w momencie w którym () się () pokajam () i () zadeklaruję () to że () przyjdę () przeproszę ojca za to () że stracił () nad sobą () kontrolę i mnie uderzył () i zamykano mnie w tej łazience () a ja w tej łazience potrafiłam siedzieć bardzo długo (...) () ja czułam do siebie taką pogardę () i to że ja płacę () moja matka zawsze mi powtarzała że (yy) że () nie mam płakać bo nie mam się nad sobą użalać i () ja () faktycznie () nie chciałam się nad sobą użalać (4) (...) a potem (...) poszłam do pokoju zobaczyłam () jak mój ojciec () jest załamany () płacze (...) i ja w odruchu () zawsze biegłam żeby go przytulić () żeby go przeprosić (2) bo było mi tak strasznie źle z tym () że on się czuje tak jak się czuje () i teraz kiedy na to patrzę już jako osoba dorosła (5) to przepraszam jak bardzo kolokwialnie to zabrzmiało ale to jest w ogóle [wulgaryzm – AW] sytuacja () kiedy (3) zamienia się miejscami ofiarą z oprawcą () byłam*

*ofiara () tej przemocy (2) a potem okazywało się że jednak jestem oprawcą bo ojciec przeze mnie się tak źle czuje (ymm) i tu gdzieś () wydaje mi się był początek tego () tego że nie potrafiłam zweryfikować () i nazwać tego w jakim punkcie jestem () kim jestem () czy jestem oprawcą czy ofiarą () niby czuję że jestem ofiarą ale () słyszę że jestem oprawcą () niby czuję że faktycznie jestem oprawcą ale jednocześnie wiem że jestem ofiarą () i to był ten początek () nawet nie że rozbicia jakiegoś mojej osobowości tylko tego że () jakby () ten spójny obraz się nigdy () nie narodził (że zawsze byłam () albo () w szkole byłam tą () tym złotym dzieckiem () tą najzdolniejszą uczennicą () potem wracałam do domu i byłam kupą [wulgaryzm – AW] () zawodem () dzieckiem które () nigdy nie spełnia ich oczekiwań*

Historia stanowi opowieść na temat wydarzenia doświadczania przemocy domowej i jej wpływu na osobowość osoby badanej oraz trudności głównie natury tożsamościowej. Odnosząc się do treści wypowiedzi można zauważyć, że osoba badana prawdopodobnie nie doświadczała wystarczającej bliskości emocjonalnej i empatii ze strony rodziców, którzy, wydaje się, dawali jej warunkową akceptację (*moja matka zawsze mi powtarzała że (yy) że () nie mam płakać bo nie mam się nad sobą użalać*). W wypowiedzi osoby badanej widoczny jest także podobny wzorec doświadczania siebie, jako godnej pogardy, kiedy wyraża emocje/przejawia sposób wyrażania emocji, które nie były akceptowane przez jej opiekunów (*ja czułam do siebie taką pogardę () i to że ja płaczę*). Może to być związane z problemami osobowościowymi w aspekcie tożsamości (SIFS tożsamość) związanych z niską i nieadekwatną samooceną, ale także potencjalnym dysocjowaniem w zakresie doświadczanych emocji. Ponadto sama sytuacja doświadczania przemocy w środowisku domowym może przekładać się na doświadczanie siebie jako osoby niegodnej miłości oraz skutkować potencjalnymi problemami w budowaniu bliskich relacji, ze względu na nieadaptacyjne wzorce relacyjne nabyte w dzieciństwie oraz prawdopodobne przekonanie o nieprzewidywalnych i zagrażających innych. Widoczne jest to również w podwyższonych wynikach kwestionariuszowych (SIFS bliskość). Pod koniec wypowiedzi autorka narracji identyfikuje wpływ doświadczania przemocy domowej na swoją tożsamość, która (wg autorki) w związku z tymi wydarzeniami nie mogła się zintegrować (*(...) jakby () ten spójny obraz się nigdy () nie narodził (że zawsze byłam () albo () w szkole byłam tą () tym złotym dzieckiem () tą najzdolniejszą uczennicą () potem wracałam do domu i byłam kupą [wulgaryzm – AW] () zawodem () dzieckiem które () nigdy nie spełnia ich oczekiwań*). Był to moment, który osoba badana identyfikuje jako początek trudności w doświadczaniu siebie w zintegrowany sposób pozostając



w pomieszeniu dotyczącym tego, kim jest (*to był ten początek () nawet nie że rozbicia jakiegoś mojej osobowości tylko tego że () jakby () ten spójny obraz się nigdy () nie narodził*). W perspektywie wyników Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego ten fragment autonarracji obrazuje wynik uzyskany w skali tożsamość.

Z perspektywy analizy autonarracji ta część wypowiedzi może być oceniona wysoko w zakresie zmiennej nadawanie znaczenie (osoba jasno identyfikuje wpływ wydarzenia w szerszym kontekście jej życia), ale także pod kątem negatywności nadawania znaczenia, ze względu na jednoznacznie negatywną zmianę/wpływ, jaką osoba badana wskazuje w związku z własnymi doświadczeniami, co wiąże się jednocześnie z niskim wynikiem w koherencji narracji (aspekt integracji). Warto także wskazać, że osoba badana w trakcie całej swojej wypowiedzi przejawia otwartą postawę wobec eksploracji znaczenia opowiadanego wydarzenia, co przekładałoby się na wysoką ocenę przetwarzania eksploracyjnego. Autorka na przestrzeni całej wypowiedzi używa też nacechowanego emocjonalnie języka (wysokie oceny w koherencji narracji w aspekcie afektu). Nawet, jeśli nie nazywa emocji wprost, podkreśla to wypowiedziami o charakterze emocjonalnym (np. używając wulgaryzmów). W związku z powyższym cała wypowiedź cechuje się wysoką refleksyjnością wypowiedzi (wysoka narracyjna aktywność autorefleksyjna). Wysoka narracyjna aktywność autorefleksyjna w obliczu negatywności nadawania znaczenia pozwala lepiej zrozumieć doświadczenie autorki narracji oraz przejawiane przez nią trudności. Warto także zwrócić uwagę na fakt, że wypowiedź jest wysoce ustrukturyzowana (aspekty orientacji i struktury koherencji narracji), co skutkuje również wysokim wynikiem w zakresie narracyjnego strukturowania - pozwala odbiorcy narracji łatwiej podążać za historią rozumiejąc jej tok oraz kierunek jej rozwoju.

#### **4.1.15.2. Ilustracja nr 2 – autonarracje osoby zdrowej na temat doświadczenia przemocy domowej**

W drugim przykładzie przedstawiona zostanie narracja na temat doświadczenia przemocy domowej przez autorkę wypowiedzi. Wyniki osoby badanej w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje, że przejawia ona zdrowe funkcjonowanie zarówno w kontekście poziomu funkcjonowania osobowości jak i poszczególnych jego aspektów. W tabeli 4.46. przedstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.46.**

Wybrane dane demograficzne, wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 2

Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego							
Osoba	Wiek	Płeć	SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
2	20	K	.63*	1.29*	1.00*	.20*	.00*
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
			Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie-Ja zmiany
			2	0	3	0	0
Koherencja narracji							
			Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja	
			3	3	4	3	
			Narracyjna aktywność autorefleksyjna			Narracyjne strukturowanie	
			11.50			5.86	

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

Wypowiedź osoby 2 – historia: ważna scena z dzieciństwa

*mój tata był bardzo agresywny w stosunku do mojej mamy ()czy tam () wyzwiska to () to były na () na porządku dziennym () (yy) i takie jedno z wydarzeń szczególniejszych właśnie po jednej ich kłótni () a bardziej w trakcie () jednej ich kłótni () ja pod opieką miałam swojego brata () próbowałam (...) jakoś go zaangażować w jakąś grę () żeby tego nie słyszał (...) i weszłam do nich do pokoju () i zaczęłam też krzyczeć () że mają się uspokoić () że przecież IMIĘ to wszystko słyszy () mój brat żeby ja to słyszę widziałam moją mamę płaczącą gdzieś tam w kącie () (yy) i w odpowiedzi od mojego taty też usłyszałam krzyki () że to nie jest moja sprawa () i że mam się nie wtrącać () (yy) i krótko po tym po prostu () pocieszałam mamę () siedząc w kuchni razem z nią () płaczącą w moich ramionach () (yy) trudne to jest doświadczenie () ale to co mówi o mnie to chyba to że () że jestem opiekuńcza ()też w stosunku do mojego brata () do mojej mamy () to taka opiekuńczość nie do końca zdrowa () no bo to nie tak też powinno wyglądać w rodzinie () (yy) ale też już wtedy bardzo () czułam że jestem wrażliwą osobą na () na krzywdę innych () szczególnie tak bliskiej mi osoby () jak mojej mamy () czułam złość na mojego tatę () złość na całą sytuację że () że ja jestem dzieckiem () i () coś takiego przeżywam () (yy) no głównie to było po prostu złość () złość na tatę () z jednej strony czułam że () stawiam się () a z drugiej strony czułam że () to nic nie daje () że () słyszę to non stop () a jak już*

*próbuję się wtrącić to () to spotykam się też z krzykiem w moją stronę () więc taka ogromna frustracja () ogromny żal () ogromny () smutek w ogóle z () całej sytuacji która się działa () (yy) no i też taka () takie poczucie bezsilności () (...) więc () to było ważne () trudne () ale też pokazało mi że () że mogę się odezwać pomimo tego () że spotkałam z trochę z bardzo negatywną reakcją (yy) to dało mi taką siłę () że można stawać w obronie słabszych nawet jeśli () spotyka się to niekoniecznie z zadowoleniem*

Historia stanowi opowieść o doświadczaniu przemocy domowej z czasów kiedy osoba badana była dzieckiem. Autonarracja, pomimo doświadczeń, które stanowią czynnik ryzyka wystąpienia trudności w funkcjonowaniu psychicznym, można uznać za opowieść o wzroście, szczególnie w zakresie rozwoju własnego Ja. W trakcie wypowiedzi autorka otwarcie podchodzi do eksploracji (przetwarzanie eksploracyjne) znaczenia opowiadanego wydarzenia, np. potrafi dostrzec różne, świadczące o zdolności do ambiwalencji, perspektywy (*z jednej strony czułam że () stawiam się () a z drugiej strony czułam że () to nic nie daje*) lub przejawia zdolność do adekwatnego testowania rzeczywistości nawet w obliczu doświadczania silnych negatywnych emocji (*jestem opiekuńcza () też w stosunku do mojego brata () do mojej mamy () to taka opiekuńczość nie do końca zdrowa () no bo to nie tak też powinno wyglądać w rodzinie*). Przykłady te są spójne z wynikami w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego w aspekcie tożsamości, który świadczy o zdrowiu, a więc adekwatności rozumienia siebie. Ponadto osoba badana wskazuje na doświadczanie gamy emocji, które pojawiają się często w różnych momentach w tekście (*(...) no głównie to było po prostu złość () złość na tatę () z jednej strony czułam że () stawiam się () a z drugiej strony czułam że () to nic nie daje () że () słyszę to non stop () (...) albo (...) więc taka ogromna frustracja () ogromny żal () ogromny () smutek w ogóle z () całej sytuacji która się działa () (yy) no i też taka () takie poczucie bezsilności (...)*). Zdolność do uświadomionego doświadczania różnych emocji może być związana z lepszym rozumieniem siebie, co wskazuje na zdrowie w aspekcie tożsamości w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości. Ponadto osoba badana konkluduje swoją wypowiedź wskazując pozytywny (w swoim rozumieniu) wpływ doświadczenia na własne życie opisując, że to doświadczenie pokazało jej zdolność do autonomicznego i odpowiedzialnego podejmowania decyzji w celu obrony słabszych (*ale też pokazało mi że () że mogę się odezwać pomimo tego () że spotkałam z trochę z bardzo negatywną reakcją (yy) to dało mi taką siłę () że można stawać w obronie słabszych*). Fragment ten z jednej strony wydaje się być przykładem wypowiedzi osoby, której funkcjonowanie

osobowości jest zdrowe w aspekcie samokierowania (kierowanie się wewnętrznymi standardami) ale także empatii (zdolność do mentalizowania na temat doświadczeń innych osób). Z drugiej strony wypowiedź wypełnia znamiona wysokiej oceny dla nadawania znaczenia (osoba badana identyfikuje i omawia wpływ wydarzenia odnosząc się do szerszego kontekstu życiowego) oraz przetwarzania eksploracyjnego (otwarty opis emocji i świadomość ich doświadczania oraz wykorzystywanie emocji do podkreślenia znaczenia wydarzenia). Warto zauważyć, że obserwowane nadawanie znaczenia wydaje się mieć bardziej adaptacyjny (integracyjny) charakter, który odzwierciedla się także w wysokiej ocenie aspektu integracji koherencji narracji. Osoba badana odwołuje się także szeroko do opisu doświadczanych emocji podkreślając subiektywne znaczenie doświadczenia oraz jej ambiwalentny stosunek wobec tej sytuacji (wysoki wynik w aspekcie afektu koherencji narracji). W związku z powyższym narracyjna aktywność autorefleksyjna w obliczu braku negatywności nadawania znaczenia obrazuje wzrost i rozwój osobowości wynikły wskutek refleksji nad opowiadany doświadczeniem. Ważne wydają się także wysokie oceny aspektów orientacji i strukturykoherencji narracji, co odzwierciedla się także w wysokiej ocenie narracyjnego strukturowania. Wskazane cechy wypowiedzi pozwalają lepiej zrozumieć przekaz narracji, ponieważ jest ona zorganizowana w sposób logiczny. Opisany przypadek stanowi ilustrację zbieżności wyniku w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz ocen autonarracji, które świadczą o adaptacyjności funkcjonowania. Szczególnie interesującym zjawiskiem zaobserwowanym w przytoczonym przykładzie jest fakt, że nawet w obliczu doświadczania potencjalnie traumatyzujących okoliczności, osoba badana była w stanie utrzymać adaptacyjną narrację na swój temat.

#### **4.1.15.3. Ilustracja nr 3 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat wyboru kierunku studiów**

W trzecim przykładzie omówiona zostanie wypowiedź na temat momentu podejmowania decyzji związanej z wyborem kierunku na studiach magisterskich. Wyniki osoby badanej w teście Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje, że przejawia poziom umiarkowanych nieprawidłowości w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości. W poszczególnych aspektach poziomu funkcjonowania osobowości osoba badana doświadcza dużych nieprawidłowości w aspekcie tożsamości oraz umiarkowanych nieprawidłowości w aspekcie samokierowania. W tabeli 4.47.

przedstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.47.**

Wybrane dane demograficzne, wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 3

			Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego				
Osoba	Wiek	Płeć	SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
3	23	K	1.33**	2.00***	1.60**	.60*	1.17*
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
			Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie- Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie- Ja zmiany
			0	0	3	0	0
Koherencja narracji							
			Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja	
			4	3	1	1	
			Narracyjna aktywność autorefleksyjna			Narracyjne strukturowanie	
			4.50			6.75	

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

Wypowiedź osoby 3 – historia: jeszcze jedna ważna scena (dowolnie wybrana)

*w takim razie chyba () wybór studiów magisterskich albo zostanie wybranym przez studia magisterskie bo to nawet nie był mój wybór () (hmm) tak jak mówiłam przeprowadziłam się do MIASTO na studia magisterskie () (hmm) nie mogłam kontynuować na UCZELNIA gdzie robiłam licencjat bo tam studiowałam anglistykę z językiem arabskim () było zbyt mało chętnych żeby kontynuować (...) więc uznałam że () pojedę () (...) gdzie na studia () (hmm) gdzie po prostu mogę studiować arabistykę (...) na studia magisterskie w MIASTO rekrutacja jest pod koniec września () więc ((śmiech)) człowiek się wyprowadza i nie wie co się stanie () i wyprowadziłam się () (hmm) i () nie mogłam iść na arabistykę () bo to był ten jeden rok gdzie () zgłosiły się tylko dwie osoby i to było za mało żeby utworzyć kierunek () i tak samo myślę sobie okej pojedę na anglistykę () językoznawstwo kognitywne też brzmi ciekawie() ale na to też nie poszłam () bo okazało się że to była nieaktualna informacja na stronie uczelni () i potem jak się dostałam () obwieszczono że tej specjalizacji już nie będzie () więc w MIASTO siedziałam sobie i () patrzyłam tylko na ofertę uczelni i myślałam () czego bardziej nie chcę czy () (hmm) czy bardziej nie chcę się uczyć o literaturze amerykańskiej czy iść na specjalność ogólnoakademicką gdzie nie wiem co się wydarzy () czy iść na specjalność tłumaczeniową*

*na którą też nie chciałam iść jeszcze na którym był osobny egzamin () więc pytałam o radę moją przyjaciółkę () pytałam o radę moją rodzinę ale () nikt nie miał jakiejś dobrej rady i tylko mówili () sama sobie wybrałaś gdzie chcesz studiować to to sobie dalej wybieraj () i () w końcu uznałam że dobrze pójdę sobie na ten egzamin na specjalność tłumaczeniową () panie boże jak się () jak mam iść na to to zrób żebym się na to dostała jak nie to nie ale się dostałam i () pierwszy semestr chyba codziennie płakałam bo tak nie znosiłam () ((śmiech)) tłumaczyć () ale długofalowo() jak już nauczyłam się tłumaczyć to okazało się że to bardzo przyjemne () i w sumie () cieszę się że () nie zostałam ani arabistą ani językoznawcą kognitywnym () (hmm) i to tyle*

Wypowiedź tematycznie dotyczy wyboru kierunku studiów drugiego stopnia, które autorka wypowiedzi zamierzała podjąć. W wypowiedzi widoczne są elementy, które świadczą o nieprawidłowościach w aspekcie samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości. Osoba badana nie przypisuje sobie sprawczości podejmowania ważnych wyborów życiowych (*wybór studiów magisterskich albo zostanie wybranym przez studia magisterskie bo to nawet nie był mój wybór lub panie boże jak się () jak mam iść na to to zrób żebym się na to dostała jak nie to nie ale się dostałam*). To świadczy prawdopodobnie o doświadczanych trudnościach związanych z podejmowaniem decyzji (SIFS tożsamość), braniem odpowiedzialności za życiowe wybory czy obniżonego poczucia sprawstwa. Ponadto wydaje się, że w wypowiedzi osoby badanej można zidentyfikować trudności w jasnym określeniu własnej tożsamości oraz rozeznania w obszarze wyboru dalszej drogi rozwoju zawodowego (*myślałam () czego bardziej nie chcę czy () (hmm) czy bardziej nie chcę się uczyć o literaturze amerykańskiej czy iść na specjalność ogólnoakademicką gdzie nie wiem co się wydarzy () czy iść na specjalność tłumaczeniową na którą też nie chciałam iść jeszcze na którym był osobny egzamin () więc pytałam o radę moją przyjaciółkę () pytałam o radę moją rodzinę ale () nikt nie miał jakiejś dobrej rady i tylko mówili () sama sobie wybrałaś gdzie chcesz studiować*). Treść wypowiedzi mogłaby wskazywać na opisywane przez wynik w aspekcie tożsamości Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego, który świadczy m.in. o potrzebie nadmiernej identyfikacji z innymi (prośby o radę w wyborze kierunku), lub trudnościach w refleksowaniu nad własnym życiem (wydaje się, że osoba badana nie reflektuje nad wyborem kierunku studiów). Ilustracja wskazuje, że treść narracji wydaje się być zgodna z wynikami w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego, to znaczy w wypowiedzi osoby badanej można znaleźć przykłady popierające wyniki testu.

Ocena autonarracji pod kątem wskaźników wnioskowania autobiograficznego wskazuje, że w wypowiedzi pojawiają się elementy świadczące o otwartości (przetwarzanie eksploracyjne) do interpretacji opowiadanego wydarzenia ((...) *myślałam* (*czego bardziej nie chcę czy* () (*hmm*) *czy bardziej nie chcę się uczyć o literaturze amerykańskiej czy iść na specjalność ogólnoakademicką gdzie nie wiem co się wydarzy* () *czy iść na specjalność tłumaczeniową na którą też nie chciałam iść* (...) lub (...) *pierwszy semestr chyba codziennie płakałam bo tak nie znosiłam* () ((*śmiech*)) *tłumaczyć* () *ale długofalowo*) *jak już nauczyłam się tłumaczyć to okazało się że to bardzo przyjemne* (...)) jednak ostatecznie aktywność ta nie poprowadziła autorki wypowiedzi do głębszej autorefleksji. W wypowiedzi nie zostało zidentyfikowane nadawanie znaczenia, ponieważ autorka nie omówiła wpływu tego doświadczenia na jej życia. W wypowiedzi wydać także niskie natężenie emocji (niski wynik w aspekcie afektu koherencji narracji) oraz odniesienia się do szerszego kontekstu jej życia (niski wynik w aspekcie integracji koherencji narracji). W związku z powyższym relatywnie niska była również narracyjna aktywność autorefleksyjna. Autorka stworzyła jednak swoją wypowiedź w sposób zorganizowany i logiczny, co pozwala lepiej zrozumieć treść wypowiedzi i podążyć za jej tokiem rozumowania. Przykład ten wskazuje na możliwość występowania autonarracji na temat kluczowych wydarzeń z życia, które nie zawierają elementu nadawania znaczenia. Wpisywałyby się w założenia postawione w hipotezie 1., w której założono m.in., że niższe ocenynadawania znaczenia będą wiązać się z większym nasileniem nieprawidłowości osobowościowych. Ponadto, w zbiorze danych obecne są autonarracje osób zdrowych, w których również nie można zidentyfikować tej zmiennej. Taki przypadek omówiono w kolejnej ilustracji.

#### **4.1.15.4. Ilustracja nr 4 – autonarracja osoby zdrowej na temat uczestnictwa w ważnym obrzędzie religijnym**

W czwartym przykładzie omówiona zostanie wypowiedź na temat uczestnictwa we mszy świętej, wydarzenia, które autor identyfikuje jako punkt zwrotny jego życia. Wyniki osoby badanej w teście Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje na zdrowe funkcjonowanie osobowości perspektywie ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości jak i jego poszczególnych aspektów. W tabeli 4.48. przedstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.48.**

Wybrane dane demograficzne oraz wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 4

Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego							
Osoba	Wiek	Płeć	SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
4	22	M	.83*	1.00*	1.20*	.80*	.33*
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
			Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie-Ja zmiany
			0	0	1	0	1
Koherencja narracji							
			Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja	
			2	2	1	1	
			Narracyjna aktywność autorefleksyjna			Narracyjne strukturowanie	
			3.75			3.86	

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

#### Wypowiedź osoby 4 – historia: punkt zwrotny

*(eee) okej () no to taki (hmm) epizod zwrotny () no to w sumie jak (yy) bo ja ogólnie jestem osobą wierzącą () no i () ale byłem taki bardziej niedzielny (yyy) tak ()pół na pół no i ()poszedłem tutaj w MIASTO () do () na taką mszę akademicką do ()kościola ()no i ()to jakby ()mocno we mnie zmie () takie () poczucie (ee) dało () chęci zmiany jakby (yy) no i to był chyba taki dosyć istotny punkt zwrotny bo ja wtedy zacząłem całkowicie inaczej patrzeć na (eee) to kim powinienem być ()i ()ogólnie na ()podejście do życia dosyć dużo () no () zmieniłem dosyć dużo rzeczy tak (yyy) (2) no (2) i to chyba wydaje mi się że ()po prostu to pójście na tą mszę tak () jakby () ta () ta msza właśnie była tym () punktem () zwrotnym*

W wypowiedzi osoby badanej można zidentyfikować treści świadczące prawdopodobnie o poczuciu sprawstwa i kontroli nad własnym życiem oraz brania odpowiedzialności za własne decyzje (*poczucie (ee) dało () chęci zmiany jakby (...) () zmieniłem dosyć dużo rzeczy*). Tendencja ta w treści wypowiedzi nie jest jednak widoczna wyraźnie. Niemniej przytoczone fragmenty są zgodne z wynikiem w aspekcie samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości, który wskazuje na adaptacyjne funkcjonowanie. W wypowiedzi pozornie widoczna jest refleksja nad własnym doświadczeniem (*ja wtedy zacząłem całkowicie inaczej patrzeć na (eee) to kim powinienem być ()i ()ogólnie na ()podejście do życia dosyć dużo () no () zmieniłem dosyć*



*dużo rzeczy tak*) jednak należy zauważyć, że wypowiedź ta jest na bardzo ogólnym poziomie. Autor nie opisuje jak to wydarzenie go zmieniło, co tak naprawdę zmienił w swoim życiu ani jaki (bardziej) dokładnie wpływ wywarło na niego uczestnictwo w opisywanym wydarzeniu. Powyższe aspekty składają się więc na niską ocenę znaczenia nadawanie znaczenia. Autonarracja nie wskazuje także na otwartą postawę wobec eksplorowania znaczenia danego wydarzenia (niskie ocenyprzetwarzania eksploracyjnego). Ponadto warto zauważyć, że autor w małym stopniu odnosi się do emocji oraz szerszego kontekstu życia (niskie ocenyaspektów afekt i integracja koherencji narracji). Finalnie narracyjna aktywność autorefleksyjna również jest relatywnie niska. Choć wypowiedź jest zrozumiała, wąsko określony kontekst oraz niedopowiedziany cel wypowiedzi przełożyły się na relatywnie niskie oceny w aspekcie orientacji i struktury koherencji narracji związku z powyższym narracyjna aktywność autorefleksyjna oraz narracyjne strukturowanie jest niskie. Przytoczona wypowiedź stanowi przykład względnie ubogiej narracji osoby, której wynik w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje na zdrowie w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości.

#### **4.1.15.5. Ilustracja nr 5 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat wyprowadzki z domu**

W piątym przykładzie omówiona zostanie wypowiedź na temat decyzji o wyprowadzce z domu rodzinnego, którą osoba badana identyfikuje jako punkt zwrotny swojego życia. Wyniki osoby badanej w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje na skrajny poziom nieprawidłowości w zakresie ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości oraz w zakresie każdego z pomniejszych aspektów. W tabeli 4.49.predstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.49.**

Wybrane dane demograficzne, wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 5

Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego							
Osoba	Wiek	Płeć	SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
5	23	Inna	2.96****	3.43****	2.80****	2.60****	2.68****
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
		Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie-Ja zmiany	
		3	0	3	0	0	
Koherencja narracji							
		Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja		
		2	3	0	3		
Narracyjna aktywność autorefleksyjna				Narracyjne strukturuowanie			
9.50				7.00			

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

#### Wypowiedź osoby 5 – historia: punkt zwrotny

*jasne (aa) myślę że moim punktem zwrotnym w życiu było na pewno () wprowadzenie się z domu w () osiemnaste urodziny () czyli DATA (yy) był to dla mnie punkt zwrotny dlatego głównie ponieważ (aa) doświadczałam no () można powiedzieć lekkiej przemocy domowej (aaa) więc () w tym momencie chciałam zawalczyć o swoje dobro o swoją przyszłość o swoje () lepsze po prostu bycie (aaa) i od tamtej pory bardzo dużo się zmieniło to znaczy (aa) zaczęłam () inaczej jeść () jadłam to co mogłam jeść () a nie to co musiałam jeść () miałam relacje () które chciałam mieć z innymi () a które były mi zabronione jak tutaj na przykład () relacja z () tą () ówczesną wtedy a teraz była dziewczyną () a () na pewno () miałam swobodę () o tyle () dobrą () że mogłam zacząć się leczyć psychiatrycznie już wtedy (eee) i () no na pewno () był to też punkt zwrotny () w odniesieniu do relacji z moją matką i ojcem () że () rodzice faktycznie zauważyli że ja () chcę żyć inaczej () chcę () dla siebie lepiej (aaa) wywoływało to pewne kłótnie oraz takie () nie () niegodzenie się jakby z moimi decyzjami () ale po czasie zostały one zaakceptowane dzięki czemu () mogłam postawić w końcu na swoim i pokazać że ja () też już w tym momencie () mogę decydować o sobie i nie jestem po prostu niesamodzielnym dzieckiem*

W wypowiedzi osoby badanej można zidentyfikować fragmenty, które świadczą o obecności poczucia sprawstwa i kontroli nad własnym życiem ((...)) i od tamtej pory

*bardzo dużo się zmieniło to znaczy (aa) zaczęłam () inaczej jeść () jadłam to co mogłam jeść () a nie to co musiałam jeść () miałam relacje () które chciałam mieć z innymi () (...) albo (...)mogłam zacząć się leczyć psychiatrycznie już wtedy (...))* choć nieco osłabione przez wyrażenie „dużo się zmieniło”. Ten fragment wypowiedzi odnosi się do aspektu samokierowania poziomu funkcjonowania osobowości, jednak nie wydaje się wskazywać na skrajne nieprawidłowości. Podobnie jest w przypadku fragmentu, który może stanowić przykład poczucia odrębności i stawiania granic między Ja a innymi (*(...) był to też punkt zwrotny () w odniesieniu do relacji z moją matką i ojcem () że () rodzice faktycznie zauważyli że ja () chcę żyć inaczej () chcę () dla siebie lepiej (aaa) wywoływało to pewne kłótnie oraz takie () nie () niegodzenie się jakby z moimi decyzjami () ale po czasie zostały one zaakceptowane dzięki czemu () mogłam postawić w końcu na swoim i pokazać że ja () też już w tym momencie () mogę decydować o sobie i nie jestem po prostu niesamodzielnym dzieckiem*), który mógłby wskazywać na relatywnie adaptacyjny poziom funkcjonowania osobowości w aspekcie tożsamości. Wskazany przykład może sugerować także zdolność do rozumienia wpływu własnego doświadczenia na reakcje innych oraz pewien rodzaj zdolności do przeżywania ambiwalencji (brak akceptacji rodziców vs. zadowolenie i dążenie do indywidualności), co sugerowałoby poziom funkcjonowania osobowości zbliżony bardziej do zdrowia.

W narracji widoczny jest jasny opis rozważań (przetwarzanie eksploracyjne) na temat konsekwencji podjętych decyzji oraz przedstawienie zmiany (nadawanie znaczenia), jaką autorka wypowiedzi identyfikuje w związku z podjętą decyzją. Zmiany te dotyczą jej samej (*(...) zaczęłam () inaczej jeść () jadłam to co mogłam jeść () a nie to co musiałam jeść () miałam relacje () które chciałam mieć z innymi (...) albo (...) mogłam zacząć się leczyć psychiatrycznie (...)*), ale także relacji z innymi (*(...) rodzice faktycznie zauważyli że ja () chcę żyć inaczej () chcę () dla siebie lepiej (aaa) wywoływało to pewne kłótnie (...) ale po czasie zostały one zaakceptowane (...)*), których charakter jest raczej pozytywny; opisujący ogólną, subiektywnie ocenianą, poprawę jakości życia. Wypowiedź nie cechuje się emocjonalnością (niska ocena aspektu afektu koherencji narracji), ale autorka odnosi opowiadane wydarzenie do szerszego kontekstu swojego życia (wysoka ocena aspektu integracji koherencji narracji). W konsekwencji można stwierdzić, że narracja osoby badanej cechuje się także wyższą narracyjną aktywnością refleksyjną. W zakresie narracyjnego strukturalizmu, autonarracja posiada relatywnie wysoką strukturę (wysoka ocena aspektu struktury koherencji narracji) pozwalając podążać za logicznymi zorientowanym celem wywodem przy jednoczesnym średnim wyniku w aspekcie orientacji

koherencji narracji przez wzgląd na nie do końca określone okoliczności opowiadanego wydarzenia. Przedstawiony przykład autonarracji obrazuje, jak wypowiedź osoby z zaburzeniami osobowości może zawierać relatywnie pozytywne (adaptacyjne) interpretacje własnych doświadczeń. W konsekwencji ilustracja stanowi przykład na niejednoznaczność związków cech autonarracji z poziomem funkcjonowania osobowości.

#### 4.1.15.6. Ilustracja nr 6 – autonarracja osoby z zaburzeniami osobowości na temat rodzinnego wyjazdu na wakacje

W szóstym przykładzie omówiona zostanie wypowiedź na temat rodzinnego wyjazdu do nadmorskiego miasteczka, który osoba badana identyfikuje jako ważne wydarzenie z jej dzieciństwa. Wyniki osoby badanej w teście Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego wskazuje na duże nieprawidłowości w odniesieniu do poziomu funkcjonowania osobowości. Poza tym wynik skali wskazuje na skrajne nieprawidłowości w aspekcie tożsamości, duże nieprawidłowości w aspekcie samokierowania, umiarkowane nieprawidłowości w aspekcie bliskości oraz zdrowe funkcjonowanie w aspekcie empatii. W tabeli 4.50. przedstawiono wybrane dane demograficzne, wyniki Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz oceny/wyniki dla zmiennych narracyjnych.

**Tabela 4.50.**

Wybrane dane demograficzne, wynik Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego oraz wyniki analizy autonarracji osoby 6

Osoba	Wiek	Płeć	Skala Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego				
			SIFS (ogólny)	SIFS (Tożsamość)	SIFS (Samokierowanie)	SIFS (Empatia)	SIFS (Bliskość)
6	22	K	1.96***	2.71****	2.00***	1.00*	1.67**
Wyniki analizy autonarracji							
Wskaźniki wnioskowania autobiograficznego							
			Nadawanie znaczenia	Negatywność nadawania znaczenia	Przetwarzanie eksploracyjne	Połączenia wydarzenie-Ja odrzucające	Połączenia wydarzenie-Ja zmiany
			0	0	1	0	0
Koherencja narracji							
			Orientacja	Struktura	Afekt	Integracja	
			3	3	1	1	
			Narracyjna aktywność autorefleksyjna			Narracyjne strukturowanie	
			4.38			6.00	

\* - zdrowie; \*\* - umiarkowane nieprawidłowości; \*\*\* - duże nieprawidłowości; \*\*\*\* - skrajne nieprawidłowości

Wypowiedź osoby 6 – historia: ważna scena z dzieciństwa

*(yy) takim wydarzeniem (mm) pamiętam że pewnego razu pojechałam z rodziną (mm) do miejscowości w której wychowywała się moja mama było to takie nadmorskie miasteczko (yy) i tam pewnego dnia postanowiliśmy że wszyscy zbierzemy wszystkie inne ciocie kuzynki i pojedziemy nad morze () pojechaliśmy nad morze () była (yy) piękna pogoda słońce świeciło zaczęliśmy się kąpać w morzu (mmm) byłam tam ja moje rodzeństwo () mama () też dwie ciocie z () dwójką dzieci i jeszcze był jeden (yy) jeden chłopiec który był kolegą jednego z moich kuzynów () tam pływaliśmy sobie w tym morzu po chwili (yy) zerwał się silny wiatr (yy) zaczął (yy) zaczął padać deszcz i były bardzo duże fale i musieliśmy wyjść z wody ale byliśmy już tacy bardzo zmarznięci i trochę (mmm) przybici tym że jednak zaczęło padać to moja mama powiedziała że byśmy () że pojedziemy w zamian na lody czy coś takiego (yy) pojechaliśmy na lody i pojechaliśmy do takiej jednej lodziarni (yy) która () do której tak naprawdę do dzisiaj zawsze kiedy jesteśmy w tej miejscowości jeździmy mamy taki jakiś specjalny sentyment w naszym () dla nas wszystkich () więc no tam zjedliśmy lody i potem pojechaliśmy do domu i () to było takie miłe zakończenie takiego dnia*

Przedstawiona wypowiedź stanowi relatywnie ubogi przykład autonarracji dla możliwości analizowania jej pod kątem potencjalnych trudności natury osobowościowej, ponieważ jest ona raczej relacją wydarzeń niż wypowiedzią wskazującą dlaczego to doświadczenie było ważne dla tej osoby badanej.

Pod kątem zmiennych narracyjnych wypowiedź została oceniona relatywnie nisko. Można zidentyfikować tylko jeden fragment, który świadczy o minimalnym poziomie przetwarzania eksploracyjnego oraz aspektów afektu i integracji koherencji narracji ((...) *byliśmy już tacy bardzo zmarznięci i trochę (mmm) przybici tym że jednak zaczęło padać (...) pojechaliśmy na lody i pojechaliśmy do takiej jednej lodziarni (yy) która () do której tak naprawdę do dzisiaj zawsze kiedy jesteśmy w tej miejscowości jeździmy mamy taki jakiś specjalny sentyment w naszym() dla nas wszystkich(...)*). W przytoczonym fragmencie autorka wskazuje na analizowanie opisanej sytuacji, w której początkowo negatywnie oceniane wydarzenie skutkowało odwiedzeniem miejsca, które stało się dla niej (oraz innych uczestników) ważne. Ze względu na brak wskazywania oraz opisywania w autonarracji wpływu wydarzenia na życie autorki, ocena nadawania znaczenia była niska. W związku z tym osoba badana otrzymała także niski wynik narracyjnej aktywności autorefleksyjnej. Wyjątkiem dla tej narracji jest relatywnie wysoki wynik aspektu

orientacji i struktury koherencji narracji. Jest to związane z charakterem wypowiedzi, która przyjęła formę raczej raportowania kolejnych wydarzeń, które dzieją się po sobie oraz dość dokładnego wskazywania osób biorących udział w nich udział. Konsekwencją jest zatem relatywnie wysoki wynik narracyjnego strukturalizmu oraz niski/obniżony wynik w narracyjnej aktywności autorefleksyjnej. Opisana narracja może stanowić przykład dla wyniku otrzymanego w trakcie testowania hipotezy, który wskazuje, że aspekt struktury koherencji narracji stanowi predyktor poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie empatii.

#### **4.1.16. Znaczenie analizy autonarracji w świetle poziomu funkcjonowania osobowości**

Przedstawione przykłady wraz z ich analizą pod kątem wyników określających poziom funkcjonowania osobowości oraz wyników oceny pod kątem zmiennych narracyjnych pozwala zwrócić uwagę na znacznie autonarracji zarówno dla wiedzy o zaburzeniach osobowości jak i diagnozowania zaburzeń osobowości.

Analiza powyższych przykładów pokazała, że dane autonarracyjne mają potencjał wzbogacenia konceptualizacji zaburzeń osobowości o subiektywną perspektywę postrzegania siebie jako osoby, która według Livesleya (2022) nie jest uwzględniona w AMPD DSM-5. Przykłady wypowiedzi wskazały, w jaki sposób ważne wydarzenia życiowe, autorefleksja wokół nich oraz subiektywne rozumienie znaczenia tych wydarzeń mogą wiązać się ze sposobem doświadczania siebie, czyli tożsamością. Wniosek ten prowadzi do wskazania znaczenia analizy autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości poprzez poszerzenie tego *co* (jakie trudności) i *jak* (w jaki sposób) manifestuje się obrazie klinicznym funkcjonowania o aspekt tego *кто* doświadcza ocenianych trudności (por. Waugh, 2019) oraz w jaki sposób osoby rozumieją je w kontekście własnego życia. W związku z tym wydaje się, że uwzględnienie teorii tożsamości narracyjnej na polu szeroko rozumianej psychologii zaburzeń osobowości może stanowić uzupełnienie konceptualizacji zaburzeń osobowości zaproponowanej przez AMPD DSM-5, szczególnie w aspekcie tożsamości, ale także dostarczy sposobu uchwycenia go w procesie diagnozowania. Ponadto kliniczna ilustracja związków aktywności narracyjnej z poziomem funkcjonowania osobowości pozwala lepiej zrozumieć otrzymane w analizach statystycznych wyniki poprzez: (1) ilustrację wykazanych związków negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz koherencji narracji w aspekcie struktury z poziomem funkcjonowania osobowości w oparciu o treść

wypowiedzi oraz (2) ilustrację wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości relatywnie adaptacyjnym charakterze lub ogólnie bogatych pod względem aktywności autonarracyjnej oraz wypowiedzi osób zdrowych, ale ubogich we wskaźniki narracyjne, co do pewnego stopnia wyjaśnia w większości brak istotnych wyników testowania pierwotnych hipotez badania 1. Ponadto przedstawione ilustrację obrazują wciąż niedookreślony status związków aktywności narracyjnej z zaburzeniami osobowości sugerując prowadzenie dalszych badań na tym polu.

#### **4.1.17. Dyskusja wyników badania pierwszego**

W pierwszej kolejności warto odnieść się do niepotwierzonego związku pomiędzy wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego, czyli przetwarzania eksploracyjnego, nadawania znaczenia oraz połączeń wydarzenie-Ja z poziomem funkcjonowania osobowości zarówno w rozumieniu ogólnym jak i poszczególnych aspektów. Wyniki te pozostają we częściowej sprzeczności ze wskazaniem literatury na temat znaczenia wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym. Lind (2021) wskazywała, że wnioskowanie autobiograficzne może stanowić jeden z najważniejszych narracyjnych markerów dla oceny poziomu funkcjonowania osobowości, szczególnie w aspekcie tożsamości, ze względu na silne związki z procesem formowania się tożsamości narracyjnej, czyli narracyjnej konceptualizacji konstruktów tożsamość. Lind (2021) w części swojej hipotezy sugerowała, że osoby bardziej zaburzone osobowościowo mogą mieć tendencję do nie podejmowania aktywności autorefleksyjnej, która byłaby widoczna w narracjach poprzez wskazywanie wpływu wydarzenia na Ja. Należy jednak wskazać, że opisywany przez Lind (2021) związek miał hipotetyczny charakter, którego wcześniej nie weryfikowano w sposób empiryczny. Niniejsza praca stanowi pierwszą próbę weryfikacji tego związku z uwzględnieniem wskaźników wnioskowania autobiograficznego wskazanych we funkcjonalnym modelu tożsamości narracyjnej McLean i in. (2020). Jednym z wyjaśnień dla otrzymanych wyników i braku potwierdzenia założeń może być sposób konceptualizacji wskaźników wnioskowania autobiograficznego, do którego odwoływała się ówczesna literatura (np. McLean i in., 2020), a które zostały wykorzystane w niniejszej pracy. Wskaźniki te, podobnie jak teoria tożsamości narracyjnej, zostały opracowane na gruncie psychologii osobowości (zdrowej). Może być zatem prawdopodobne, że ich poziom szczegółowości (ogólności) nie jest wystarczający do zestawiania ich z konstruktami związanymi z przejawami zaburzeniami osobowości. Powstaje zatem sugestia, że osoby z zaburzeniami osobowości i osoby

zdrowe budują autonarracje, w których można zidentyfikować występowanie każdego z ocenianych wskaźników wnioskowania autobiograficznego, jednak charakter (np. pozytywność vs. negatywność) (por. Lind, 2021, McLean i in., 2020) omawianych wskaźników może być różny. Innym wyjaśnieniem dla braku związków między wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego z poziomem funkcjonowania osobowości może być przypuszczenie, że traktowanie wnioskowania autobiograficznego w perspektywie pojedynczych wskaźników jest nieadekwatne w prowadzeniu badań z zakresu psychologii klinicznej. Wskazywałoby to na zasadność przyjmowania bardziej ogólnej perspektywy wobec aktywności autonarracyjnej, która może mieć bardziej ujednolicony charakter (por. Soroko, 2014).

Kolejną grupą wyników, które w większości nie potwierdziły stawianych założeń, są analizy związków między koherencją narracji w aspekcie orientacji, struktury, afektu i integracji a poziomem funkcjonowania osobowości wraz z jego pomniejszonymi aspektami: tożsamości, samokierowania, empatii i bliskości. założenia w większości nie potwierdziły się (za wyjątkiem związku aspektu strukturykoherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości w aspekcie empatii). Wyniki z jednej strony są sprzeczne z wieloma publikacjami, zgodnie z którymi autonarracje osób z zaburzeniami osobowości cechują się niską/obniżoną koherencją autonarracji (np. Adler i in., 2012; Bendstrup i in., 2021; Lind i in., 2019b). Z drugiej strony, wyniki badań niektórych autorów (Baaijens i in., 2024; Dimitrova, Simms, 2022) wskazują na brak istotnych zależności pomiędzy koherencją narracji a zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym. Autorzy (Dimitrova, Simms, 2022) sugerują, że brak istotnych związków między koherencją narracji a poziomem funkcjonowania osobowości może wynikać z faktu, że oba konstrukty stanowią relatywnie odrębne zjawiska psychiczne. Poziom funkcjonowania osobowości odnosi się do ogólnego nasilenia doświadczanych trudności osobowościowych; koherencja narracji może natomiast odzwierciedlać pewną „umiejętność” opowiadania własnych doświadczeń, która nie zawsze może jasno wiązać się z doświadczeniem intrapsychnym.

W związku z powyższym oraz w świetle innych uzyskanych w niniejszym badaniu wyników, interesującym jest wykazanie, że aspekt strukturykoherencji narracji jest istotnym predyktorem dla poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie empatii. Kierunek tej zależności jest pozytywny. Oznacza to, że im bardziej nasilonych nieprawidłowości osobowościowych w aspekcie empatii (np. niezdolność do rozumienia innych osób, przyjmowania alternatywnych perspektyw, zaspokajania własnych potrzeb



kosztem krzywdy innych) osoba doświadcza, tym jej autonarracje będą cechować się silniejszą strukturą, czyli tendencją do utrzymywania typowej konwencji wypowiedzi (np. (1) zdarzenie inicjujące, odpowiedź wewnętrzna (np. potrzeba, myśl, uczucie), próba działania (np. zaspokojenie potrzeby), pozostałe wydarzenia oraz konsekwencje albo (2) zawiązanie akcji, punkt kulminacyjny, konkluzje i zakończenie). Co ciekawe strukturakoherencji narracji stanowiła jedyny istotny predyktor także po wprowadzeniu do modelu zmiennych kontrolowanych, czyli poziomu wykształcenia oraz doświadczenia silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Z jednej strony wynik ten, szczególnie w perspektywie doniesień literatury na temat związków koherencji narracji z zaburzeniami osobowości, może wydawać się niezgodnym z aktualnym stanem wiedzy. Z drugiej strony jednak nadmierna struktura w zakresie koherencji narracji może być przejawem szeroko rozumianej sztywności, która jest jedną z istotnych cech opisujących charakter zaburzeń osobowości w ogóle. Interpretacja ta wydaje się także zgodna z twierdzeniem Dimitrovej i Simms (2022), które wskazują, że koherencja narracji może odzwierciedlać umiejętność opowiadania historii nie zawsze zbieżną z wewnętrznym przeżyciem czy strukturą psychiczną. W świetle wykazanego związku struktury koherencji narracji ze specyficznym aspektem poziomu funkcjonowania osobowości (empatia) oraz trudności wynikających z zaburzeń w tym aspekcie, można przypuszczać, że lęk i zagubienie związane z niezrozumieniem innych osób oraz trudność w adekwatnym reagowaniu (także werbalnym) na zachowanie innych może przekładać się na przyjmowanie nadmiernie sztywnego wzorca wypowiedzi, którego celem byłaby próba utrzymania interakcji międzyludzkich poprzez tworzenie (zrozumiałej) wypowiedzi zgodnie z ogólnie przyjętą konwencją. Biorąc pod uwagę perspektywę Dimirovej i Simms (2022) wydaje się, że aspekt struktury koherencji wypowiedzi może być tym najłatwiejszym do nabycia w formie „umiejętności” oraz pozwalającym pozostać w kontakcie z innymi.

Wyniki badania nie potwierdzają także związków pomiędzy nasileniem mechanizmu rozszczepienia a wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego (nadawaniem znaczenia, przetwarzaniem eksploracyjnym oraz połączeniami wydarzenie-Ja odrzucającymi). Warto zwrócić uwagę, że mechanizm rozszczepienia może być definiowany jako tendencja do utrzymywania pozytywnych i negatywnych reprezentacji self-obiekt we względnej separacji (np. Kernberg 1996). W rozumieniu autora pracy, niezintegrowane pozytywne i negatywne reprezentacje self-obiekt mogłyby stanowić przykładową ilustrację tego, co w teorii tożsamości narracyjnej nazywane jest poziomem

charakterystycznych adaptacji. Możliwe więc, że wykazany wynik świadczący o braku istotnych związków pomiędzy stanowi potencjalny argument za relatywną odrębnością poziomów osobowości w modelu McAdamsa: cech, charakterystycznych adaptacji i tożsamości narracyjnej.

Założenia o związku nasilenia patologicznych cech osobowości ze wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego oraz negatywnością nadawania znaczenia nie zostały potwierdzone. Dokonując próby wyjaśnienia braku zakładanego związku warto odnieść się do teorii tożsamości narracyjnej, według której osobowość składa się z trzech, poziomów: cech, charakterystycznych adaptacji oraz tożsamości narracyjnej (np. McAdams, 2010). Jak wskazano we wcześniejszej części pracy, opisanie poziomu cech zainspirowane było modelem Wielkiej Piątki (Costa, McCrae, 1992). McAdams (2010) zdefiniował go w kontekście stałych, uwarunkowanych zarówno genetycznie jak i środowiskowo, dyspozycji. Finalnie model Wielkiej Piątki nie był jedyną możliwością operacjonalizacji poziomu cech w modelu McAdamsa, ale stanowił jasną ilustrację i charakterystykę konstruktów, jakie mogą być przyjęte do badania tego poziomu. W niniejszym badaniu operacjonalizacją poziomu cech w modelu osobowości McAdamsa stanowiły patologiczne cechy osobowości zgodnie z AMPD DSM-5: negatywnej afektywności, izolacji, antagonizmu, rozhamowania i psychotyzmu. Wskazane zmienne narracyjne (wskaźniki wnioskowania autobiograficznego oraz negatywność nadawania znaczenia, narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie) stanowią operacjonalizację innego poziomu – tożsamości narracyjnej. Możliwe, że jest to kolejny argument za tezą, że poziomy osobowości w modelu McAdamsa pozostają jednak relatywnie odrębnymi i niezależnymi przejawami funkcjonowania psychicznego, co skutkuje brakiem istotnych związków między nimi.

Wyniki badania pierwszego nie potwierdzają także założenia o różnicy między osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego (nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, połączeń wydarzenie-Ja odrzucających i zmiany). Wyjaśniając brak różnic międzygrupowych należy zwrócić się w kierunku wyjaśnienia braku ogólnych związków pomiędzy wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego a poziomem funkcjonowania osobowości. Analiza danych wskazuje, że zarówno w narracjach osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości można zidentyfikować wskaźniki wnioskowania autobiograficznego, które prawdopodobnie mogą mieć inny charakter (np. pozytywny vs.

negatywny) w zależności od tego, czy autor narracji przejawia zdrowe czy zaburzone funkcjonowanie osobowości.

Autor pracy podjął decyzję, żeby dokonać dalszej eksplorację danych, która mogłaby ukazać otrzymane wyniki w nowym świetle. W pierwszym kroku dokonano uszczegółowienia rozumienia zmiennej nadawanie znaczenia poprzez wprowadzenie zmiennej negatywność nadawania znaczenia. Krok ten był próbą dostosowania rozumienia nadawania znaczenia, wskaźnika wnioskowania autobiograficznego oraz instrukcji kodowania do gruntu psychologii klinicznej uwzględniając większe zróżnicowanie w kwestii oceny autonarracji poprzez włączenie oceny negatywności (adaptacyjności) wpływu opowiadanego doświadczenia. W drugim kroku postanowiono sprawdzić, czy wskaźniki wnioskowania autobiograficznego (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne) oraz aspekty koherencji narracji (orientacja, afekt, struktura, integracja) układają się w ogólny czynnik (czynniki), które mogą stanowić wskaźnik aktywności narracyjnej. Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej wskazują, że zmienne te układają się w dwa czynniki: narracyjną aktywność autorefleksyjną (związaną z narracyjnym opracowywaniem doświadczenia, rozumieniem i integrowaniem jego znaczenia w szerszą historię życia) oraz narracyjne strukturowanie (opisujące tendencję do konstruowania wypowiedzi zgodnie z określonym szykiem). Następnie dokonano testowania hipotez *ex post* opisujących związku negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturowania z poziomem funkcjonowania osobowości, patologicznymi cechami osobowości oraz nasileniem mechanizmu rozszczepienia.

Wyniki weryfikacji związku negatywności nadawania znaczenia z poziomem funkcjonowania osobowości wskazują, że stanowi ona istotny predyktor zarówno dla ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości jak i jego pomniejszych aspektów: tożsamości, samokierowania oraz bliskości, a związek ten był nadal istotny po uwzględnieniu zmiennych kontrolowanych w postaci poziomu wykształcenia oraz doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym uczestnictwo w badaniu. Oznacza to, że osoby doświadczające więcej trudności osobowościowych mogą mieć większą tendencję do budowania narracji, w których rozumieją opowiadane wydarzenie jako źródło negatywnej zmiany lub innego negatywnego/nieadaptacyjnego wpływu na ich życie. Wyniki te zgodne są z najnowszymi doniesieniami literatury przedmiotu, które wskazują, że młodzież doświadczająca więcej problemów natury psychicznej, w tym większych trudności osobowościowych w aspekcie funkcjonowania

interpersonalnego, opowiadała o ważnych wydarzeniach z własnego życia jako źródle negatywnej zmiany (Baaijens i in., 2024).

Próbując dokonać wyjaśnienia powyższych wyników warto odnieść się do pojęcia mentalizacji, które we wcześniejszej części pracy zostało zestawione z wnioskowaniem autobiograficznym, a które według literatury posiada także silne związki z zaburzeniami osobowości. Mentalizacja rozumiana jest przez pryzmat wyobrazeniowej aktywności, która pozwala na adekwatne rozumienie funkcjonowania (np. zachowania) innych w kontekście ich stanów umysłowych (np. emocji, celów, potrzeb itd.) (Allen i in., 2008) oraz zdolności odróżniania świata przeżyć wewnętrznych (np. myśli i motywacji) od świata przeżyć zewnętrznych (tego co można doświadczyć zmysłami) (Jańczak, 2018). Pojęcie metalizowania i mentalizacji odnosi się głównie do rozumienia stanów mentalnych innych osób, to w literaturze możemy znaleźć także odniesienia do rozumienia siebie i własnych doświadczeń (np. Fonagy, Allison, 2014). Wskazuje się także, że w zaburzeniach osobowości mentalizacja jest jednym z zaburzonych procesów (np. przypisywanie zbytnej roli sprawczej myślom i intencjom innych osób (Uzar i in., 2023); przecenianiu roli okoliczności zewnętrznych, np. zachowania, w sposobie rozumienia innych (Bateman, Fonagy, 2013); nieadekwatnego rozumienia funkcjonowania innych (np. Herpertz, Bertsch, 2014); czy ogólnych trudności w rozumieniu innych (Choi-Kain, Gunderson, 2008). Wydaje się więc, że podobnie jak w przypadku mentalizacji, nie sama obecność/nieobecność refleksji w autonarracji może wiązać się z poziomem funkcjonowania osobowości lub mieć potencjał różnicujący pomiędzy osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości, tylko adaptacyjność/adekwatność wniosków poczynionych na podstawie poczynionej refleksji.

Wyniki w zakresie związków narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturyzowania z poziomem funkcjonowania osobowości wskazują, że narracyjna aktywność autorefleksyjna była istotnym predyktorem poziomu funkcjonowania osobowości w rozumieniu ogólnym, jak i poszczególnych jego aspektów: tożsamości, samokierowania i bliskości. Zmienna ta pozostawała istotnym predyktorem także po uwzględnieniu zmiennych kontrolowanych w postaci poziomu wykształcenia oraz doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w okresie poprzedzającym udział w badaniu. Kierunek tej zależności wskazywał, że osoby doświadczające bardziej nasilonych nieprawidłowości osobowościowych budują autonarracje, które cechują się mniejszym natężeniem obecności narracyjnej aktywności autorefleksyjnej. Ze względu na zmienne zasilające narracyjną aktywność autorefleksyjną (przetwarzanie eksploracyjne,

nadawanie znaczenia oraz aspekty koherencji narracji: afekt i integracja) wynik ten może wydawać się sprzeczny z brakiem potwierdzenia związków pomiędzy pojedynczymi wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego i poziomem funkcjonowania osobowości. Wydaje się jednak, że zagregowany czynnik narracyjnej aktywności autorefleksyjnej może w swej istocie odzwierciedlać nie tylko samą aktywność refleksyjną, ale także pewną adaptacyjność funkcjonowania w postaci integrującego charakteru. Zasilające ten czynnik afekt i integracja (aspekty koherencji narracji) wydają się jednak zwiększać adaptacyjny charakter tego czynnika. Wypowiedzi oceniane wysoko w aspekcie afektu wskazują na to, że autor narracji nazywa doświadczane emocje oraz wykorzystuje ton emocjonalny do podkreślenia i przekazania znaczenia doświadczenia o jakim opowiada; integracja natomiast odnosi się do odnoszenia opowiadanego doświadczenia do szerszego kontekstu własnego życia, co przekłada się na lepsze rozumienie siebie, ale także budowanie spójnej historii życia. Próbuując ująć wskazane aspekty koherencji narracji w perspektywie psychologii klinicznej, wydaje się, że niskie oceny w aspekcie afektu, czyli takie narracje, które nie posiadają opisu/wykorzystania emocji do opowiedzenia historii, mogłyby świadczyć o tendencji do dysocjowania własnego doświadczenia (myśli i emocji) oraz nadmiernym skupianiu się na referowaniu faktów/zdarzeń lub własnych przemyśleń na temat opowiadanego doświadczenia bez uwzględniania komponentu emocjonalnego. Niskie oceny integracji prawdopodobnie wiążą się z obniżonym poczuciem spójności i ciągłości w czasie, ponieważ istotne wydarzenia/(potencjalne) znaczenie nadane istotnym wydarzeniom z życia nie są integrowane w ramach szerszej historii życia, czyli tożsamości narracyjnej. Ponadto warto zauważyć także adaptacyjny element przetwarzania eksploracyjnego, które również zasila narracyjną aktywność autorefleksyjną w postaci zdolności do przyjmowania różnych perspektyw na własne doświadczenia, np. różnych ich interpretacji, co mogłoby łączyć się ze zdolnością do przeżywania ambiwalencji w sposób niezagrażający integracji tożsamości. Biorąc pod uwagę wcześniejsze rozważania na temat nadawania znaczenia, jest to jedyna zmienna zasilająca czynnik narracyjnej aktywności autorefleksyjnej, który rozumiany w sposób pierwotny (nadawanie znaczenia bez uwzględniania jego charakteru) nie różnicuje, czy rozumienie własnego doświadczenia przyczynia się do wzrostu (charakter pozytywny/adaptacyjny) czy do subiektywnego pogorszenia dobrostanu (charakter negatywny/nieadaptacyjny). Rzuca to nowe światło na wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej, zgodnie z którą zmienna nadawanie znaczenia w najmniejszym stopniu zasila czynnik narracyjnej aktywności autorefleksyjnej.

Wyniki nie potwierdzają także związków pomiędzy negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną i narracyjnym strukturoowaniem a nasileniem mechanizmu rozszczepienia. Wyjaśnieniem może być ponowne odwołanie się do prawdopodobnej odrębności poziomów osobowości w modelu tożsamości narracyjnej McAdamsa (np. 2010). Mechanizm rozszczepienia, który przejawia się w postaci niezintegrowanych diad self-obiekt (np. Kernberg, 1976) stanowi prawdopodobnie przejaw funkcjonowania z poziomu charakterystycznych adaptacji, a narracyjne wskaźniki dotyczą poziomu tożsamości narracyjnej. Potencjalna odrębność tych poziomów może wyjaśniać brak związku.

Wyniki nie potwierdzają również związków pomiędzy negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną i narracyjnym strukturoowaniem a patologicznymi cechami osobowości. Oprócz wyjaśnienia braku wykazanych związków przez pryzmat odrębności poziomów osobowości w modelu McAdamsa (np. 2010) (zob. wcześniej), warto także rozważyć ten wynik w szerszej perspektywie wyników testowania pierwotnych hipotez. Mianowicie wynik o niepotwierdzonych związkach pomiędzy patologicznymi cechami osobowości a wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego oraz negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem można także odnieść do wymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości AMDP DSM-5, a w szczególności do dyskusji na temat związków zachodzących pomiędzy kryterium A czyli poziomem funkcjonowania osobowości a kryterium B czyli patologicznymi cechami osobowości, którą opisano we wcześniejszej części pracy. Niektórzy autorzy (Bach, Anderson, 2018; Few i in., 2013; Gamache i in., 2019; Roche i in., 2019; Sleep i in., 2019) na podstawie wyników badań argumentują, że kryteria A i B stanowią do pewnego stopnia zbieżne i nakładające konstrukty. Wskazuje się także nawet na wtórność kryterium A wobec kryterium B, które może opisywać zarówno nasilenie patologicznych cech oraz trudności w zakresie poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) (por. Krueger i in., 2018). Z drugiej jednak strony w literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia na temat relatywnie odrębnego charakteru omawianych kryteriów. Autorzy (Bender i in., 2011; Morey i in., 2011; Pincus, 2011, 2013; Sharp, Wall, 2021) wskazują, że kryterium A pozwala uchwycić to co zaburzenia osobowości mają ze sobą wspólnego oraz w bardziej subtelny sposób pozwala opisać charakter indywidualnych trudności w zaburzeniach osobowości, podczas gdy kryterium B dookreśla różnice dotyczące sposobu manifestacji zaburzeń osobowości. Warto także zauważyć, że autorzy (Mulay i in., 2018; Waugh, 2019) integrujący teorię tożsamości

narracyjnej z AMPD DSM-5 wskazują, że poziom cech z modelu McAdamsa może dotyczyć zagadnień opisywanych przez kryterium B podczas gdy tożsamość narracyjna może odpowiadać zagadnieniom związanym z kryterium A. W związku z powyższym, wydaje się, że brak istotnego związku pomiędzy nasileniem patologicznych cech osobowości a wskaźnikami wnioskowania autobiograficznego oraz negatywnością nadawania znaczenia, narracyjną aktywnością autorefleksyjną oraz narracyjnym strukturoowaniem mogą być argumentem o pewnej rozłączności kryteriów A i B. Konkluzję tę autor opiera na wykazaniu w badaniu własnym relatywnie obszernych związków pomiędzy negatywnością nadawania znaczenia oraz narracyjną aktywnością autorefleksyjną a poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz brakiem związków tych (oraz pozostałych) zmiennych narracyjnych z kryterium B.

Wyniki nie potwierdzają różnic międzygrupowych pomiędzy osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości pod względem negatywności nadawania znaczenia, narracyjnej aktywności autorefleksyjnej oraz narracyjnego strukturowania. Warto jednak zauważyć, że osoby bardziej zaburzone (funkcjonowanie osobowości na poziomie głębokich i skrajnych nieprawidłowości) różnią się istotnie pod względem negatywności nadawania znaczenia od grupy osób doświadczających mniej nasilonych trudności osobowościowych (funkcjonowanie osobowości na poziomie braku lub nieznacznych nieprawidłowości, oraz umiarkowanych nieprawidłowości). Na tym etapie wynik wskazuje, że różnice międzygrupowe pod względem negatywności nadawania znaczenia mogą być widoczne dopiero po silniejszym spolaryzowaniu grup osób badanych pod względem poziomu funkcjonowania osobowości.

Warto także zwrócić uwagę na wnioski płynące z ilustracji wypowiedzi wraz z ich omówieniem w kontekście charakterystyk autonarracji (nadawania znaczenia, negatywności nadawania znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, koherencji narracji oraz jej aspektów orientacji, struktury, afektu i integracji, narracyjnego przetwarzania autorefleksyjnego oraz narracyjnego strukturowania) i poziomu funkcjonowania osobowości zarówno w rozumieniu ogólnym, jak i w pomniejszych aspektach. Omówienie przykładów wypowiedzi obrazuje kilka istotnych kwestii. Po pierwsze, pozwala zobaczyć, subiektywny sposób narracyjnego opracowywania własnego doświadczenia, który wykracza poza wyniki kwestionariuszy/oceny sędziów kompetentnych obrazując tym samym unikatowość zebranego materiału. Po drugie, pozwala w dokładniejszy sposób przedstawić zasadność wprowadzenia zmiennej negatywności nadawania znaczenia, co wynika po części z pierwszej wskazanej kwestii. Ponadto, szczególnie porównanie

przykładów wypowiedzi osoby 1. i 2. pozwala zauważyć, że obie osoby badane reflektowały nad własnym doświadczeniem, próbując zrozumieć jego wpływ na siebie i swoje życie w ogóle. Gdyby poprzestać tylko na ocenie refleksyjności, np. nadawania znaczenia lub przetwarzania eksploracyjnego, nie można byłoby dostrzec charakteru wniosków, do jakich doprowadziła je autorefleksja. Osoba z zaburzeniami osobowości (nr 1) identyfikuje jednoznacznie negatywny wpływ opowiadanego doświadczenia na poczucie własnej tożsamości, podczas gdy osoba zdrowa (nr 2) jest zdolna do utrzymania narracji o charakterze pozytywnym (nawet w obliczu obiektywnie negatywnych zdarzeń). Biorąc pod uwagę wcześniejsze rozważania na temat integracyjnego (adaptacyjnego) charakteru narracyjnej aktywności autorefleksyjnej, wydaje się, że na podstawie omówionych przykładów krok polegający na agregacji zmiennych także był uzasadniony. Po trzecie zapoznanie się z wybranymi przykładami wypowiedzi wraz z ich omówieniem pozwala zrozumieć niejednoznaczność otrzymanych wyników. W zbiorze danych pojawiały się autonarracje, w których nieobecny (lub nikły) był proces reflektowania nad własnym doświadczeniem (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, narracyjna aktywność autorefleksyjna), niezależnie od tego czy jej autor przejawiał zaburzenia osobowości (osoba nr 3), czy był osobą zdrową (nr 4). Ponadto zdarzały się też wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości, których aktywność autorefleksyjna prowadzi do relatywnie pozytywnych wniosków dotyczących własnego życia, organizowanych wokół wzrostu i samorozwoju (osoba nr 5).

Interesującym przykładem wypowiedzi obrazującej strukturę koherencji jako potencjalny wskaźnik trudności osobowościowych jest autonarracja osoby nr 6 (doświadczającej zaburzeń osobowości). Warto zauważyć, że wysoki wynik w aspekcie struktury, ale także orientacji i zagregowanego wskaźnika narracyjnego strukturyowania współwystępuje z bardzo niskimi wynikami w aspekcie zmiennych narracyjnych, które odnoszą się do autorefleksyjności (nadawanie znaczenia, przetwarzanie eksploracyjne, aspekt afektu i integracji koherencji narracji oraz narracyjna aktywność autorefleksyjna). Możliwe, że jest to przykład pewnego „typu” wypowiedzi (silna i sztywna struktura oraz niska refleksyjność), który mógłby być charakterystyczny dla osób z zaburzeniami osobowości.

Integrując przedstawione wnioski płynące z wyników badania pierwszego można stwierdzić przede wszystkim, że związki zachodzące pomiędzy tożsamością narracyjną, w szczególności aspektem wnioskowania autobiograficznego, a zaburzeniami osobowości w ujęciu wymiarowym wciąż pozostają niedookreślone. Niemniej jednak wydaje się, że tą



charakterystyką autonarracji (w aspekcie wnioskowania autobiograficznego), która może być najbardziej istotna z punktu widzenia zależności z zaburzeniami osobowości jest charakter znaczenia (pozytywne vs. negatywne) jakie autor narracji przypisuje opowiadanym doświadczeniom (por. Lins, 2021; McLean i in., 2020). Badanie wskazuje także na potencjał wzbogacający dla diagnozowania zaburzeń osobowości, zagregowanego wskaźnika narracyjnej aktywności autorefleksyjnej, która definicyjnie odwołuje się do adaptacyjności funkcjonowania.

#### **4.1.18. Ograniczenia badania pierwszego**

Jednym z ograniczeń prowadzonego badania jest nadreprezentacja kobiet w grupie osób biorących udział w badaniu. W grupie 80 uczestników było 66 kobiet i tylko 11 mężczyzn. Problem związany z nierównowagą liczebności grup kobiet i mężczyzn dotyczy wielu badań na gruncie naukowej psychologii, w tym także tych weryfikujących związki tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości (por. Lind i in., 2020). Ponadto liczebność grupy także stanowi pewne ograniczenie niniejszego badania w kontekście odnoszenia jego wyników do populacji. W konsekwencji nadreprezentacja kobiet w grupie osób badanych oraz relatywnie niska liczebność sprawiają, że wyniki nie mogą być generalizowane na szerszą populację.

Ograniczeniem badania jest także wykorzystanie kwestionariuszowych metod samoopisowych do psychometrycznej diagnozy poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A) oraz nasilenia patologicznych cech osobowości (kryterium B), ale także do oceny nasilenia mechanizmu rozszczepienia. W części teoretycznej pracy przedstawiono relatywnie obszerną część krytykującą adekwatność wykorzystywania metod samoopisowych w procesie oceny trudności osobowościowych. Możliwe, że ocena nieprawidłowości osobowościowych w tym badaniu może do pewnego stopnia być obciążona niedokładnością wynikającą z charakteru wykorzystanych metod oraz trudności w dokonywaniu adekwatnego samoopisu, jakich często doświadczają osoby z zaburzeniami osobowości. Należy także zauważyć, że osoby badane z kontekstu nieklinicznego wypełniały Skalę Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego w trakcie wypełniania formularza online w trakcie rekrutacji, a więc w domu co oznacza, że autor badania nie mógł kontrolować warunków w których wypełniany był test do pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości. Konsekwencją wynikającą z tych ograniczeń może być potencjalna nieadekwatność otrzymanych wyników. Pewnym rozwiązaniem byłoby wykorzystanie w celu diagnozy poziomu funkcjonowania osobowości, np. wywiadu

strukturalnego SCID-5-AMPD (Bender i in., 2018). Niemniej jednak należy pamiętać, że wykorzystanie ustrukturuwanego wywiadu klinicznego także ma pewne ograniczenia, które opisano w części teoretycznej. Ponadto wykorzystanie tego typu narzędzia budzi inne wątpliwości natury etycznej (procedura badania byłaby o wiele bardziej uciążliwa dla osób badanych) oraz logistycznej (czas przeprowadzenia pełnej procedury badania z jedną osobą byłby znacznie wydłużony).

Kolejne ograniczenia można wskazać także odnośnie analizy materiału narracyjnego. Przeprowadzone wywiady opierały się na sekcji II Wywiadu Historii Życia dotyczącej ośmiu kluczowych wydarzeń z życia (McAdams, 1995b). Wypowiedzi stanowią zatem bogate źródło informacji na temat szeroko rozumianego funkcjonowania ich autorów, których znaczenie wykracza poza granice określone pytaniami badawczymi i hipotezami. Autonarracje były analizowane zgodnie z dedukcyjną analizą treści. Oznacza to, że tekst transkryptu wywiadu oceniany był w postaci liczbowego określenia nasilenia (albo liczby wystąpień) analizowanej zmiennej. Stanowi to daleko idące uproszczenie bogactwa materiału poprzez sprowadzenie jego znaczenia do wartości liczbowych. Wskazany sposób podejścia do analizy danych umożliwił jednak dokonanie obliczeń statystycznych oraz przeprowadzenie testowania hipotez. Krokiem ograniczającym w pewnym stopniu uproszczenie zebranych narracji była kliniczna ilustracja wybranych wypowiedzi pod kątem zmiennych narracyjnych oraz poziomu funkcjonowania osobowości.

Ponadto wartość wskaźnika *interclass correlation coefficients* (ICC) dla ocen sędziów kompetentnych dla ocenianych zmiennych narracyjnych osiągnęła poziom umiarkowany. Wskazuje to na pewien stopień niespójności ocen zmiennych narracyjnych, co może do pewnego stopnia skutkować zniekształceniem wyników badania. Autor pracy po weryfikacji wyników analizy wypowiedzi arbitralnie poprawił dwie oceny, ponieważ ich wartość wskazywała jednoznacznie na błędne zastosowanie instrukcji podręczników kodowych. Powyższe ograniczenia mogą świadczyć o niewystarczającym zaznajomieniu sędziów kompetentnych z podręcznikami kodowymi oraz sposobem ich zastosowania na etapie treningu.

## **4.2. Badanie 2. Badanie użyteczności klinicznej analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym**

### **4.2.1. Cel**

Badanie drugie jest pewnym uzupełnieniem badania pierwszego i stanowi pierwszy krok w kierunku wstępnego określenia potencjału wykorzystania analizy tożsamości narracyjnej w diagnozowaniu zaburzeń osobowości. Celem badania drugiego było wstępne określenie użyteczności klinicznej (Bornstein, Natoli, 2019) analizy tożsamości narracyjnej, w aspekcie wnioskowania autobiograficznego, dla diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A). W literaturze przedmiotu (Lind, 2021) wskazuje się, że wnioskowanie autobiograficzne może potencjalnie być jednym z najważniejszych wskaźników narracyjnych aspektu tożsamości ogólnego poziomu funkcjonowania osobowości. W konsekwencji wyniki badania drugiego pozwolą sprawdzić, czy analiza autonarracji pod kątem charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości może być istotna w pracy klinicznej z pacjentem. W związku z realizacją celu o charakterze praktycznym, w badaniu wzięli udział specjaliści – praktykujący psychoterapeuci. Badanie miało charakter eksploracyjny.

### **4.2.2. Pytania badawcze**

W związku z eksploracyjnym charakterem badania postanowiono zadać następujące pytania badawcze.

1. W jakim stopniu psychoterapeuci trafnie wykorzystają zaproponowaną metodę analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego w ocenie narracji osoby zdrowej i z zaburzeniami osobowości?
2. Jaką użyteczność kliniczną dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym ma w ocenie psychoterapeutów zaproponowana metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego?
3. Która z historii w ocenie psychoterapeutów jest najbardziej istotna pod kątem całościowej oceny narracji zgodnie z zaproponowaną metodą oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego?
4. Czy i jak ocena użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego wiąże

sieź zaznajomieniem z teorią tożsamości narracyjnej, zaznajomieniem z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości oraz doświadczaniem frustracji i satysfakcji w trakcie wykonywania procedury badania?

### 4.2.3. Opracowana metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego

Metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego dotyczy oceny charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamych dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości. Autor na podstawie literatury (por. Lind, 2021; McLean i in., 2020) oraz wstępnych wyników badania pierwszego, szczególnie wskazujących na związki negatywności nadawania znaczenia dla poziomu funkcjonowania osobowości, opracował wykorzystane w badaniu drugim wskazówki interpretacyjne wnioskowania autobiograficznego dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości (zob. tabela 4.51.). Wskazówki interpretacyjne zbliżone są znaczeniowo są do zmiennej negatywność nadawania znaczenia, ponieważ opierają się o ocenę charakteru (pozytywny vs. negatywny) wpływu, jaki opowiadane wydarzenie miało na autora narracji. W opisie charakterystyk wnioskowania autobiograficznego wskazano jednoznacznie, że osią oceny jest subiektywne znaczenie przypisane do doświadczenia, niezależnie od walencji afektu czy charakteru wydarzenia (np. obiektywnie traumatyczne vs. normatywne). Posługiwanie się opisanymi wskazówkami interpretacyjnymi pozwala zatem wyłącznie na identyfikację subiektywnego znaczenia, jakie autor narracji nadaje własnemu doświadczeniu wraz z określeniem jego charakteru (pozytywny vs. negatywny).

**Tabela 4.51.**

Ocena autonarracji pod kątem charakterystyk wnioskowania autobiograficznego w wypowiedziach osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości

	Cechy tożsame dla wypowiedzi osób zdrowych	Cechy tożsame dla wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości
Wskazówki do oceny charakterystyk wnioskowania autobiograficznego w narracjach osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości	Autor wskazuje w narracji dlaczego opisywane wydarzenie jest dla niego osobiście ważne poprzez określenie związku pomiędzy doświadczeniem a jego życiem. Wskazany związek przyjmuje najczęściej charakter przyczynowo-skutkowy opisujący zmianę w zakresie sposobu rozumienia siebie i własnego życia jak również innych osób, relacji z nimi oraz świata. Zmiana ta wiąże się z poczuciem doświadczania osobistego wzrostu, co wskazuje na jej	Autor wskazuje w narracji dlaczego opisywane wydarzenie jest dla niego osobiście ważne poprzez określenie związku pomiędzy doświadczeniem a jego życiem. Wskazany związek przyjmuje najczęściej charakter przyczynowo-skutkowy opisujący zmianę w zakresie sposobu rozumienia siebie i własnego życia, jak również innych osób, związków z nimi oraz świata. W przypadku osób przejawiających zaburzenia osobowości zmiana ta postrzegana

---

adaptacyjny i integracyjny charakter. Zdarza się, że osoby zdrowe konstruują narracje w oparciu o wydarzenia obiektywnie negatywne i traumatyczne wraz z opisem doświadczenia negatywnych emocji, które w konsekwencji prowadzą jednak do pozytywnej zmiany. Nie jest zatem ważne, czy opisywane doświadczenie jest obiektywnie negatywne albo pozytywne, a w związku z tym także jaka jest walencja przeżyć emocjonalnych. Podczas oceny narracji należy więc zwrócić szczególną uwagę na znaczenie, jakie osoba nadaje swoim doświadczeniom w opowiedzianych przez siebie historiach oraz identyfikowany przez autora wpływ opowiedzianych wydarzeń. Dokonując oceny narracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego, należy określić, czy autor konstruuje narrację o pozytywnej zmianie (wpływie) wynikającą z przeżytego doświadczenia, co wskazuje na bardziej adaptacyjny sposób funkcjonowania.

jest przez samego autora narracji jako negatywna (np. autor nabrał negatywnych przekonań i postaw wobec siebie, innych lub świata; jego relacje uległy pogorszeniu). Zdarza się także, że opisywane wydarzenie określane jest jako początek (lub pogłębienie doświadczonej wcześniej) trudności natury psychicznej. Mogłoby się wydawać, że osoby przejawiające zaburzenia osobowości najczęściej konstruują narracje o wydarzeniach obiektywnie negatywnych i traumatycznych, które zawierają opis negatywnych emocji. Podobnie jednak jak w przypadku osób nieprzejawiających zaburzeń osobowości, nie jest ważne czy narracja została zbudowana w oparciu o wydarzenie obiektywnie negatywne albo pozytywne, jak również walencja opisywanych emocji. W trakcie dokonywania oceny wnioskowania autobiograficznego należy zwrócić uwagę na konstruowanie narracji o negatywnym wpływie wydarzenia na (życie) autora, co jest charakterystyczne dla osób cierpiących z powodu zaburzeń osobowości.

---

Opracowanie własne na podstawie: Lind (2021) , McLean i in. (2020) oraz wyników badania 1. niniejszej pracy

#### **4.2.4.Procedura badania**

Ze względu na cel badania, procedura badania zakładała rekrutację praktykujących psychoterapeutów prowadzących terapię osób dorosłych. Zmienne określające, np. nurt prowadzonej terapii, liczbę lat doświadczenia, wiek, płeć, wykształcenie akademickie były jedynie kontrolowane i nie stanowiły dodatkowych kryteriów włączenia/wyłączenia.

Badanie prowadzone było wyłącznie w postaci online. Zaproszenie do udziału w badaniu było udostępniane w sposób ustny lub pisemnie w postaci przygotowanego tekstu (załącznik 27). Osoby zainteresowane zgłaszały swoją chęć udziału w badaniu poprzez zgłoszenie mailowe przesłane na adres autora badania albo pozostawienie swojego adresu mailowego w specjalnie przygotowanym formularzu zapisu.

Po zgłoszeniu chęci udziału w badaniu każda osoba otrzymywała wiadomość mailową (załączniki 28 i 29) zawierającą szczegółowe informacje o badaniu (załącznik 31) zgody na udział w badaniu (załącznik 32) oraz materiały (załączniki 33, 34 i 35) niezbędne do udziału w badaniu.

Postępowanie psychoterapeutów biorących udział w badaniu polegało na wypełnieniu następujących kroków. W pierwszej kolejności psychoterapeuci zapoznawali się z ogólną informacją o badaniu, której zwieńczeniem było wyrażenie zgody na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych. Następnie uczestnicy badania zapoznawali się ze szczegółową informacją o badaniu, do której dołączono także charakterystykę poziomów funkcjonowania osobowości na podstawie APMD DSM-5, opis wnioskowania autobiograficznego wraz z informacją na temat charakterystyki wnioskowania autobiograficznego wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości (załącznik 33 pkt 2). W kolejnym kroku psychoterapeuci biorący udział w badaniu wykonywali treningowe oceny przykładowych wypowiedzi zgodnie z metodą oceny autonarracji, z którą się zapoznali (załącznik 33, pkt 4). Dla wypowiedzi treningowych przygotowano arkusz poprawnych odpowiedzi wraz z omówieniem i uzasadnieniem oceny charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości (załącznik 34). Po dokonaniu treningowych ocen psychoterapeuci przechodzili do wykonania zadania właściwego, czyli oceny wypowiedzi pod kątem charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla autonarracji osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości. Każdy psychoterapeuta otrzymał dwie narracje (osoby zdrowej oraz osoby z zaburzeniami osobowości) składające się z ośmiu historii na temat ważnych wydarzeń z własnego życia (sekcja II Wywiadu Historii Życia McAdamsa, 1995b; zob. tabela 4.1.). Psychoterapeuci w pierwszej kolejności oceniali każdą z ośmiu historii osobno a następnie podejmowali decyzję otyczając oceny całości autonarracji każdej z osób (załącznik 35). Decyzja dotyczyła określenia, czy według nich narracja posiada cechy charakterystyczne wnioskowania autobiograficznego tożsame dla wypowiedzi osób zdrowych czy z zaburzeniami osobowości. W trakcie dokonywania głównej oceny autonarracji, psychoterapeuci nie mieli dostępu do wyników Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego ani innych informacji na temat poziomu funkcjonowania osobowości osoby, której narrację oceniali. Wszystkie oceniane wypowiedzi, przygotowane zarówno w celach treningowych jak i do oceny właściwej stanowią część danych zebranych na rzecz badania pierwszego. Po dokonaniu oceny autonarracji osoby badane przechodziły do wypełnienia ankiety, która zawierała pytania na temat użyteczności klinicznej zaproponowanej w badaniu metody analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego, o doświadczenia własne w trakcie wykonywania procedury oraz metryczkę (płeć i wiek) wraz ze wskazaniem na nurt prowadzonej terapii oraz liczbę lat doświadczenia zawodowego.

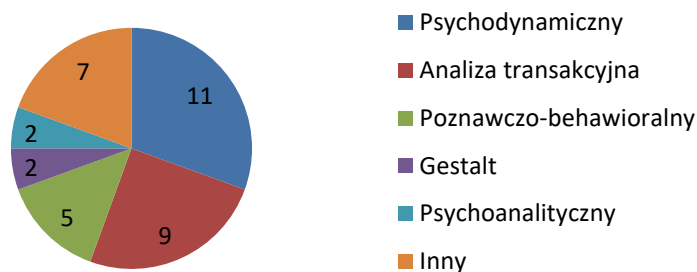
Każdy z psychoterapeutów uczestniczących w badaniu, który ukończył pełną procedurę badania otrzymał bon podarunkowy do sklepu Empik o wartości 50 zł.

#### 4.2.5. Charakterystyka psychoterapeutów uczestniczących w badaniu drugim

W badaniu wzięło udział 34 praktykujących psychoterapeutów (27 kobiet i 7 mężczyzn) w wieku między 25 a 48 lat ( $M = 35,4$ ;  $SD = 6,39$ ). Wszystkie osoby biorące udział w badaniu posiadały wykształcenie akademickie na poziomie wyższym magisterskim. 30 osób miało wykształcenie magistra psychologii (88,2%), 1 osoba miała wykształcenie magistra psychologii ze stopniem naukowym (2,9%), 1 osoba miała wykształcenie magistra pedagogiki (2,9%), 1 osoba miała wykształcenie magistra teologii (2,9%) oraz 1 osoba miała wykształcenie magistra kryminologii (2,9%). Doświadczenie psychoterapeutyczne osób badanych zawierało się pomiędzy 0,5 roku a 25 lat ( $M = 7,47$ ;  $SD = 5,50$ ). Psychoterapeuci biorący udział w badaniu reprezentowali łącznie 10 nurtów terapeutycznych, spośród których najbardziej liczny był nurt psychodynamiczny (11 osób, 32,4%) następnie analizy transakcyjnej (9 osób, 26,5%) oraz poznawczo behawioralny (5 osób, 14,7%). Po dwie osoby zadeklarowały pracę terapeutyczną w nurtach gestalt (5,9%) oraz psychoanalitycznym (5,9%). Pozostałe nurty reprezentowane były przez pojedyncze osoby: integracyjny (2,9%), systemowy (2,9%), interaktywny (2,9%), integracyjny systemowy (2,9%), terapia oparta na mentalizacji (MBT) (2,9%). Na wykresie 1. przedstawiono wszystkie reprezentowane przez osoby badane nurty wraz z liczbą osób deklarujących pracę zgodnie z ich założeniami.

##### Wykres 1.

Nurt prowadzonej przez osoby badane terapii



Nurt inny (w nawiasie liczba osób reprezentujących): integracyjny (1), systemowy (1), integracyjny (1), integracyjny systemowy (1), terapia oparta na mentalizacji (MBT) (1)

#### **4.2.6. Zmienne**

Dwie główne zmienne mierzone w badaniu drugim to: (1) trafność oceny autonarracji pod kątem charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla osób zdrowych i osób z zaburzeniami osobowości oraz (2) ocena użyteczności klinicznej metody oceny autonarracji pod kątem charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla osób zdrowych i osób z zaburzeniami osobowości.

Zbierano także informacje na temat dodatkowych ocen i opinii, które mogły przyczynić się do wstępnego poznania użyteczności klinicznej zaproponowanej metody analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego. Do tych informacji należała ocena tego, która z ośmiu historii sekcji II Wywiadu Historii Życia była dla psychoterapeutów najbardziej pomocna w dokonywaniu całościowej oceny, poziom zaznajomienia z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości ujętymi w AMPD DSM-5 i ICD-11, poziom zaznajomienia z teorią tożsamości narracyjnej oraz ocena satysfakcji i frustracji doświadczanych w trakcie udziału w badaniu.

##### **4.2.6.1. Trafność oceny wypowiedzi zgodnie z zaproponowaną metodą**

Trafność oceny wypowiedzi zgodnie z zaproponowaną metodą oceny autonarracji rozumiana jest jako zbieżność oceny całości narracji (łączonej oceny dla 8 historii) w zakresie identyfikowania charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamych dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości z poziomem funkcjonowania osobowości określanym na podstawie wyniku ogólnego w Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (bez podziału na poszczególne aspekty funkcjonowania).

##### **4.2.6.2. Ocena użyteczności klinicznej oraz innych opinii istotnych dla oceny zaproponowanej metody analizy autonarracji**

Termin użyteczności klinicznej odnosi się do przydatności narzędzi psychologicznych dla realizacji najważniejszych celów pracy klinicysty: diagnozowania, konceptualizacji przypadku i planowania leczenia oraz monitorowania i ewaluacji zastosowanej metody leczenia (por. First i in., 2004; Hunsley, Mash, 2008). W niniejszym badaniu za Bornsteinem i Natolim (2019) postanowiono przyjąć perspektywę opisującą użyteczność kliniczną przez pryzmat następujących kryteriów: (1) planowanie terapii, (2) komunikacja z innymi specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego, (3) komunikacja z pacjentem, (4) sporządzanie opisu trudności osobowościowych pacjenta, (5) sporządzanie



całościowego opisu osobowości pacjenta, (6) łatwość zastosowania. W celu pozyskania opinii na temat użyteczności klinicznej posłużono się 5-stopniową skalą Likerta (od 1 – *w ogóle nieprzydatne* do 5 – *bardzo przydatne* oraz w pytaniu 6. na skali od 1 – *bardzo trudne* do 5 – *bardzo łatwe*).

#### 4.2.6.3. Dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia oceny użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego

Psychoterapeuci zostali poproszeni także o określenie ważności/przydatności poszczególnych historii sekcji II Wywiadu Historii Życia w podejmowaniu całościowej oceny na temat posiadania przez ocenianą wypowiedź charakterystyk autonarracji osób z zaburzeniami osobowości albo osób zdrowych. Osoby badane wskazując historie mogły dokonywać więcej niż jednego wyboru.

Oceniany był także deklaracyjny poziom zaznajomienia z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości zgodnie z AMDP DSM-5 lub ICD-11 oraz z teorią tożsamości narracyjnej i zagadnieniami związanymi z wnioskowaniem autobiograficznym. Do odpowiedzi na wskazane pytania przygotowano 7-stopniową skalę Likerta (od 1 – *w ogóle* do 7 – *bardzo dobra znajomość*).

Zmierzono także poziom doświadczanej satysfakcji i frustracji w trakcie udziału w badaniu. Psychoterapeuci dokonywali oceny własnych doświadczeń emocjonalnych na 5-stopniowej skali Likerta) na dwóch skalach osobno dla frustracji (od 1 –*w ogóle nie była frustrująca* do 5 – *była bardzo frustrująca*) i satysfakcji (od 1 –*w ogóle nie była satysfakcjonująca* do 5 – *była bardzo satysfakcjonująca*).

W tabeli 4.52. przedstawiono statystyki opisowe mierzonych zmiennych.

**Tabela 4.52.**

Statystyki opisowe oceny użyteczności klinicznej oraz innych zmiennych związanych z oceną zaproponowanej metody analizy autonarracji

Zmienna	Średnia	Odchylenie Standardowe	Wynik min.	Wynik max.	Skośność	Kurtoza	Normalność (p)
Użyteczność kliniczna							
Planowanie terapii	3.76	1.02	1.00	5.00	-0.964	0.616	< .001
Komunikacja z innymi specjalistami	3.94	0.851	2.00	5.00	-0.511	-0.156	< .001
Komunikacja z pacjentem	3.82	1.09	1.00	5.00	-1.14	1.11	< .001
Opis trudności osobowościowych	3.44	1.21	1.00	5.00	-0.398	-0.859	< .01
Całościowy opis osobowości	3.53	1.13	1.00	5.00	-0.276	-0.827	< .01

Łatwość zastosowania	3.44	0.860	2.00	5.00	-0.111	-0.556	< .001
Ocena satysfakcji/frustracji w trakcie wykonywania zadania							
Satysfakcja	3.47	0.961	1.00	5.00	-0.674	0.0657	< .001
Frustracja	2.79	1.04	1.00	5.00	0.0938	-0.833	< .01
Znajomość wymiarowych modeli zaburzeń osobowości i teorii tożsamości narracyjnej przed badaniem							
Znajomość AMDP DSM-5 lub ICD-11	4.65	1.43	2.00	7.00	-0.315	-0.464	< .05
Znajomość teorii tożsamości narracyjnej	3.03	1.57	1.00	7.00	0.300	-0.441	< .05

#### 4.2.7. Wyniki

**Pytanie 1.** W jakim stopniu psychoterapeuci trafnie wykorzystają zaproponowaną metodę analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego w ocenie narracji osoby zdrowej i z zaburzeniami osobowości?

W celu odpowiedzi na tak postawione pytanie postanowiono określić liczbę oraz procent trafnych ocen wnioskowania autobiograficznego w narracjach osoby z zaburzeniami osobowości oraz osoby zdrowej. Wyniki wskazują, że wszystkie 34 osoby badane trafnie zidentyfikowały cechy wnioskowania autobiograficznego charakterystyczne dla narracji osób z zaburzeniami osobowości, co przekłada się na 100% trafności. W przypadku oceny autonarracji osoby zdrowej, 31 osób (91,2%) oceniło trafnie cechy wnioskowania autobiograficznego charakterystyczne dla wypowiedzi osób zdrowych; 3 osoby (8,8%) dokonały nietrafnej oceny, wskazując, że oceniana wypowiedź (osoby zdrowej) ma cechy charakterystyczne wnioskowania autobiograficznego dla osoby z zaburzeniami osobowości.

**Pytanie 2.** Jaką użyteczność kliniczną dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym ma w ocenie psychoterapeutów zaproponowana metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego?

Osoby badane określały na ile w ich ocenie zaproponowana metoda oceny autonarracji pod kątem charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsamej dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości może być użyteczna klinicznie dla diagnozowania osobowości w ujęciu wymiarowym. Wyniki wskazują, że użyteczność kliniczna została oceniona najwyżej w aspekcie komunikacji z innymi specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego ( $M = 3,94, SD = 0,85$ ), a najniżej w aspekcie porządzenia

opisu trudności osobowościowych pacjenta ( $M = 3,44, SD = 1,21$ ) oraz łatwości zastosowania ( $M = 3,44, SD = 0,86$ ). W tabeli 4.53 przedstawiono oceny (średnie oraz odchylenia standardowe) psychoterapeutów dla sześciu obszarów użyteczności klinicznej.

**Tabela 4.53.**

Ocena użyteczności klinicznej zaproponowanego w badaniu sposobu oceny autonarracji

Obszar oceny	Średnia	Odchylenie Standardowe
Planowanie terapii	3,76	1,02
Komunikacja z innymi profesjonalistami w zakresie zdrowia psychicznego	3,94	0,85
Komunikacja z pacjentem	3,82	1,09
Sporządzanie opisu trudności osobowościowych pacjenta	3,44	1,21
Sporządzanie całościowego opisu osobowości pacjenta	3,53	1,13
Łatwość zastosowania	3,44	0,86

**Pytanie 3.** Która z historii w ocenie psychoterapeutów jest najbardziej istotna pod kątem całościowej oceny narracji zgodnie z zaproponowaną metodą oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego?

W trakcie procedury badania osoby badane mogły wskazać więcej niż jedną historię, która w ich mniemaniu najbardziej była przydatna pod kątem całościowej oceny wypowiedzi, z którymi się zapoznawali. Wyniki wskazują, że pod tym względem najbardziej istotną historią okazała się narracja na temat punktu zwrotnego (27 wskazań). Jako najmniej ważną dla dokonania całościowej oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego psychoterapeuci wskazali historię ważnej sceny z dzieciństwa (3 wskazania). W Tabeli 4.54. przedstawiono zestawienie wszystkich historii, oraz liczbę wskazań.

**Tabela 4.54.**

Istotność historii dla całościowej oceny wypowiedzi

Historia części II Wywiadu Historii Życia McAdamsa	Liczba wskazań historii, jako istotnej dla całościowej oceny autonarracji.
Historia 1. Najlepszy moment w życiu	6
Historia 2. Najgorszy moment w życiu	23
Historia 3. Punkt zwrotny	27
Historia 4. Najwcześniejsze wspomnienie	5
Historia 5. Ważna scena z dzieciństwa	3
Historia 6. Ważna scena z okresu dorastania	6
Historia 7. Ważna scena z dorosłości	7
Historia 8. Jeszcze jedna ważna scena	11

**Pytanie 4.** Czy i jak ocena użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego wiąże się z zaznajomieniem z teorią tożsamości narracyjnej, zaznajomieniem z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości oraz doświadczaniem frustracji i satysfakcji w trakcie wykonywania procedury badania?

W celu odpowiedzi na tak postawione pytanie postanowiono wykorzystać analizę korelacji. W analizach wykorzystano współczynnik rang Spearmana, ponieważ rozkłady wszystkich korelowanych zmiennych odbiegały od rozkładu normalnego.

Wyniki analizy korelacji wskazują, że zaznajomienie z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości obecnymi w AMPD DSM-5 i ICD-11 koreluje negatywnie z oceną użyteczności klinicznej w aspekcie opisu trudności osobowościowych pacjenta ( $\rho = -.43$ ). Oznacza to, że im wyższa znajomość wymiarowych modeli zaburzeń osobowości tym niższa ocena wykorzystanej w badaniu metody analizy autonarracji w aspekcie jej użyteczności do sporządzania opisu trudności natury osobowościowej. Ponadto wykazano pozytywny związek pomiędzy doświadczaną satysfakcją ( $\rho = .61$ ) i negatywny pomiędzy frustracją ( $\rho = -.47$ ) w trakcie wypełniania procedury badania a oceną użyteczności klinicznej w aspekcie łatwości użycia. Oznacza to, że większe nasilenie doświadczanej satysfakcji oraz niższe nasilenie doświadczanej frustracji w trakcie udziału w badaniu wiąże się z wyższą oceną użyteczności klinicznej

zastosowanej metody analizy autonarracji w aspekcie łatwości użycia. Wszystkie wykazane związki cechowały się umiarkowaną siłą. W tabeli 4.55. przedstawiono wyniki analizy korelacji.

**Tabela 4.55.**

Wyniki analizy korelacji między oceną użyteczności klinicznej a zaznajomieniem z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości, teorią tożsamości narracyjnej oraz oceną potencjału zaproponowanej metody dla wzbogacenia diagnozowania zaburzeń osobowości

	Użyteczność kliniczna					
	U_terapia	U_specjaliści	U_pacjent	U_objawy	U_osobowość	U_łatwość
Zaznajomienie z wymiarowymi modelami ZO	.004	.007	.134	-.437**	-.143	.401
Zaznajomienie z teorią tożsamości narracyjnej	.138	.320	.092	.153	.213	.080
Satysfakcja	.364*	.318	.224	.073	.094	.610***
Frustracja	-.040	-.200	-.044	.058	.085	-.474**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Użyteczność kliniczna: U\_terapia – użyteczność kliniczna dla określania planu terapii; U\_specjaliści - użyteczność kliniczna w komunikacji z innymi specjalistami; U\_pacjent - użyteczność kliniczna w komunikacji z pacjentem; U\_objawy – użyteczność kliniczna dla sporządzania opisu trudności osobowościowych; U\_osobowość - użyteczność kliniczna dla sporządzania całościowego opisu osobowości; U\_łatwość – łatwość zastosowania

Wymiarowe konceptualizacje ZO – zaznajomienie z wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości opisanymi w AMPD DSM-5 i ICD-11; Satysfakcja – zakres w jakim procedura badania była satysfakcjonująca; Frustracja – zakres w jakim procedura badania była frustrująca

#### 4.2.8. Dyskusja wyników badania drugiego

Ze względu na nowatorskość podejścia do oceny cech charakterystycznych wnioskowania autobiograficznego w kontekście ich podobieństwa do wypowiedzi osób zdrowych albo osób z zaburzeniami osobowości badanie drugie miało charakter eksploracyjny. Wyniki niniejszego badania pozwoliły na wstępną ocenę użyteczności klinicznej metody analizy autonarracji pod kątem charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamy dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości dla diagnozowania zaburzeń osobowości.

Wyniki wskazują, że trafność oceny charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamy dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości był bardzo wysoki. Wszyscy (100%) psychoterapeuci dokonali trafnej oceny w zakresie charakterystyk wnioskowania autobiograficznego w wypowiedzi osoby z zaburzeniami osobowości. Nieco niższa część (91,2%) psychoterapeutów oceniała trafnie

cechy charakterystyczne wypowiedzi osoby zdrowej jako tożsame dla autonarracji budowanych przez osoby przejawiające zdrowe funkcjonowanie. Wynik ten można rozumieć z dwóch perspektyw. Z jednej strony, biorąc pod uwagę innowacyjność charakteru badania, autor postanowił wykorzystać relatywnie jaskrawe przykłady autonarracji osoby z zaburzeniami osobowości i osoby zdrowej, co mogło przełożyć się na wysoki odsetek psychoterapeutów, którzy trafnie ocenili cechy charakterystyczne wnioskania autobiograficznego ich wypowiedzi. Z drugiej strony może mieć to związek z faktem, że opis charakterystyk wnioskania autobiograficznego tożsamych dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości jest treściowo najbardziej zbliżony do negatywności nadawania znaczenia. W badaniu pierwszym negatywność nadawania znaczenia stanowiła istotny predyktor dla poziomu funkcjonowania osobowości zarówno w rozumieniu ogólnym jak i niektórych aspektów (tożsamości, samokierowania, oraz bliskości). Negatywność nadawania znaczenia była także zmienną, która różnicowała grupy osób przejawiających głębiej zaburzone funkcjonowanie osobowości od osób, które doświadczają mniej nasilonych trudności lub przejawiają zdrowe funkcjonowanie. Ponadto niektórzy autorzy (por. Lind, 2021; McLean i in., 2020) sugerują, że negatywny wpływ opowiadanego wydarzenia na Ja uwidaczniający się w narracjach, może być cechą charakterystyczną wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości. W tej perspektywie wysoka trafność ocen psychoterapeutów wspiera wnioski płynące z badania pierwszego oraz sugestie wynikające z literatury przedmiotu wskazując, że ocena autonarracji pod kątem wnioskania autobiograficznego, szczególnie w zakresie charakteru znaczenia jakie autorzy narracji nadają swoim doświadczeniom, może uwypuklać różnice między osobami zdrowymi i z zaburzeniami osobowości.

Wyniki badania odpowiadają także na pytanie które historie były dla osób badanych najbardziej istotne z punktu widzenia podejmowania całościowej oceny dotyczącej charakterystyk wypowiedzi oraz ich podobieństwa do autonarracji osób z zaburzeniami albo osób zdrowych. Psychoterapeuci biorący udział w badaniu określili, że historia nr 3 – punkt zwrotny (27 wskazań) oraz nr 2 – najgorszy moment (23 wskazania) były dla nich najbardziej istotne z punktu widzenia oceny całości wypowiedzi (8 historii łącznie). Pomimo tego, że cała procedura wywiadu zakładała zebranie narracji na temat ośmiu kluczowych wydarzeń życiowych, dwa wskazane przez psychoterapeutów wydają się mieć szczególne znaczenie. Instrukcja dla historii o najgorszym momencie w życiu (załącznik 17 wydarzenie 2) wprost wskazuje, że wybrane doświadczenie powinno wypełniać znamiona jednego z najbardziej negatywnych wydarzeń z życia.

Instrukcja dotycząca punktu zwrotnego (załącznik 17 wydarzenie 3) natomiast wprost opisuje, że wybrane doświadczenie powinno wiązać się z doświadczeniem istotnej zmiany, jaka w związku z danym doświadczeniem zaszła w życiu osoby. Zakładając, że osoba opowiada doświadczenia wypełniające wskazania instrukcji historia najgorszego momentu w życiu posiada potencjał zobrazowania sposobu radzenia sobie z silnym stresem i negatywnymi emocjami oraz charakteru (pozytywnego/negatywnego) reprezentacji Ja i innych, a także funkcjonowania w relacjach, które mogą finalnie wiązać się ze znaczeniem, jakie osoba będzie wiązać z danym doświadczeniem (np. pogorszenie dobrostanu psychicznego, pogorszenie relacji, ale także uświadomienie sobie pewnych aspektów funkcjonowania oraz subiektywna zmiana na lepsze). Wypowiedź przedstawiająca punkt zwrotny zwykle odnosi się do najważniejszej (lub jednej z najważniejszych) zmian życiowych, która w dalszej perspektywie definiuje w jakiś sposób (część) tego kim jest autor narracji. Instrukcja do historii stanowi więc zachętę do opowiedzenia wydarzenia, w którym charakter (pozytywny vs. negatywny) doświadczanej zmiany może być głównym tematem opowieści, co bezpośrednio łączy się z definicją wnioskowania autobiograficznego. Wynik ten może mieć więc wartość dla badaczy planujących prowadzenie dalszych badań w obszarze tożsamości narracyjnej i jej związków z zaburzeniami osobowości, którzy będą skupieni na zbieraniu historii ważnych wydarzeń życiowych, ale z różnych względów nie będą mogli prowadzić wywiadów uwzględniających autonarracje na temat wszystkich ośmiu kluczowych wydarzeń. Rozważając ograniczenie liczby zbieranych historii, warto rozpatrzyć zachowanie tych dwóch w dostosowanym do potrzeb badania części protokołu Wywiadu Historii Życia McAdamsa. Ponadto wynik sugeruje także, że potencjalne włączenie analizy wnioskowania autobiograficznego do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości nie powinien wiązać się z włączeniem pełnej sekcji II (8 kluczowych historii) Wywiadu Historii Życia, a tym bardziej całego protokołu wywiadu. Takie postępowanie mogłoby znacząco wydłużyć czas trwania spotkań diagnostycznych, a tym samym przekładać się na większe obciążenie pacjenta. Praktycy powinni raczej skupić się na uwzględnieniu takich części Wywiadu Historii Życia, co do których istnieje uzasadnienie, że mogą być źródłem istotnych danych z punktu widzenia zaburzeń osobowości (jak np. historii najgorszego momentu w życiu oraz punktu zwrotnego).

Wyniki wskazują także, że najwyższe oceny użyteczności klinicznej zaproponowanej metody analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego zostały przyznane w aspekcie komunikacji z innymi specjalistami w zakresie zdrowia

psychicznego. Może mieć to związek z oparciem opisu charakteru wnioskowania autobiograficznego tożsamego dla osób z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych na konstrukcjach wywodzących się z teorii osobowości (zdrowej), np. teorii tożsamości narracyjnej (np. McAdams, 2010). Psycholog posługujący się siatką pojęciową teorii tożsamości narracyjnej, poprzez akcenty narzucane przez ramy teoretyczne, zwraca większą uwagę na subiektywne doświadczanie życia (siebie, innych, własnych zaburzeń) oraz sposób nadawania znaczeń różnym wydarzeniom. W związku z tym psycholog w komunikacji z innym specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego może w łatwy sposób uzupełnić opis objawów o przykłady bliższe codziennemu doświadczeniu pacjenta, co przekłada się na lepsze rozumienie charakteru jego trudności. Kolejna najwyższa ocena aspektu użyteczności klinicznej została przyznana komunikacji z pacjentem. W kontakcie z pacjentem, przez odniesienie do teorii tożsamości narracyjnej, informacja zwrotna mogłaby integrować zarówno subiektywny sposób doświadczania rzeczywistości wraz z opisem doświadczanych objawów. Taki sposób przekazywania informacji zwrotnej może z jednej strony być bardziej przystępny dla pacjenta, ograniczać jego potencjalny lęk związany ze specjalistycznymi terminami w informacji zwrotnej oraz zwiększać poczucie podmiotowości w procesie diagnozy (zarówno diagnozy klinicznej jak i w ramach pracy psychoterapeutycznej) poprzez realne odnoszenie się do subiektywnego systemu znaczeń pacjenta. Ponadto wykorzystanie teorii tożsamości narracyjnej w komunikacji (z profesjonalistami i pacjentami) o zaburzeniach, a w szczególności o zaburzeniach osobowości, może przekładać się także na ograniczenie stygmatyzacji osób cierpiących z powodu różnych trudności natury psychicznej. Jak wskazano wcześniej, stygmatyzacja osób z zaburzeniami osobowości często dotyczy postrzegania tych osób przez pryzmat stereotypowych objawów. Posługiwanie się teorią tożsamości narracyjnej mogłoby ograniczyć zjawisko stygmatyzacji poprzez opis tego, co to (subiektywnie) znaczy, że osoba doświadcza określonych trudności, a tym samym podkreślić znaczenie osobistego doświadczenia w komunikacji.

Najniższe wyniki w zakresie oceny użyteczności klinicznej zaproponowanej metody analizy autonarracji otrzymały aspekt łatwości zastosowania oraz sporządzania opisu trudności osobowościowych pacjenta. Wydaje się, że niski wynik oceny łatwości zastosowania może być związany z przedstawieniem w procedurze badania relatywnie nowej (dla pracy klinicznej) perspektywy spojrzenia na wypowiedzi związanej z analizą wnioskowania autobiograficznego, czyli elementu teorii tożsamości narracyjnej, która jest teorią osobowości zdrowej. Zestawienie metody analizy autonarracji opartej o założenia



teorii osobowości zdrowej oraz materiału (wypowiedziami), który nie był jednoznacznie związany z doświadczanymi trudnościami z zagadnieniem zaburzeń osobowości mogło wiązać się z pewnym poczuciem niedopasowania (metody i danych z gruntu psychologii osobowości zdrowej oraz celu oceny z zakresu psychologii klinicznej). Ponadto sztuczność sytuacji (ocena na podstawie transkryptu bez kontaktu bezpośredniego) bez możliwości weryfikacji (dopytania pacjenta) o niejasne/niezrozumiałe kwestie mogło wpływać na relatywnie niską ocenę w tym aspekcie użyteczności klinicznej. Innymi słowy, psychoterapeuci zorientowani na eksplorację trudności pacjenta w trakcie bezpośredniego spotkania mogli oceniać zaproponowaną metodę analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego jako trudną do zastosowania w zaaranżowanych na rzecz badania warunkach. W odniesieniu do przydatności analizy autonarracji w opisie trudności osobowościowych pacjenta wynik ten wydaje się wynikać z faktu, że konstrukt wnioskowania autobiograficznego jest elementem teorii tożsamości narracyjnej, która została opracowana na gruncie psychologii osobowości (zdrowej). W związku z tym, siatka pojęciowa teorii tożsamości narracyjnej nie akcentuje tak bardzo objawów i trudności, które stanowią centralny punkt oceny pod kątem diagnozowania zaburzeń osobowości. Sugeruje to więc, że potencjalne wykorzystanie analizy autonarracji lub w szerszej perspektywie teorii tożsamości narracyjnej do opisu trudności osobowościowych, powinno być postrzegane jako pewne uzupełnienie dotychczasowych metod poprzez podkreślenie znaczenia subiektywnego doświadczenia pacjenta oraz włączenia jego systemu znaczeń do diagnozy opisowej.

Osoby badane oceniły także relatywnie wysoko użyteczność kliniczną zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego dla planowania terapii. Wydaje się, że rozumienie trudności pacjenta w kontekście tożsamości narracyjnej, a w szczególności wnioskowania autobiograficznego i negatywnego nadawania znaczenia własnym doświadczeniom może mieć wartość dla określania kierunków terapii. Analiza wnioskowania autobiograficznego może mieć szczególne znaczenie dla tych procesów terapeutycznych, których celem będzie poprawa zdolności metalizowania zarówno siebie, innych, ale także relacji (por. Allen in., 2008). Interwencje/kierunek terapeutyczny oparty (w pewnej części) na wnioskach płynących z analizy wnioskowania autobiograficznego mogłyby skupiać się na pracy nad reinterpretacją osobistych doświadczeń w celu np. ograniczenia identyfikowania ich negatywnego wpływu uwzględniając także inne aspekty (tegoż doświadczenia).

Wyniki wskazują, że wyższa znajomość wymiarowych konceptualizacji zaburzeń osobowości, szczególnie tych opisanych w AMPD DSM-5 oraz ICD-11 wiąże się z niższą oceną użyteczności klinicznej w aspekcie sporządzania opisu trudności osobowościowych pacjenta. Możliwe, że osoby lepiej zaznajomione z wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości AMPD DSM-5 lub ICD-11 są skłonne do w większym zakresie odnosić się do dobrze znanych, ale także ugruntowanych na polu psychologii klinicznej sposobów opisu trudności natury osobowościowej. Zaproponowana metoda analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego odnosi się do oceny sposobu rozumienia własnych doświadczeń w perspektywie postrzegania ich jako źródła zmiany (pozytywnej albo negatywnej). Instrukcja do badania zakładała ocenę wyłącznie w aspekcie rozumienia własnego doświadczenia oraz wyszukiwania charakterystyk wypowiedzi typowych dla wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych, które nie są częścią konceptualizacyjną zaburzeń osobowości w AMPD DSM-5 lub ICD-11. W obliczu charakteru instrukcji do badania, wykazany związek staje się bardziej klarowny, ponieważ odwołując się wyłącznie do instrukcji i dołączonej charakterystyki wnioskowania autobiograficznego typowej dla wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości oraz osób zdrowych nie jest możliwe dokonanie opisu objawów zaburzeń osobowości w rozumieniu, np. AMPD DSM-5 lub ICD-11. Wynik ten wydaje wiązać się z wyjaśnieniem wskazanym dla ogólnej niskiej oceny użyteczności klinicznej badanej metody analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego w aspekcie sporządzania opisu trudności osobowościowych pacjenta.

Wyniki wskazują także, że doświadczanie wyższej satysfakcji oraz niższej frustracji w trakcie wypełniania procedury badania wiązały się z wyższą oceną użyteczności klinicznej zaproponowanej metody analizy autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego w aspekcie łatwości użycia. Wydaje się, że wynik ten odzwierciedla ogólną tendencję wyższej motywacji do podejmowania działań, które są związane z doświadczaniem satysfakcji oraz unikaniem tych aktywności, które są źródłem frustracji. Niemniej jednak warto podkreślić, że aspekt doświadczeń emocjonalnych (osoby diagnozującej) w obliczu wykorzystywania narzędzia diagnostycznego może stanowić istotny element podejmowania decyzji dotyczącej doboru metod/narzędzi w pracy klinicznej z pacjentami.

Wyniki badania drugiego sugerują, że analiza tożsamości narracyjnej w aspekcie wnioskowania autobiograficznego może stanowić element wzbogacający diagnozowanie zaburzeń osobowości szczególnie w aspekcie komunikacji zarówno z innymi specjalistami

zajmującymi się zdrowiem psychicznym jak i pacjentem. W komunikacji między specjalistami, osoby odnoszące się do teorii tożsamości narracyjnej, elementem wzbogacającym mogłoby być przyjęcie perspektywy systemu znaczeń, które pacjent przypisuje własnym doświadczeniom, a więc osadzenie doświadczeń przez niego trudności bliżej subiektywnego rozumienia siebie. W komunikacji z pacjentem, przez wzgląd na osadzenie teorii tożsamości na gruncie psychologii osobowości zdrowej, informacje przekazywane pacjentowi mogą być bardziej związane z „normatywnymi” pojęciami oraz (jak w przypadku komunikacji między specjalistami) odniesione do jego osobistego doświadczenia, co wydaje się, że będzie zwiększać zarówno poczucie podmiotowości pacjenta jak i zrozumienia informacji przekazywanych przez klinicystę w procesie diagnostycznym. Wydaje się także, że analiza wnioskowania autobiograficznego może być przydatna w pracy klinicznej, szczególnie w trakcie interwencji skoncentrowanych na reinterpretacji osobistych doświadczeń czy zwiększaniu zakresu doświadczania różnych sytuacji w bardziej ambiwalentny sposób.

#### **4.2.9. Ograniczenia badania drugiego**

Pierwszym i najważniejszym ograniczeniem badania drugiego jest prowadzenie oceny użyteczności klinicznej zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego w oderwaniu od procesu diagnozowania zaburzeń osobowości. Skupienie się wyłącznie na aspekcie oceny autonarracji bez zintegrowania go w procedurze badania z inną metodą diagnozowania zaburzeń osobowości sprawia, że wyniki badania pozostają w sferze pewnych predykcji psychoterapeutów odnośnie potencjału oceny autonarracji dla pracy klinicznej w zaproponowany przez autora sposób. Zintegrowanie zaproponowanej metody oceny autonarracji pod kątem wnioskowania autobiograficznego z innym sposobem diagnozowania zaburzeń osobowości (np. narzędziami kwestionariuszowymi i/lub wywiadami klinicznymi) mogłoby w bardziej adekwatny sposób pokazać, czy i na ile włączenie do procesu autonarracji było użyteczne z punktu widzenia poszczególnych aspektów użyteczności klinicznej.

Kolejnym ograniczeniem badania jest brak informacji na temat tego na czym (oprócz wskazanych w materiałach do badania charakterystyk wnioskowania autobiograficznego tożsamy dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości) opierali się psychoterapeuci w trakcie dokonywania oceny, czy narracja posiada charakterystyczne cechy wnioskowania autobiograficznego dla wypowiedzi osoby zdrowej albo z zaburzeniami osobowości. Możliwe, że dla ostatecznej oceny istotne są

także inne elementy, np. szkolenia terapeutycznego, specyficznej optyki w danym nurcie, które ułatwiały albo utrudniały proces podejmowania decyzji.

Innym ograniczeniem badania jest prowadzenie go w formie online za pomocą korespondencji elektronicznej oraz w oparciu wyłącznie o transkrypt wywiadu. Procedura badania stworzyła pewną sztuczną sytuację, w której psychoterapeuci nie mieli możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentem, nawiązania relacji oraz możliwości dopytania o niejasne kwestie, które stanowią ważny element profesjonalnego kontaktu psychologicznego, także w trakcie diagnozowania. W konsekwencji mogło się to przełożyć na niższe oceny użyteczności klinicznej przez wzgląd na znaczące różnice między realnym kontekstem pracy klinicznej a okolicznościami udziału w badaniu.

Dobór wyłącznie dwóch jaskrawych przykładów wypowiedzi, to znaczy takich w których relatywnie łatwo można było zidentyfikować charakterystyki wnioskowania autobiograficznego tożsame dla wypowiedzi osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości, również stanowi ograniczenie badania. Dobór takich narracji wywołuje także pewną sztuczność sytuacji. Ten aspekt mógł z kolei przełożyć się na zawyżony wynik trafności decyzji przy identyfikowaniu charakterystyk wnioskowania autobiograficznego w ocenianych wypowiedziach. Wydaje się, że większa liczba przypadków oraz ich bardziej zróżnicowany charakter pozwoliłyby na bardziej adekwatną ocenę trafności zaproponowanej metody analizy autonarracji.

Jako ograniczenie badania można wskazać także małą liczebność grupy osób badanych, co przekłada się na niską liczbę reprezentantów różnych nurtów terapeutycznych, w których psychoterapeuci biorący udział w badaniu prowadzą swoją praktykę. Oznacza to, że niemożliwe było określenie czy ocena użyteczności klinicznej różni się w zależności od nurtu psychoterapeutycznego, a w konsekwencji czy istnieją nurty które mogłyby skorzystać z użyteczności analizy autonarracji bardziej od innych.

Powyższe ograniczenia badania sprawiają, że wyniki powinny być traktowane jako pierwszy krok i wstępna ocena na drodze do poszukiwania miejsca teorii tożsamości narracyjnej w praktyce klinicznej. Analiza wyników pozwala na dokonanie pewnych interpretacji na temat potencjału analizy autonarracji w zakresie wnioskowania autobiograficznego dla wzbogacenia procesu diagnozowania, jednak powinny być one weryfikowane w dalszych badaniach naukowych.

### **4.3. Ogólna dyskusja pracy**

Ogólna dyskusja niniejszej rozprawy doktorskiej podzielona została na trzy główne elementy. Po pierwsze przedstawiona zostanie dyskusja nad znaczeniem wyników badań dla psychologii jako nauki. Po drugie omówione zostaną implikacje podkreślające znaczenie teorii tożsamości narracyjnej, a w szczególności wnioskowania autobiograficznego, dla praktyki klinicznej. Po trzecie autor pracy przedstawi kierunki dalszych badań naukowych w obszarze związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości.

#### **4.3.1. Dyskusja znaczenia otrzymanych wyników**

Dyskusję nad naukowym znaczeniem otrzymanych wyników warto rozpocząć od wskazania, że pomimo wielu niepotwierdzonych założeń wyrażonych w hipotezach badania pierwszego oraz eksploracyjny charakter badania drugiego, możliwe jest wyciągnięcie pewnych wniosków na temat związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości. Należy także zauważyć, że otrzymane wyniki korespondują z wynikami badań innych badaczy.

Główną zaletą przeprowadzenia badania pierwszego jest fakt, że stanowi ono pierwszą systematyczną próbę sprawdzenia związków wnioskowania autobiograficznego z zaburzeniami osobowości z uwzględnieniem perspektywy poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A), patologicznych cech osobowości (kryterium B) oraz mechanizmu obronnego rozszczepienia, którego utrzymywanie się od pewnego etapu rozwojowego określane jest w literaturze jako kluczowe dla rozwoju i utrzymywania się zaburzeń osobowości (np. Kernberg, 1976). Wyniki badania pierwszego nie potwierdziły założeń o związkach wskaźników wnioskowania autobiograficznego (nawadnia znaczenia, przetwarzania eksploracyjnego, połączeń wydarzenie-Ja) i koherencji narracji (za wyjątkiem aspektu struktury) zarówno z poziomem funkcjonowania osobowości oraz jego aspektami. Nie wykazano także związków wskaźników wnioskowania autobiograficznego z nasileniem patologicznych cech oraz nasileniem mechanizmu rozszczepienia. Wykazany brak związków w zakresie związków wskaźników wnioskowania autobiograficznego z poziomem funkcjonowania osobowości oraz brak istotnych różnic międzygrupowych między osobami z zdrowymi i z zaburzeniami osobowości pod względem wskaźników wnioskowania autobiograficznego stanowi częściową weryfikację hipotezy określonej przez Lind (2021), która wskazywała, że wnioskowanie autobiograficzne może być

jednym z najważniejszych narracyjnych wskaźników poziomu funkcjonowania osobowości, szczególnie w aspekcie tożsamości.

Podobnie, w większości niepotwierdzone założenia o związkach koherencji narracji z poziomem funkcjonowania osobowości stanowi kolejny krok w celu dookreślenia tych związków. W literaturze przedmiotu znaleźć można wyniki badań, które w większości świadczą o tym, że osoby z zaburzeniami osobowości budują mniej spójne (o niższej koherencji) autonarracje (por. np. Adler i in., 2012; Bendstrup i in., 2021; Lind i in., 2019b; Vanderveren i in., 2021). Niektórzy autorzy (Baaijens i in., 2024; Dimitrova, Simms, 2022) wskazują jednak na brak istotnych związków między koherencją narracji a zaburzeniami osobowości. Wnioski płynące z badania pierwszego wspierają zatem twierdzenie, że zaburzenia osobowości i koherencja narracji odnoszą się jednak do dwóch różnych zjawisk psychicznych, które pozostają relatywnie odrębne – poziom funkcjonowania osobowości odnosi się do intrapsychicznych oraz interpersonalnych doświadczeń związanych z najbardziej istotnymi dla osobowości aspektami, podczas gdy koherencja narracji może stanowić pewną „umiejętność” opowiadania historii (por. Dimitrova, Simms, 2022). W badaniach własnych wyjątek stanowił wynik świadczący o tym, że wyższa struktura wypowiedzi (aspekt koherencji narracji) stanowi istotny predyktor większych nieprawidłowości w aspekcie empatii poziomu funkcjonowania osobowości, a związek ten był istotny nawet po wprowadzeniu zmiennych kontrolowanych w postaci poziomu edukacji oraz doświadczania silniejszego stresu niż zazwyczaj w czasie poprzedzającym udział w badaniu. Wydaje się, że wynik ten może świadczyć o pewnej sztywności w zakresie funkcjonowania (także autonarracyjnego), które jest jedną z istotnych części konceptualizacyjnych zaburzeń osobowości (APA, 2013; WHO, 2019). Ponadto w świetle twierdzeń Dimitrovej i Simmsa (2022) na temat koherencji narracji jako pewnej „umiejętności”, wypracowanie nadmiernie usztywnionej struktury wypowiedzi może stanowić sposób na pozostanie w kontakcie z innymi ludźmi w sytuacji, kiedy inne aspekty relacyjne są doświadczane jako zbyt zagrażające.

Do interesujących wniosków ogólnych prowadzi także druga część badania pierwszego, w której do analiz wprowadzono zmienną negatywności nadawania znaczenia oraz na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej stworzono dwa, uogólnione czynniki aktywności narracyjnej: narracyjną aktywność autorefleksyjną oraz narracyjne strukturowanie.

Wyniki wskazują, że wyższa negatywność nadawania znaczenia stanowi istotny predyktor większych nieprawidłowości w zakresie kryterium A (poziom funkcjonowania

osobowości) oraz prawie wszystkich jego poszczególnych aspektów. Warto zauważyć także, że grupy osób doświadczających bardziej poważnych zaburzeń osobowości różniły się od osób lepiej funkcjonujących osobowościowo pod względem negatywności nadawania znaczenia. Wynik ten poszerza weryfikację wyrażonego przez Lind (2021) założenia o wnioskowaniu autobiograficznym jako o potencjalnie najważniejszym narracyjnym wskaźniku poziomu funkcjonowania osobowości wskazując, że nie samo występowanie wskaźników wnioskowania autobiograficznego (np. nadawania znaczenia), ale jego charakter (pozytywny vs. negatywny) mogą mieć istotne znaczenia dla oceny poziomu funkcjonowania osobowości. Ponadto warto zauważyć, że związki negatywności nadawania znaczenia z poziomem funkcjonowania osobowości stanowią weryfikację założenia określonego przez McLean i in. (2020) na temat konieczności określania charakteru (pozytywny vs. negatywny) wnioskowania autobiograficznego w badaniach nad związkami tożsamości narracyjnej z dobrostanem i zaburzeniami psychicznymi. Wynik ten koresponduje także z najnowszą literaturą przedmiotu (Baaijens i in., 2024), w której określono, że osoby przejawiające głębsze trudności osobowościowe identyfikują bardziej negatywny wpływ ważnych wydarzeń życiowych na nich samych.

Wykazano także, że niższe nasilenie narracyjnej aktywności autorefleksyjnej stanowi istotny predyktor bardziej nieadaptacyjnego poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A). Związki zagregowanego wskaźnika (ale nie pomniejszych zmiennych, które go zasiliły) z poziomem funkcjonowania osobowości sugerują, że aktywność autonarracyjna powinna być w badaniach naukowych traktowana w sposób bardziej ogólny i jednorodny, a nie w perspektywie pomniejszych wskaźników (por. Soroko, 2014). Ponadto kierunek związku wskazuje, że uogólniony wskaźnik w postaci narracyjnej aktywności autorefleksyjnej może odzwierciedlać adaptacyjny sposób funkcjonowania.

Brak wykazanych związków pomiędzy zmiennymi narracyjnymi (zarówno z pierwszej jak i drugiej części badania pierwszego) z patologicznymi cechami osobowości i nasileniem mechanizmu rozszczepienia posiada także potencjał dla rozwoju wiedzy o modelu osobowości McAdamsa (np. 2010). Zgodnie z rozumieniem tych zmiennych w kontekście modelu McAdamsa patologiczne cechy osobowości odpowiadałyby poziomowi cech; mechanizm rozszczepienia, a dokładniej niezintegrowane diady self-obiet, odpowiadałyby poziomowi charakterystycznych adaptacji, a zmienne narracyjne poziomowi tożsamości narracyjnej. Powstaje zatem sugestia, że poziomy osobowości pozostają jednak relatywnie odrębnymi aspektami funkcjonowania psychicznego. Ponadto wyniki te stanowią także głos w dyskusji wokół zależności zachodzących pomiędzy

poziomem funkcjonowania osobowości (kryterium A) a patologicznymi cechami (kryterium B). Jedni autorzy twierdzą, że konstrukty te są relatywnie zbieżne (por. np. Bach, Anderson, 2020; Sleep i in., 2019) inni natomiast wskazują na ich rozłączność ze względu na opisywanie różnych obszarów funkcjonowania psychicznego (por. np. Bender i in., 2011; Morey i in., 2011, Sharp, Wall, 2021; Widiger i in., 2019). Wyniki badania wydają się wspierać zasadność traktowania kryterium A i kryterium B jako względnie odrębnych.

Warto także zwrócić uwagę, że integrowanie teorii tożsamości narracyjnej do wymiarowych modeli zaburzeń osobowości może przełożyć się na bardziej adekwatną konceptualizację zaburzeń osobowości. Jak wskazuje Livesley (2022), konceptualizacja poziomu funkcjonowania osobowości w aspekcie tożsamości nie odwołuje się do najbardziej definicyjnej charakterystyki tożsamości, jaką jest subiektywne poczucie tego kim się jest. Tożsamość narracyjna pozwala natomiast ująć ten aspekt tożsamości, a niektórzy autorzy (por. Waugh, 2019; Pincus, Roche, 2019) argumentują nawet zasadność włączenia teorii McAdamsa w rozumienie zaburzeń osobowości w sposób wymiarowy.

Kliniczne ilustracje przykładów wypowiedzi pozwoliły na lepsze wyjaśnienie wykazanych (oraz niepotwierdzonych) wyników w zakresie związków aktywności narracyjnej (wskaźników wnioskowania autobiograficznego, koherencji narracji negatywności nadawania znaczenia oraz narracyjnej aktywności autorefleksyjnej i narracyjnego strukturowania) z poziomem funkcjonowania osobowości. Przykłady stanowią ilustrację sposobu łączenia oraz interpretacji aktywności narracyjnej widocznej w narracjach osób z różnym poziomem funkcjonowania osobowości. Omówienie przykładów wspiera konkluzję o zasadności uwzględniania elementów autonarracyjnych w diagnozowaniu poziomu funkcjonowania osobowości. Należy jednak pamiętać, że ilustracje wypowiedzi obrazują także niejednoznaczność związków tożsamości narracyjnej z poziomem funkcjonowania osobowości sugerując konieczność prowadzenia dalszych weryfikacji empirycznych tych zależności.

#### **4.3.2. Implikacje praktyczne**

Zintegrowanie wyników badania pierwszego, z uwzględnieniem klinicznych ilustracji wypowiedzi i badania drugiego pozwalają na ostrożne określenie pewnych implikacji dla pracy klinicznej. Relatywnie szerokie związki zachodzące między negatywnością nadawania znaczenia i narracyjną aktywnością autorefleksyjną sugerują, że



wnioskowanie autobiograficzne, a tym samym tożsamość narracyjna ma potencjał wzbogacenia procesu diagnozowania zaburzeń osobowości. W pierwszej kolejności autor omówi to, jak tożsamość narracyjna i wnioskowanie autobiograficzne mogą być włączane do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości a następnie opíše potencjalne konsekwencje wiążące się z tym krokiem.

Wnioski płynące z badania drugiego sugerują, że konstrukt wnioskowania autobiograficznego i tożsamości narracyjnej ma potencjał wzbogacenia diagnozowania zaburzeń osobowości, ale nie może stanowić samodzielnej metody diagnostycznej. Wyniki te korespondują z rekomendacjami Lind i in. (2022), którzy wskazują, że wykorzystywane współcześnie narzędzia mogłyby zostać wzbogacone o elementy metod badania tożsamości narracyjnej, które dostarczyłyby materiału specyficznego dla analizy autonarracji. Na podstawie wyników badania drugiego wartą rozważenia rekomendacją dla wykorzystania tożsamości narracyjnej w procesie diagnozowania jest uwzględnienie pytań/instrukcji narracyjnych, jako uzupełnienie aktualnie wykorzystywanych narzędzi diagnostycznych. Wstępnie, wydaje się, że niektóre z pytań/instrukcji narracyjnych będą zachęcały pacjenta do opowiadania bardziej istotnych autonarracji z punktu widzenia zaburzeń osobowości niż inne. Na szczególne zainteresowanie w zakresie włączenia analizy wnioskowania autobiograficznego do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości jest uwzględnienie pytań Wywiadu Historii Życia McAdamsa, które dotyczą najgorszego momentu w życiu i punktu zwrotnego w przeprowadzanych wywiadach klinicznych np. SCID-5-AMPD. Warto jednak zauważyć, że integracja tożsamości narracyjnej w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości nie musi odbywać się tylko poprzez zadawanie dodatkowych pytań w trakcie wywiadu, ale także poprzez dodawanie pytań/instrukcji narracyjnych do metod samoopisowych, np. Skali Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego, w których pacjenci opisywaliby autonarrację poszerzającą odpowiedzi udzielone w kwestionariuszu (por. Lind i in., 2022). Wydaje się także, że włączenie pytań/instrukcji narracyjnych do narzędzi diagnostycznych (niezależnie od ich charakteru – wywiad albo kwestionariusz) może odbywać się w dwojaki sposób. Po pierwsze pytania narracyjne mogą być dodawane do konkretnych pozycji testowych lub w toku prowadzenia wywiadu do wybranych pytań, np. „Czy możesz opowiedzieć historię jakiegoś wydarzenia, który było dla ciebie ważne, a które zilustrowałoby to o czym opowiadasz.” Innym sposobem włączenia pytań/instrukcji narracyjnych do istniejących już narzędzi jest zadanie dodatkowego/dodatkowych pytań ukierunkowanych na pozyskanie narracji na końcu/na początku wywiadu lub kwestionariusza (por. Lind i in., 2022).

Autor identyfikuje także kilka konsekwencji dla praktyki klinicznej wynikającej z włączania teorii tożsamości narracyjnej do procesu diagnozowania zaburzeń osobowości. Wydaje się, że zadawanie pytań ukierunkowanych na pozyskiwanie autonarracji pozwoli klinicytom na lepsze osadzenie pozyskiwanych danych o doświadczanych trudnościach w specyficznym i subiektywnym kontekście życia pacjenta, co może przełożyć się na bardziej adekwatne zrozumienie tego, co to znaczy doświadczać zaburzeń osobowości i jakie to ma dla pacjenta znaczenie. Ponadto pozyskiwanie danych autonarracyjnych w procesie diagnozowania (prawdopodobnie) osadzi klinicystę w subiektywnym doświadczaniu zaburzeń osobowości przez pacjenta, a w konsekwencji będzie utrudniać postrzeganie pacjenta wyłącznie przez pryzmat jego trudności, co może skutkować ograniczeniem zjawiska stygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości wśród psychologów. Z ograniczeniem stygmatyzacji wiąże się także potencjalnie większe poczucie podmiotowości pacjenta w procesie diagnozowania poprzez większe i jawne zainteresowanie osoby diagnozującej subiektywnym rozumieniem jego doświadczeń.

#### **4.3.3. Kierunki dalszych badań**

Wnioski płynące z niniejszej pracy stanowią ważny głos w dyskusji na temat związków zachodzących pomiędzy wnioskowaniem autobiograficznym a wymiarową konceptualizacją zaburzeń osobowości. Wyniki otrzymane w badaniach własnych wskazują, że tożsamość narracyjna może mieć istotne znaczenie zarówno dla diagnozowania zaburzeń osobowości jak również sposobu ich konceptualizacji. Niemniej jednak nadal istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań, w celu dookreślenia tych związków.

W badaniu pierwszym na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej określono dwa, uogólnione czynniki aktywności narracyjnej (narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie), z których narracyjna aktywność autorefleksyjna stanowiła istotny predyktor dla poziomu funkcjonowania osobowości zarówno w rozumieniu ogólnym jak i jego poszczególnych aspektów. Określenie tych czynników aktywności narracyjnej w badaniach własnych to jednak zbyt mała liczba wyników, żeby móc traktować je jako zmienne w prowadzeniu dalszych badań. Badacze powinni zatem sprawdzić, czy wyniki przeprowadzonych w niniejszej pracy analizy czynnikowej są replikowalne na podstawie innego zbioru danych, w których mierzone były te same zmienne. Wyniki te pozwoliłyby na ugruntowanie tych uogólnionych czynników aktywności narracyjnej na polu naukowej psychologii, a w przyszłości prowadzić badania

(np. na temat związków tych czynników z zaburzeniami osobowości oraz ich potencjału dla wzbogacenia diagnozowania zaburzeń osobowości) z uwzględnieniem założenia, że aktywność narracyjna może mieć bardziej uogólniony charakter (por. Soroko, 2014).

Kliniczne ilustracje wypowiedzi oraz wyniki w zakresie związku struktury (aspektu koherencji narracji) z poziomem funkcjonowania osobowości w aspekcie empatii sugerują możliwość istnienia „wzorca” wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości opartego na strukturze, który może charakteryzować się silną i sztywną strukturą narracji przy jednoczesnej niskiej narracyjnej aktywności autorefleksyjnej. Dalsze badania mogłyby zostać zaprojektowane tak, żeby spróbować określić, czy „wzorec” ten jest możliwy do wyodrębnienia w sposób statystyczny oraz czy jest on bardziej tożsamy dla wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości. W zależności od wyników tych badań, w dalszej perspektywie istotnym byłoby określenie, czy występowanie w narracji „wzorca opartego na strukturze” różnicuje wypowiedzi osób z zaburzeniami osobowości i osób zdrowych.

Wyniki obu badań wstępnie sugerują także, że analiza wypowiedzi pod kątem wnioskowania autobiograficznego może być użyteczna w praktyce klinicznej – diagnozowaniu zaburzeń osobowości. Dalsze badania mogłyby uwzględnić jednak analizę wnioskowania autobiograficznego jako dodatkowy element w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości w warunkach (bardziej) naturalnych (np. w placówce świadczącej pomoc psychologiczno-psychiatryczną) niż przyjętych dla badania drugiego. Badania mogłyby zostać oparte o porównania międzygrupowe, w których dwie grupy klinicystów dokonywałyby diagnozy zaburzeń osobowości, np. jedna grupa korzystałaby z tradycyjnych metod/narzędzi diagnozy, podczas gdy grupa druga korzystałaby z tradycyjnych metod/narzędzi wzbogaconych o pytania narracyjne (np. o najgorszy moment w życiu oraz punkt zwrotny); a następnie obie grupy oceniałyby użyteczność kliniczną metody zgodnie z którą postępowali. Badania pozwoliłyby na dokładniejsze sprawdzenie znaczenia analizy wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości.

W badaniu pierwszym dopiero krok w postaci uwzględnienia negatywności nadawania znaczenia pozwolił określić istotne związki zmiennej nadawania znaczenia z poziomem funkcjonowania osobowości. Wydaje się zatem, że łączenie zagadnień teorii tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości wymaga dostosowywania sposobu jej oceny, czyli instrukcji/podręczników kodowych do gruntu psychologii klinicznej, ponieważ pierwotnie dotyczyły oceny osobowości zdrowej. Autor pracy sugeruje zatem, żeby naukowcy prowadzący badania mające na celu określenie związków tożsamości

narracyjnej z zaburzeniami osobowości próbowali dostosowywać instrukcje/podręczniki kodowe przygotowane na gruncie psychologii osobowości (zdrowej) do gruntu psychologii klinicznej, co prawdopodobnie przełoży się na możliwość zniuansowanego i bardziej adekwatnego spojrzenia na trudności osobowościowe z perspektywy autonarracji i teorii tożsamości narracyjnej (por. Lind i in., 2022).

## 7. Zakończenie

W projekcie doktorskim podjąłem kierunki badań które zostały określone na łamach naukowych artykułów i książek, ale także takie, które wywiodłem samodzielnie na podstawie kwerendy literatury przedmiotu. Wyniki testowania pierwotnych hipotez badania 1. wskazały że rozumienie związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości wymaga innego spojrzenia. Analizy eksploracyjne oparte o zniuansowany (negatywność nadawania znaczenia) oraz uogólnione (narracyjna aktywność autorefleksyjna i narracyjne strukturowanie) wskaźniki narracyjne pozwoliły mi przyjąć nową optykę na badane związki oraz wykazać znaczenie charakteru (pozytywny vs. negatywny albo adaptacyjny vs. nieadaptacyjny) wybranych wskaźników w badaniu związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości. Realizując moją pracę doktorską poczyniłem także krok w kierunku włączenia tożsamości narracyjnej do diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości, wstępnie sprawdzając oceny użyteczności klinicznej analizy wypowiedzi pod kątem wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania zaburzeń osobowości. Krok ten postulowany był przez niektórych autorów, jednak według mojej najlepszej wiedzy, badanie 2. jest pierwszą (nadal wstępną i niedoskonałą) próbą sprawdzenia jego zasadności. Myślę, że zrealizowany przeze mnie projekt rozprawy doktorskiej stanowi istotny wkład w naukową dyskusję wokół związków tożsamości narracyjnej z zaburzeniami osobowości oraz znaczenia analizy autonarracji dla diagnozowania poziomu funkcjonowania osobowości. Niniejsza praca podkreśla także konieczność prowadzenia dalszych badań naukowych integrujących teorię tożsamości narracyjnej z wymiarowymi modelami zaburzeń osobowości stanowiąc punkt wyjścia do ich zaprojektowania.

## 6. Bibliografia

- Adebowale, L. (2010). Personality disorder: taking a person-centred approach. *Mental Health Review Journal*, 15(4), 6–9. <https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0730>
- Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: an empirical investigation. *Journal of personality disorders*, 26(4), 498–512. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., Houle, I. (2016). The Incremental Validity of Narrative Identity in Predicting Well-Being: A Review of the Field and Recommendations for the Future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 142-175. <https://doi.org/10.1177/1088868315585068>
- Adler, J. M., Skalina, L. M., McAdams, D. P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(6), 719–734. <https://doi.org/10.1080/10503300802326020>
- Adler, J. M., Turner, A. F., Brookshier, K. M., Monahan, C., Walder-Biesanz, I., Harmeling, L. H., Albaugh, M., McAdams, D. P., Oltmanns, T. F. (2015). Variation in narrative identity is associated with trajectories of mental health over several years. *Journal of personality and social psychology*, 108(3), 476–496. <https://doi.org/10.1037/a0038601>
- Alfonso C. A. (2023). Clinical Implications of Countertransference in the Treatment of Addictions. *Psychodynamic psychiatry*, 51(2), 133–140. <https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.2.133>
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Reinhart Winston.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Anchin, J. C., Pincus, A. L. (2010). Evidence-based interpersonal psychotherapy with personality disorders: Theory, components, and strategies. W: J. J. Magnavita (red.), *Evidence-based*

- treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes* (s. 113–166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12130-005>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 286–294. <https://doi.org/10.1177/1073191112471141>
- Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T., Hyman, S. E., Sachdev, P., Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity?. *Psychological medicine*, 39(12), 1993–2000. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990250>
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of personality disorders*, 26(5), 641–659. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.641>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Baaijens, B., Koster, N., van Aken, M., van der Heijden, P., Laceulle, O. (2024). Narrative identity characteristics and personality pathology: An exploration of associations from a dimensional and categorical perspective in a clinical sample of youth. *Personality disorders*, 15(1), 11–21. <https://doi.org/10.1037/per0000638>
- Bach, B., Anderson, J. L. (2020). Patient-Reported ICD-11 Personality Disorder Severity and DSM-5 Level of Personality Functioning. *Journal of personality disorders*, 34(2), 231–249. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_393](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_393)
- Bach, B., First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
- Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., Krueger, R. F. (2015). Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *Journal of psychiatric practice*, 21(1), 3–25. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000460618.02805.ef>

- Bach, B., Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 369–379. <https://doi.org/10.1037/per0000527>
- Baerger, D. R., McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69–96. <https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>
- Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press
- Bateman, A., Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bender D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of psychiatric practice*, 11(2), 73–87. <https://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00002>
- Bender D. S. (2019). The P-Factor and What It Means to Be Human: Commentary on Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of personality assessment*, 101(4), 356–359. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1492928>
- Bender D. S., Skodol A. E., First M. B., Oldham J. M. (2018). Module I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. W: First M. B., Skodol A. E., Bender D. S., Oldham J. M. (red.), *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD)*. American Psychiatric Association
- Bender, D. S., Morey, L. C., Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Michael, First, M. B., Oldham, J.M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module I*. American Psychiatric Publishing.
- Bendstrup, G., Simonsen, E., Kongerslev, M. T., Jørgensen, M. S., Petersen, L. S., Thomsen, M. S., Vestergaard, M. (2021). Narrative coherence of autobiographical memories in women with borderline personality disorder and associations with childhood adversity. *Borderline*



- personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00159-5>
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 162(5), 890–898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Black D. W. (2013). DSM-5 is approved, but personality disorders criteria have not changed. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(1), 1.
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., Lucas, R. E. (2018). Life events and personality trait change. *Journal of Personality*, 86(1), 83–96. <https://doi.org/10.1111/jopy.12286>
- Bleidorn, W., Klimstra, T. A., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Potter, J., Gosling, S. D. (2013). Personality maturation around the world: a cross-cultural examination of social-investment theory. *Psychological science*, 24(12), 2530–2540. <https://doi.org/10.1177/0956797613498396>
- Blüml, V., Doering, S. (2021). ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Frontiers in psychiatry*, 12, 654026. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15, 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bonnington, O., Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: a critical realist analysis. *Social science medicine (1982)*, 123, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.048>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Development and psychopathology*, 21(4), 1335–1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>
- Brewer, W. F., Lichtenstein, E. H. (1982). Stories are to entertain: A structural-affect theory of stories. *Journal of Pragmatics*, 6, 473–486. Doi:10.1016/0378-2166(82)90021-2.

- Brody, E. M., Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press.
- Budziszewska, M. (2013). Wywiad biograficzny Dana McAdamsa : adaptacja polska i niektóre możliwości interpretacyjne. *Przeгляд Psychologiczny*, 56(3), 347 – 362.
- Caligor, E., Clarkin, J. F. (2013). Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. W: J. F. Clarkin, P. Fonagy, G. O. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Podręcznik kliniczny (s. 23-60). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Caligor, E., Kernberg, O., F., Clarkin, J., Yeomans, F., E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology*. APA Publishing
- Caligor, E., Levy, K. N., Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415–422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723>
- Carcione A., Semerari A., Nicolò G., Pedone R., Popolo R., Conti L., et al. (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Res.* 190, 60–71 . <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.032>
- Case, R. (1985). *Intellectual development from birth to adulthood*. NY: Academic.
- Caspi, A., Roberts, B. W., Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual review of psychology*, 56, 453–484. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913>
- Castiglioni, M., Laudisa, F. (2015). Toward psychiatry as a 'human' science of mind. The case of depressive disorders in DSM-5. *Frontiers in psychology*, 5, 1517. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01517>
- Catthoor, K., Schrijvers, D., Hutsebaut, J., Feenstra, D., Sabbe, B. (2015). Psychiatric Stigma in Treatment-Seeking Adults with Personality Problems: Evidence from a Sample of 214 Patients. *Frontiers in psychiatry*, 6, 101. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00101>
- Choi-Kain, L. W., Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysæter, T. E., Bender, D. S., Skodol, A. E., Selvik, S. G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial

- functioning-Concurrent validity of criterion A. *Personality disorders*, 11(2), 79–90.  
<https://doi.org/10.1037/per0000352>
- Christopher, J. C., Bickhard, M. H., Lambeth, G. S. (2001). Otto Kernberg's Object Relations Theory: A Metapsychological Critique. *Theory Psychology*, 11(5), 687–711.  
<https://doi.org/10.1177/0959354301115006>
- Cierpiałkowska (2016). Współczesna psychoanaliza i jej znaczenie dla psychologii klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.) *Psychologia Kliniczna* (s. 101-127). Polskie Wydawnictwo Naukowe.
- Cierpiałkowska, L. (2007/2016). *Psychopatologia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cierpiałkowska, L., Frączek, A. (2017). Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 6, 129–144.
- Cierpiałkowska, L., Marszał, M. (2013). Patologia organizacji osobowości w teorii relacji z obiektem O. Kernberga. *Casopismo Psychologiczne*, 19(3), 47-56.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). Psychologia kliniczna jako dziedzina badań i praktyki. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna. Podręcznik akademicki* (s. 21-33). Wydawnictwo PWN.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2017). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologii różnic indywidualnych. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.) *Zaburzenia osobowości: Problemy diagnozy klinicznej* (s. 15 – 34). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E., Sęk, H. (2016). Modele diagnozy klinicznej a problemy diagnostyczne. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 195 – 213). Polskie Wydawnictwo Naukowe.
- Clark, L. A., Shapiro, J. L., Daly, E., Vanderbleek, E. N., Negron, M. R., Harrison, J. (2018). Empirically Validated Diagnostic and Assessment Methods. W: W. J. Livesley, R. Larstone (red.), *Handbook of personality disorders: Theory, Research, and Treatment(2nd Edition)* (s. 3 – 24). Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Sowislo, J. F. (2020). An Object Relations Model Perspective on the Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3-4), 141–148. <https://doi.org/10.1159/000508353>
- Clarkin, J. F., Huprich, S. K. (2011). Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 192–205.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.192>

- Clarkin, J., F., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, O., F. (2019). *Manual for the Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Dostęp online 26.06.2023: <https://www.borderlinedisorders.com/structured-interview-of-personality-organization.php>
- Coles, R. (1989). *The call of stories: Teaching and the moral imagination*. Houghton, Mifflin and Company.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 171(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Conway, C. C., Hipwell, A. E., Stepp, S. D. (2017). Seven-Year Course of Borderline Personality Disorder Features: Borderline Pathology Is as Unstable as Depression during Adolescence. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 5(4), 742–749. <https://doi.org/10.1177/2167702617691546>
- Conway, C. C., Hopwood, C. J., Morey, L. C., Skodol, A. E. (2018). Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *Journal of abnormal psychology*, 127(6), 590–601. <https://doi.org/10.1037/abn0000364>
- Corradi R. B. (2006). A conceptual model of transference and its psychotherapeutic application. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34(3), 415–439. <https://doi.org/10.1521/jaap.2006.34.3.415>
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A. (2014). Mental illness stigma: Types, constructs, and vehicles for change. W: P. W. Corrigan (red.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (s. 35–56). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14297-003>
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Cowan, H. R., Mittal, V. A., McAdams, D. P. (2021). Narrative identity in the psychosis spectrum: A systematic review and developmental model. *Clinical psychology review*, 88, 102067. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102067>
- Creswell, J.W. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.
- Cronbach, L. J. , Gleser, G. C., Nanda, H., Rajaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements: Theory of generalizability for scores and profiles*. Wiley

- D'Aurizio, G., Di Stefano, R., Socci, V., Rossi, A., Barlattani, T., Pacitti, F., Rossi, R. (2023). The role of emotional instability in borderline personality disorder: a systematic review. *Annals of general psychiatry*, 22(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00439-0>
- Davidson, K. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7(3), 117-120. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.005>
- DeYoung, C. G. (2015). Cybernetic Big Five Theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33–58. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004>
- Di Pierro, R., Gargiulo, I., Poggi, A., Madeddu, F., Preti, E. (2020). The Level of Personality Functioning Scale Applied to Clinical Material From the Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Utility in Detecting Personality Pathology. *Journal of personality disorders*, 1–15. Advance online publication. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2020\\_34\\_472](https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_472)
- Di Pierro, R., Madeddu, F. (2018). Do narcissistic subtypes really exist? An ongoing debate. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(4), 236–241.
- Dimitrova, J., Simms, L. J. (2022). Construct validation of narrative coherence: Exploring links with personality functioning and psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(5), 482–493. <https://doi.org/10.1037/per0000508>
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological medicine*, 38(9), 1219–1229. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002024>
- Doering, S., Blüml, V., Parth, K., Feichtinger, K., Gruber, M., Aigner, M., Rössler-Schüle, H., Freidl, M., Wininger, A. (2018). Personality functioning in anxiety disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1870-0>
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13, Article 210. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-210>
- Dolczewski, M., Soroko, E. (2021). Wokół analizy autonarracji w badaniach nad zaburzeniami osobowości. W: E. Dryll, A. Cierpka, K. Małek (red.), *Psychologia narracyjna. O mądrości, miłości i cierpieniu* (s. 349-370). Liberi Libri.
- Dunlop, W. L. (2017). The Narrative Identity Structure Model (NISM). *Imagination, Cognition and Personality*, 37(2), 153–177. <https://doi.org/10.1177/0276236617733825>

- Epstein, L. (1977). The therapeutic function of hate in the countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 13(4), 442–461. <https://doi.org/10.1080/00107530.1977.10745508>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd Ed.). Norton.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., Collins, B., MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1057–1069. <https://doi.org/10.1037/a0034878>
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *The American journal of psychiatry*, 161(6), 946–954. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.946>
- Fivush R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual review of psychology*, 62, 559–582. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131702>
- Fivush, R. (1988). The functions of event memory: Some comments on Nelson and Barsalou. In U. Neisser E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 277–282). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511664014.011>
- Fonagy, P., Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689–708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Freud, S. (1910/1955). The future prospects of psycho-analytic therapy. W: J. Strachey (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t.7, (s. 139–152). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. W: J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* t. 12, (s. 97–108). Hogarth Press.
- Freud, S. (1917/1963). Introductory lectures on psychoanalysis. W: J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (s. 431–447).

- Frimer, J. A., Walker, L. J., Dunlop, W. L., Lee, B. H., Riches, A. (2011). The integration of agency and communion in moral personality: Evidence of enlightened self-interest. *Journal of personality and social psychology*, 101(1), 149–163. <https://doi.org/10.1037/a0023780>
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gamache, D., Savard, C. (2017). *Self and Interpersonal Functioning Scale*. Unpublished manuscript, Université du Québec à Trois-Rivières, Qc, Canada.
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM –5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438–447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Berthelot, N., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M., Lemieux, R., Mayrand, K., Nolin, M. C., Tremblay, M. (2021). A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale. *Frontiers in psychiatry*, 12, 628057. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628057>
- Ganellen R. J. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of personality assessment*, 89(1), 30–40. <https://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- Gill, M. M. (1988). Converting psychotherapy into psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 24(2), 262–274. <https://doi.org/10.1080/00107530.1988.10746241>
- Glover, N., Miller, J. D., Lynam, D. R., Crego, C., Widiger, T. A. (2012). The five-factor narcissism inventory: a five-factor measure of narcissistic personality traits. *Journal of personality assessment*, 94(5), 500–512. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.670680>
- Gore, W. L., Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 816–821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Gould, J. R., Prentice, N. M., Ainslie, R. C. (1996). The Splitting Index: construction of a scale measuring the defense mechanism of splitting. *Journal of personality assessment*, 66(2), 414–430. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6602\\_18](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6602_18)
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. University Press.

- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Saha, T. D., Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 35(12), 1747–1759. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006069>
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H. (2002). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 552–553. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00010>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Habermas, T., Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748–769. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.748>
- Habermas, T., de Silveira, C. (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence: Temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology*, 44(3), 707–721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.707>
- Hallford, D. J., Mellor, D. (2017). Development and Validation of the Awareness of Narrative Identity Questionnaire (ANIQ). *Assessment*, 24(3), 399-413. <https://doi.org/10.1177/1073191115607046>
- Harkness, A. R., Reynolds, S. M., Lilienfeld, S. O. (2014). A review of systems for psychology and psychiatry: Adaptive systems, personality psychopathology five (PSY-5), and the DSM -5 . *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 121–139. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.823438>
- Harris, R. J. (1985). *A primer of multivariate statistics*. Academic Press.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Herpertz, S. C., Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 73–77. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000026>



- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L., Sharp, C. (2017). The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. *Journal of personality disorders*, 31(5), 577–589. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_338](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338)
- Hopwood C. J. (2011). Personality traits in the DSM-5. *Journal of personality assessment*, 93(4), 398–405. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577472>
- Hopwood, C. J. (2018). Interpersonal dynamics in personality and personality disorders. *European Journal of Personality*, 32(5), 499–524. <https://doi.org/10.1002/per.2155>
- Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., Blonigen, D. M., Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G., Burt, S. A. (2011). Genetic and environmental influences on personality trait stability and growth during the transition to adulthood: a three-wave longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 100(3), 545–556. <https://doi.org/10.1037/a0022409>
- Hopwood, C. J., Good, E. W., Morey, L. C. (2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *Journal of personality assessment*, 100(6), 650–659. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1420660>
- Hörz-Sagstetter, S., Ohse, L., Kampe, L. (2021). Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. *Current psychiatry reports*, 23(7), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01250-y>
- Hunsley, J., Mash, E. J. (Eds.). (2008). *A guide to assessments that work*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195310641.001.0001>
- Huprich S. K. (2018). Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 213(6), 685–689. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.149>
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *Journal of personality assessment*, 89(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/00223890701356904>
- Huprich, S. K., Nelson, S. M., Meehan, K. B., Siefert, C. J., Haggerty, G., Sexton, J., Dauphin, V. B., Macaluso, M., Jackson, J., Zackula, R., Baade, L. (2018). Introduction of the DSM-5 levels of Personality Functioning Questionnaire. *Personality disorders*, 9(6), 553–563. <https://doi.org/10.1037/per0000264>
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the

- DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality disorders*, 7(2), 192–197. <https://doi.org/10.1037/per0000159>
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality disorders*, 8(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>
- Inhelder, B., Piaget, J. (1958). *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence*. Basic Books.
- James, W. (1890/1950). *The principles of psychology*. Henry Holt.
- Jańczak, M. O. (2018). Mentalization in clinical practice - psychodynamic perspective. *Psychoterapia*, 187(4), 5-17. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26596.63360>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600–606. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>
- Jørgensen, C. R. (2018). Identity. W: W. J. Livesley, R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (s. 107–122). The Guilford Press.
- Jørgensen, C. R., Berntsen, D., Bech, M., Kjølbye, M., Bennedsen, B. E., Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and cognition*, 21(2), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.01.010>
- Jørgensen, C. R., Bøye, R. (2022). How Does It Feel to Have a Disturbed Identity? The Phenomenology of Identity Diffusion in Patients With Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. *Journal of personality disorders*, 36(1), 40–69. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2021\\_35\\_526](https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_526)
- Jovev, M., Jackson, H. J. (2006). The relationship of borderline personality disorder, life events and functioning in an Australian psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 205–217. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.205>
- Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Spinath, F. M., Thiel, W., Angleitner, A. (2010). Sources of cumulative continuity in personality: a longitudinal multiple-rater twin study. *Journal of personality and social psychology*, 98(6), 995–1008. <https://doi.org/10.1037/a0019558>

- Karukivi, M., Vahlberg, T., Horjamo, K., Nevalainen, M., Korkeila, J. (2017). Clinical importance of personality difficulties: Diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC Psychiatry*, 17, Article 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1200-y>
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M. B., Andrews, H. F., Ayuso-Mateos, J. L., Gaebel, W., Zielasek, J., Saxena, S. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *The American psychologist*, 71(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/a0039972>
- Kendler K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American journal of psychiatry*, 162(3), 433–440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38–56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(4), 600–619.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jayson Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. YaleUniversity Press.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J. F. Clarkin, M. F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorder* (s. 106–140). Guilford Press.
- Kernberg, O. F. (2004). Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. W: J. J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (s. 92–119). John Wiley Sons Inc.
- Kernberg, O. F. (2012). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163(7), 234–238. <https://doi.org/10.4414/sanp.2012.00110>
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *The International journal of psycho-analysis*, 89(3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
- Klein D. N. (2003). Patients' versus informants' reports of personality disorders in predicting 7 1/2-year outcome in outpatients with depressive disorders. *Psychological assessment*, 15(2), 216–222. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.216>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 300–311. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.300>

- Knaak, S., Szeto, A. C.h, Fitch, K., Modgill, G., Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>
- Koo, T. K., Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kopaliński, W. (2006). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wiedza powszechna.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Krueger, R. F., Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 10, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>

- Kuncewicz, D. (2009). Co dzieje się z przeniesieniem po jego interpretacji? *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 277-292.
- Langdridge, D. (2018). *Phenomenological Psychology*. Oxford University Press.
- Lawn, S., McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(7), 510–521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>
- Lenzenweger M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(3), 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.003>
- Levy, K. N., Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 391–403. <https://doi.org/10.1037/a0029371>
- Lilgendahl, J. P., McAdams, D. P. (2011). Constructing stories of self-growth: how individual differences in patterns of autobiographical reasoning relate to well-being in midlife. *Journal of personality*, 79(2), 391–428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00688.x>
- Lind M. (2021). ICD-11 Personality Disorder: The Indispensable Turn to Narrative Identity. *Frontiers in psychiatry*, 12, 642696. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.642696>
- Lind, M. *System kodowania przetwarzania eksploracyjnego*. (Materiały niepublikowane).
- Lind, M., Adler, J. M., Clark, L. A. (2020). Narrative Identity and Personality Disorder: an Empirical and Conceptual Review. *Current psychiatry reports*, 22(12), 67. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01187-8>
- Lind, M., Sharp, C., Dunlop, W. L. (2022). *Why, How, and When to Integrate Narrative Identity Within Dimensional Approaches to Personality Disorders*. *Journal of personality disorders*, 36(4), 377–398. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2012\\_35\\_540](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_35_540)
- Lind, M., Thomsen, D. K., Bøye, R., Heinskou, T., Simonsen, S., Jørgensen, C. R. (2019a). Personal and parents' life stories in patients with borderline personality disorder. *Scandinavian journal of psychology*, 60(3), 231–242. <https://doi.org/10.1111/sjop.12529>
- Lind, M., Vanwoerden, S., Penner, F., Sharp, C. (2019b). Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 389–393. <https://doi.org/10.1037/per0000338>
- Livesley W. J. (2022). Progress but no cigar: Comment on Bach and Tracy (2022). *Personality disorders*, 13(4), 383–386. <https://doi.org/10.1037/per0000580>

- Livesley, W. J. (2018). Conceptual Issues. W: W. J. Livesley, R. Larstone (red.), *Handbook of personality disorders: Theory, Research, and Treatment(2nd Edition)* (s. 3 – 24). Guilford Press.
- Lowe, J. R., Widiger, T. A. (2009). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV with dimensional models of general personality. *Journal of Personality Disorders, 23*(3), 211–229. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.211>
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10250-000>
- Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Wilke, N., Lysaker, J. (2003). Narrative Incoherence in Schizophrenia: The Absent Agent-Protagonist and the Collapse of Internal Dialogue. *American Journal of Psychotherapy, 57*(2), 153–166.
- Magallón-Neri, E., González, E., Canalda, G., Forns, M., De La Fuente, J. E., Martínez, E., García, R., Lara, A., Vallès, A., Castro-Fornieles, J. (2014). Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 22*(3), 176–184. <https://doi.org/10.1002/erv.2268>
- Mar, R. A., Oatley, K. (2008). The function of fiction is the abstraction and simulation of social experience. *Perspectives on Psychological Science, 3*(3), 173–192. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00073.x>
- Marcoulides, G. A. (1993). Maximizing Power in Generalizability Studies under Budget Constraints. *Journal of Educational Statistics, 18*(2), 197–206. <https://doi.org/10.2307/1165086>
- Marková, I. S., Berrios, G. E. (2009). Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology, 42*(6), 343–349. <https://doi.org/10.1159/000236905>
- Martin, T., Thomas, S. (2015). Police officers' views of their encounters with people with personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 22*(2), 125–132. <https://doi.org/10.1111/jpm.12099>
- McAdams D. P. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. Guilford Press.
- McAdams, D. (1995b). The Life Story Interview. Dostęp: <https://sites.northwestern.edu/thestudyoflivesresearchgroup/instruments/>
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. William Morrow Co.

- McAdams, D. P. (1995a). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63(3), 365–396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00500.x>
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McAdams, D. P. (2006). The role of narrative in personality psychology today. *Narrative Inquiry*. <https://doi.org/10.1075/ni.16.1.04mca>
- McAdams, D. P. (2010). The Problem of Meaning in Personality Psychology from the Standpoints of Dispositional Traits, Characteristic Adaptations, and Life Stories, *The Japanese Journal of Personality*, 18(3), 173 – 186. <https://doi.org/10.2132/personality.18.173>
- McAdams, D. P. (2015). *The art and science of personality development*. The Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2018). Narrative identity: What is it? What does it do? How do you measure it? *Imagination, Cognition and Personality*, 37(3), 359–372. <https://doi.org/10.1177/0276236618756704>
- McAdams, D. P., Hoffman, B. J., Mansfield, E. D., Day, R. (1996). Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64(2), 339–377. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00514.x>
- McAdams, D. P., McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McAdams, D. P., Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.3.204>
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., Bowman, P. J. (2001). When Bad Things Turn Good and Good Things Turn Bad: Sequences of Redemption and Contamination in Life Narrative and their Relation to Psychosocial Adaptation in Midlife Adults and in Students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4), 474–485. <https://doi.org/10.1177/0146167201274008>
- McAdams, D., (2002). Coding Autobiographical Episodes for Themes of Agency and Communion. (Materiały niepublikowane)
- McCoy, T. P., Dunlop, W. L. (2017). Down on the upside: Redemption, contamination, and agency in the lives of adult children of alcoholics. *Memory*, 25(5), 586–594. <https://doi.org/10.1080/09658211.2016.1197947>
- McDonald, M., Pietsch, T., Wilson, J. (2010). Ontological insecurity: A guiding framework for borderline personality disorder. *Journal of Phenomenological Psychology*, 41(1), 85–105. <https://doi.org/10.1163/156916210X503100>

- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256–264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>
- McIntyre, S. M., Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 54(7), 923–931. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f)
- McLean, K. C. (2008). The emergence of narrative identity. *Social and Personality Compass*, 2(4), 1685–1702. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00124.x>
- McLean, K. C., Breen, A. V. (2009). Processes and content of narrative identity development in adolescence: Gender and well-being. *Developmental Psychology*, 45(3), 702–710. <https://doi.org/10.1037/a0015207>
- McLean, K. C., Fournier, M. A. (2008). The content and processes of autobiographical reasoning in narrative identity. *Journal of Research in Personality*, 42(3), 527–545. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.08.003>
- McLean, K. C., Pratt, M. W. (2006). Life's little (and big) lessons: Identity statuses and meaning-making in the turning point narratives of emerging adults. *Developmental Psychology*, 42(4), 714–722. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.4.714>
- McLean, K. C., Syed, M., Pasupathi, M., Adler, J. M., Dunlop, W. L., Drustrup, D., Fivush, R., Graci, M. E., Lilgendahl, J. P., Lodi-Smith, J., McAdams, D. P., McCoy, T. P. (2020). The empirical structure of narrative identity: The initial Big Three. *Journal of personality and social psychology*, 119(4), 920–944. <https://doi.org/10.1037/pspp0000247>
- McLean, K. C., Thorne, A. (2003). Late adolescents' self-defining memories about relationships. *Developmental Psychology*, 39(4), 635–645. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.4.635>
- McWilliams, N. (1994/2021). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Meehan, K. B., Siefert, C., Sexton, J., Huprich, S. K. (2019). Expanding the Role of Levels of Personality Functioning in Personality Disorder Taxonomy: Commentary on "Criterion A of the AMPD in HiTOP". *Journal of personality assessment*, 101(4), 367–373. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1551228>
- Mineka, S., Watson, D., Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, 49, 377–412. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>



- Mischel, W., Shoda, Y. (1995). A Cognitive-Affective System Theory of Personality: Reconceptualizing Situations, Dispositions, Dynamics, and Invariance in Personality Structure, *Psychological Review*, 102(2), 246 – 268. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.246>
- Monaghan, C., Bizumic, B. (2023). Dimensional models of personality disorders: Challenges and opportunities. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1098452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1098452>
- Morey, L. C. (1988). Personality disorders in *DSM-III* and *DSM-III-R*: Convergence, coverage, and internal consistency. *The American Journal of Psychiatry*, 145(5), 573–577. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.573>
- Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morey, L. C. (2019). Thoughts on the assessment of the *DSM–5* alternative model for personality disorders: Comment on Sleep et al. (2019). *Psychological Assessment*, 31(10), 1192–1199. <https://doi.org/10.1037/pas0000710>
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. *Current psychiatry reports*, 17(4), 558. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of personality assessment*, 93(4), 347–353. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577853>
- Morey, L. C., Hopwood, C. J. (2013). Stability and change in personality disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9, 499–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185637>
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Yen, S., Stout, R. L., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (2007). Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychological Medicine*, 37(7), 983–994. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009482>
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Markowitz, J. C., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological medicine*, 42(8), 1705–1713. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002601>

- Mulay, A. L., Cain, N. M., Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Adler, J. M., Garcia, D. J., Kurtz, J. E., Lenger, K. A., Skadberg, R. (2018). Personality Constructs and Paradigms in the Alternative DSM-5 Model of Personality Disorder. *Journal of personality assessment*, *100*(6), 593–602. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1477787>
- Mullins-Sweatt, S. N., Edmundson, M., Sauer-Zavala, S., Lynam, D. R., Miller, J. D., Widiger, T. A. (2012). Five-factor measure of borderline personality traits. *Journal of personality assessment*, *94*(5), 475–487. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.672504>
- Mullins-Sweatt, S. N., Lengel, G. J. (2012). Clinical utility of the Five-Factor Model of personality disorder. *Journal of personality*, *80*(6), 1615–1639. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00774.x>
- Murri, M. B., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., Ricci, F., Pompili, M., Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and adolescent mental health*, *22*(2), 69–76. <https://doi.org/10.1111/camh.12195>
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, *190*(1), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
- Ociskova, M., Prasko, J., Latalova, K., Kamaradova, D., Grambal, A. (2016). Psychological factors and treatment effectiveness in resistant anxiety disorders in highly comorbid inpatients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, Article 1539-1551. <https://doi.org/10.2147/NDT.S104301>
- Oldham J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(2), 234–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., et al. (1992). Diagnosis of *DSM-III—R* personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(2), 213–220. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.2.213>
- Pagan, J. L., Oltmanns, T. F., Whitmore, M. J., Turkheimer, E. (2005). Personality disorder not otherwise specified: searching for an empirically based diagnostic threshold. *Journal of personality disorders*, *19*(6), 674–689. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.674>
- Pals J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of personality*, *74*(4), 1079–1109. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x>

- Paluchowski, J. (2001). *Diagnoza psychologiczna : podejście ilościowe i jakościowe*. Scholar
- Paris J. (2007). Why Psychiatrists are Reluctant to Diagnose: Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(1), 35–39.
- Pasupathi, M., Hoyt, T. (2009). The development of narrative identity in late adolescence and emergent adulthood: The continued importance of listeners. *Developmental Psychology*, 45(2), 558–574. <https://doi.org/10.1037/a0014431>
- Pasupathi, M., Mansour, E. (2006). Adult age differences in autobiographical reasoning in narratives. *Developmental Psychology*, 42(5), 798–808. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.798>
- Pasupathi, M., Mansour, E., Brubaker, J. R. (2007). Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 50(2-3), 85–110. <https://doi.org/10.1159/000100939>
- Pasupathi, M., Wainryb, C., Bourne, S., Posada, R. (2017). Narrative Construction of Morality in Adolescence Among Typically Developing and Violence-Exposed Youth. *Imagination, Cognition and Personality*, 37(2), 178-198. <https://doi.org/10.1177/0276236617733826>
- Perroud, N., Badoud, D., Weibel, S., Nicasastro, R., Hasler, R., Küng, A. L., Luyten, P., Fonagy, P., Dayer, A., Aubry, J. M., Prada, P., Debbané, M. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 256, 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.087>
- Pervin, L.A. (2005). *Psychologia Osobowości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Peter, L. J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlan, H., McLaren, T., Tomczyk, S., Speerforck, S., Schomerus, G. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological medicine*, 51(5), 716–726. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000854>
- Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Proietti, J. M., Clark, S. W., McDavid, J. D., Pitts, T. E. (1995). The reliability and validity of two structured diagnostic interviews for personality disorders. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1025–1033. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240043009>
- Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Ruddy, J., Serrao, P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD standard. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 46–54. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.46>

- Pillemer, D. B., Goldsmith, L. R., Panter, A. T., White, S. H. (1988). Very long-term memories of the first year in college. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 14(4), 709–715. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.14.4.709>
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 41–53. <https://doi.org/10.1037/a0021191>
- Pincus, A. L., Hopwood, C. F. (2012). A contemporary interpersonal model of personality pathology and personality disorder. W: T. A. Widiger (red.), *The Oxford handbook of personality disorders* (s. 372–398). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0018>
- Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Pincus, A. L., Roche, M. J. (2019). Paradigms of personality assessment and level of personality functioning in criterion A of the AMPD. [W:] C. J. Hopwood, A. L. Mulay, M. H. Waugh (red.) *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (s. 48–59). Routledge/Taylor Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315205076-2>
- Polkinghorne, D. E. (1989). Phenomenological research methods. W: R. S. Valle S. Halling (red.), *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience* (s. 41–60). Plenum Press.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M., Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 154(3), 189–197. <https://doi.org/10.5507/bp.2010.029>
- Pretzer, J. L. and Fleming, B. (1989). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist*, 12, 105–109
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. International Universities Press.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457–464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Reed, G. M., Keeley, J. W., Rebello, T. J., First, M. B., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C. S., Krasnov, V. N., Maj, M., de Jesus Mari, J., Sharan, P., Stein,

- D. J., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H. F., Asevedo, E., Cheour, M., Domínguez-Martínez, T., ... Medina-Mora, M. E. (2018). Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(3), 306–315. <https://doi.org/10.1002/wps.20581>
- Reese, E., Haden, C. A., Baker-Ward, L., Bauer, P., Fivush, R., Ornstein, P. A. (2011). Coherence of Personal Narratives across the Lifespan: A Multidimensional Model and Coding Method. *Journal of cognition and development : official journal of the Cognitive Development Society*, *12*(4), 424–462. <https://doi.org/10.1080/15248372.2011.587854>
- Rifkin-Zybutz, R. P., Moran, P., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., London Personality and Mood Disorder Consortium, Fonagy, P., Montague, R. P. (2021). Impaired mentalizing in depression and the effects of borderline personality disorder on this relationship. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *8*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00153-x>
- Roberts, B. W., DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *126*(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>
- Roberts, B. W., Walton, K. E., Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>
- Roche, M. J., Jacobson, N. C., Phillips, J. J. (2018). Expanding the Validity of the Level of Personality Functioning Scale Observer Report and Self-Report Versions Across Psychodynamic and Interpersonal Paradigms. *Journal of personality assessment*, *100*(6), 571–580. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1475394>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, *48*(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(9), 702–708. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318186de80>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. *Psychiatry research*, *178*(1), 191–195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.019>

- Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A., Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 65(1), 3–8. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00230-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00230-5)
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., Markon, K., E., Krueger, R., F. (2019). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I – podstawy teoretyczne. *Psychiatria Polska*, 53(1), 7–22. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/86477>
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Samuel, D. B., Widiger, T. A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of abnormal psychology*, 115(2), 298–308. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.298>
- Samuel, D. B., Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326–1342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002>
- Samuel, D. B., Widiger, T. A. (2010). A comparison of obsessive-compulsive personality disorder scales. *Journal of Personality Assessment*, 92(3), 232–240. <https://doi.org/10.1080/00223891003670182>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3(1), 43–47.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (red.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3–21). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Schauenburg H., Grande T. (2012). Interview measures of interpersonal functioning and quality of object relations. W: L. M., Horowitz; S., Strack (red.), *Handbook of interpersonal psychology* (s. 343–356). John Wiley Sons, Inc.
- Schmeichel, B. J., Vohs, K. (2009). Self-affirmation and self-control: Affirming core values counteracts ego depletion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 770–782. <https://doi.org/10.1037/a0014635>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis*. Sage.
- Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry research*, 312, 114558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114558>

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicoló, G., Pedone, R., Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 19(6), 690–710. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.690>
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563–573.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Sharp, C., Tackett, J. L. (2014). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1>
- Sharp, C., Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annual review of clinical psychology*, 17, 313–337. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387–398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *The American journal of psychiatry*, 167(9), 1026–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050746>
- Shedler, J., Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of personality assessment*, 89(1), 41–55. <https://doi.org/10.1080/00223890701357092>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Sherry, D. F., Schacter, D. L. (1987). The evolution of multiple memory systems. *Psychological Review*, 94(4), 439–454. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.4.439>
- Silk, K. R. (2011). The risks may be too high. *Personality and Mental Health*, 5(4), 296–300. <https://doi.org/10.1002/pmh.187>
- Skodol, A. E., Bender, D. S. (2009). The future of personality disorders in DSM-V?. *The American journal of psychiatry*, 166(4), 388–391. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010090>

- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality disorders*, 2(1), 4–22. <https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>
- Slakter, E. (red.) (1987). *Countertransference*. Jason Aronson.
- Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L., Miller, J. D. (2019). An evaluation of DSM-5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. *Psychological assessment*, 31(10), 1181–1191. <https://doi.org/10.1037/pas0000620>
- Sloover, M., van Est, L. A. C., Janssen, P. G. J., Hilbink, M., van Ee, E. (2022). A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *Journal of anxiety disorders*, 92, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102641>
- Soroko, E., Janowicz, K., Frackowiak, A., Siatka, A. (2019) Polska wersja kwestionariusza do badania świadomości tożsamości narracyjnej Polskie Forum Psychologiczne, 24(4), 477–497 <https://doi.org/10.14656/PFP20190406>
- Soroko, E. (2007). *Poziom autonarracyjności wypowiedzi i użyteczność wybranych sposobów ich generowania*. Dostęp: <https://repozytorium.amu.edu.pl/items/040e1eee-f8c9-4586-a24f-11e0f23ac0db>
- Soroko, E. (2013). Kwestionariusz Inklinacji Autonarracyjnej (IAN-R) – pomiar skłonności do narracyjnego opracowywania i relacjonowania doświadczenia. *Strudia Psychologiczne*, 51(1), 5-18. DOI: 10.2478/v10167-010-0063-4
- Soroko, E. (2014). *Aktywność autonarracyjna osób o różnych poziomach organizacji osobowości*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Soroko, E. (2020). Kliniczna diagnoza opisowa w ICD-11. Diagnozowanie zaburzeń osobowości jako przykład zdążania w stronę modeli dymensjonalnych w psychopatologii. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 7, 104-122.
- Soroko, E. (2023). *Podręcznik do kodowania koherencji narracji*. (Materiały niepublikowane).



- Soroko, E., Ciecuch, J., Gamache, D. (2024). Validation of the Polish Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS-PL) in Community and Clinical Samples. *Current Issues of Personality Psychology* (w druku).
- Soroko, E., Cierpiałkowska, L. (2016). Jakość diagnozy klinicznej i jej uwarunkowania. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (s. 263-278). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Soroko, E., Cierpiałkowska, L., Mech, Ł. (2023). Self-report versus clinical ratings using the SWAP-200 in the assessment of personality disorders. *Polish Psychological Bulletin*, 54(3), 178-191. <https://doi.org/10.24425/ppb.2023.148050>
- South, S. C., DeYoung, N. J. (2013). Behavior genetics of personality disorders: Informing classification and conceptualization in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(3), 270–283. <https://doi.org/10.1037/a0026255>
- Specht, J., Egloff, B., Schmukle, S. C. (2011). Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(4), 862–882. <https://doi.org/10.1037/a0024950>
- Starbuck, C. (2023). *The Fundamentals of People Analytics*. Springer.
- Stein K. F. (1996). Affect instability in adults with a borderline personality disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 10(1), 32–40. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(96\)80084-7](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(96)80084-7)
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2008). *Diagnoza Psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. GWP
- Stolorow, R., Atwood, G., Brandchaft, B., and Atwood, G. (1987) *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. The Analytic Press.
- Strelau, J. (1985). *Temperament, osobowość, działanie*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Strus, W., Łakuta, P., Ciecuch, J. (2021). Anankastia or Psychoticism? Which One Is Better Suited for the Fifth Trait in the Pathological Big Five: Insight From the Circumplex of Personality Metatraits Perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12, 648386. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.648386>
- Suszek, H., Wegner, E., Maliszewski, N. (2015). Przeniesienie i jego użyteczność w psychoterapii w świetle badań empirycznych. *Roczniki Psychologiczne*, 18(3), 345–362.
- Syed, M., Nelson, S. C. (2015). Guidelines for establishing reliability when coding narrative data. *Emerging Adulthood*, 3(6), 375–387. <https://doi.org/10.1177/2167696815587648>
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Harvard University Press.

- Telch, M. J., Kamphuis, J. H., Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 469–474. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.008>
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, 20(3), 308–311. <https://doi.org/10.1177/1073191112457589>
- Thorne, A., Michaelieu, Q. (1996). Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child development*, 67(4), 1374–1390.
- Trull, T. J., Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Tulving E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual review of psychology*, 53, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Tulving, E. (1983) Elements of Episodic Memory. Oxford University Press.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/h0080017>
- Tulving, E. (1993). What is episodic memory? *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 67–70. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770899>
- Uzar, M., Dmitrzak-Węglarz, M., Słopeń, A. (2023). Mentalizing in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Brain sciences*, 13(10), 1473. <https://doi.org/10.3390/brainsci13101473>
- Vaillant, G. E., Perry, J. C. (1985). Personality disorders. W: H. I. Kaplan i B. J. Sadock (red.), *Comprehensive textbook of psychiatry/IV* (Vol. 1, s. 958–986). Williams Wilkins.
- Vanaken, L., Smeets, T., Bijttebier, P., Hermans, D. (2021). Keep Calm and Carry On: The Relations Between Narrative Coherence, Trauma, Social Support, Psychological Well-Being, and Cortisol Responses. *Frontiers in psychology*, 12, 558044. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.558044>
- Vanaken, L., Waters, T. E. A., Boddez, Y., Bijttebier, P., Hermans, D. (2022). Reconciling a phenomenological with a functional approach to memory: narrative coherence and its social function. *Memory*, 30(3), 354–368. <https://doi.org/10.1080/09658211.2021.2009877>
- Vanden Poel, L., Hermans, D. (2019). Narrative coherence and identity: Associations with psychological well-being and internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01171>

- Vanderveren, E., Bogaerts, A., Claes, L., Luyckx, K., Hermans, D. (2021). Narrative Coherence of Turning Point Memories: Associations With Psychological Well-Being, Identity Functioning, and Personality Disorder Symptoms. *Frontiers in psychology*, *12*, 623903. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.623903>
- VanVoorhis, C. R. W., Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, *3*, 43-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Verheul, R., Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of personality disorders*, *18*(4), 309–319. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.309.40350>
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. Basic Books.
- Waters, T. E. A., Fivush, R. (2015). Relations between narrative coherence, identity, and psychological well-being in emerging adulthood. *Journal of Personality*, *83*(4), 441–451. <https://doi.org/10.1111/jopy.12120>
- Waugh, M. H. (2019). Construct and paradigm in the AMPD. W: C. J. Hopwood, A. L. Mulay, M. H. Waugh (red.) *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (s. 1–47). Routledge/Taylor Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315205076-1>
- Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., Wright, A. G. C. (2017). Psychological Assessment with the *DSM-5* Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional psychology, research and practice*, *48*(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Westen, D. (1988). Transference and information processing. *Clinical Psychology Review*, *8*(2), 161–179. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90057-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90057-8)
- Westen, D., Betan, E., Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 305–313. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000817>
- Westen, D., Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of abnormal psychology*, *116*(4), 810–822. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.810>
- Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus,

- A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., Wright, A., Zimmermann, J., Bagby R. M., Cicero, D. C., Conway, C. C., De Clercq, B., Docherty, A. R., Eaton, N R., Forbush K. T., Halting, J. D., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Lynam, D. R., Markon K. E., Reininghaus. U., Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of personality assessment*, 101(4), 345–355. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr. (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *Journal of personality*, 80(6), 1471–1506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x>
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr. (red.). (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13939-000>
- Widiger, T. A., McCabe, G. A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3-4), 149–156. <https://doi.org/10.1159/000507378>
- Widiger, T. A., Mullins-Sweatt, S. N. (2010). Clinical utility of a dimensional model of personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 488–494. <https://doi.org/10.1037/a0021694>
- Widiger, T. A., Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. Guilford Press.
- Wiggins, J. S., Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 305–316. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.305>
- Wilkinson-Ryan, T., Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 528–541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-11. World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Wright A. G. (2011). Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder. *Journal of personality assessment*, 93(4), 370–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577477>

- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(8), 1120–1134. <https://doi.org/10.1037/abn0000165>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *The American journal of psychiatry, 164*(6), 929–935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>
- Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., Frankenburg, F. R. (2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 23*(2), 113–121. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.113>
- Zimmerman M. (2011). A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *Journal of personality disorders, 25*(2), 206–221. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.206>
- Zimmerman M. (2015). Borderline personality disorder: a disorder in search of advocacy. *The Journal of nervous and mental disease, 203*(1), 8–12. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000226>
- Zimmerman, M. (2012). Is there adequate empirical justification for radically revising the personality disorders section for *DSM-5*? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(4), 444–457. <https://doi.org/10.1037/a0022108>
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., Spitzer, C., Benecke, C., Krueger, R. F., Markon, K. E., Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders, 28*(4), 518–540. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_130](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_130)
- Zimmermann, R., Stepan, M., Zimmermann, J., Oeltjen, L., Birkhölzer, M., Schmeck, K., Goth, K. (2022). A DSM-5 AMPD and ICD-11 compatible measure for an early identification of personality disorders in adolescence-LoPF-Q 12-18 latent structure and short form. *PloS one, 17*(9), e0269327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269327>

## 7. Załączniki

### Załącznik 1. Treść informacji zamieszczanej na Facebooku w celu rekrutacji osób z kontekstu nieklinicznego

Szanowni Państwo,

proszę o pomoc w realizacji i udział w badaniu psychologicznym sprawdzającym zależność zachodzącą między sposobem opowiadania o własnym życiu a osobowością (więcej informacji w linku na dole postu). Badanie prowadzę na rzecz swojej pracy doktorskiej.

Badanie składa się z dwóch etapów - **etap pierwszy, online**, polega na wypełnieniu metryczki oraz dwóch krótkich kwestionariuszy (około 5-7 minut) - link na dole postu. Po pierwszym etapie skontaktujemy się z niektórymi osobami, które zostaną poproszone o udział w **drugim etapie** badania, który organizowany jest **stacjonarnie**, na Kampusie UAM Ogrody i polega na wypełnieniu kilku kwestionariuszy oraz rozmowie na temat ważnych wydarzeń z Państwa życia (czas spotkania to około 1,5h).

Dla każdej osoby, która weźmie udział w **drugim etapie** badania przewidziany jest bon do sklepu empik o wartości 25zł.

[link do formularza online]

**Załącznik 2. Treść informacji o badaniu dołączona na początku kwestionariusza online dla osób spoza kontekstu klinicznego (etap 1)**

## **Informacja dla uczestnika badania**

Przedmiotem badania jest związek między sposobem budowania historii życia, a więc tym, w jaki sposób osoba opowiada o swoim życiu a osobowością. Badanie prowadzone jest na wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Kierownikiem badania jest mgr Arkadiusz Wesołowski ([arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)). Opiekunem naukowym badania jest prof. UAM dr hab. Emilia Soroko ([soroko@amu.edu.pl](mailto:soroko@amu.edu.pl))

Badanie podzielone jest na dwa etapy. Etap pierwszy polega na wypełnieniu jednego kwestionariusza, udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące historii leczenia psychiatrycznego lub korzystania z terapii psychologicznej oraz wypełnienia danych demograficznych. Czas trwania tego etapu to 5-10 minut. Rozpoczęcie badania możliwe jest po wyrażeniu przez Pana/Panią pisemnej zgody (na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych – na kolejnej stronie). Zostanie również Pan/i poproszony/a o podanie adresu mailowego. Część osób po wzięciu udziału w pierwszym etapie zostanie zaproszona do drugiego etapu badania, który odbędzie się stacjonarnie na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Adres mailowy jest niezbędny do kontaktu z osobami, których wyniki okażą się pożądane z punktu widzenia celu badania.

Drugi etap będzie składał się z dwóch kwestionariuszy oraz rozmowy na temat kluczowych wydarzeń z Pana/i życia. Czas trwania tej części to około 1,5h. Treść rozmowy będzie nagrywana w celu późniejszej transkrypcji (spisania) oraz dokonania analiz.

Pana/i udział w badaniu jest dobrowolny. Może Pan/i odstąpić od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania (również w trakcie) oraz poprosić o wycofanie wyników z bazy danych. Wycofanie wyników będzie możliwe przez dwa tygodnie od udziału w badaniu.

Podany przez Pana/Panią adres mailowy będzie wykorzystany tylko do kontaktu w sytuacji, kiedy zostanie zakwalifikowany Pan/i do drugiego etapu badania.

Baza zebranych maili będzie usunięta po analizie wyników wypełnionego kwestionariusza oraz podjęciu kontaktu z zakwalifikowanymi osobami.

Każda osoba biorąca udział w badaniu zostanie poinformowana o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu do etapu drugiego w wiadomości mailowej przesłanej na podany adres.

Każda osoba, która zostanie zakwalifikowana do etapu drugiego oraz która odbędzie spotkanie z osobą przeprowadzającą badanie otrzyma bono do Empiku o wartości 25 zł w ramach rekompensaty za poświęcony czas.

**Załącznik 3. Treść zgody na udział w badaniu dołączona na początku kwestionariusza online dla osób spoza kontekstu klinicznego (etap 1)**

## **Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

### **Zgoda na udział w badaniu**

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałem/am poinformowany/a, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Wyrażam świadomą i partą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniu.

1. Wyrażam zgodę na udział w badaniu
2. Nie wyrażam zgody na udział w badaniu



**Załącznik 4. Treść zgody na przetwarzanie danych osobowych dołączona na początku kwestionariusza online dla osób spoza kontekstu klinicznego (etap 1)**

## **Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

### **Zgoda na przetwarzanie danych**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (adresu mailowego) oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałem/am poinformowany/a o tym w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osób nieupoważnionych.

Zostałem/am poinformowany/a o czasie przechowywania tych danych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
2. Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych

## **Załącznik 5. Treść informacji dołączonej do badania osób spoza kontekstu klinicznego (dla kobiet; etap 2)**

### **Informacja dla uczestnika badania**

Przedmiotem badania jest związek między sposobem budowania historii życia, a więc tym, w jaki sposób osoba opowiada o swoim życiu a osobowością. Badanie prowadzone jest na wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Kierownikiem badania jest mgr Arkadiusz Wesołowski ([arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)). Osoba przeprowadzająca badanie została przeszkolona z procedury badawczej oraz udzieli Panu/i wszelkich niezbędnych informacji na temat badania oraz odpowie na wszystkie pytania dotyczące badania. Rozpoczęcie badania możliwe jest po wyrażeniu przez Panią pisemnej zgody (na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych). Pani udział w badaniu jest dobrowolny. Może Pani odstąpić od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania (również w trakcie) oraz poprosić o wycofanie wyników z bazy danych. Wycofanie wyników będzie możliwe przez dwa tygodnie po udziale w badaniu.

Na podstawie wyników internetowego badania kwestionariuszowego została Pani zakwalifikowana do drugiego etapu badania, który składa się z dwóch kwestionariuszy oraz rozmowy na temat najważniejszych wydarzeń z Pani przeszłego życia. Czas trwania tej części to około 1,5h. W ramach rekompensaty za poświęcony czas otrzyma Pani bon do sklepu Empik o wartości 25 zł.

Udział w badaniu może wiązać się z doświadczeniem przez Panią negatywnych emocji związanych z odpowiadaniem na pytania dotyczące ogólnie pojętego zdrowia psychicznego oraz opowiadanie na temat kluczowych, z punktu widzenia Pani życia, wydarzeń. Jeżeli okaże się, że procedura badania jest dla Pani zbyt obciążająca proszę poinformować o tym osobę przeprowadzającą badanie, która udzieli wsparcia psychologicznego w zaistniałej sytuacji.

Wyniki badania zostaną zanonimizowane. Zostaną one opatrzone specjalnie wygenerowanym kodem, który uniemożliwi identyfikację Pani osoby na ich podstawie. W celu możliwości odnalezienia Pani wyników (np. w sytuacji prośby o wycofanie ich z bazy) zostanie sporządzona specjalna lista z nazwiskami osób badanych oraz kodem. Zgody i wyniki osób badanych będą przechowywane w osobnych szafkach zamykanych na klucz na terenie UAM. Lista nazwisk i kodów będzie sporządzona w wersji elektronicznej i przechowywana w zaszyfrowanym pliku.

Czas przechowywania danych: 4 lata od ich zebrania.

**Załącznik 6. Treść zgody na udział w badaniu dla osób spoza kontekstu klinicznego  
(dla kobiet; etap 2)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na udział w badaniu**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że zostałam szczegółowo poinformowana o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam poinformowana, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Wyrażam świadomą i partą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

**Załącznik 7. Treść zgody na przetwarzanie danych osobowych dla osób spoza kontekstu klinicznego (dla kobiet; etap 2)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałam poinformowana o tym w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osób nieupoważnionych.

Zostałam poinformowana o czasie przechowywania tych danych

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

## **Załącznik 8. Treść informacji dołączonej do badania osób spoza kontekstu klinicznego (dla mężczyzn; etap 2)**

### **Informacja dla uczestnika badania**

Przedmiotem badania jest związek między sposobem budowania historii życia, a więc tym, w jaki sposób osoba opowiada o swoim życiu a osobowością. Badanie prowadzone jest na wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Kierownikiem badania jest mgr Arkadiusz Wesołowski ([arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)). Osoba przeprowadzająca badanie została przeszkolona z procedury badawczej oraz udzieli Panu wszelkich niezbędnych informacji na temat badania oraz odpowie na wszystkie pytania dotyczące badania. Rozpoczęcie badania możliwe jest po wyrażeniu przez Pana pisemnej zgody (na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych). Pana/i udział w badaniu jest dobrowolny. Może Pan odstąpić od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania (również w trakcie) oraz poprosić o wycofanie wyników z bazy danych. Wycofanie wyników będzie możliwe przez dwa tygodnie po udziale w badaniu.

Na podstawie wyników internetowego badania kwestionariuszowego został Pan zakwalifikowany do drugiego etapu badania, który składa się z dwóch kwestionariuszy oraz rozmowy na temat najważniejszych wydarzeń z Pana przeszłego życia. Czas trwania tej części to około 1,5h. W ramach rekompensaty za poświęcony czas otrzyma Pan bon do sklepu Empik o wartości 25 zł.

Udział w badaniu może wiązać się z doświadczeniem przez Pana negatywnych emocji związanych z odpowiadaniem na pytania dotyczące ogólnie pojętego zdrowia psychicznego oraz opowiadanie na temat kluczowych, z punktu widzenia Pana życia, wydarzeń. Jeżeli okaże się, że procedura badania jest dla Pana zbyt obciążająca proszę poinformować o tym osobę przeprowadzającą badanie, która udzieli wsparcia psychologicznego w zaistniałej sytuacji.

Wyniki badania zostaną zanonimizowane. Zostaną one opatrzone specjalnie wygenerowanym kodem, który uniemożliwi identyfikację Pana osoby na ich podstawie. W celu możliwości odnalezienia Pana wyników (np. w sytuacji prośby o wycofanie ich z bazy) zostanie sporządzona specjalna lista z nazwiskami osób badanych oraz kodem. Zgody i wyniki osób badanych będą przechowywane w osobnych szafkach zamykanych na klucz na terenie UAM. Lista nazwisk i kodów będzie sporządzona w wersji elektronicznej i przechowywana w zaszyfrowanym pliku.

Czas przechowywania danych: 4 lata od ich zebrania.

**Załącznik 9. Treść zgody na udział w badaniu dla osób spoza kontekstu klinicznego  
(dla mężczyzn; etap 2)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na udział w badaniu**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że zostałem szczegółowo poinformowany o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałem poinformowany, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Wyrażam świadomą i opartą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

**Załącznik 10. Treść zgody na przetwarzanie danych osobowych dla osób spoza kontekstu klinicznego (dla mężczyzn; etap 2)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałem poinformowany o tym w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osób nieupoważnionych.

Zostałem poinformowany o czasie przechowywania tych danych

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

## **Załącznik 11. Treść informacji dołączonej na początku badania osób w kontekście klinicznym (dla kobiet)**

### **Informacja dla uczestnika badania**

Przedmiotem badania jest związek między sposobem budowania historii życia, a więc tym, w jaki sposób osoba opowiada o swoim życiu a osobowością. Badanie prowadzone jest na wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Kierownikiem badania jest mgr Arkadiusz Wesołowski ([arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)). Opiekunem naukowym badania jest prof. UAM dr hab. Emilia Soroko ([soroko@amu.edu.pl](mailto:soroko@amu.edu.pl)) Osoba przeprowadzająca badanie została przeszkolona z procedury badawczej oraz udzieli Panu/i wszelkich niezbędnych informacji na temat badania oraz odpowie na wszystkie pytania dotyczące badania. Rozpoczęcie badania możliwe jest po wyrażeniu przez Panią pisemnej zgody (na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych). Pana/i udział w badaniu jest dobrowolny. Może Pani odstąpić od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania (również w trakcie) oraz poprosić o wycofanie wyników z bazy danych. Wycofanie wyników będzie możliwe przez dwa tygodnie po udziale w badaniu.

Udział w badaniu może wiązać się z doświadczeniem przez Panią negatywnych emocji związanych z odpowiadaniem na pytania dotyczące ogólnie pojętego zdrowia psychicznego oraz opowiadanie na temat kluczowych, z punktu widzenia Pani życia, wydarzeń. Jeżeli okaże się, że procedura badania jest dla Pani zbyt obciążająca proszę poinformować o tym osobę przeprowadzającą badanie, która udzieli wsparcia psychologicznego w zaistniałej sytuacji.

Wyniki badania zostaną zanonimizowane. Zostaną one opatrzone specjalnie wygenerowanym kodem, który uniemożliwi identyfikację Pana osoby na ich podstawie. W celu odnalezienia Pani wyników (np. w sytuacji prośby o wycofanie ich z bazy) zostanie sporządzona specjalna lista z nazwiskami osób badanych oraz kodem. Zgody i wyniki osób badanych będą przechowywane w osobnych szafkach zamykanych na klucz na terenie UAM. Lista nazwisk i kodów będzie sporządzona w wersji elektronicznej i przechowywana w zaszyfrowanym pliku.

Czas przechowywania danych: 4 lata od ich zebrania.

Badanie podzielone jest na dwa etapy. Etap pierwszy składa się z wypełnienia jednego kwestionariusza. Czas trwania tego etapu to 5-10 minut. Po wypełnieniu tego kwestionariusza część z osób zostanie poproszona o udział w drugim etapie, który będzie składał się dwóch kwestionariuszy oraz rozmowy na temat kluczowych wydarzeń z Pani życia. Czas trwania tej części to około 1,5h. Treść rozmowy będzie nagrywana w celu późniejszej transkrypcji (spisania) oraz dokonania analiz.

W ramach rekompensaty za poświęcony czas otrzyma Pani bon o wartości 25 zł do zrealizowania w sklepie Empik.



**Załącznik 12. Treść zgody na udział w badaniu dla osób z kontekstu klinicznego (dla kobiet)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na udział w badaniu**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że zostałam szczegółowo poinformowana o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam poinformowany, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Wyrażam świadomą i opartą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

**Załącznik 13. Treść zgody na przetwarzanie danych osobowych dla osób z kontekstu klinicznego (dla kobiet)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałam poinformowana o tym w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osób nieupoważnionych.

Zostałam poinformowany/a o czasie przechowywania tych danych

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

## **Załącznik 14. Treść informacji dołączonej na początku badania osób w kontekście klinicznym (dla mężczyzn)**

### **Informacja dla uczestnika badania**

Przedmiotem badania jest związek między sposobem budowania historii życia, a więc tym, w jaki sposób osoba opowiada o swoim życiu a osobowością. Badanie prowadzone jest na wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM. Kierownikiem badania jest mgr Arkadiusz Wesołowski ([arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)). Opiekunem naukowym badania jest prof. UAM dr hab. Emilia Soroko ([soroko@amu.edu.pl](mailto:soroko@amu.edu.pl)) Osoba przeprowadzająca badanie została przeszkolona z procedury badawczej oraz udzieli Panu wszelkich niezbędnych informacji na temat badania oraz odpowie na wszystkie pytania dotyczące badania. Rozpoczęcie badania możliwe jest po wyrażeniu przez Pana pisemnej zgody (na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych). Pana udział w badaniu jest dobrowolny. Może Pan odstąpić od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania (również w trakcie) oraz poprosić o wycofanie wyników z bazy danych. Wycofanie wyników będzie możliwe przez dwa tygodnie po udziale w badaniu.

Udział w badaniu może wiązać się z doświadczeniem przez Pana negatywnych emocji związanych z odpowiadaniem na pytania dotyczące ogólnie pojętego zdrowia psychicznego oraz opowiadanie na temat kluczowych, z punktu widzenia Pana życia, wydarzeń. Jeżeli okaże się, że procedura badania jest dla Pana zbyt obciążająca proszę poinformować o tym osobę przeprowadzającą badanie, która udzieli wsparcia psychologicznego w zaistniałej sytuacji.

Wyniki badania zostaną zanonimizowane. Zostaną one opatrzone specjalnie wygenerowanym kodem, który uniemożliwi identyfikację Pana osoby na ich podstawie. W celu odnalezienia Pana wyników (np. w sytuacji prośby o wycofanie ich z bazy) zostanie sporządzona specjalna lista z nazwiskami osób badanych oraz kodem. Zgody i wyniki osób badanych będą przechowywane w osobnych szafkach zamykanych na klucz na terenie UAM. Lista nazwisk i kodów będzie sporządzona w wersji elektronicznej i przechowywana w zaszyfrowanym pliku.

Czas przechowywania danych: 4 lata od ich zebrania.

Badanie podzielone jest na dwa etapy. Etap pierwszy składa się z wypełnienia jednego kwestionariusza. Czas trwania tego etapu to 5-10 minut. Po wypełnieniu tego kwestionariusza część z osób zostanie poproszona o udział w drugim etapie, który będzie składał się dwóch kwestionariuszy oraz rozmowy na temat kluczowych wydarzeń z Pana życia. Czas trwania tej części to około około 1,5h. Treść rozmowy będzie nagrywana w celu późniejszej transkrypcji (spisania) oraz dokonania analiz.

W ramach rekompensaty za poświęcony czas otrzyma Pan bon o wartości 25 zł do zrealizowania w sklepie Empik.

**Załącznik 15. Treść zgody na udział w badaniu dla osób z kontekstu klinicznego (dla mężczyzn)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na udział w badaniu**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że zostałem szczegółowo poinformowany o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałem poinformowany, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Wyrażam świadomą i partą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

**Załącznik 16. Treść zgody na przetwarzanie danych osobowych dla osób z kontekstu klinicznego (dla mężczyzn)**

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w badaniu**

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałem poinformowany o tym w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osób nieupoważnionych.

Zostałem poinformowany o czasie przechowywania tych danych

Podpis osoby uczestniczącej w badaniu

Podpis badacza

Miejscowość i data

## **Załącznik 17. Wykorzystany w badaniu 1. fragment protokołu Wywiadu Historii Życia McAdamsa (1995b; polska adaptacja: Budziszewska, 2013)**

### **Komentarze wstępne**

Ten wywiad będzie dotyczył historii twojego życia. Chcę cię poprosić o zagranie roli narratora, który opowiada o swoim własnym życiu, o stworzenie opowieści o swojej własnej przeszłości, teraźniejszości. Historie życia poszczególnych ludzi bardzo się od siebie różnią. Każdy człowiek nadaje też w inny sposób sens swojemu życiu. Naszym celem jako badaczy jest zebranie tak wielu różnych historii życia jak tylko możemy, po to żeby dowiedzieć się w jaki sposób ludzie sami rozumieją swoje życie. Dlatego zbieramy i analizujemy historie życia dorosłych ludzi z różnych warstw społecznych i szukamy podobieństw i różnic w historiach, jakie ludzie nam opowiadają. Nie musisz opowiadać wszystkiego, co zdarzyło się w twoim życiu. Skoncentruj się na kilku kluczowych wydarzeniach, relacjach, na sprawach, które powtarzają się w twoim życiu, na takich informacjach, które mówią o tym, kim jesteś i jak to się stało, że jest jesteś tym, kim jesteś. Twoja historia powinna mówić o tym, w jaki sposób jesteś podobny do innych ludzi, a także o tym, w jaki sposób jesteś wyjątkowy.

Celem wywiadów jest zebranie i uporządkowanie różnych historii życia, tak abyśmy mogli zrozumieć, jakie są podstawowe zasady ich opowiadania i abyśmy zrozumieli sens historii życia opowiedzianych przez zdrowych dorosłych ludzi, którzy żyją w tym samym czasie i w tym samym miejscu. Dlatego nie jesteśmy tutaj zainteresowani patologią i nie będziemy starali się pomóc ustalić czy coś jest „nie w porządku.” Ten wywiad nie powinien być rozumiany, jako „sesja terapeutyczna.” Służy on jedynie celom naukowym i jego jedynym celem jest zebranie danych dotyczących historii życia ludzi.

Czy masz jakieś pytania?

### **II. KLUCZOWE WYDARZENIA**

Teraz, kiedy naszkicowałeś zarys swojej opowieści, chciałbym żebyś skoncentrował się na kilku istotnych wydarzeniach, które mogłyby być jak gdyby napisane „grubą czcionką.” Powinny to być ważne pojedyncze wydarzenia z przeszłości, dziejące się w konkretnym miejscu i czasie. Może być pomocne pomyślenie o takim wydarzeniu, jako o szczególnym momencie w twojej historii życia. Może to być na przykład szczególna rozmowa z matką w wieku dwunastu lat, albo pojedyncza decyzja, jaką podjąłeś pewnego popołudnia w zeszłe lato. Chodzi tu o pojedyncze wydarzenia dziejące się w określonym miejscu i

czasie, kompletne, z poszczególnymi bohaterami, działaniami, myślami, odczuciami. Natomiast np. całe wakacje letnie, bardzo szczęśliwe albo smutne, albo szczególnie trudny rok w szkole średniej nie kwalifikują jako pojedyncze wydarzenia, gdyż dzieją się w dłuższym okresie czasu. One są bardziej podobne do rozdziałów życia.

Zamierzam zapytać się ciebie o 8 takich konkretnych momentów w życiu. Dla każdego z nich proszę szczegółowo opisać, co się stało, gdzie wtedy byłeś, kto jeszcze brał w tym udział, co robiłeś, czułeś i myślałeś w trakcie tego wydarzenia. Tutaj ważne są szczegóły. Spróbuj również przekazać, jaki wpływ to wydarzenie miało na całą twoją życiową historię i co ono mówi tym, kim jesteś lub byłeś jako osoba.

Czy masz jakieś pytania do tej części?

### **Wydarzenie # 1** Najlepszy moment w życiu

Proszę opowiedz o najlepszym momencie w twoim życiu. Może to być jedna z kilku najpiękniejszych chwil w twoim życiu, rodzaj doświadczenia szczytowego lub jakieś jedno najlepsze doświadczenie. To może być taki moment lub epizod w twojej historii, w którym doświadczyłeś bardzo silnych pozytywnych emocji, radości, uniesienia, poczucia wielkiego szczęścia, pocieszenia, czy wewnętrznego spokoju. Dzisiaj epizod ten wyróżnia się w twojej pamięci, jako jeden z najlepszych momentów w życiu. Opowiedz dokładnie, co się wydarzyło, gdzie to się wydarzyło, kto brał w tym udział, co robiłeś, myślałeś i czułeś wtedy, jaki wpływ to wydarzenie miało na ciebie, oraz co to doświadczenie mówi o tym, kim byłeś lub jesteś.

(Przeprowadzający wywiad powinien się upewnić czy osoba odniosła się do wszystkich pytań, szczególnie do pytania o to jaki wpływ miało to na nią, jako na osobę. Nie przerywaj opisu samego wydarzenia. Raczej poproś jeśli to będzie konieczne o dodatkowe szczegóły po tym jak osoba skończy mówić.)

### **Wydarzenie # 2** Najgorszy moment w życiu

Doświadczenie najgorszego momentu w życiu jest przeciwieństwem najlepszego momentu. To jakby „najczarniejszy” punkt w twojej historii. Proszę postarać się przypomnieć sobie takie konkretne wydarzenie, w którym czułeś bardzo silne negatywne emocje, takie jak rozpacz, poczucie utraty złudzeń, przerażenie, wina, itp. Chodzi o takie wydarzenie, które mogłoby być jednym z „najczarniejszych” punktów w twojej historii życia. Nawet jeśli to wspomnienie jest nieprzyjemne, mimo to będę wdzięczny za próbę bycia tak szczegółowym i tak szczerym jak potrafisz. Proszę pamiętać, aby opisać to wydarzenie konkretnie. Co się stało? Kiedy? Kto brał w tym udział? Co robiłeś, myślałeś,

czułeś wtedy? Jaki wpływ to wydarzenie miało na ciebie? Co ono mówi o tym kim byłeś lub jest?

### **Wydarzenie # 3** Punkt zwrotny

Jeśli patrzy się wstecz na swoje życie często można zidentyfikować pewne kluczowe punkty zwrotne, epizody podczas których człowiek przechodzi istotną zmianę. Punkty zwrotne mogą dotyczyć różnych sfer życia – relacji z innymi, pracy, szkoły, zainteresowań, itp. Jestem szczególnie zainteresowany punktem zwrotnym w twoim rozumieniu siebie samego. Proszę postaraj się przypomnieć sobie konkretny epizod w twojej historii życia, który mógłby być punktem zwrotnym. Jeśli myślisz, że w twojej historii życia nie było punktów zwrotnych, to proszę opisz jakiś jeden epizod, który punkt zwrotny najbardziej przypomina.

(Jeśli osoba powtórzy tu wydarzenie o którym mówiła już wcześniej np. najcudowniejszy lub najgorszy moment w życiu, poproś ją aby wybrała jakieś inne wydarzenie. W tej części każde z wydarzeń powinno być niezależne. Chodzi o 8 oddzielnych wydarzeń. Jeśli w części poświęconej rozdziałom życia osoba mówiła już o tym wydarzeniu, być może konieczne będzie powtórzenie. Ten rodzaj redundancji jest nieunikniony.)

### **Wydarzenie # 4** Najwcześniejsze wspomnienie

Proszę sięgnij teraz pamięcią wstecz do dzieciństwa, tak daleko jak możesz. Wybierz względnie wyraźne wspomnienie ze swoich wczesnych lat i szczegółowo je opowiedz. To wspomnienie nie musi się wydawać specjalnie ważne w twoim dzisiejszym życiu. Raczej tym, co czyni je ważnym, jest fakt, że jest to najwcześniejsze z wczesnych wspomnień, jedna z pierwszych scen w historii twojego życia. To wspomnienie powinno być wystarczająco szczegółowe, aby kwalifikować się jako wydarzenie. Chodzi o to, aby wybrać takie najwcześniejsze wydarzenie z dzieciństwa, w którym można określić, co się stało, kto brał w tym udział, co wtedy robiłeś i czułeś. Proszę w przybliżeniu spróbować określić w jakim byłeś wówczas wieku.

### **Wydarzenie # 5** Ważna scena z dzieciństwa

Teraz proszę o opisanie innego wspomnienia z dzieciństwa, późniejszego dzieciństwa, które pamiętasz jako szczególnie istotne lub ważne. Może to być wspomnienie negatywne lub pozytywne. Co się stało? Kto brał w tym udział? Co wtedy robiłeś, czułeś, myślałeś? Jaki wpływ to wydarzenie miało na ciebie? Co ono mówi o tym kim byłeś lub jesteś? Dlaczego jest ono ważne?



**Wydarzenie # 6** Ważna scena z okresu dorastania

Opisz konkretne wydarzenie z okresu kiedy miałeś kilkanaście lat i które uważasz za szczególnie ważne.

**Wydarzenie # 7** Ważna scena z dorosłego życia

Opisz konkretne wydarzenie ze swojej dorosłości (powyżej 21 lat), które uważasz za szczególnie ważne.

**Wydarzenie # 8** Jeszcze jedna ważna scena

Opisz jeszcze jedno dodatkowe wydarzenie z dowolnego momentu życia, które uważasz za szczególnie ważne.

To już było ostatnie pytanie. Czy jest coś, co chciałbyś dodać?

## Załącznik 18. Zasady transkrypcji wywiadu

### Transkrypcja wywiadu (opracowanie własne na podstawie Soroko, 2014)

Notacja	Znaczenie
A: B:	określenie rozmówców
()	krótka pauza niemierzona
(5)	długa pauza mierzona (liczba sekund)
(mhm),(yyy)	zjawiska paralingwistyczne relatywnie łatwe do zapisania
((płacz))((śmiech))	zjawiska paralingwistyczne, które trudno zapisać, a które można łatwo nazwać
IMIĘ, NAZWISKO, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, WOJEWÓDZTWO, FESTIWAL, RESTAURACJA	informacje zanonimizowane przez osobę transkrybującą wywiad – zamiast specyficznego słowa/określenia użytego przez osobę badaną wpisujemy odpowiadający mu wyraz ogólny

Kilka wskazówek dotyczących transkrypcji

1. Na początku każdej rozmowy umieszczamy kod osoby badanej (nazwa pliku z nagraniem)
2. Instrukcja do wywiadu oraz instrukcje do pytań mogą być pominięte i zastąpione wg poniższych wzorów:
  - A: Instrukcja do wywiadu i pytanie o najlepszy moment (historia1);
  - A: Pytanie o najgorszy moment (historia2);
  - itd.

Poza tym należy spisać każdą interakcję pomiędzy osobami, np. może się zdarzyć, że osoba prowadząca wywiad w jakiś sposób skomentuje historię osoby badanej i ta zdecyduje się coś jeszcze dopowiedzieć.

3. Anonimizujemy informacje dotyczące konkretnych miejsc, wydarzeń i osób (imiona, nazwiska, nazwy miast, regionów, krajów, konkretnych miejsc, nazwy konkretnych festiwali i wydarzeń (np. Pyrkon). Z jednej strony zapewniamy osobie badanej większą anonimowość, z drugiej zmniejszamy ryzyko przyjęcia określonej postawy wobec danych przez osoby kodujące ze względu ich doświadczenia własne.

**Załącznik 19. Opinia Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych działającej przy  
Wydziale Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu  
w dotycząca badania pierwszego**



**UNIwersYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU**  
Wydział Psychologii i Kognitywistyki  
Komisja Etyki ds. Projektów Badawczych

Poznań, dnia 12 kwietnia 2022

Pan mgr Arkadiusz Wesółowski  
Wydział Psychologii i Kognitywistyki

Opinia nr 1/04/2022

Komisja Etyki ds. Projektów Badawczych działająca przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, na posiedzeniu w dniu 12 kwietnia 2022 roku rozpatrzyła wniosek złożony przez Pana w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej realizacji projektu badawczego pt.:

**Wnioskowanie autobiograficzne a diagnozowanie poziomu patologii osobowości.**

Po zapoznaniu się z przedstawionymi materiałami Komisja wydaje **pozytywną opinię w zakresie problemów etycznych opisanych we wniosku dotyczącym przedłożonego projektu badawczego.** W przypadku odstępstw od postępowania opisanego w zgłoszonym wniosku wnioskodawca ma obowiązek przedłożyć odpowiedni aneks do wniosku, celem ponownego rozpatrzenia przez Komisję.

Prof. dr hab. Elżbieta Hornowska  
Przewodnicząca Zespołu Opiniującego

**Załącznik 20. Treść wiadomości mailowej dla osoby spoza kontekstu klinicznego zakwalifikowanej do etapu II badania 1. (dla kobiet)**

Szanowna Pani,

dziękuję za udział w I etapie badania sprawdzającego zależność między sposobem mówienia o swoim życiu a osobowością.

Chciałbym zaprosić Panią do udziału w etapie drugim, który odbywa się stacjonarnie na Kampusie UAM Ogrody, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, ul. Szamarzewskiego 89.

Najbliższy termin, jaki mogę zaproponować to [termin]

Czy zaproponowany termin Pani odpowiada?

Proszę mieć na uwadze, że czas trwania badania to zwykle około 1,5-2h.

Pozdrawiam  
Arkadiusz Wesołowski

**Załącznik 21. Treść wiadomości mailowej dla osoby spoza kontekstu klinicznego zakwalifikowanej do etapu II badania 1. (dla mężczyzn)**

Szanowny Panie,

dziękuję za udział w I etapie badania sprawdzającego zależność między sposobem mówienia o swoim życiu a osobowością.

Chciałbym zaprosić Pana do udziału w etapie drugim, który odbywa się stacjonarnie na Kampusie UAM Ogrody, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, ul. Szamarzewskiego 89.

Najbliższy termin, jaki mogę zaproponować to [termin]

Czy zaproponowany termin Panu odpowiada?

Proszę mieć na uwadze, że czas trwania badania to zwykle około 1,5-2h.

Pozdrawiam  
Arkadiusz Wesołowski

## **Załącznik 22. Wytyczne dotyczące kodowania wnioskowania autobiograficznego w zakresie tworzenia połączeń wydarzenie-Ja**

### **System kodowania połączeń wydarzenie-Ja**

(opracowanie własne na podstawie Pasupathi i in. 2007)

Teoretycznie historia życia rozwija się wraz z dodawaniem do niej nowych epizodów, tematów oraz (re)interpretacją przeżytych doświadczeń; ponadto ludzie mogą także porzucać/odrzucać pewne doświadczenia lub tematy. Zgodnie z teorią wydarzenia, które będą interpretowane jako ważne dla Ja/tożsamości będą częściej łączone z historią życia. Pasupathi i in. (2007) zaproponowali dwa podstawowe typy tworzenia połączeń wydarzenie-Ja, które odzwierciedlają stałość albo zmianę Ja wskutek przeżytego doświadczenia rozwijając tym samym zarówno historię życia, jak i koncepcję Ja.

Połączenia utrzymujące stabilność przedstawiają przede wszystkim posiadane już cechy lub ilustrują pewne aspekty tożsamości, które osoba badana uważa za ważne. Zgodnie z teorią połączenia te przedstawiają pewną stabilność i ciągłość Ja oraz pozwalają przedstawić posiadane cechy/tendencje w kontekście konkretnych wydarzeń, tj. historii życia. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na połączenia odrzucające – ich zbyt silne natężenie może prowadzić do niestabilności/niespójności tożsamości lub historii życia. Zbyt częste ustanawianie połączeń odrzucających może prowadzić do oderwania rzeczywistego doświadczenia od poczucia Ja.

Połączenia prowadzące do zmiany przedstawiają przede wszystkim zmianę ważną dla Ja, jaka zaszła wskutek doświadczonego wydarzenia. Zwykle tworzenie tego typu połączeń wiąże się z wyodrębnieniem nowej jakości obecnej w rozumieniu samego siebie. Połączenia przyczynowe dotyczą bardziej przyszłości – zmiana jaka zaszła wskutek wydarzenia będzie prawdopodobnie rzutować na zmianę w dalszej historii życia budowanej po wystąpieniu danego doświadczenia; a bardziej szczegółowo, po ustanowieniu połączenia przyczynowego. Połączenie ujawniające jest zorientowane bardziej na przeszłość, ponieważ ustanowienie takiego połączenia, często wiąże się z potrzebą reinterpretacji swojego życia sprzed danego wydarzenia (np. czy dany aspekt zawsze był obecny w moim życiu?; na ile on miał znaczenie?; dlaczego nie był wcześniej uświadamiany?).

Poniżej przedstawiono typy połączeń wydarzenie-Ja oraz ich opisy. Kodowanie polega na zliczaniu poszczególnych połączeń stępujących w narracjach.

Połączenia wydarzenie - Ja		
Połączenia utrzymujące stałość	Ilustrujące	Historia wydarzenia przedstawia lub wyjaśnia jakiś aspekt Ja, np. ugodowa osoba opowiada o potencjalnych sytuacjach konfliktowych, w których zażegnywała kłótni, tym samym ilustrując swoją cechę ugodowość.
	Odrzucające	Historia wydarzenia przedstawia Ja przez pryzmat tego, jak osoba się zwyczajowo zachowuje w odniesieniu do wydarzeń nietypowych, np. kobieta opowiadająca historię o nocnym autostopowiczu, którego zgodziła się zabrać, podkreśla że to było niebezpieczne i ostrożne zachowanie i postąpiła w ten sposób tylko raz. Kobieta przedstawiając nietypowy dla niej sposób zachowania podkreśla swój zwyczajowy sposób zachowania/swoją cechę – racjonalność i ostrożność.
Połączenia prowadzące do zmiany	Przyczynowe	Historia wydarzenia przedstawia zmianę Ja autora wypowiedzi spowodowaną doświadczeniem, np. mężczyzna opowiada o tym, że po śmierci przyjaciela w młodym wieku zaczął bardziej szanować swoje życie, ponieważ uświadomił sobie jego kruchość.
	Ujawniające	Historia wydarzenia, w którym doświadczenie rzuca nowe światło na wcześniej nieznanym/nieuświadomianym, ale obecny aspekt Ja, np. kobieta opowiada o scenie z filmu, która pozwoliła dostrzec jej nieuświadomianą wcześniej potrzebę wolności, ograniczoną w momencie wyjaśnia za mąż wiele lat wcześniej. Innymi słowy – kobieta uświadomiła sobie źródło swoich emocji.

## Załącznik 23. Instrukcja kodowania zmiennej przetwarzanie eksploracyjne

### System kodowania przetwarzania eksploracyjnego

(opracowanie: Lind, niepublikowane materiały; na podstawie Pals, 2006)

Przetwarzanie eksploracyjne jest definiowane jako stopień, w jakim osoba otwarcie analizuje i bada znaczenie przeszłych wydarzeń w celu zrozumienia ich wewnętrznego wpływu i potencjału do zmian w sobie. Kilka cech narracyjnych może wskazywać na przetwarzanie eksploracyjne, a o cechach tych możemy myśleć w kategoriach obejmujących styl narracyjny (tj. sposób opowiadania) i treść narracyjną (to, co narrator mówi o wpływie/znaczeniu wydarzenia).

Cechy te obejmują:

1. Opis myśli związanych z doświadczanym wydarzeniem.
  2. Świadomości analiza wpływu emocjonalnego, w tym otwarty opis emocji i/lub złożoność opisu emocji (tj. oznaczanie/nazwanie i/lub opis wielu różnych emocji doświadczanych w konsekwencji zdarzenia).
  3. Złożoność formy narracyjnej, która obejmuje wyraźne uwzględnienie przeciwstawnych lub różnicowanych możliwości lub zestawienie kontrastujących pomysłów, lub alternatyw (np. "z jednej strony, ja ... ale z drugiej ...", "Mimo, że czułem x, czułem też y", "Na początku myślałem, że ... ale z czasem doszedłem do wniosku, że...").
  4. Opis reakcji na wydarzenie, który wskazuje na podejście eksploracyjne (np.: "Myślałem o tym przez chwilę", „rozmawiałem o tym z innymi”, „zastanawiałem się” itp.)
  5. Wyraźne starania, aby zrozumieć/wyrazić, jak dana osoba została zmieniona przez to wydarzenie lub czego się z niego nauczyła.
  7. Inny punkt widzenia lub perspektywa w teraźniejszości niż w przeszłości, co sugeruje pewną eksplorację.
- \*\*7. Dodatkowo, poziom przetwarzania eksploracyjnego widoczny w narracji jest obniżony przez obecność opisów, które sugerują niechęć do łączenia przeszłego wydarzenia z nowym rozumieniem. Może to mieć formę wysiłków mających na celu zminimalizowanie znaczenia przeszłego wydarzenia lub zdystansowanie obecnego "ja" od wydarzenia (np.: "Ruszyłem do przodu i staram się nie myśleć o tym wydarzeniu zbyt często") lub niechęć do pozytywnej interpretacji wydarzenia (np.: "To było wspaniałe wydarzenie, ale było anomalią w moim nudnym życiu).



Ocena przetwarzania eksploracyjnego w narracjach oraz wskazówki do poszczególnych ocen

Wartość liczbowa	Opis
1	Wysiętek eksploracyjny w narracji jest widoczny minimalnie lub nie ma go wcale; cechy przetwarzania eksploracyjnego nie występują; bardzo minimalne lub żadne dowody na przetwarzanie eksploracyjne.
2	Wysiętek eksploracyjny w narracji jest do pewnego stopnia widoczny; kilka wskaźników/cech przetwarzania eksploracyjnego jest obecnych, ale nie są one wyraźnie rozwinięte i nie wnoszą wiele w ramach narracji.
3	Narracja jest wyraźnie eksploracyjna; kilka wskaźników/cech przetwarzania eksploracyjnego jest obecnych i/lub kilka (z obecnych) jest dobrze rozwiniętych.
4	Narracja jest wysoce eksploracyjna; kilka wskaźników/cech przetwarzania eksploracyjnego jest obecnych i wysoce rozwiniętych; przetwarzanie eksploracyjne jest silnym i wyraźnym tematem występującym w narracji.

## Załącznik 24. Instrukcja kodowania zmiennej nadawanie znaczenia

### Kodowanie nadawania znaczenia

(opracowanie własne na podstawie McLean, Pratt, 2006; McLean, Thorne, 2003)

Związek **J** definiowany jest jako umiejętność odniesienia skutków do świadzonego wydarzenia do Ja/siebie. Odzwierciedla się w nauce/znaczeniu jakie osoba wiąże z przeżytym momentem w życiu. Identyfikowane są dwa podstawowe typy nadawania znaczenia do świadczonym: **lekcje** oraz **wgląd**; poza tym sędziowie kodują także **brak nadawania znaczenia** oraz **niejasne znaczenie**.

**Brak nadawania znaczenia**, kodowany w wypowiedziach, w których nie są obecne żadne elementy refleksji zarówno w zakresie zmiany zachowania lub głębszych przemyśleń dotyczących siebie/innych/świata.

Przykład: osoba w ogóle nie dokonuje refleksji związanej z przeżytym doświadczeniem.

„(...)mój krzyk spotkał się z dużą dezaprobatą grupy. Jeden z moich podwładnych powiedział, że \_\_\_\_\_ może popełnić błąd, a lena pewno \_\_\_\_\_ nie zasłużył na takie traktowanie. Bardzo mnie to zawstydziło, czułem się zażenowany.”

**Lekcje** to specyficzne znaczenia (jakie ludzie nadają swoim doświadczeniem i zdarzeniom, będącymi ich udziałem) które częstowynikają z przeszłego zachowania i są stosowane tylko do podobnych rodzajów zdarzeń w równoległych sytuacjach. Oznacza to, że lekcje dotyczą zapowiedzi zmiany zachowania w podobnych sytuacjach w przyszłości.

Przykład: osoba opisuje deklarację zmiany zachowania i natym kończy

„(...)mój krzyk spotkał się z dużą dezaprobatą grupy. Jeden z moich podwładnych powiedział, że \_\_\_\_\_ może popełnić błąd, a lena pewno nie zasłużył na takie traktowanie. Bardzo mnie to zawstydziło, czułem się zażenowany. Po tym wydarzeniu obiecałem sobie, że już nigdy nie krzyczę na kolegów w pracy.”

**Niejasne znaczenie** kodowane jest w sytuacji, kiedy osoba badana przedstawi bardziej wyrafinowaną refleksję niż w przypadku lekcji, np. odnosi się do przemyśleń na temat siebie/innych/świata, a leni wypełnia jeszcze znamion wglądu. Widoczną jest aktywność refleksyjną nad przeżyty doświadczeniem, ale wydadają się, że jest on niepełny lub nieostry.

Przykład: osoba badana reflektuje nad wydarzeniem, ale w niepełny sposób

„(...)mój krzyk spotkał się z dużą dezaprobatą grupy. Jeden z moich podwładnych powiedział, że \_\_\_\_\_ może popełnić błąd, a lena pewno nie zasłużył na takie traktowanie. Bardzo mnie to zawstydziło, czułem się zażenowany. Po tym wydarzeniu miałem takie *czy coś jest zemną nie tak?* To nie była pierwsza sytuacja, ale pierwszy raz ktoś powiedział to na głos i zaczęłam się zastanawiać”

W przeciwieństwie do lekcji niejasnego znaczenia, **wgląd** jest szerszym i pełniejszym sposobem nadawania znaczenia. Charakterystycznym elementem zmiany, która pojawiła się w związku z przeżytym doświadczeniem. Zmiana może dotyczyć zmian w sobie, zmiany rozumienia siebie/innych/relacji/świata lub nabrania nowej perspektywy. Należy pamiętać, że wglądowi mogą (ale nie muszą) towarzyszyć rozważania lub refleksje na temat przyszłego zachowania. Jeśli występują oba elementy (zmiana zachowania i opisana powyżej zmiana) to wypowiedź kodowana jest jak wgląd.

Przykład: osoba wprost opisuje, że zrozumiała swój problem z kontrolowaniem agresji

„(...) moją krzyk spotkał się z dużym zapobieganiem grupy. Jeden z moich podwładnych powiedział, że \_\_\_\_\_ może popełnić błąd, a na pewno \_\_\_\_\_ nie zasłużył na takim traktowaniu. Bardzo mi to zawstydziło, czułem się zażenowany. On miał rację. Kiedy wróciłem do swojego gabinetu obiecałem sobie, że już nigdy nie nakrzyczę na nikogo w pracy. Ostatecznie po tym wydarzeniu zrozumiałem, że mam problemy z kontrolowaniem agresji i traktowaniem ludzi zgóry.”

Wartość liczbową	Typ	Opis
0	Brak nadawania znaczenia	w narracji nie ma nadawania znaczenia; osoba nie odnosi wydarzenia/jego skutków do zmiany zachowania w podobnych/innych sytuacjach, ani do zmiany postrzegania i rozumienia siebie/świata/innych/relacji
1	Lekcja	odnosi się do rozważań nad zmianą zachowania lub dokonanej zmiany zachowania ale bez głębszej refleksji odnoszącej się do siebie/innych/świata
2	Niejasne znaczenie	bardziej wyrafinowane znaczenie niż w przypadku lekcji (tj. odnosi się nie do przemyśleń na temat siebie/świata/innych/relacji) ale niewypełnia jeszcze znamion osiągnięcia wglądu
3	Wgląd	znaczenie jakiegoś wydarzenia konkretnego wydarzenia oraz powody pewnej zmiany w postrzeganiu lub rozumieniu siebie, świata czy relacji

## Załącznik 25. Instrukcja kodowania zmiennej negatywność nadawania znaczenia

## **Negatywność nadawania znaczenia** (opracowanie Wesolowski, Soroko na podstawie Lind, 2021; McLean i in., 2020)

**Negatywność nadawania znaczenia** rozpatrywana jest w perspektywie zmiennej nadawanie znaczenia i dotyczy poziomu destrukcyjności zmiany wynikłej wskutek przeżytego doświadczenia. Osoba kodująca wypowiedź powinna w odniesieniu do rozumienia osobowości zdrowej\* zastanowić się w jakim stopniu doświadczenie i rozumienie (nadane znaczenie) danego wydarzenia odzwierciedla zaburzone funkcjonowanie osobowości.

**Destrukcyjność wydarzenia** oceniane jest na skali 0-3, gdzie 0 oznacza brak negatywnego wpływu, a 3 – silny negatywny wpływ.

0 – 1 – 2 – 3

\*Przykład charakterystyk osobowości zdrowej na podstawie Alternatywnego Modelu Zaburzeń Osobowości DSM-5

**W zakresie funkcjonowania Ja:** świadomość unikalnego Ja z wyznaczonymi granicami; spójna i pozytywna samoocena; doświadczanie szerokiej gamy emocji oraz ich adaptacyjna regulacja; dążenie do realistycznych celów; kierowanie się odpowiednimi standardami wewnętrznymi oraz zdolność do wglądu.

**W zakresie funkcjonowania interpersonalnego:** rozumieniemotywacjiidoświadczenia innych w większości sytuacji społecznych; rozumienie i akceptowanie/tolerowanie zdania innych; utrzymywanie wielu satysfakcjonujących i opartych na wzajemności relacji; umiejętność dostosowania się do większości sytuacji społecznych.

## Załącznik 26. Podręcznik kodowania koherencji narracji

Emilia Soroko

Wydział Psychologii i Kognitywistyki

Zakład Psychologii i Zdrowia i Psychologii Klinicznej

Laboratorium Badań Jakościowych i Mieszanych w Psychologii Klinicznej 26.01.2023

### Podręcznik do kodowania koherencji narracji

Schemat kodowania został zaadaptowany i dostosowany do analizy narracji autobiograficznych, dotyczących poszczególnych wydarzeń, epizodów i scen (Soroko, 2014) na podstawie (Baerger, & McAdams, 1999; Adler et al., 2007).

- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69–96. <https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>
- Adler, J. M., Wagner, J. W., & McAdams, D. P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1179–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.006>
- Soroko, E. (2014). Aktywność autonarracyjna osób z różnym poziomem organizacji osobowości. *Opowieści o bliskich związkach*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM ISBN:978-83-232-27772-4

#### Wprowadzenie do kodowania

Wstępem do kodowania koherencji narracji jest udział w treningu kodowania. Kodujący powinien znać bodziec narracyjny, który wywołał daną narrację (część wywiadu). Przed podjęciem się kodowania zaleca się zapoznanie z pełnym przydzielonym materiałem (wypowiedziami), aby uzyskać całościowe wyobrażenie, jak opowiadane są historie oraz co jest opowiadane. Przed każdą sesją kodowania zalecane jest przeczytanie kilku wypowiedzi bez kodowania, aby ponownie zanurzyć się w tekstach. Po zakodowaniu całego materiału, należy wrócić do pierwszych zakodowanych przypadków i ponownie je zakodować (kontrola tzw. *coding drift*). Zaleca się również notowanie spostrzeżeń na temat własnych doświadczeń w roli osoby kodującej.

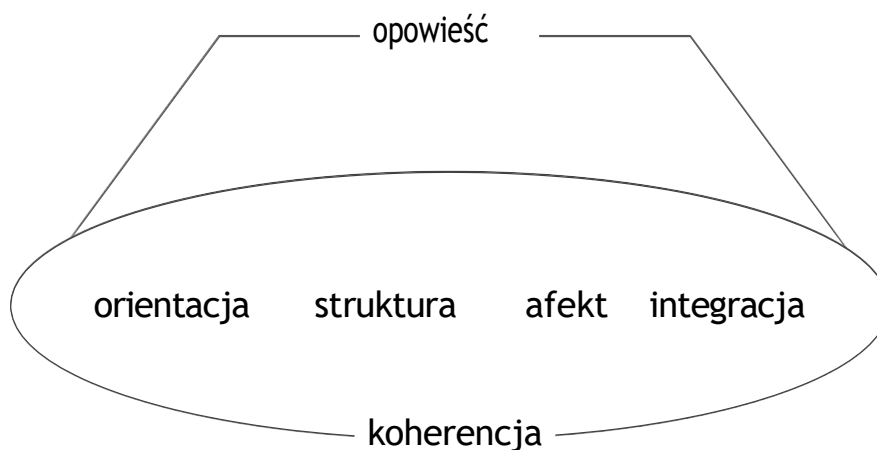
#### Definicja koherencji oraz jej ocena (punktacja)

Koherencja jest tutaj traktowana jako podstawowa właściwość narracji, szczególnie relacjonowania historii życia lub jej elementów (znaczących epizodów czy scen). Zauważa się, że ludzie nadają swojemu życiu pewien stopień spójności (koherencji) poprzez opowiadanie historii życia i że niektóre historie życia są bardziej spójne niż inne. Niektórzy badacze skupili się na strukturalnych aspektach opowieści życiowych, argumentując, że szczególnie spójne narracje zawierają jasną czasową i przyczynową sekwencję działań ukierunkowanych na osiągnięcie celu. Inni badacze twierdzą, że spójność opowieści jest tak samo ważna dla widza lub słuchacza, jak i dla samej

opowieści. Szczególnie spójne historie dobrze współbrzmiały z doświadczeniem odbiorców i opisują życie w sensownych w kontekście kulturowym aspektach.

Baerger i McAdams (1999) dokonali operacjonalizacji koherencji na czterech wymiarach: orientacji, struktury, afektu i integracji (por. rys. 1). Wymiary te oceniane są na skali pięciopunktowej, od 0 (brak koherencji) do 4 (bardzo koherentny) i można określić złożony wynik koherencji, obliczając średnią wyniku dla danej osoby, jeśli analizuje się wiele tekstów (brak 0 - 1 - 2 - 3 - 4 bardzo).

Rys. 1. Opowieści wymiary koherencji.



### Kodowanie wymiarów koherencji narracji Orientacja

- zakres do którego autor lokuje postaci i działania w specyficznym kontekście czasowym, społecznym, osobowym;
- okoliczności, które stanowią parametry dla akcji opowieści;
- wiadomo kto, gdzie, kiedy, co itp.

Wysoka punktacja (4)

„była to **ósma klasa** kiedy czułem się całkowitym wrakiem (.) mieszkaliśmy wtedy **na mazurach** (.) moje stopnie były okropne (.) **dziadek** zmarł na raka (.) czego dowiedziałem się **w swoje urodziny** (.) potem jeszcze zmarła **ciocia** i **rodzice** adoptowali moją małą **kuzynkę** (.) totalna katastrofa czułem ból i miałem wrażenie że to nigdy się nie zmieni (.) wtedy po raz pierwszy miałem **atak lęku panicznego** (.) potem przyszedł czas takiego odrętwienia lęki się już nie powtarzały (.) a potem **po roku rodzice** którzy też byli w bólu ale już trochę się podnieśli postanowili się przeprowadzić i dlatego teraz mieszkamy w tej **części polski** (1) teraz już tylko wspominam tamte czasy”

*[tu widać mnóstwo danych, które sytuują zdarzenia w czasie, w miejscu i wśród ludzi]*

Niska punktacja (0)

„byłem taki depresyjny moje obsesje całkiem mnie pochłaniały (.) i ciągle było mi gorzej i gorzej bałem się zwolnienia z pracy myślałem nawet o terapii ale jeszcze się nie

odważyłem podjąć tego kroku choć mój poziom lęku już bardzo się podniósł”

*[nie wiemy kiedy, gdzie ani kto bierze udział w zdarzeniach; wiemy coś o pracy, terapii, lęku, ale nie wystarcza to, aby stworzyć sobie jasną scenę, na której rozgrywają się wydarzenia]*

## Struktura

- zakres do którego historia jest ułożona w porządku czasowym zorientowanym na cel;
- chodzi o to, czy zawiera ona to, co jest typowe dla struktury narracji: coś w rodzaju początku, rozwinięcia i zakończenia;
- ściślej - jest zdarzenie inicjujące, jakaś wewnętrzna (uczucie, potrzeba, myśl) odpowiedź podmiotu na to oraz podjęta próba działania (np. osiągnąć cel, zrealizować plan, zaradzić kryzysowi, rozwiązać stan nierównowagi emocjonalnej), następnie seria pozostałych zdarzeń, a w końcu konsekwencje i rozwiązanie;
- wysoki wynik dajemy, gdy są **logicznie poukładane zdarzenia, które wynikają z siebie, uporządkowane czasowo** (jak jest jakiś przeskok, to da się za nim podążyć), gdy jest obecny wyraźny i sensowny ciąg wydarzeń;
- nisko punktujemy, gdy czytelnik nie bardzo może poukładać zdarzenia w całość i nie ma jasności, jak są one ze sobą powiązane

wysoka punktacja (4)

„nienawidziłem sposobu w jaki odczuwałem moją depresję **więc postanowiłem** się jakoś z niej wydobyć (.) **początkowo więc** nie zdecydowałem się na leczenie (.) **ale potem** miał miejsce bardzo nieprzyjemny **incydent** (.) zostałem napadnięty i zastraszone **i już wiedziałem że nie chcę** mierzyć się z tym sam (.) **dlatego** udałem się najpierw do poradni **a potem** nawiązałem dłuższą współpracę z moją obecną terapeutką”

*[w tym tekście, oprócz słów łączących w całość bieg zdarzeń, jest też pewien „pomysł na siebie”, jakiś rodzaj wersji, w której narrator/bohater jest sprawczy]*

Niska punktacja(1)

„miałem fioła na punkcie marihuany **i zrobiłbym** wszystko aby je zdobyć (.) **pewnej nocy** wzięłem samochód i stałem gdzieś całą noc i rano i moja żona która była w ciąży nie mogła iść do pracy (.) **następnego dnia** jak ją zobaczyłem to znów zaczęliśmy się kłócić i ona mnie wyrzuciła z domu (.) chyba to był pierwszy moment jak sobie pomyślałem że czas szukać pomocy (.) moja matka też była na mnie zła i nie chciała mi pożyczyć pieniędzy mimo że prosiłem”

*[w tym tekście jest kilka słów łączących, ale nie wiadomo za bardzo, jak układa zdarzenia narrator ani właściwie dlaczego tak zachowuje się narrator; widać problemy z wiązaniem zdarzeń, nie jest pewne co z czego wynika, dlaczego akurat tak; ale nie dajemy 0, ponieważ trochę wiemy, jak zdarzenia są poukładane]*

## Afekt

- zakres do którego historia wyraża emocje w sposób jasny i zrozumiały;
- opowiadania zwykle zawierają sugestię dlatego ta historia jest warta opowiedzenia i używany jest do tego często język emocji;
- ujawnia coś o narratorze lub o tym, co opisane w nim wydarzenia znaczą dla narratora; narracja ma charakter oceniający;
- narracja wykorzystuje emocje, aby wyrazić ten punkt oceny (ewaluację), stosując wyraźne deklaracje uczuć w celu stworzenia afektywnego tonu lub oznaczenia emocjonalnego znaczenia;
- narracja wykorzystuje napięcie, dramat, humor lub patos, aby zakomunikować i podkreślić punkt oceny;
- narrator używa języka emocji, aby przekazać coś odbiorcy i może to robić klarownie i ciekawie lub niezrozumiale i sucho.

Wysoka punktacja(4)

„**czułem się totalnie oszukany** przez moich rodziców i **zdradzony** przez mojego terapeutę który zaprosił ich na sesję rodzinną (.) w rezultacie powiedziałem mojej mamie takie rzeczy które **wiedzialem że ją zranią** i jak je mówiłem to wiedziałem że są nieprawdą ale **nie mogłem się powstrzymać** (.) to było **takie nie do opanowania** mimo że wiedziałem że tak nie sędzę(.) to było doprawdy **dziwne**”

*[tutaj jest dużo odniesień do uczuć i do świata wewnętrznego; część odniesień wprost nazywa uczucia, a część nie; jednak ponieważ świat wewnętrzny jest solidnie opisany, jest mu poświęcone sporo uwagi, to przyznajemy maksymalną punktację]*

Niska punktacja(0)

„jedna z sesji terapeutycznych moich była naprawdę **bardzo korzystna** (.) to było wtedy gdy mój terapeuta powiedział że jedynym sposobem powstrzymania obsesji moich będzie trzymanie wszystkich moich spraw życiowych w niezorganizowaniu i życie z tym jakiś czas (.) pamiętam że powiedział że mógłbym wtedy **doświadczyć czegoś zupełnie innego**”

*[słowa/wyrażenia użyte do opisu emocji są niejasne, opisowe, mało wyraziste; odnoszą się raczej do ogólników niż wyraźnych wewnętrznych stanów bohatera, którymi zajmuje się narrator]*

## Integracja

- zakres do którego autor potrafi **powiązać opowiadane zdarzenia z tematyką większego zasięgu, np. życiem w ogóle**;
- narracja przekazuje informacje w sposób zintegrowany, wyrażając znaczenie opisywanych doświadczeń w kontekście większej historii życia;
- jeśli coś jest dla osoby dziwne, rozbieżne z jej wiedzą i doświadczeniem, to stara się jakoś to pojąć i zrozumieć i to staranie widać w opowiadaniu;
- chociaż złożoność, niejednoznaczność i zróżnicowanie mogą być wykorzystane do wskazania napięcia, konfliktu lub wzrostu, narracja ostatecznie godzi te rozbieżne elementy historii ze sobą;



- różne elementy narracji zostają zsyntetyzowane w jednolitą historię życia.

Wysoka punktacja (4)

**„prawda jest taka, że psychoterapia nie rozwiązała moich problemów (.) nie było czegoś takiego jak perfekcyjna diagnoza i potem dopasowane leczenie które byłoby wybawieniem(.)ale prawdą jest że pomyślenie o sobie że mam ADHD i jestemperfekcjonistą zmieniło trochę moje myślenie o sobie i mimo że kto inny mógłby na to zareagować obrazą to mi to pomogło zacząć zachowywać się inaczej”**

*[tutaj mamy refleksję, która nie jest szampowa; mamy też wyrażenie przekonania, że był jakiś punkt zwrotny, który zmienił perspektywę; narrator poza tym pokazuje nam też pewną ambiwalencję - że nie jest tak, jak mogłoby się wydawać - i że są różne punkty widzenia]*

Niska punktacja (1)

**„podjąłem leczenie (.) wszystko idzie dobrze (.) biorę codziennie leki jak trzeba odkąd zacząłem terapię i farmakoterapię i będę je brał przez resztę życia pewnie aby czuć się dobrze (.) a może nawet całkiem już normalnie”**

*[obecne tutaj odniesienie do życia jest mało refleksyjne; raczej pokazuje ono pewną niezmienność i nie jest opatrzone refleksją, jak choroba wpłynęła na życie bohatera; nie ma tutaj refleksji nad życiem, chorobą; może i czuć smutek, że trzeba będzie się leczyć, ale nie jest to wyrażone wprost, dlatego dajemy niską punktację]*

### UWAGA DODATKOWA:

Przedstawione tutaj przykłady pochodzą z badań nad doświadczaniem własnej choroby i są tylko fragmentami większych historii, ale fragmentami dobranymi tak, aby pokazać obecność niezbędnych wskaźników, które nas uprawomocniają do określonego przyznawania punktów; ważne jest, żeby wiedzieć, że teksty do analizy są szersze i dotyczą odmiennej tematyki, a mianowicie ważnych relacji interpersonalnych; przykłady podane tutaj mają być wskazówką, co musi być obecne lub czego ma nie być w tekście, aby dać oceny skrajnego nasilenia cechy lub skrajnego braku danej cechy tekstu; proszę też zwrócić uwagę, że niekiedy niska punktacja to (1), a nie (0), co wiąże się z chęcią pokazania pewnych drobnych przejawów ocenianej właściwości.

### PRZYKŁADOWY ARKUSZ KODOWANIA:

Kod osoby badanej	
<b>Koherencja:</b>	
orientacja	brak0-1-2-3-4bardzo
struktura	brak0-1-2-3-4bardzo
afekt	brak0-1-2-3-4bardzo
integracja	brak0-1-2-3-4bardzo

## **Załącznik 27. Tekst zaproszenia do udziału w badaniu 2.**

Nazywam się Arkadiusz Wesołowski, jestem doktorantem na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu. Swoją pracę doktorską przygotowuję pod kierunkiem prof. UAM dr hab. Emilii Soroko.

Aktualnie na rzecz swojej rozprawy prowadzę badanie sprawdzające użyteczność analizy autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym. W związku z powyższym chciałbym zaprosić do udziału w badaniu praktykujących psychoterapeutów pracujących z osobami dorosłymi.

Poniżej zamieszczam kilka kluczowych informacji dotyczących badania:

- celem badania jest określenie użyteczności diagnostycznej opracowanego przeze mnie sposobu analizy autonarracji;
- zostaną Państwo poproszeni o zapoznanie się z materiałami pomocniczymi, instrukcją do badania oraz ocenę 2 narracji (około 5-7 stron A4) zgodnie z zaprezentowanym w materiałach sposobem;
- dodatkowo, razem z materiałami, prześlę link do ankiety, w której umieszczone są pytania dot. Państwa doświadczeń w trakcie wykonywania zadania, 2 kwestionariusze oraz metryczka;
- badanie prowadzone jest w pełni online (kontakt wyłącznie mailowy);
- za udział w badaniu przewidziana jest rekompensata w wysokości 50 zł do wykorzystania w sklepie Empik (e-karta);
- badanie nie wymaga angażowania Państwa pacjentów/klientów;
- Państwa praca nie będzie polegała na przygotowaniu studium przypadku lub pełnej diagnozy.

Ponadto udział w badaniu jest okazją do poznania alternatywnego sposobu rozumienia zaburzeń osobowości z perspektywy opowiadanych przez ludzi historii.

Jeśli chcecie Państwo pomóc w tym badaniu, proszę o kontakt mailowy: [arkwes@amu.edu.pl](mailto:arkwes@amu.edu.pl)

lub pozostawienie swojego adresu mailowego w formularzu rekrutacyjnym:

[link do formularza]

Dziękujemy,

Arkadiusz Wesołowski, Emilia Soroko

## **Załącznik 28. Treść wiadomości wysyłanej do osób zgłaszających się do udziału w badaniu 2. (dla kobiet)**

Dzień dobry,

bardzo dziękuję za zainteresowanie badaniem. Poniżej przesyłam szczegółową informację oraz materiały w załączeniu.

Celem badania jest sprawdzenie użyteczności zaproponowanego przeze mnie sposobu analizy autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym.

Szczegółowe informacje, procedura oraz sposób postępowania w tym badaniu opisane są w poszczególnych plikach dodanych w załącznikach. Wysyłam pliki w dwóch formatach (word i pdf) - **wystarczy, że będzie Pani pracować z jednym, wygodniejszym dla Pani formatem.**

Poniżej załączam kilka kluczowych informacji:

1. **W załączeniu przesyłam pliki zawierające wszystkie niezbędne materiały.**
2. **Bardzo proszę o otwieranie plików zgodnie z ich numeracją:**
  1. Informacja + zgody; 2. Opis badania; 3. Odpowiedzi; 4. Ocena właściwa. Pozwoli to na zachowanie określonej procedury oraz standaryzację postępowania.
3. **Po dokonaniu oceny właściwej, proszę o odesłanie w wiadomości zwrotnej pliku nr 1 (Informacja + zgody) oraz pliku nr 4 (Ocena właściwa - wraz z zaznaczonymi ocenami).**
4. **Po dokonaniu oceny, proszę o wypełnienie formularza z poniższego linku: [link](#) do formularza]**

(link znajduje się też w pliku 4. Ocena właściwa)

wpisując na drugiej stronie formularza kod: **[kod osoby badanej]**

5. **Za udział w badaniu przewidziany jest bon do sklepu empik o wartości 50 zł, który prześlę w ciągu tygodnia od otrzymania od Pani wiadomości z plikami wskazanymi w punkcie nr 3 oraz wypełnieniu formularza.**
6. **Procedurę badania można wykonywać częściami. Zachęcam jednak do wykonania oceny właściwej (plik nr 4) w trakcie jednego podejścia.**

Chciałbym Panią prosić o odesłanie odpowiedzi w przeciągu 2 tygodni. Jeśli jednak będzie Pani potrzebowała więcej czasu, proszę o informację.

W razie jakichkolwiek pytań, pozostaję do dyspozycji.

Z poważaniem

Arkadiusz Wesołowski

## **Załącznik 29. Treść wiadomości wysyłanej do osób zgłaszających się do udziału w badaniu 2. (dla mężczyzn)**

Dzień dobry,

bardzo dziękuję za zainteresowanie badaniem. Poniżej przesyłam szczegółową informację oraz materiały w załączeniu.

Celem badania jest sprawdzenie użyteczności zaproponowanego przeze mnie sposobu analizy autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym.

Szczegółowe informacje, procedura oraz sposób postępowania w tym badaniu opisane są w poszczególnych plikach dodanych w załącznikach. Wysyłam pliki w dwóch formatach (word i pdf) - **wystarczy, że będzie Pan pracować z jednym, wygodniejszym dla Pana formatem.**

Poniżej załączam kilka kluczowych informacji:

1. **W załączeniu przesyłam pliki zawierające wszystkie niezbędne materiały.**
2. **Bardzo proszę o otwieranie plików zgodnie z ich numeracją:**
  1. Informacja + zgody; 2. Opis badania; 3. Odpowiedzi; 4. Ocena właściwa. Pozwoli to na zachowanie określonej procedury oraz standaryzację postępowania.
3. **Po dokonaniu oceny właściwej, proszę o odesłanie w wiadomości zwrotnej pliku nr 1 (Informacja + zgody) oraz pliku nr 4 (Ocena właściwa - wraz z zaznaczonymi ocenami).**
4. **Po dokonaniu oceny, proszę o wypełnienie formularza z poniższego linku:** [link do formularza]

(link znajduje się też w pliku 4. Ocena właściwa)

wpisując na drugiej stronie formularza kod: **[kod osoby badanej]**

5. **Za udział w badaniu przewidziany jest bon do sklepu empik o wartości 50 zł, który prześlę w ciągu tygodnia od otrzymania od Pan wiadomości z plikami wskazanymi w punkcie nr 3 oraz wypełnieniu formularza.**
6. **Procedurę badania można wykonywać częściami. Zachęcam jednak do wykonania oceny właściwej (plik nr 4) w trakcie jednego podejścia.**

Chciałbym Panią prosić o odesłanie odpowiedzi w przeciągu 2 tygodni. Jeśli jednak będzie Pani potrzebowała więcej czasu, proszę o informację.

W razie jakichkolwiek pytań, pozostaję do dyspozycji.

Z poważaniem

Arkadiusz Wesołowski

**Załącznik 30. Wiadomość do osób, które wypełniły pełną procedurę badania 2.**

Dzień dobry,

dziękuję za udział w badaniu oraz pomoc w realizacji mojej rozprawy doktorskiej.

Poniżej załączam numer e-karty o wartości 50 zł do sklepu empik oraz kod PIN:

numer e-karty:

[numer e-karty]

kod PIN:

[kod pin do e-karty]

Z poważaniem

Arkadiusz Wesołowski

## Załącznik 31. Informacja dla osoby uczestniczącej w badaniu 2.

### Informacja dla uczestników

Prowadzone badanie jest częścią realizowanej przeze mnie rozprawy doktorskiej, którą przygotowuję w dziedzinie psychologii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu pod opieką prof. UAM dr hab. Emilii Soroko.

**Celem** niniejszego badania jest sprawdzenie użyteczności opracowanego sposobu rozumienia autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym.

W związku z tym:

- udział w badaniu **nie wymaga angażowania Państwa pacjentów/klientów**;
- w trakcie badania **nie będą oceniane Państwa kompetencje w zakresie diagnozowania zaburzeń psychicznych**.

Procedura badania polega na zapoznaniu się opisem badania, przeprowadzeniem oceny autonarracji zgodnie z zaproponowanym w materiałach sposobem, wypełnieniu dwóch kwestionariuszy pozwalających poznać Państwa preferencje poznawcze oraz udzieleniu odpowiedzi na dodatkowe pytania na temat udziału w badaniu.

Badanie ma charakter anonimowy – oznacza to że Państwa dane (adres email/imię i nazwisko) nie będą bezpośrednio przypisane do udzielonych przez Państwa odpowiedzi.

Każda osoba uczestnicząca w badaniu posiada prawo do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania.

Za udział w badaniu przewidziana jest rekompensata w postaci e-karty podarunkowej do sklepu Empik o wartości 50 zł.

Jeśli wyrażają Państwo chęć udziału w badaniu, proszę o wypełnienie zgód znajdujących się poniżej. **Zgoda na udział** dotyczy Państwa świadomej decyzji związanej z uczestnictwem w badaniu. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** dotyczy zgody na wykorzystanie adresu e-mail do komunikowania się w celu udziału w badaniu oraz Państwa nazwiska w celu pobrania zgód. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane w innych celach niż wskazanych powyżej.

Dane osobowe będą chronione za pomocą systemów informatycznych utrzymujących bezpieczeństwo urzędów UAM w Poznaniu, ponieważ:

- wszelka korespondencja dotycząca badania będzie prowadzona za pomocą poczty uniwersyteckiej;
- pliki z wypełnionymi przez Państwa zgodami będą przechowywane wyłącznie na chronionych serwerach.

**Załącznik 32. Treść zgody na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych osobowych dla uczestników badania 2.**

**OŚWIADCZENIE OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W BADANIU**

**zgoda na udział w badaniu**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu

Niniejszym oświadczam, że zostałam/zostałem szczegółowo poinformowana/poinformowany o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nich udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam/Zostałem poinformowana/poinformowany, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w każdym momencie realizacji projektu badawczego.

Wyrażam świadomą i opartą na wiedzy zgodę na uczestnictwo w badaniach.

Tak

Nie

**OŚWIADCZENIE OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W BADANIU**

**zgoda na przetwarzanie danych**

Nazwisko i imię osoby uczestniczącej w badaniu

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badania w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, w jaki sposób te dane będą zabezpieczone, aby zapewnić ich poufność oraz brak dostępu do nich osobnie upoważnionych.

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o czasie przechowywania danych.

Tak

Nie



## **Wnioskowanie autobiograficzne a poziom funkcjonowania osobowości**

badanie sprawdzające użyteczność oceny autonarracji dla  
diagnozowania zaburzeń osobowości

Badanie prowadzone w ramach realizacji projektu  
rozprawy doktorskiej mgra Arkadiusza  
Wesołowskiego

## Spis treści

1. Informacje wstępne.....	3
2. Wnioskowanie autobiograficzne – wskazówki interpretacyjne.....	5
3. Procedura postępowania oraz dodatkowe informacje.....	8
3.1. Opis procedury.....	9
3.2. Informacje dodatkowe.....	9
4. Załączniki.....	11
4.1. Załącznik 1 – Ćwiczenie .....	11

## 1. Informacje wstępne

Celem niniejszego badania jest sprawdzenie użyteczności opracowanego sposobu rozumienia autonarracji dla diagnozowania zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym. Inspiracją do przeprowadzenia badania są doniesienia najnowszej literatury wskazujące, że analiza narracji na temat ważnych wydarzeń może być wartościowa dla procesu diagnozowania tego typu patologii.

Ocena i diagnoza zaburzeń osobowości w ujęciu wymiarowym w AMPD DSM-5 polega przede wszystkim na ocenie nasilenia trudności w zakresie ogólnego funkcjonowania Ja i interpersonalnego (poziom funkcjonowania osobowości lub kryterium A) oraz nasilenia patologicznych cech osobowości (kryterium B). W ramach kompleksowego procesu diagnozowania wymagane jest uwzględnienie danych pochodzących z różnych źródeł tak, aby uzyskać jak najdokładniejszy obraz zaburzeń osoby diagnozowanej. Niemniej jednak zarówno DSM-5 jak i literatura przedmiotu wskazuje, że ocena w zakresie kryterium A, to znaczy funkcjonowania Ja i interpersonalnego, jest wystarczająca do określenia występowania zaburzeń osobowości lub ich braku. Tabela 1. przedstawia charakterystykę trudności osobowościowych (w zakresie kryterium A) na każdym z pięciu określonych przez AMPD DSM-5 poziomów funkcjonowania osobowości od braku do skrajnych zaburzeń. Należy zauważyć, że „punktem odcięcia” dla zaburzeń osobowości jest wystąpienie co najmniej umiarkowanego poziomu zaburzeń (Rys. 1.).

Rysunek 1. Graficzne przedstawienie trudności osobowościowych w zależności od poziomów głębokości zaburzeń

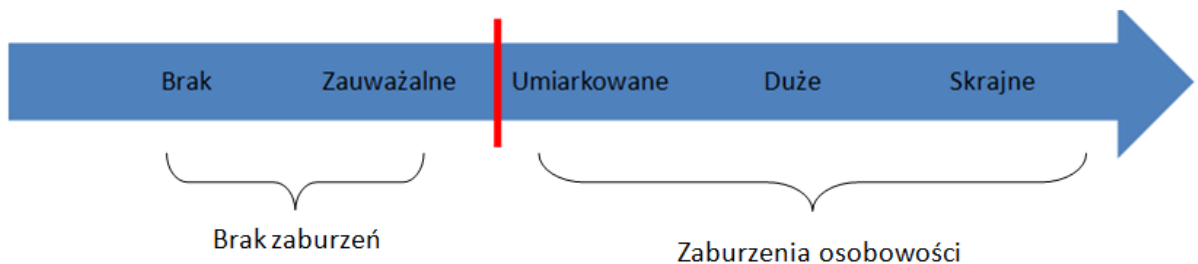


Tabela 1. Charakterystyka poziomów funkcjonowania osobowości wg AMPD DSM-5

Poziom nieprawidłowości	Charakterystyka
Brak lub nieznaczne	<p><b>W zakresie funkcjonowania Ja:</b> stałe poczucie i świadomość unikalnego Ja z jasno wyznaczonymi granicami; spójna i pozytywna samoocena; doświadczanie szerokiej gamy emocji oraz ich adaptacyjna regulacja; dążenie do realistycznych celów; kierowanie się odpowiednimi standardami wewnętrznymi oraz zdolność do wglądu oraz nadawania znaczenia własnym doświadczeniom.</p> <p><b>W zakresie funkcjonowania interpersonalnego:</b> rozumienie motywacji i doświadczenia innych w większości sytuacji społecznych; rozumienie i akceptowanie/tolerowanie zdania innych; rozumienie konsekwencji własnych zachowań; utrzymywanie wielu satysfakcjonujących i opartych na wzajemności, trosce, bliskości relacji; umiejętność dostosowania się do większości sytuacji</p>

	społecznych.
Zauważalne	<p><b>W zakresie funkcjonowania Ja:</b> względnie stabilne i klarowne poczucie Ja, choć w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego może tracić wyrazistość granic; względnie stabilna i adekwatna samoocena - czasami zaniżona i zniekształcona przez nadmierny krytycyzm; silne emocje mogą być traktowane jako zagrażające, co może ograniczać zakres doświadczeń emocjonalnych; możliwe nadmierne skupienie na celach (czasami zahamowanie do ich dążenia lub posiadanie konfliktowych celów); zestaw standardów społecznych i osobistych może być nierealistyczny, utrudniający funkcjonowanie; zdolność do autorefleksji czasami zniekształcona przez nadmierne skupienie na jednym aspekcie funkcjonowania (np., emocjonalnym, intelektualnym)</p> <p><b>W zakresie funkcjonowania interpersonalnego:</b> nieznaczące trudności w szanowaniu i rozumieniu doświadczeń innych osób; możliwy opór wobec reflektowania nad zachowaniem innych; trudności w zakresie rozumienia konsekwencji własnych zachowań ograniczają czasami możliwości rozważania i przyjmowania różnych perspektyw; zdolność do budowania trwałych relacji z nieznacznymi trudnościami w ekspresji emocji oraz ograniczone poczucie bliskości i satysfakcji; zdolność do tworzenia intymnych i wzajemnych relacji może być nieznacznie ograniczona (np. wycofanie, trudności w wyrażaniu potrzeb) w obliczu konfliktu lub silnych emocji; niektóre nierealistyczne i sztywne standardy utrudniają współpracę oraz zdolność empatii i spontaniczności.</p>
Umiarkowane	<p><b>W zakresie funkcjonowania Ja:</b> nadmierna zależność od innych osób w określeniu własnej tożsamości; trudności w określeniu granic między Ja a innymi; poszukiwanie aprobaty oraz uzależnianie samooceny od oceny zewnętrznej; chwiejna samoocena z tendencją do jej zewnętrznego regulowania; silne pragnienie aprobaty; poczucie niedostosowania lub niższości z kompensacyjnie zawyżoną lub zaniżoną samooceną; cele służą uzyskaniu zewnętrznego uznania – są określane zewnątrz lub wewnątrz co może przekładać się na ich niespójność; osobiste standardy mogą być zbyt wysokie albo niskie; zdolność do autorefleksji może być utrudniona.</p> <p><b>W zakresie funkcjonowania interpersonalnego:</b> szczególna wrażliwość na doświadczenia innych, ale tylko w zakresie mającym bezpośredni związek z samym sobą; skrajne skupienie na sobie, co utrudnia rozumienie i szanowanie zdania innych ludzi oraz trudności w przyjmowaniu różnych perspektyw; nieświadomość lub brak zainteresowania konsekwencjami własnych zachowań lub ma ich nierealistyczną ocenę; zdolność oraz potrzeba tworzenia relacji; relacje są jednak powierzchowne i tworzone w celu zaspokajania własnych potrzeb, samoregulacji lub utrzymania samooceny; brak skłonności do postrzegania relacji w kategoriach wzajemności- relacje często służą osiągnięciu korzyści.</p>
Duże	<p><b>W zakresie funkcjonowania Ja:</b> słabe poczucie autonomii oraz doświadczanie braku tożsamości lub wewnętrznej pustki; sztywne albo słabe granice między Ja a innymi; tendencja do nadmiernej identyfikacji z innymi, nadmiernego zaznaczania swoich granic lub wahania pomiędzy tymi stanami; zależność poczucia własnej wartości od zewnętrznych wydarzeń oraz niespójny obraz siebie; nieadekwatność samooceny w postaci samouwielbienia, nienawiści wobec siebie albo kombinacji</p>

	<p>tych stanów; gwałtowne zmiany emocji lub silne i chroniczne poczucie rozpaczy; trudności w określaniu i osiąganiu celów; sprzeczność wewnętrznych standardów; doświadczanie życia jako niebezpiecznego lub pozbawionego znaczenia; znacznie zaburzona zdolność do autorefleksji.</p> <p><b>Funkcjonowanie interpersonalne:</b> znaczna trudność do rozumienia innych oraz tendencja do skupiania się na specyficznych aspektach funkcjonowania innych, np. na ich słabościach; ogólna niezdolność do rozumienia konsekwencji własnych zachowań z poczuciem zagrożenia w sytuacji różnicy zdań; niezdolność do przyjmowania różnych, alternatywnych punktów widzenia; przypisywanie innym destrukcyjnych zamiarów; pragnienie tworzenia bliskich związków przy jednoczesnym znacznym utrudnieniu w inicjowaniu oraz utrzymywaniu pozytywnych relacji; pragnienie połączenia (fuzji) z bliską osobą; silny lęk przed skrzywdzeniem i odrzuceniem/oczekiwanie skrzywdzenia lub występowaniem tych stanów na przemian; znikoma wzajemność w relacjach; inni postrzegani w kontekście ich wpływu (pozytywnego/negatywnego) na Ja; zaburzenia w zakresie współpracy z innymi wiążą się przede wszystkim z poczuciem zniewagi i skrzywdzenia ze strony innych.</p>
Skrajne	<p><b>W zakresie funkcjonowania Ja:</b> doświadczanie niepowtarzalności Ja, sprawczości i autonomii, jest nieobecne lub zorganizowane wokół postrzeganego prześladowcy zewnętrznego; nieobecność lub niejasność granic między Ja a innymi; zniekształcony obrazem Ja oraz zniekształcona samoocena uzależniona od ocen innych; nieadekwatne reakcje emocjonalne; dominacja negatywnych emocji (nienawiści i agresji), które mogą być wypierane i przypisywane innym; trudności odróżnienia myśli od działań, co przekłada się na nierealistyczne i niespójne cele; brak standardów postępowania; niezdolność do autorefleksji; własne motywacje mogą być nierozpoznane lub postrzegane jako zewnętrzne.</p> <p><b>W zakresie funkcjonowania interpersonalnego:</b> znaczna niezdolność do rozumienia innych osób; niezdolność do rozumienia i przyjmowania alternatywnych perspektyw innych osób, co wiąże się z selektywną uwagą oraz nadmierną czujnością i skupieniem na zaspokojeniu własnych potrzeb oraz unikaniu skrzywdzenia; reguły rządzące życiem społecznym mogą być niezrozumiałe i dezorientujące; ograniczone pragnienie tworzenia bliskich relacji przez brak zainteresowania innymi lub nadmierne oczekiwanie skrzywdzenia; tworzone relacje są pełne dystansu, chaotyczne lub trwale negatywne; relacje rozumiane są dwubiegunowo – wyłącznie jako zapewniające przyjemność lub krzywdzące; zachowania społeczne nie są wzajemne i służą zaspokajaniu podstawowych potrzeb lub unikania cierpienia.</p>

Literatura przedmiotu wskazuje, że analiza narracji autobiograficznych może nieść ze sobą wiele informacji dotyczących funkcjonowania osobowości, a tym samym także jej patologii. Jedną z właściwości narracji jest proces wnioskowania autobiograficznego, postrzegany hipotetycznie jako jeden z najważniejszych narracyjnych wskaźników zaburzeń osobowości.

## 2. Wnioskowanie autobiograficzne – wskazówki interpretacyjne

**Wnioskowanie autobiograficzne** to zdolność do aktywnego tworzenia połączeń pomiędzy doświadczonym wydarzeniem a Ja oraz pomiędzy przeszłym, teraźniejszym i przyszłym rozumieniem siebie. Wnioskowanie autobiograficzne wiąże się z aktywnością autorefleksyjną, która wyraża się przede wszystkim w znaczeniu jakie osoba nadaje swoim doświadczeniom oraz identyfikowanym wpływie wydarzenia na życie jednostki. Wskazuje się, że różnice w zakresie wnioskowania autobiograficznego mogą być związane z ogólnym dobrostanem oraz występowaniem różnych zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń osobowości). Tabela 2. przedstawia charakterystykę wnioskowania autobiograficznego w autonarracjach osób zdrowych oraz z zaburzeniami osobowości.

Po zapoznaniu się z poniższą tabelą 2. oraz przykładami umieszczonymi pod nią **zachęcam Państwa do wykonania przygotowanego ćwiczenia na ocenę autonarracji** (załącznik 1., s. 11).

Tabela 2. Wnioskowanie autobiograficzne - wskazówki interpretacyjne

	Brak zaburzeń	Zaburzenia osobowości
Wskazówki do oceny wnioskowania autobiograficznego w narracjach osób zdrowych i z zaburzeniami osobowości	Autor wskazuje w narracji dlaczego opisywane wydarzenie jest dla niego osobiście ważne poprzez określenie związku pomiędzy doświadczeniem a jego życiem. Wskazany związek przyjmuje najczęściej charakter przyczynowo-skutkowy opisujący zmianę w zakresie sposobu rozumienia siebie i własnego życia jak również innych osób, relacji z nimi oraz świata. Zmiana ta wiąże się z poczuciem doświadczania osobistego wzrostu, co wskazuje na jej adaptacyjny i integracyjny charakter. Zdarza się, że osoby zdrowe konstruują narracje w oparciu o wydarzenia obiektywnie negatywne i traumatyczne wraz z opisem doświadczania negatywnych emocji, które w konsekwencji prowadzą jednak do pozytywnej zmiany. Nie jest zatem ważne, czy opisywane doświadczenie jest obiektywnie negatywne albo pozytywne, a w związku z tym także jaka jest walencja przeżyć emocjonalnych. Podczas oceny narracji należy więc zwrócić szczególną uwagę na znaczenie, jakie	Autor wskazuje w narracji dlaczego opisywane wydarzenie jest dla niego osobiście ważne poprzez określenie związku pomiędzy doświadczeniem a jego życiem. Wskazany związek przyjmuje najczęściej charakter przyczynowo-skutkowy opisujący zmianę w zakresie sposobu rozumienia siebie i własnego życia, jak również innych osób, związków z nimi oraz świata. W przypadku osób przejawiających zaburzenia osobowości zmiana ta postrzegana jest przez samego autora narracji jako negatywna (np., autor nabrał negatywnych przekonań i postaw wobec siebie, innych lub świata; jego relacje uległy pogorszeniu). Zdarza się także, że opisywane wydarzenie określane jest jako początek (lub pogłębienie doświadczanych wcześniej) trudności natury psychicznej. Mogłoby się wydawać, że osoby przejawiające zaburzenia

	<p>osoba nadaje swoim doświadczeniom w opowiedzianych przez siebie historiach oraz identyfikowany przez autora wpływ opowiedzianych wydarzeń. Dokonując oceny narracji pod kątem wniosku autobiograficznego, należy określić, czy autor konstruuje narrację o pozytywnej zmianie (wpływie) wynikającą z przeżytego doświadczenia, co wskazuje na bardziej adaptacyjny sposób funkcjonowania.</p>	<p>osobowości najczęściej konstruuje narracje o wydarzeniach obiektywnie negatywnych i traumatycznych, które zawierają opis negatywnych emocji. Podobnie jednak jak w przypadku osób nieprzejawiających zaburzeń osobowości, nie jest ważne czy narracja została zbudowana w oparciu o wydarzenie obiektywnie negatywne albo pozytywne, jak również walencja opisywanych emocji. W trakcie dokonywania oceny wniosku autobiograficznego należy zwrócić uwagę na konstruowanie narracji o negatywnym wpływie wydarzenia na (życie) autora, co jest charakterystyczne dla osób cierpiących z powodu zaburzeń osobowości.</p>
--	--	--

**Przykłady narracji z zaznaczonymi fragmentami odnoszącymi się do wniosku autobiograficznego.**

Przykład narracji osoby **zdrowej** w odpowiedzi na prośbę o opowiedzenie historii na temat punktu zwrotnego:

B: punktem zwrotnym byłby chyba (yy) ten rok () po pierwszym roku pandemii () jak napisałam maturę () dostałam się na studia () ten cały rok studiowałam online () (yy) i wtedy się też zbiegł ten czas tam z tą dziewczyną () co się to wszystko stało () i tak naprawdę po tym po tym roku studiowania online () jak wróciliśmy na uczelnię () gdzie ja poczułam że studiuje () **poczułam że się rozwijam** () zaczęło mnie interesować jeszcze bardziej () jeszcze mocniej i to wszystko co robimy na zajęciach () to o czym czytam () **i tak poczułam że wreszcie mogę zainwestować trochę w siebie** (yy) ta te () te uczucia poprzedniej dziewczynie już wygasły () **czułam że jestem sama () że jestem silna () że () że poznaje nowych ludzi wreszcie** () po zamknięciu w domu przez ostatni rok () że wreszcie bo się czuję po prostu studentką na kolejnym etapie życia () że mieszkam sama () że wyprowadzam się od rodziców () (yy) **po prostu wzięłam życie w swoje ręce () i postawiłam na swój rozwój () zaangażowałam się w koła naukowe () zaangażowałam się w różne szkolenia () warsztaty () (yy) stwierdziłam że to jest moment () byłam () ogromnie wdzięczna też za to () że w ogóle mogę studiować to co () to co chce () to co lubię () że tak szybko znalazłam jakąś taką swoją ścieżkę** () więc no takim wybranym momentem () to chyba po prostu rozpoczęcie drugiego roku studiów () poczułam że studiuje () **poczułam że się rozwijam () poczułam że chcę to robić że chce w to inwestować i czas i energię () że to jest mój prio** ()

priorytet w tym momencie () wykształtowała mi się wtedy mniej więcej wizja () tego () czym się chce zajmować w przyszłości () kim chcę być () kim chce być jako człowiek () że chcę () po prostu non stop siebie doskonalić () i też () poczułam że sama () sama też jestem wartościowa () że nie () nie definiuje mnie () bycie z inną osobą () bycie w relacji () tylko () to jestem ja () ja uczę się () inwestuję () chcę () mam czas () mam energię () poznaję ludzi () jestem osobą relacyjną () pewną siebie ()(yy) więc chyba początek drugiego roku studiów to był () to był przełom o sto osiemdziesiąt stopni () możemy przejść dalej

**Wyjaśnienie:** autorka w oparciu o wydarzenie rozpoczęcia drugiego roku studiów w obliczu końca pandemii konstruuje narracje o samorozwoju, wzroście, samokierowaniu oraz konsolidacji tożsamości. Wskazuje, że poczuła się silniejsza, pewniejsza siebie i bardziej odpowiedzialna za własne życie (podając przykłady), doszła do wniosku, że to był moment kiedy określiła, kim naprawdę chce zostać w przyszłości oraz odkryła własną wartość – niezależną od innych osób.

Przykład narracji osoby z **zaburzeniem osobowości** w odpowiedzi na prośbę o opowiedzenie historii na temat punktu zwrotnego:

B: okej () ale znów będzie smu () na smutno (yy) no to teraz jakby () przejdźmy sobie trochę do przodu () i moment w którym jakby () moi rodzice się postanowili rozwieść () postanowili () no nie jest dokładnie to samo co poprzednie () ale to było w ten sposób że () ja i mój tata mieliśmy taką tradycję () która jest () bardzo dziwna () ale kiedyś jak byłam mała i byłam chora (yy) to on mi robił mrówki na ubraniu () czyli taki masaż () że idą mrówki biegną mrówki () idzie słoń biegnie słoń () pogoda czy deszcz czujesz () czy czujesz dreszcz () taki dziwny masaż () ja jakby za każdym razem jak byłam chora na przestrzeni lat () no to mój tata dodawał jakieś zwierzątka () jakąś inną pogodę () i teraz to już jest () bardzo skomplikowana rzecz () której nikt nie potrafi powtórzyć () no i akurat byłam dość chora () bo to był () to była jakoś tam maj w pandemii () ten dwa tysiące dwadzieścia () (yy) no i byłam dość chora () siedziałam w domu () bo wróciłam ze studiów () z akademika do domu () siedzę w domu () i właśnie mój tata przychodzi wieczorem zrobić mi te mróweczki () co jest no () dość dziwne jak się o tym pomyśle () ale całkiem normalne w naszym kontekście () i podczas () robienia tych mróweczek nagle zaczyna płakać () mój tata nigdy nie płakał () raz go widziałam chyba płaczącego () przez całe życie () i mówi że mnie bardzo przeprasza () ale mnie bardzo kocha () no i ja tak stwierdziłam () (hmm) no dobra dobranoc tato () i na kolejny dzień mój tato właśnie () usiadł przede mną i przed mamą () i swoją drogą to głupie że nie powiedział tylko najpierw mamie () tylko potraktował mnie też tak () no ale w sumie miałam dwadzieścia lat () więc () może mógł (yy) i właśnie powiedział że () jest kimś innym () i że on teraz to już się naprawdę rozwodzi () i to było tyle śmieszne () że straszyl tym rozwodem przez dwadzieścia lat () (yy) no a w końcu stwierdził że robi to naprawdę () no i pamiętam że () to na początku nie wydawało mi się takim punktem zwrotnym () bo miałam wrażenie że byłam bardzo na to przygotowana () że zaczęłam mówić () dobrze () ale co z psem co z pieniędzmi () a kto dostaje to mieszkanie () moja mama to zaczęła płakać () a ja zaczęłam wszystkim się zajmować () jak bardzo odpowiedzialna osoba () i mówiłam () dobrze () a w takim razie będziesz mieszkał tu czy tam () a czy planujesz mieć dzieci () zaczęłam zadawać jakieś takie mnóstwo pytań () planować całą przyszłość i w ogóle () i stwierdziłam że () dam sobie z tym radę () nie byłam jakoś taka bardzo smutna () bo () jakimś () jakoś tak spodziewałam do tego od dawna () (yy) ale po czasie zdałam sobie sprawę () że **to był ten punkt zwrotny ponieważ () wszystkie moje wspomnienia zaczęły wyglądać inaczej () że () miałam wspomnienia (yy) że na przykład () mój tato bardzo nie lubił**



jeździć na łyżwach () ja z kolei uwielbiam () że poszliśmy na te łyżwy () (yy) ja jeździłam a mój tato tylko tam () stał z boku i pisał smsy () i ja od razu myślę okej () czyli on na pewno wtedy pisał do niej () że mój tato wychodził na spacer z psem na godzinę () i ja myślałam że () o noto dobrze że pies się wybiega () jakby wszystkie () moje wspomnienia zaczęły wyglądać inaczej () i wszystkie moje wspomnienia (yy) też z dzieciństwa () bo mój tata często miał jakieś inne panie () zaczęły wyglądać trochę inaczej () i jednocześnie moje relacje zarówno z nim jak i z mamą () od tego momentu się zmieniły () i w ogóle () z całą rodziną się zmieniły () i () po prostu musiałam () stać się trochę inną osobą () musiałam () zupełnie () nie dość że () moja psychika zauważyła () znaczy nie () moje wspomnienia się zmieniły () to ja sama psychicznie musiałam stać się inną osobą () musiałam inaczej rozmawiać z rodzicami () inaczej z dziadkami () musiałam na nowo wszystko sobie zbudować () nieoparte na tych () fundamentach dzieciństwa () tylko musiałam na nowo znaleźć (yy) kim jestem () no i nadal próbuję to robić () a nie wiem czy mi się za bardzo udaje () ale próbuję jakbyś siebie stworzyć na nowo ()

**Wyjaśnienie:** autorka narracji na podstawie doświadczenia rozvodu rodziców opisuje, że jej wcześniejsze wspomnienia (neutralne lub pozytywne) nabrały jednoznacznie negatywnego charakteru. Autorka wskazuje także, że skutek refleksji nad tym doświadczeniem ma poczucie, że została zmuszona do ponownego określenia tego kim jest. Autorka konstruuje autonarrację wokół pewnego rodzaju utraty poczucia spójności Ja.

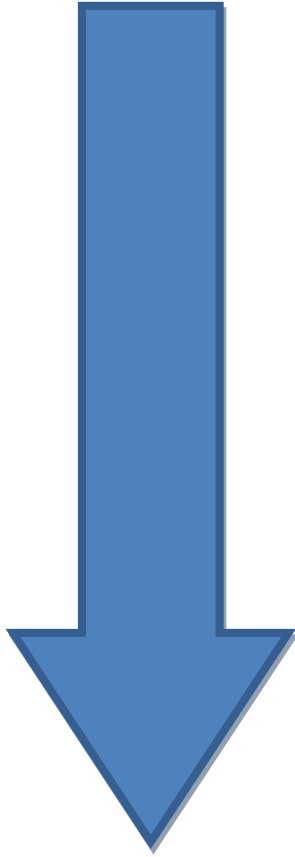
### **3. Procedura postępowania oraz informacje dodatkowe**

Celem badania jest sprawdzenie użyteczności oceny wnioskowania autobiograficznego dla diagnozowania poziomu zaburzeń osobowości zgodnie z wymiarową konceptualizacją tego typu patologii. W związku z tym Państwa zadaniem będzie określenie czy dana wypowiedź ma właściwości charakterystyczne dla autonarracji osoby z zaburzeniem osobowości lub osoby zdrowej (w odpowiedzi na wskazania z instrukcji), sporządzenie komentarza na temat Państwa decyzji oraz udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące procesu jej podejmowania. W badaniu nie będą oceniane Państwa kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne – jego jedynym celem jest sprawdzenie czy przygotowany sposób interpretacji narracji może mieć znaczenie dla procesu oceny patologii osobowości.

Opis procedury „krok po kroku” znajduje się w pliku przeznaczonym do właściwej oceny zatytułowanym „**Ocena właściwa**”. Poniżej przedstawiono procedurę tego badania w bardziej ogólnej perspektywie.

#### **3.1. Opis procedury**

Procedura postępowania w tym badaniu podzielona została na trzy główne części: (1) przed oceną narracji; (2) ocena narracji; (3) po ocenie narracji.



**1. Przed oceną narracji – etap przygotowania do właściwego zadania**

- zapoznaj się z charakterystyką głębokości zaburzeń w różnych poziomach funkcjonowania osobowości (tabela 1., s. 3);
- zapoznaj się z opisem wnioskowania autobiograficznego (s.5), wskazówkami interpretacyjnymi umieszczonymi w tabeli 2. (s. 5) oraz dołączonymi pod tabelą przykładami wraz z ich krótkim omówieniem;
- wykonaj przygotowane ćwiczenie (załącznik 1., s. 11) pozwalające na sprawdzenie rozumienia oceny wnioskowania autobiograficznego w zaburzeniach osobowości;

**2. Ocena narracji – etap oceny właściwej**

- otwórz plik zatytułowany „**Ocena właściwa**” – plik zawiera procedurę postępowania „krok po kroku”; instrukcję do badania, istotne informacje oraz narracje przeznaczone do oceny

**3. Po narracji – etap przekazywania informacji na temat Państwa pracy**

- po dokonaniu oceny proszę o otworzenie linku do formularza z dodatkowymi pytaniami oraz dwoma kwestionariuszami, który zawarłem w e-mailu lub skopiowanie go stąd:

<https://forms.gle/KbNTud8awSdVgDfb9>

### **3.2 Informacje dodatkowe**

Dla uzyskania bardziej rzetelnych wyników naukowych wskażę kilka okoliczności potrzebnych w tym badaniu.

**Proszę, aby w trakcie pracy:**

- nie konsultować się z innymi osobami, w szczególności ze specjalistami w zakresie psychologii i zdrowia psychicznego;
- nie posłkować się podręcznikami diagnostycznymi DSM-5 oraz ICD-11, jak również innymi źródłami wiedzy na temat opisu oraz diagnozy zaburzeń osobowości – oprócz opisu głębokości zaburzeń na różnych poziomach funkcjonowania osobowości oraz opisu wnioskowania autobiograficznego załączonych w tym pliku;
- dla każdej z 8 historii określić, czy posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osób zdrowych, czy osób z zaburzeniami osobowości;
- po dokonaniu oceny każdej historii wrócić do pierwszych dwóch w celu sprawdzenia, czy zgadzają się Państwo ze swoimi ocenami. Jeśli nie – proszę je zmienić.
- po dokonaniu oceny każdej z historii osobno ocenić, czy pełna narracja (na podstawie wszystkich 8 historii) posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osób zdrowych, czy osób z zaburzeniami osobowości.

#### 4. Załącznik 1. Ćwiczenie

W poniższej tabeli przygotowano wypowiedzi z myślą o przećwiczeniu identyfikowania oraz oceny wnioskowania autobiograficznego w odniesieniu do przejawiania zaburzeń osobowości. Umieszczone w tabeli przykłady narracji stanowią fragmenty dłuższych wypowiedzi. Zdecydowano się zastosować skrócenie przedstawionych narracji w celu zaakcentowania wypowiedzi odnoszących się do wnioskowania autobiograficznego oraz ograniczenia czasochłonności ćwiczenia. Oprócz treści narracji oraz jej numeru tabela zawiera kolumnę przeznaczoną do wpisania Państwa oceny oraz miejsce na ewentualne komentarze własne.

**Polecenie:** zapoznaj się z treścią narracji oraz na ich podstawie określ czy autor narracji przejawia/nie przejawia zaburzeń osobowości.

**WAŻNE**– odpowiedzi oraz komentarz uzasadniający znajdują się w pliku „Odpowiedzi”.

L.p.	Treść narracji	Ocena (zaznacz)	Komentarz (opcjonalnie)
1.	B: no to wybrałabym () wydarzenie nie rok to było byłam na wyjeździe integracyjnym przed rozpoczęciem studiów () i (yy) i było takie jeden szczególne popołudnie gdzie siedziałam z osobami które poznałam na tym wyjeździe () które też zaczynały właśnie studia zjechały się z całej polski () każdy był () inny ale wszyscy mieliśmy wspólny cel () i po rozmowach z tymi osobami () poczułam się w końcu sobą () w sensie że to co te osoby mówiły o mnie po tym jak mnie poznały () (yy) bardzo bardzo się z tym utożsamiłam bo poczułam że faktycznie tak jest ale dopiero jak one to powiedziały to otworzyłam się na to w pełni zaakceptowałam to () bo mówiły że jestem taką bardzo pozytywną osobą i że jest się dużo uśmiecham i że jestem bardzo wrażliwa () i tak pomogli mi to () przyswoić że faktycznie tak jest i tak otworzyłam oczy na swoje życie () i to co do dotychczas jakieś tam związki relacje () i pomogło to właśnie ten ten wyjazd ale szczególnie właśnie takie rozmowy z tymi wszystkimi osobami pozwoliły mi () otworzyć oczy na to kim jestem kim chcę być () że tak że cieszę się że tak mnie widzą że bardzo mi to odpowiada () to było takie bardzo pozytywne dla mnie bo () bo poczułam się doceniona przez nich że jestem postrzegana jako dobra i pozytywna osoba i () i pozwoliło mi to odciąć się od osób które sprawiły że czuję się odwrotnie () więc to tak był bardzo () bardzo przyjemne ()	<p>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</p> <p>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</p>	

2.	<p>Związek [z chłopakiem – AW] był ( )bardzo (yy) wyniszczający dla obu stron (yyy) ja ( ) byłam wtedy w takim momencie w którym naprawdę bardzo potrzebowałam (yy) pomocy ( ) po prostu ( ) specjalistycznej (yy) niestety ( ) nikt tak naprawdę nie potrafił mi obok pomóc ( ) i ( ) ja tak naprawdę już sabotowałam (yy) wszystko ( ) w moim życiu ( ) związane ( ) po prostu (yy)sabotowałam swoje spojrzenie na siebie ( )spojrzenie na ( )ten związek ( )spojrzenie na jakiegokolwiek relacje (ymm) no i przez to ( ) po prostu ( ) zachowywałam się już w taki sposób że w pewnym momencie (ee) ten mój chłopak (y) wyszedł i nigdy nie wrócił ( ) że tak powiem (yyy) ja pamiętam jak ja go bardzo błagałam żeby on nie odchodził bo ( ) wiedziałam że to jest jedyna rzecz która mnie trzyma tak naprawdę ten człowiek ( ) i wiedziałam że ( ) bez tego to tak naprawdę to moje ( )zaledwie osiemnastoletnie życie ( ) będzie już ( ) totalnie bez sensu ( ) no i ( ) to była ( ) to zdecydowanie chyba ( ) mocno się odbiło na mnie bo ( ) bo wciąż pamiętam ten moment ( ) tej rozpacz i takiej bezsilności że ( ) on odszedł i nie napisał na drugi dzień nie napisał na trzeci i nie napisał już nigdy ( ) tak naprawdę ( )relacja urwana ot tak (yyy) wtedy nie miałam też co liczyć na pomoc rodziców czy ( ) przyjaciół bo nawet po prostu ( ) ich nie miałam ( ) ze względu na to że całe moje życie opierało się na ( ) jednej osobie byłam bardzo uzależniona od tej osoby ( ) więc (yy) w momencie ( ) gdy ( ) ta relacja się zakończyła ( ) i to w tak burzliwy sposób tak naprawdę z dnia na dzień ( ) to ( ) dla mojego ( ) po prostu nastoletniego umysłu to było ( ) zdecydowanie za dużo (ymm) wtedy ( ) bardzo zwątpiłam w ( ) w siebie (yy) w świat ( ) po tym miała miejsce moja próba samobójcza (yyy) i ( ) byłam ( ) faktycznie ( ) w takim miejscu gdzie ( ) nie widziałam tego wyjścia ( ) że choćbym bardzo chciała to nie widziałam wyjścia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>	
3.	<p>mama ( ) zdradzała mojego tatę od pewnego czasu ( ) moja babcia postanowiła ( ) powiedzieć to mojemu tacie ( ) a ( ) mój tata jak wpadł w wściekłość ( ) kiedy moja mama wróciła z pracy ( ) chwycił ją za gardło oraz ją pobił dość ( ) no tak dosyć ( ) mocno (aaa) byłam świadkiem tego ( ) zdarzenia ( ) za mną stała moja młodsza siostra która ( ) wtedy była zbyt mała by jeszcze cokolwiek pamiętać ( ) więc można powiedzieć że jestem tego jedynym świadkiem (yyy) następnie po pobiciu mamy tata zbił lustro ( ) skaleczył sobie rękę ( ) i w tym momencie ( ) przestał już ( ) okładać mamę ( ) tylko po prostu przestał (yyy) rzucił jeszcze może krzesłem ( ) ale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z</li> </ol>	

	<p>na tym się skończyło () moja mama płakała () pamiętam że zaczęliśmy pakować walizki żeby się wyprowadzić po prostu z domu () i () w tym momencie zdałam sobie sprawę że () wiedziałam po prostu że to będzie koniec () że () tutaj skończyło się moje dzieciństwo () nic już nie będzie takie samo () że moja rodzina () już () nie istnieje praktycznie () taka przynajmniej jaka była wcześniej (aaa) że () będziemy musieli wyprowadzić się z domu () że już pewnie () nigdy () nic nie będzie takie samo () wszystko od tamtej pory zaczęło wydawać mi się takie () szarobure () oraz () no () troszeczkę () miałam wrażenie jakbym po prostu oglądała w pewien sposób film () a nie () żyła swoją () rzeczywistością i życiem () jeżeli mogę opowiedzieć o tym jak to wpłynęło na mnie () to na pewno (yy) wiem że od tamtej pory () zaczęłam chorować na zaburzenia lękowe () że () miało to właśnie () dość mocny wpływ jak na () jako na dziecko () no i od tamtej pory prawdopodobnie () bo nie jest to stwierdzone do końca () tutaj (yy) ze strony lekarzy () ale prawdopodobnie od tamtej pory po prostu zaczęłam chorować też na () wczesną depresję () więc () no jeżeli mogę powiedzieć to () dzisiaj jest mi łatwiej opowiadać o tym zdarzeniu () aczkolwiek wtedy było to dla mnie bardzo traumatyczne () i takie</p>	zaburzeniami osobowości	
4.	<p>był to moment w którym (2) ja się poczułam taka wypalona zawodowo i (yyy) (2) jakby () szukałam () znaczy () nawet nie szukałam nowego pola do () do realizacji () po prostu () byłam tym już trochę znudzona i (yyy) to był moment kiedy (yym) () postanowiłam się trochę przebranżwić (yy) jeśli można tak to ująć () (yyy) poszłam na (yyy) właśnie specjalizację z pielęgniarstwa onkologicznego (yy) stwierdziłam że będę pracować z (yy) z pacjentami chorymi o onkologicznie (yym) (2) i w tamtym momencie (yy) nadarzyła się (ym) okazja do zmiany pracy () tak naprawdę () w tym samym () jakby () na bardzo podobną () bo też w ośrodku badań klinicznych () tylko że w innym () (yyy) ale to co mnie przekonało to (yyy) jakby żeby kontynuować tę działalność (y) w obszarze badań klinicznych było to że oni prowadzili badania z () dziedziny właśnie onkologii () a ja (yyy) byłam w trakcie realizowania tej specjalizacji () (yy) i chociaż było to dla mnie () jakby () sama decyzja o podjęciu pracy była dla mnie () jakby () sama decyzja o (y) (yym) zmianie pracy była dla mnie bardzo trudna (yyy) bo () lubię taką () stabilność (yy) i () jakby () (yyy) () chciałam () się () realizować na jakimś innym polu ale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>	

	<p>niekoniecznie chciałam tą pracę zmieniać (yy) ale () zgodziłam się () przyjąłam tą nową ofertę pracy () i to tak naprawdę () trochę () był punkt zwrotny bo () ja na nowo odkryłam (yym) pracę w ramach badań klinicznych () że () że można się tam realizować że (yy) że to jest praca którą lubię () która jest ważna i (yy) w której tak naprawdę można się rozwijać () że to nie jest (yyy) (yyy) to nie jest (y) praca bez przyszłości bez kariery () (eee) i tak naprawdę to był ten mome () to był moment w którym też rozumiałam że (yy) (2) jakby ja się czuję () w momencie jak już tą pracę zmieniłam i (yy) jakiś pewien okres tam pracowałam (ee) to był moment kiedy rozumiałam że jeśli tak naprawdę czuję spełniona w tym co robię</p>		
--	---	--	--

**Załącznik 34. Treść odpowiedzi do ćwiczenia zawartego w opisie badania 2. (zob. załącznik 33)**

## **Odpowiedzi do ćwiczenia oraz ich uzasadnienie**

**Na stronie nr 3 znajdują się odpowiedzi do ćwiczenia oraz ich uzasadnienie. Pamiętaj, aby zapoznać się z odpowiedziami dopiero po wykonaniu ćwiczenia**

**Ta strona została celowo pozostawiona pusta**



### Odpowiedzi oraz uzasadnienie

L.p.	Treść narracji	Ocena	Komentarz
1.	<p>B: no to wybrałabym () wydarzenie nie rok to było byłam na wyjeździe integracyjnym przed rozpoczęciem studiów () i (yy) i było takie jeden szczególne popołudnie gdzie siedziałam z osobami które poznałam na tym wyjeździe () które też zaczynały właśnie studia zjechały się z całej polski () każdy był () inny ale wszyscy mieliśmy wspólny cel () i po rozmowach z tymi osobami () poczułam się w końcu sobą () w sensie że to co te osoby mówiły o mnie po tym jak mnie poznały () (yy) bardzo bardzo się z tym utożsamiałam bo poczułam że faktycznie tak jest ale dopiero jak one to powiedziały to otworzyłam się na to w pełni zaakceptowałam to () bo mówiły że jestem taką bardzo pozytywną osobą i że jest się dużo uśmiecham i że jestem bardzo wrażliwa () i tak pomogli mi to () przyswoić że faktycznie tak jest i tak otworzyłam oczy na swoje życie () i to co do dotychczas jakiegoś tam związku relacje () i <b>pomogło to właśnie ten ten wyjazd ale szczególnie właśnie takie rozmowy z tymi wszystkimi osobami pozwoliły mi () otworzyć oczy na to kim jestem kim chcę być ()</b> że tak że cieszę się że tak mnie widzą że bardzo mi to odpowiada () to było takie bardzo pozytywne dla mnie bo () <b>bo poczułam się doceniona przez nich że jestem postrzegana jako dobra i pozytywna osoba i () i pozwoliło mi to odciąć się od osób które sprawiły że czuję się odwrotnie ()</b> więc to tak był bardzo () bardzo przyjemne ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1234 371 1621 475">1. <b>Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</b></li> <li data-bbox="1234 515 1621 651">2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>	<p>Wydarzenie, o którym opowiada autorka narracji miało na nią pozytywny wpływ. Autorka wskazuje, że lepiej zrozumiała siebie oraz że nabrała przekonania kim chce zostać w przyszłości. Kobieta wskazuje także na uzyskaną świadomość o akceptacji innych. Finalnie wiąże wpływ wydarzenia z motywacją do zmiany otoczenia, które ma na nią negatywny wpływ.</p>

2.	<p>Związek [z chłopakiem – AW] był () bardzo (yy) wyniszczający dla obu stron (yyy) ja () byłam wtedy w takim momencie w którym naprawdę bardzo potrzebowałam (yy) pomocy () po prostu () specjalistycznej (yy) niestety () nikt tak naprawdę nie potrafił mi obok pomóc () i () ja tak naprawdę już sabotowałam (yy) wszystko () w moim życiu () związane () po prostu (yy) sabotowałam swoje spojrzenie na siebie () spojrzenie na () ten związek () spojrzenie na jakiegokolwiek relacje (ymm) no i przez to () po prostu () zachowywałam się już w taki sposób że w pewnym momencie (ee) ten mój chłopak (y) wyszedł i nigdy nie wrócił () że tak powiem (yyy) ja pamiętam jak ja go bardzo błagałam żeby on nie odchodził bo () wiedziałam że to jest jedyna rzecz która mnie trzyma tak naprawdę ten człowiek <b>() i wiedziałam że () bez tego to tak naprawdę to moje ()zaledwie osiemnastoletnie życie () będzie już () totalnie bez sensu()</b> no i () to była () to zdecydowanie chyba () mocno się odbiło na mnie bo () bo wciąż pamiętam ten moment () tej rozpacz i takiej bezsilności że () on odszedł i nie napisał na drugi dzień nie napisał na trzeci i nie napisał już nigdy () tak naprawdę ()relacja urwana ot tak (yyy) wtedy nie miałam też co liczyć na pomoc rodziców czy () <b>przyjaciół bo nawet po prostu () ich nie miałam () ze względu na to że całe moje życie opierało się na () jednej osobie byłam bardzo uzależniona od tej osoby () więc (yy) w momencie () gdy () ta relacja się zakończyła () i to w tak burzliwy sposób tak naprawdę z dnia na dzień () to () dla mojego () po prostu nastoletniego umysłu to było () zdecydowanie za dużo (yym) <b>wtedy () bardzo wątpiłam w () w siebie (yy) w świat () po tym miała miejsce moja próba samobójcza (yyy) i () byłam () faktycznie () w takim miejscu gdzie () nie widziałam tego wyjścia () że choćbym bardzo chciała to nie widziałam wyjścia</b></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. <b>Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</b></li> </ol>	<p>Autorka wskazuje negatywny wpływ wydarzenia na jej szeroko rozumiane życie. Kobieta wskazuje, że wskutek rozstania z chłopakiem straciła poczucie sensu w życiu oraz zdała sobie sprawę, że „była uzależniona od jednej osoby”, co finalnie przejawiało się w braku innych przyjaciół. Jej poczucie własnej wartości obniżyło się, jej postrzeganie świata zmieniło się na negatywne – osoba nabrała poczucia, że znalazła się w sytuacji bez wyjścia tracąc poczucie kontroli nad własnym życiem.</p>
----	--	--	---

3.	<p>mama () zdradzała mojego tatę od pewnego czasu () moja babcia postanowiła () powiedzieć to mojemu tacie () a () mój tata jak wpadł w wściekłość () kiedy moja mama wróciła z pracy () chwycił ją za gardło oraz ją pobił dość () no tak dosyć () mocno (aaa) byłam świadkiem tego () zdarzenia () za mną stała moja młodsza siostra która () wtedy była zbyt mała by jeszcze cokolwiek pamiętać () więc można powiedzieć że jestem tego jedynym świadkiem (yyy) następnie po pobiciu mamy tata zbił lustro () skaleczył sobie rękę () i w tym momencie () przestał już () okładać mamę () tylko po prostu przestał (yyy) rzucił jeszcze może krzesłem () ale na tym się skończyło () moja mama płakała () pamiętam że zaczęliśmy pakować walizki żeby się wyprowadzić po prostu z domu () i () <b>w tym momencie zdałam sobie sprawę że () wiedziałam po prostu że to będzie koniec () że () tutaj skończyło się moje dzieciństwo () nic już nie będzie takie samo () że moja rodzina () już () nie istnieje praktycznie () taka przynajmniej jaka była wcześniej (aaa) że () będziemy musieli wyprowadzić się z domu () że już pewnie () nigdy () nic nie będzie takie samo () wszystko od tamtej pory zaczęło wydawać mi się takie () szarobure () oraz () no () troszeczkę () miałam wrażenie jakbym po prostu oglądała w pewien sposób film () a nie () żyła swoją () rzeczywistością i życiem () jeżeli mogę opowiedzieć o tym jak to wpłynęło na mnie () to na pewno (yy) wiem że od tamtej pory () zaczęłam chorować na zaburzenia lękowe () że () miało to właśnie () dosyć mocny wpływ jak na () jako na dziecko () no i od tamtej pory prawdopodobnie () bo nie jest to stwierdzone do końca () tutaj (yy) ze strony lekarzy () ale prawdopodobnie od tamtej pory po prostu zaczęłam chorować też na () wczesną depresję () więc () no jeżeli mogę powiedzieć to () dzisiaj jest mi łatwiej opowiadać o tym zdarzeniu () aczkolwiek wtedy było to dla mnie bardzo traumatyczne () i takie</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li>   <li>2. <b>Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</b></li> </ol>	<p>Autorka narracji identyfikuje jednoznacznie negatywny wpływ wydarzenia na nią samą. Wskazuje, że wskutek tego doświadczenia zaczęła wątpić w przyszłość oraz, że straciła przyjemność z życia. Osoba wskazuje, że przez pewien czas miała poczucie oderwania od własnego Ja i własnego życia. Kobieta wiąże także to wydarzenie z początkiem różnych problemów psychicznych.</p>
----	--	--	---

4.	<p>był to moment w którym (2) ja się poczułam taka wypalona zawodowo i (yyy) (2) jakby () szukałam () znaczy () nawet nie szukałam nowego pola do () do realizacji () po prostu () byłam tym już trochę znudzona i (yyy) to był moment kiedy (yym) () postanowiłam się trochę przebranżowić (yy) jeśli można tak to ująć () (yyy) poszłam na (yyy) właśnie specjalizację z pielęgniarstwa onkologicznego (yy) stwierdziłam że będę pracować z (yy) z pacjentami chorymi o onkologicznie (yym) (2) i w tamtym momencie (yy) nadarzyła się (ym) okazja do zmiany pracy () tak naprawdę () w tym samym () jakby () na bardzo podobną () bo też w ośrodku badań klinicznych () tylko że w innym () (yyy) ale to co mnie przekonało to (yyy) jakby żeby kontynuować tę działalność (y) w obszarze badań klinicznych było to że oni prowadzili badania z () dziedziny właśnie onkologii () a ja (yyy) byłam w trakcie realizowania tej specjalizacji () (yy) i chociaż było to dla mnie () jakby () sama decyzja o podjęciu pracy była dla mnie () jakby () sama decyzja o (y) (yym) zmianie pracy była dla mnie bardzo trudna (yyy) bo () lubię taką () stabilność (yy) i () jakby () (yyy) () chciałam () się () realizować na jakimś innym polu ale niekoniecznie chciałam tę pracę zmieniać (yy) ale () zgodziłam się () przyjąłam tę nową ofertę pracy () i to tak naprawdę () trochę () był punkt zwrotny bo () <b>ja na nowo odkryłam (yym) pracę w ramach badań klinicznych () że () że można się tam realizować że (yy) że to jest praca którą lubię () która jest ważna i (yy) w której tak naprawdę można się rozwijać () że to nie jest (yyy) (yyy) to nie jest (y) praca bez przyszłości bez kariery () (eee) i tak naprawdę to był ten mome () to był moment w którym też rozumiałam że (yy) (2) jakby ja się czuję () w momencie jak już tę pracę zmieniłam i (yy) jakiś pewien okres tam pracowałam (ee) to był moment kiedy rozumiałam że jeśli tak naprawdę czuję spełniona w tym co robię</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</b></li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>	<p>Osoba badana opowiada o pozytywnym wpływie wydarzenia na swoje życie. Pomimo wskazania na relatywną trudność i niepewność związaną ze zmianą pracy autorka narracji mówi, że było to doświadczenie, które pozwoliło jej się dalej rozwijać. Ponadto to wydarzenie pozwoliło jej zrozumieć że czuje się osobą spełnioną.</p>
----	--	--	--

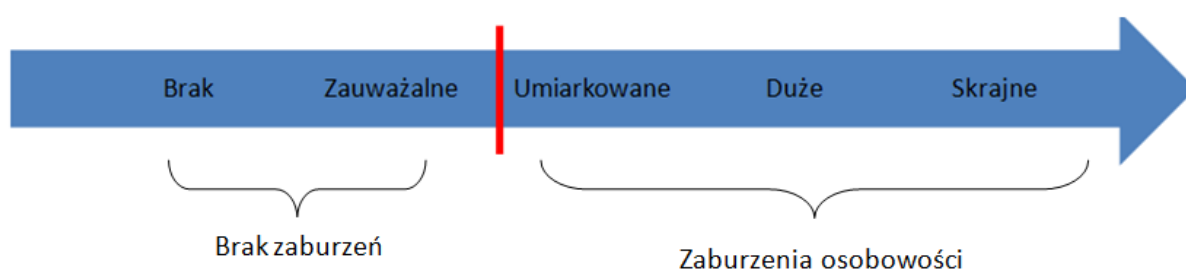
**Załącznik 35. Arkusz oceny właściwej w badaniu 2.**

## **Ocena i praca właściwa**

Załączone jako materiał badawczy narracje zawierają opis historii ośmiu kluczowych wydarzeń. Protokół wywiadu oparto o część Wywiadu Historii Życia McAdamsa. Państwa zadanie polega na zapoznaniu się z narracjami dwóch różnych osób oraz określeniu na ich podstawie czy zaprezentowane wypowiedzi posiadają właściwości charakterystyczne dla autonarracji konstruowanych przez osoby zdrowe, czy osoby z zaburzeniem osobowości (w odpowiedzi na wskazania z instrukcji) . W kolejnym kroku proszę o otwarcie formularza w którym zawarłem dodatkowe pytania na temat procesu podejmowania decyzji, oceny zaproponowanej metody, Państwa doświadczeń związanych z procedurą, metryczką, oraz dwa kwestionariusze.

W badaniu nie będą oceniane Państwa kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne – jego jedynym celem jest sprawdzenie czy przygotowany sposób interpretacji narracji może mieć znaczenie dla procesu diagnozowania zaburzeń osobowości.

Rysunek 1. Graficzne przedstawienie trudności osobowościowych w zależności od poziomów głębokości zaburzeń



### Procedura postępowania w tym badaniu krok po kroku

1. W razie potrzeby proszę zapoznać się ponownie z opisem głębokości zaburzeń w zależności od poziomu funkcjonowania osobowości oraz opisem wniosku autobiograficznego załączonych w poprzednim pliku pt. „Opis badania”.  
**WAŻNE** – do tych informacji mogą Państwo wracać na każdym etapie pracy (również w trakcie oceny) .
2. Zapoznaj się z instrukcją do badania (s. 4) poniżej.
3. Zapoznaj się z zestawami narracji dla obu osób, przed przystąpieniem do ich oceny (narracja nr 1 – s. 5; narracja nr 2 – s. 9 poniżej) .
4. Przeczytaj jeszcze raz pierwszy zestaw narracji oraz dokonaj oceny według wytycznych zawartych w instrukcji do badania.
5. Przeczytaj jeszcze raz drugi zestaw narracji oraz dokonaj oceny według wytycznych zawartych w instrukcji do badania.
6. Po zakończeniu oceny wypełnij formularz spod linku który wysłałem również w wiadomości e-mail lub skopiuj link stąd: [link do formularza]

Dla uzyskania bardziej rzetelnych wyników naukowych wskażę kilka okoliczności potrzebnych w tym badaniu, **proszę, aby w trakcie pracy:**

- nie konsultować się z innymi osobami, w szczególności ze specjalistami w zakresie psychologii i zdrowia psychicznego;
- nie posłkować się podręcznikami diagnostycznymi DSM-5 oraz ICD-11, jak również innymi źródłami wiedzy na temat opisu oraz diagnozy zaburzeń osobowości – oprócz opisu głębokości zaburzeń na różnych poziomach funkcjonowania osobowości oraz opisu wnioskowania autobiograficznego załączonych w poprzednim pliku pt. „Opis badania”;
- dla każdej z 8 historii określić, czy posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osób zdrowych, czy osób z zaburzeniami osobowości;
- po dokonaniu oceny każdej historii wrócić do pierwszych dwóch w celu sprawdzenia, czy zgadzają się Państwo ze swoimi ocenami. Jeśli nie – proszę je zmienić.
- po dokonaniu oceny każdej z historii osobno ocenić, czy pełna narracja (na podstawie wszystkich 8 historii) posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osób zdrowych, czy osób z zaburzeniami osobowości.

## Instrukcja

*Wyobraź sobie, że do Twojego gabinetu przychodzi pacjent na jedno z pierwszych spotkań, podczas którego opowiada Ci o kilku najważniejszych wydarzeniach z jego życia. Biorąc pod uwagę opowiedziane historie oraz wytyczne w zakresie oceny wnioskowania autobiograficznego, postaraj się odpowiedzieć na pytanie czy wypowiedź posiada cechy charakterystyczne dla autonarracji osoby zdrowej, czy osoby z zaburzeniem osobowości.*

### **Proszę pamiętać, żeby:**

- dla każdej z 8 historii odpowiedzieć osobno, czy analiza prowadzi do wniosku o występowaniu zaburzeń osobowości czy o zdrowiu;
- po dokonaniu oceny każdej historii wrócić do pierwszych dwóch w celu sprawdzenia, czy zgadzają się Państwo ze swoimi ocenami. Jeśli nie – proszę je zmienić.
- po dokonaniu oceny każdej z 8 historii, dokonać oceny całościowej – to znaczy odpowiedzieć czy u autora występują/nie występują zaburzenia osobowości (miejsce u dołu każdej z tabel z narracjami)



## Arkusz narracji i ocen

### Narracja nr 1 – kobieta lat 37

Temat historii	Treść narracji	Ocena (zaznacz)
Najlepszy moment	B: (eee) no więc tak () najpiękniejszy () moment w życiu jaki pamiętam () to na pewno będzie () zdanie () pracy licencjackiej (yyy) pamiętam wtedy że () dostałam z (yyy) z egzaminu wynik bardzo dobry (yym) bardzo długo przygotowywałam się do () zdania tej () pracy licencjackiej () pamiętam że bardzo () bardzo dużo włożyłam w to () czasu () zaangażowania () poświęcenia tłumaczenia literatury () z () języka angielskiego na język polski (yyy) towarzyszył mi temu () ogromny stres () lęk () ale i () takie jakby pozytywne zwieńczenie tego że () jednak (y) ciężka praca () okupiona (yyy) okupiona jakimś tam (ymm) samopoświęceniem () przyniosła jakiś () pozytywny () pozytywny () rezultat (yy) sukces () to z takich najszcześniejszych jak () do tej pory	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
Najgorszy moment	B: (yy) no to () doskonale pamiętam ten moment i () wiem () dokładnie jaka to była sytuacja () to była sytuacja w którym () w której dowiedziałam się że rodzice się rozwodzą (yyy) sam moment () sam () sam rozwód jakby (yyy) jeśli chodzi o () rozwiązanie () sakramentu małżeństwa nie był jakoś () nie miało () nie miał () żadnego wpływu tylko () w zasadzie () sam () fakt () dowiedzenia się () i () ich kłótni () ponieważ tą kłótnię słyszałam (yy) wywołał u mnie () tak podejrzewam chyba () tak silne napięcie i stres (yyy) było to w wieku około () od dwunastu do piętnastu lat () pamiętam () tylko () wtedy () poczucie winy (yym) w którym w zasadzie tkwię do dzisiaj () pamiętam wtedy () ogromną () rozpacz () żal () smutek () płacz (yy) pamiętam sytuację w którym jakby (yym) chyba się za () chyba się zatrzymał dla mnie świat () chyba (yyy) stanęło wszystko w miejscu () zaczęłam mieć pretensje () zaczęły mieć () jakby wszystkie dla mnie () problemy z tym związane (ymm) zaczęła się eskalacja i () intensyfikacja tego () z czym sobie nie radzę () i () jakby ja () w moim przekonaniu w mo () odnoszę wrażenie że () jakbym () przytoczę jakby () jakiś () cytat () chyba jakiejś poetki że () to był dla mnie () na tamten ówczesny czas koniec świata () więc () to jest po prostu pamiętam (yyy) tą () sytuację jako coś co () chyba (yyy) chyba czas się zatrzymał w miejscu i w czasie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>

Punkt zwrotny	<p>B: (yym) podczas czytania przez pana tego pytania () to w zasadzie ten punkt zwrotny to mi się skojarzył zaraz (yyy) z tym rozwodem który jakby miał tak (yym) traumatyczne dla mnie (ymm) działanie () i w zasadzie nie wiem () jaki mam punkt zwrotny (yyy) jaki był punkt zwrotny () punkt zwrotnym () ale nie nie () coś mi się kojarzy () kojarzy mi się sytuacja w której jakby doznałam (ym) takiego załamania kryzysowego (yy) w sytuacji kiedy dowiedziałam się że siostra () zdała egzamin specjalizacyjny lekarski () i () jakby (ym) jej też ciężka praca (yyy) jej ciężka praca wieloletnia () i poświęcenie całego życia () zaowocowało tym że () kupiła sobie drugie mieszkanie i samochód () i to trochę jakby (yy) punktem zwrotnym było na zasadzie takiego () załamania (ym) co ona ma () a czego ja nie mam () być może trochę (yyy) spektrum jakiejś () emocji zazdrości () jakiegoś takiego uczucia że (eee) takiego mojego regresu () takiego że () ona ma to () a ja w zasadzie nie mam nic () zaczęłam się skupiać na tym () czego nie mam () a nie na tym co mam i () zaczęło to powodować u mnie jakieś takie () widzenie tunelowe widzenie że (ymm) jakbym była skupiona zfokusowana tylko i wyłącznie na () problemach () a nie () na rozwiązywaniu ich i () takie intensywne zatrzymanie się jakby też w czasie że () jakby nie ma z tej sytuacji mojej impasowej żadnego wyjścia () że jestem beznadziejna bo stale zaczęłam się do niej porównywać że jaki ona ma poziom () i jakby przestałam być sobą () przestałam być sobą () zaczęłam tak się starać utożsamiać z siostrą () jeszcze jest czas tak</p> <p>A: tak oczywiście</p> <p>B: (ee) zaczęłam tak (yy) intensywnie się scalać siostrą że w zasadzie jakby straciłam swoją tożsamość () swoją () odrębność własnego ja () i (ymm) s () powoduje to na dzień dzisiejszy</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>

	ogromny dyskomfort własnej osoby () czyli ja nie czuję się w życiu dorosłym (yyy) taką osobą () jaką jestem () nie czuję tego () nie czuję swojej dorosłości () nie czuję swojego zawodu () jakbym zatraciła się () ta zazdrość jest tak silna () że () zabiera mi () własne poczucie własnej wartości i wszystko co by mogło być związane ze mną i co jest związane ze mną () dziękuję	
Najwcześniejsze wspomnienie	B: nie wiem czy to możliwe ale pamiętam jak w wieku kilku miesięcy (yyy) kilku miesięcy () spadłam (ymm) pamiętam jeszcze () byłam wtedy w beciku spadłam jakby () z łóżka (yyy) i ja to pamiętam jakby z opowieści (yyy) ze strony mamy babci i dziadka (yyy) dziadka już nieżył () nieżyjącego (ymm) tak jakby oni mi to opowiadali a tak jakbym ja to wtedy przeżywała czyli jakby () w wieku () no tam nie wiem () podejrzewam kilku miesięcy () zawinięta w becik (yy) ktoś mnie nie zauważył () łóżko zostało jakby () jak () były stare zbudowane łóżka skrzynia otwarta () ja się s () turlałam pomiędzy tym (yy) pomiędzy tą ścianą () a () tym łóżkiem () w tą przepaść (yy) nie wiem na ile to jest możliwe z punktu widzenia psychologii biologii neurobiologii i tak dalej () natomiast wydaje mi się że to pamiętam () że jakby to mi się tak zakodowało () nie pamiętam tego (yyy) jak to się działo () na ile () kilkumiesięczne dziecko może być świadome () natomiast jakby () no () jakby co się działo () i jakbym () jakbym ja to pamiętała () nie wiem czy to jest możliwe w ogóle	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
Ważne wspomnienie z dzieciństwa	B: (yyy) to () wie pan co () no to co () to będzie moja komunია która () którą też chyba za bardzo jakoś nie wspominam dobrze bo pamiętam że () jakby () wiadomo że o nic nie musiałam się martwić () całe wydarzenie zostało jakby zaaranżowane zorganizowane przez () przez mamę (yyy) ale pamiętam że miałam (ymm) straszny () strasznie byłam męczona pod względem fryzury (ymm) jakąś taką mama () sobie wymyśliła fryzurę (yyy) taką którą jakąś musiałam mieć () były tam jakieś próby (yyy) tej () fryzury pod względem takim że () przychodziła pani i () robiła tam jakieś próby () jakoś tą komunię też niechętnie () przeżywam (yy) jeśli chodzi o wspomnienia () z tego względu () też iż () byłam bardzo ruchliwym dzieckiem (yyy) nie potrafiłam usiedzieć w miejscu (yyy) darłam rajstopy (yyy) no jakoś tak nie wiem () ten okres też taki jakiś () mało () wspomnieniowo jeśli chodzi taki mało atrakcyjny () mały () mało komfortowy () mało taki który jakby (yyy) się zapisuje (yy) jakoś tak () pozytywnie () jeśli chodzi o wspomnienia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
Ważne wspomnienie z dorastania	B: (yhym) no to tak trochę pamiętam że byłam przerażona (yyy) nie wiem czy to się kwa () troszeczkę może rok dwa () pójdźmy dalej () i () to był okres taki gimnazjalny gdzie w ogóle () jakby () nie potrafiłam sobie poradzić () mówię tutaj charak (yy) klasyfikuje to do wspomnień raczej negatywnych () ponieważ w związku z () pójściem jakby do gimnazjum (ymm) zaczęły się chyba moje problemy () było to już po tym jak dowiedziałam się że () rodzice są () w konflikcie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> </ol>

	<p>takim dosyć poważnym () i w zasadzie całe gimnazjum (eee) czyli łącznie chyba tam od czternastego piętnastego roku życia () pamiętam jako bardzo nieciekawe doświadczenie jako coś nowego jako coś ciężkiego () jako coś () co było nacechowane () negatywizmem () co było nacechowane czymś z czym na pewno ja sobie nie jestem w stanie poradzić () i nie wiem do tej pory jak ja to () zrobiłam że przebrnęłam przez to gimnazjum (yyy) no i chyba poczucie gorszości () w stosunku do siostry () że jakby () byłam tym rocznikiem który pierwszy poszedł do gimnazjum () i też chyba z tego powodu () nie wiem na ile to jest uzasadnione () poczułam się gorsza od siostry () że siostra poszła do liceum i () tym starym () dobr () dobrym schematem tak mi się wydaje () czteroletnim () natomiast ja po tym gimnazjum poczułam się jako taki ten () taki () gorszy sort () że tak powiem bardzo brzydko () jako () coś co () na czym można jakby coś testować () coś co jest z () jakby z natury z wyboru gorsze () coś co jest nacechowane czymś (yy) czymś takim no nieciekawym takim () takim próbkowym () takim coś się () uda () to się uda () coś takim testującym () coś co chyba () to gimnazjum jakoś tak mi () niefajnie pamiętam () nie nie nie nie () ciężko było ciężko () albo moje jakieś () niezdolności adaptacyjne () albo moja jakaś konfliktowość która się () w tym okresie jakoś kształtowała () tego nie mam pojęcia natomiast z () okresu () z okresu takiej () adolescencji to jest właśnie ten () ten taki okres (yyy) gimnazjalny () taki brzydki</p>	<p>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</p>
<p>Ważne wspomnienie z dorosłości</p>	<p>B: ojej no to zdanie pracy magisterskiej () uzyskanie dyplomu na uniwersytecie medycznym (yyy) z dorosłego życia zdanie () zdanie (yy) zdanie (yyy) egzaminu () z dyplomowanego refleksologa czyli uzyskanie () nowego zawodu () który o () to bym mogła opowiadać i opowiadać (yyy) z dorosłego życia () wie pan co ja jestem tak zamknięta w przeszłości () że nie mam pojęcia czym w ogóle jest dorosłe życie jakie ono by mogło być fajne () co niesie za sobą jakieś ciekawie () cie cie () ciekawe rzeczy i () jakby () co to znaczy być dorosłym () ale tak wiekowo określając i cechując to właśnie () właśnie () ten egzamin (yy) pracy magisterskiej () dyplomowanego refleksologa (yyy) podjęcie pracy (yy) i wyjechanie () bycie taką osobą niezależną () pod względem zawodowym () finansowym (yym) jednostkowym (ymm) podczas wyjazdu i pod (yy) i próby podjęcia pracy w MIASTO gdzie jakby (yy) całe fiasko () polegało na tym że () wpadłam w (y) w bardzo () bardzo nieciekawą znajomość i () tu już troszeczkę przygasam (y) głosem i wspomnieniami () natomiast (yyy) no to mówię () takie oderwanie się od tej () od tych nieciekawych doświadczeń wcześniej czyli (yyy) uzyskanie takiej (yyy) samodzielności jakby bo to i ukończenie studiów i i () podjęcie pracy () to było fajne () to było fajne</p>	<p>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</p> <p>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</p>

<p>Jeszcze jedna ważne wspomnienie z dowolnego momentu życia</p>	<p>B: poznanie byłego partnera () który (ymm) niestety był () bardzo o wiele ode mnie starszy () ale był na tyle () jakby (yyy) tak się cieszyłam że go poznałam () ze względu pewnych (yyy) jego właściwości psychofizycznych czyli () dużych ciepłych męskich rąk które () utożsamiały mi się z dłońmi () i opieką ojca () z której () mi się bardzo dobrze kojarzyła z mocno rozbudowaną szczęką () czyli gdzieś tam sobie myślę () z punktu widzenia psychologii z (ymm) dosyć () wysokim poziomem testosteronu jeśli () jako laik mogę tak mówić () więc (yyy) to poznanie tego partnera jest to () osoba po prostu () niezwykle ciepła () niezwykle dobrze życząca mi () niezwykle () mnie wspierająca () niezwykle niezwykle niezwykle () taki prawdziwy tato () którego nie miałam (eee) bo () jest () rana () porzucenia jeśli () nie odrzucenia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
<p>Całościowa ocena – określ czy narracja, z którą się zapoznałeś i którą oceniłeś posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osoby z zaburzeniem osobowości czy osoby zdrowej.</p>		<p>Twoja ocena</p>

## Narracja nr 2 – kobieta, lat21

Temat historii	Treść narracji	Ocena
<p>Najlepszy moment</p>	<p>B: okej to () chwilę potrzebuję () się zastanowić (30) dobra () to (yyy) opowiadanie właśnie takich hist () historii () to () można zacząć wstępu że () uważam się za dość emocjonalną osobę () która zwraca uwagę na () dość na uczucia () i () zazwyczaj () to właśnie () jak odczuwam jakieś silne emocje to () wtedy to () zapamiętuje () i jakoś mam wrażenie że to jest coś takiego () ważniejszego moim życiu () i () mimo że () z jednej strony można uznać że to () coś za () płytkiego () bo (y) no () niektórzy by pomyśleli o jakimś wielkim wydarzeniu właśnie życiowym że () jakieś osiągnięcie coś w stylu () to () ja () taki () bardzo duże szczęście () odczuwałam (yy) jakieś półtora roku temu () jak (yyy) schodziłam się z moim chłopakiem () bo () wtedy po prostu () no () byłam po () byłam pod wpływem bardzo dużych silnych emocji () właśnie takich szczęśliwych () i () jakbym miała właśnie na przestrzeni właśnie () no () całego życia () to () działo się bardzo dużo () fajnych i miłych rzeczy () i naprawdę takich które mogłabym doceniać () ale () nigdy nie pomyślałabym że to właśnie będzie () coś tak wielkiego () i że () wyróżniałabym to () na tle () wszystkich innych () jeśli chodzi o właśnie rozpoczęcie jakiejś tam szkoły () coś w tym stylu () więc raczej () bym skupiła się właśnie na tym () mocnym () silnym emocjonalnym bodźcu właśnie że () poznałam kogoś i () i () się zeszałam z tą osobą () i () byłam przez bardzo długi okres szczęśliwa () i uznawałam że to był taki () jeden () z bardziej szczęśliwych okresów w moim życiu po () dość długim czasie () i () nawet wciąż to wspominam () że naprawdę to był bardzo przyjemny okres i () dużo się wtedy zmieniło w moim życiu () też sama się zmieniłam jeśli chodzi o () właśnie osobowość () charakter () i () na pewno (ymm) ten okres kiedy byłam w związku () bo już nie jestem () ale okres kiedy byłam w tym związku mi też dużo dał () no wiadomo () skończył się i to nie było przyjemne () ale () uważam że to () była taka () bardzo fajna jakby () bardzo fajny punkt () właśnie mojej historii bo () po tym związku () odczułam że () naprawdę się bardzo () sporo zmieniłam się () jeśli chodzi o mój charakter (y) o moją pewność siebie () o postrzeganie siebie i tak dalej () więc () uważam to za dość szczęśliwe () wydarzenie w moim życiu (ymm) no i tak jak mówię no () można by to uznać za () płytkie wydarzenie ale () według mnie () jak () odczuwałam faktycznie takie szczęście i (ymm) zadowolenie z tego no to () można to uznać za szczęśliwy punkt w moim życiu</p> <p>A: a czy jest pani w stanie opowiedzieć właśnie () historię jakiegoś wydarzenia związanego z pani związkiem albo tak jak pani zaznaczyła na początku moment w którym schodziła się pani ze</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>

	<p>swoim chłopakiem</p> <p>B (yyy) tak tak () mogę () opowiedzieć () to () było () bardzo fajne bo (yy) zaczęło się bardzotak () niespodziewanie () zdarzyło się niespodziewanie i () i () ja byłam wtedy na wakacjach (ymm) znaczy były wakacje i byłam na wakacjach () ze znajomymi i () byliśmy tutaj też w MIASTO () przez jakiś czas (yyy) bo tutaj () część jest spoza MIASTO część jest tutaj z MIASTO () więc się spotkaliśmy w MIASTO () i (yy) moi znajomi powiedzieli że w czasie jak ja byłam na wakacjach () za granicą () z rodzicami () to poznali () właśnie () tam kolegę () tak w sumie () przypadkowo () dosłownie () poznali go gdzieś w barze () i się zaprzyjaźnili () no i ja potem () zaczęłam tam się z nimi spotykać () i oni też się z nim spotykali razem () więc jakby poznałam () go () dwa dni poznawaliśmy się tam właśnie z tym (yy) moim chłopakiem () i () to było () też fajne bo () ja () bardzo lubię () lato () i jakby wakacje () jest dla mnie bardzo taka () pora roku () przyjemna () i mam same dobre wspomnienia zawsze z wakacji () z () z lata () więc tym bardziej jak miałam () dwa miesiące wolnego () i () poznałam właśnie kogoś nowego z którym () nagle niespodziewanie złapałam dobry kontakt () i () zaczęłam się dobrze dogadywać () i to tak z tygodnia na tydzień właśnie (yyy) się rozwijało () i () też ta osoba () właśnie (yyy) była dla mnie () aż tak (2) niespodziewanie zbyt () idealna () wiadomo jak to () jest () jak na początku związku (ymm) to byłam właśnie () pod takim dużym wpływem takiego szczęścia i takiej ekscytacji że wow () poznałam kogoś () całkowicie przypadkowo () się nie spodziewałam () zero () i () właśnie też () dzięki moim przyjaciołom go poznałam (ymm) więc właśnie uczestniczyli w tym () dwójka moich przyjaciół (yyy) i co () zabawne potem właśnie () przez to że byłam związku z tym () naszym () wspólnym wtedy kolegą to () było trochę sprzeczek i tak dalej () i ja też () trochę miałam urwany kontakt z tą dwójką przyjaciół () bo się bardziej skupiałam właśnie na () relacji z chłopakiem a () potem () była taka sytuacja że jak chłopak się nie dogadywał właśnie z tą dwójką () a ja byłam tak pośrodku () więc () musiałam jakby no () zrezygnować niestety () z () na kilka miesięcy przynajmniej (yyy) z kontaktu z nimi () ale () wtedy byłam tak jakby pod wpływem tego też szczęścia dużego że () no () nie zwracałam aż tak na to uwagi () dlatego (ymm) no przez te () trzy miesiące na pewno () tak się rozwijało i () te emocje cały czas były na bieżąco () szczęśliwie emocje () tak</p>	
--	---	--

<p>Najgorszy moment</p>	<p>B: to już będzie cięższe ( śmiech ) to już będzie cięższe (18) dobra (yym) ogólnie ( ) rzecz biorąc jeśli chodzi o ( ) gorsze ( ) chwile w moim życiu to (yy) czasami mam wrażenie że (ymm) nie wydarzają się takie ( ) pojedyncze ( ) wielkie ( ) straszne rzeczy ( ) tylko raczej to jest ( ) zawsze ( ) po jakimś okresie czasu taka jedna mała rzecz ( ) tak w miarę regularnie ( ) i mam wrażenie że ja jako ( ) osoba już się do tego przyzwyczaiłam ( ) i ( ) czasami nawet nie zwracam to uwagi ( ) jeśli miałabym podać ( ) jakieś takie właśnie ( ) sytuacje gdzie odczuwałam bardzo silne negatywne emocje ( ) to ( ) nie jestem w stanie dokładnie podać ( ) roku miesiąca i tak dalej ( ) na pewno wiem że to się działo w okresie mojego liceum (2) może na przełomie właśnie ( ) drugiej ( ) trzeciej ( ) klasy ( ) liceum ( ) na pewno wtedy też się zaczęła pandemia ( ) jak już właśnie trwała ( ) taka sytuacja ( ) to raczej było ( ) to była sytuacja po prostu że ( ) miałam problem (yyy) z samą sobą ( ) ze swoją właśnie (ymm) pewnością siebie i ( ) ogólnie ( ) no nie chcę tego nazywać jakimś tutaj (yyy) właśnie psychologicznymi nazwami chorób czy coś w tym stylu bo ja też nie miałam żadnych diagnoz nie chodziłam do terapeuty i tak dalej ( ) ale po prostu przez dłuższy czas ( ) na pewno przez około rok ( ) coś w tym stylu (yy) czułam się bardzo źle ( ) i (ymm) no ( ) ciężko mi było właśnie odczuwać pozytywne emocje ( ) i ( ) o wiele częściej ( ) odczuwałam negatywne ( ) bo właśnie się działy różne ( ) niefajne sytuacje (yyy) też w sumie mogę opowiedzieć od razu bo to ( ) jakby ( ) to nie jest (yyy) właśnie ( ) zapisywane ( ) imię i nazwisko ( ) więc mogę się podzielić że to było głównie spowodowane przez moich rodziców (y) po prostu się z nimi gorzej dogadywałam też w tamtym okresie ( ) i to głównie przez nich też miałam często takie ( ) załamania nerwowe (yyy) i wtedy no na pewno ( ) byłam w takim ( ) bardzo dużym dołku (2) no ( ) nie ( ) pomyślałabym wcześniej że to była jakaś ( ) sytuacja pojedyncza ( ) że najgorszy moment w moim życiu i po prostu ( ) tylko raczej odczułam to że był taki okres w życiu ( ) w którym ( ) no [niezrozumiałe] najgorszym (eee) nazwałabym go raczej takim cięższym (ymm) do którego mam nadzieję że już nie wrócę (yyy) nie wiem czy coś jeszcze mogę dodać ( ) bo ( ) to też no nie pamiętam wszystkich szczegółów ( ) nie ( ) to są tylko właśnie emocje negatywne związane z tym</p> <p>A: bo mówi pani o pewnym ( ) trudnym okresie który trwał mniej więcej około roku ( ) na przełomie drugiej trzeciej klasy liceum ( ) osadza to pani w okresie pandemii ( ) natomiast czy byłaby pani w stanie wybrać jakieś doświadczenie w którym ( ) czuła pani jakieś właśnie silne negatywne emocje ( ) jakieś trudne doświadczenie dla pani ( ) takie ( ) jedno ( ) którego ( ) mogłaby pani opowiedzieć historię ( ) bo trudno byłoby przytoczyć historię całego roku ( ) natomiast czy ( ) jakieś jedno ( ) czy z tego okresu ( ) czy też jakieś inne ( ) jedno wydarzenie które mogłaby pani przedstawić w postaci historii</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
-------------------------	---	---



B: (ymm) musiałabym pomyśleć bo () ja mam () zwyczaj () wypychania tych () negatywnych (yy) historii () w podświadomości () i raczej () nie zapamiętuję ich zbyt szczegółowo () raczej je właśnie () zostawiam w tyle i () nigdy sobie nie przypominam o nich dalej (12) no dobra () to () wybiorę taką jedną właśnie pojedynczą () miniaturową którą nie uznałabym za jakąś wielką () ale no () nie mam innego pomysłu żeby coś powiedzieć () ale jako historię mam powiedzieć () czyli (yyy) właśnie na przykład () w pandemii () to (ymm) była sytuacja że no () byliśmy () w lockdownie () no i to już trwało tak z () około dwa miesiące () i () no ja () jako osoba która () jak jest sama () bo ja jestem bardzo społeczną osobą () to () zazwyczaj nie chce mi się nic robić () w sensie jak jestem sama to po prostu no () nudzę się i () jak mam gdzieś wyjść sama to też nie mam za bardzo ochoty () bo () wolę jak już to na przykład usiąść z () w domu i coś porobić tam w domu sama ze sobą () tam nie wiem obejrzeć film albo coś takiego () jakieś robótki () coś porobić cokolwiek () i () miałam taką sytuację że () no właśnie to nie wiem był maj () chyba () coś koło tego () to () była już dosyć ładna pogoda na dworze () i () w pewnym momencie właśnie () któryś z moich rodziców () nie wiem czy to była moja mama czy mój tata () któryś z moich rodziców () zaczął mi robić duże () bardzo duże wyrzuty że () ja cały czas siedzę w domu mimo że mogę chociaż sobie wyjść na spacer () na zewnątrz bo jest ładna pogoda () i tak dalej () i ja () no byłam wtedy w tym właśnie gorszym stanie bo () też pandemia () i na mnie to dużo () wpłynęło () bo ja () właśnie () nie lubię siedzieć sama w domu i () takie odizolowanie na mnie źle działa (yyy) do tego () byłam () trochę rozdrażniona i (yy) jak () mój ojciec bardzo () bezpośrednio () i tak dość () no czepialsko () agresywnie zaczął mi mówić że czemu ja siedzę w domu () że jezu () że (yyy) nic nie mogę ze sobą zrobić tylko siedzieć w domu () mogę chociaż wyjść na spacer cokolwiek porobić innego aktywnego żeby tak nie siedzieć () ja wtedy po prostu () wybuchłam () bo miałam trochę dość () i () wtedy właśnie też () była taka sytuacja w której miałam po prostu dość już miałam takie że no nie () po prostu () oni się tylko jeszcze mnie czepiają od tego wszystkiego (yy) że nie mogą tego zaakceptować że po prostu no () chcę se posiedzieć w domu () i dać mi spokój () i () pamiętam że była to po prostu () afera taka i () to na pewno było taki () moment kiedy miałam dość () i tylko siedziałam i płakałam bo miałam po prostu dość (ymm) więc () to nie było przyjemne (ym) i potem aż () moja mama się (yy) trochę () zmartwiła () jak zobaczyła moją reakcję () że już miałam po prostu tak dość () powiedziała że okej dobra () że () przeprasza () wtedy mnie na końcu przeprosiła (yyy) jak zobaczyła jak zareagowałam () ale no () takich sytuacji () było pewnie więcej () tylko właśnie no () one się powtarzały () czasami się trochę różniły i tak dalej () ale () w tamtym okresie właśnie () było ich trochę więcej () no ale () jest to taki przykład właśnie takich historii że

	( ) siedzę w domu i (y) mam dość ( ) i ( ) jeszcze do tego rodzice na mnie (y) zwalają jakieś swoje tam właśnie ( ) wąty i ( ) problemy że ( ) coś im się nie podoba w tym ( ) co ja robię nie ( ) w takim sensie	
Punkt zwrotny	B: okej (ymm) tu ( ) będzie troszeczkę ( ) zahaczała o pierwszą historię ( ) bo tutaj ( ) akurat ( ) właśnie postrzegam to jako punkt zwrotny ( ) bo ( ) o tym właśnie wspomniałam w pierwszym (yyy) punkcie (yyy) jako zmiana mojej osobowości i charakteru ( ) to było właśnie (yyy) dwa miesiące ( ) po (yy) zerwaniu z moim chłopakiem (ym) i ( ) ja wtedy ( ) przez te dwa miesiące ( ) oczywiście się źle czułam i tak dalej ( ) to było ( ) normalne (yy) też to był okres też sesji ( ) egzaminacyjnej więc to też był podwójny stres ( ) ale ( ) jakoś właśnie na początku ( ) marca ( ) jeśli mówiąc o miesiącu to właśnie był rok ( ) dwa miesiące i potem marzec ( ) to ( ) na początku marca (yyy) nagle ( ) coś ( ) w moim głosie przestawiło ( ) i ( ) w sumie nie brało ( ) może ( ) brała w tym udział jedna osoba ( ) która na pewno ( ) pamiętam że mi też pomagała ( ) moja przyjaciółka (ymm) bo wtedy właśnie w tym cięższym (yyy) okresie po zerwaniu ( ) też się z nią spotykałam ( ) rozmawiałam ( ) i ona zawsze była dla mnie taką osobą bardzo pewną siebie ( ) taką ( ) do przodu ( ) że zawsze wszystko robi ( ) zawsze jest optymistyczna ( ) że ma super plany na przyszłość ( ) że (ym) wie jaka jest (y) super i świetna ( ) i tak dalej ( ) no tak ( ) żartobliwie mówiąc ( ) zawsze ją podziwiałam ( ) zawsze mi się to bardzo podobało ( ) no i wtedy jak miałam ten taki ( ) mocny dołek po zerwaniu ( ) to było mi ciężko jakby ( ) myśleć w taki sposób też o sobie ( ) no to było ( ) bardzo ciężkie ( ) ale ona ze mną tam rozmawiała i ( ) jakby tak trochę mnie nakierowywała no to ( ) myślenie pozytywne ( ) no i ( ) oczywiście trochę czasu minęło ( ) na pewno z dwa tygodnie trzy tygodnie ( ) i właśnie (yyy) jakoś na początku marca ( ) miałam taki moment ( ) który ( ) do dzisiaj uważam że był dość niesamowity ( ) że po prostu nagle ( ) w moim umyśle ( ) w moim mózgu ( ) coś się przestawiło tak ( ) dosłownie ( ) w jednym momencie ( ) i zaczęłam myśleć o sobie całkowicie odwrotnie niż kiedyś myślałam ( ) bo ja raczej (y) w przeszłości ( ) zawsze uważałam się za dość ( ) osobę ( ) mało pewną siebie ( ) miałam dużo kompleksów i tak dalej (ymm) lubiłam ( ) swój charakter ( ) jako tako ( ) ale zawsze ( ) miałam problem właśnie albo ze swoim wyglądem ( ) albo ogólnie jak się zachowywałam (yyy) wśród ludzi (yyy) i oczywiście nad tym dużo pracowałam ( ) bo ( ) już ( ) w połowie liceum ( ) całkowicie się jakby zmieniałam od tam ( ) czasów podstawówki ( ) gimnazjum ( ) liceum ( ) zaczęłam trochę budować swoją osobowość i tak dalej (yyy) na początku studiów tak samo ( ) tylko wtedy no właśnie była pandemia i ( ) na początku studiów też ( ) było ciężko ( ) spotykać się z ludźmi i tak dalej ( ) więc w zasadzie nie miałam takich przemyśleń (ymm) i ( ) właśnie wtedy (yyy) na początku marca jak ( ) nagle ( ) coś w mojej głowie się przestawiło ( ) zaczęłam o sobie całkowicie inaczej myśleć ( ) to ( ) pierwszy raz poczułam ( ) właśnie ( ) takie ( )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>

	<p>stabilne () takie szczęście i zadowolenie () z siebie () jako osoby (ymm) że po prostu zaczęłam żyć () zaczęłam się nie przejmować (yyy) tym co ludzie o mnie myślą cały czas () miałam () nie wiem czy mogę używać tutaj brzydkich słów też właśnie () niecenzuralnych ( śmiech ) (yy) po prostu miałam to gdzieś wszystko (yyy) nie przejmowałam się za bardzo () takimi właśnie () małymi (y) rzeczami które () w przeszłości mnie bardzo dotyczyły () i to uważam () faktycznie uważam za punkt zwrotny () bo od tamtego czasu jest naprawdę o wiele lepiej () z jakby () z moim charakterem () z moją osobowością (yyy) ostatnio miałam właśnie te załamania przez sesję () tam jakieś stresowe takie momenty () ale one nie są jakby ciągłe () to jest tylko taki bodziec zewnętrzny () z którym muszę sobie poradzić () ale () jakby od siebie () ode mnie to nie wychodzi () bo ja wiem że () koniec końców sobie poradzę i () wszystko będzie dobrze i że () no jakby () jestem pewna siebie że () dam sobie radę () na przestrzeni czasu (ymm) więc () no () tak () uważam to za () punkt zwrotny () w () jakby () kształtowaniu mojej () osobowości na pewno</p>	
<p>Najwcześniejsze wspomnienie</p>	<p>B: tak () to już () zdążyłam sobie przypomnieć bo mam takie () zamglone wspomnienia z dzieciństwa (ymm) ja wtedy miałam () chyba około roku () maksymalnie dwóch lat () raczej bliżej roczku () bo (yyy) na początku mieszkaliśmy () z rodzicami (yyy) na OSIEDLE tutaj w MIASTO () to w sumie nie będzie () przydatna informacja ale () mieszkaliśmy (y) w jednym określonym miejscu (ymm) nie mieszkaliśmy długo () tylko właśnie około () dwa trzy lata (yyy) bo to było wynajmowane mieszkanie i () potem () właśnie () przenieśliśmy się po trzech latach do () na osiedle () w którym teraz mieszkam do dzisiaj (yyy) i () mam takie zamglone pam () wspomnienie właśnie () że () jako () malutki dzieciaczek (yyy) tam w tamtym mieszkaniu () miałam swój pokój normalnie z () takim () łóżkiem właśnie dla niemowlaków () gdzie były takie szczebelki (yyy) i () pamiętam że () jako małe dziecko () poszłam do () głównego salonu gdzie był też komputer mojego taty () kanapa () i wszystkie takie rzeczy właśnie () taki duży salon () połączony z (yy) pracownią mojego taty () i (ym) pamiętam że to było taka () krótka sytuacja () że poszłam właśnie do salonu () i zaczęłam coś tam grzebać () coś robić sama () i przez przypadek () wyłączyłam komputer taty () tym takim dużym guzikiem () to były stare komputery wiadomo takie () duże () stare i też () stara taka () beczka stała z takim okrągłym wielkim przyciskiem () i ja () albo celowo () albo właśnie coś grzebałam z ciekawości () albo przypadkowo () wyłączyłam ten komputer () i () zauważyłam że coś się zmieniło () i się wystraszyłam tego () i mój tata też to zauważył bo on gdzieś był () w mieszkaniu () obok () i ja się strasznie tego wystraszyłam () i () wystraszona pobiegłam od razu do (ymm) pokoju mojego obok () i () się schowałam za (yy) tymi szczebelkami () przy łóżku () i tak siedziałam ukryta () i mój tata () owszem () był trochę zdenerwowany () bo prawdopodobnie coś tam mu wyłączyłam nagle w środku pracy () na tym komputerze () i na</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>

	początku był zdenerwowany no ale () nie pamiętam dokładnie jakie () było () go () jaka była jego reakcja () po prostu () wiedziałam że byłam tak przestraszona () jako malutkie dziecko i () pobiegam się ukryć (yy) więc to jest chyba takie jedno z najwcześniejszych moich wspomnień które mam gdzieś tam () zamglone właśnie w głowie () tak	
Ważne wspomnienie z dzieciństwa	B: okej to () w dzieciństwie uważam że ważnym () momentem () jednak () w stosunku do całego mojego życia było (yy) jakby zdecydowanie (yyy) że rozpoczną () naukę w szkole muzycznej (yyy) bo () to była taka moja powiedzmy zajawka () oczywiście dowiedziałam się () o tym () dzięki (yy) pewnej osobie () byłam w przedszkolu wtedy () i () akurat () mama () mojego kolegi z tej samej grupy w przedszkolu () była () wtedy chyba () współdyrektorem albo małżonką dyrektora szkoły muzycznej () i po prostu () przyszła jako taka właśnie () do dzieci () że opowiedzieć () że mogą iść do szkoły muzycznej i tak dalej () mogą tam grać na instrumentach () i tak dalej i tak dalej () i ja () w sumie () jako dzieciak mały () no () sześć lat () to () się bardzo tym zainteresowałam () i zaczęłam o tym moim rodzicom gadać że () właśnie tam przyszła () mama tam () IMIĘ MĘSKIE () tego mojego kolegi (yyy) że () można grać na instrumentach i w ogóle () i bardzo mi się spodobała ta wizja (yyy) ja wtedy jak właśnie był ten przełom () przedszkole () szkoła podstawowa to (yy) już myślałam właśnie () do jakiej szkoły pójdę () i () w sumie nie wiem dlaczego ale () no () jakoś to się nakierowało że zawsze () myślałam właśnie o jakiejś tam szkole baletowej czy coś w tym stylu (y) akurat do szkoły baletowej mi () wtedy () rodzina odmawiała () powiedziała że nie () że będziesz się tam męczyć się i w ogóle () i (y) dlatego też wybrałam właśnie tą szkołę muzyczną () i to był () na pewno no () ważne wydarzenie w moim życiu () bo () spędziłam () dziewięć lat jakby () z nauką (y) w muzyce (yyy) w szkole muzycznej i potem w gimnazjum () też byłam () przez trzy lata () w szkole muzycznej () i na pewno to () ukształtowało mnie w jakimś dużym stopniu () bo ja () w tej chwili () wciąż (yyy) jakby () utrzymuję ten kontakt z muzyką () właśnie śpiewam w chórze (y) akademickim () i () nie wyobrażam sobie szczerze mówiąc mojego życia () inaczej () w sensie () ciężko mi jest sobie wyobrazić się () gdzie bym była w tym () momencie mojego życia () gdybym nie poszła właśnie do tej szkoły muzycznej () bo () te dziewięć lat () z muzyką () granie na instrumentach () spotykanie różnych ludzi i tak dalej na pewno (yy) wpłynęło bardzo na () historię mojego życia () i () no () uważam to za () też taki () w sumie () fajny punkt w moim dzieciństwie () że () zaczęłam coś () konkretnego () i to ukształtowało właśnie moją historię dalej	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
Ważne wspomnienie z dorastania	B: (hmm) (6) ważne () w dorastaniu (8) w sumie to () teraz też mogę () jakby nawiązać do () tutaj () nauki edukacji i tak dalej () bo () no () nie pamiętam zbyt dużo () z tamtego okresu z gimnazjum () właśnie jakichś takich () emocjonalnych rzeczy coś w tym stylu () więc raczej powiem () o to też był () ważna decyzja była podjęta wtedy () w () w tym okresie (yyy) że () zrezygnowałam z tej ()	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> </ol>

	<p>szkoły muzycznej jakby () z dalszej () nauki () i kształcenia muzycznego () bo () będąc w gimnazjum (yyy) większość osób jakby () traktowało tę szkołę muzyczną drugiego stopnia jako sześć lat całe () czyli () trzy lata gimnazjum () trzy lata liceum () i to jest jakby całość () to się nazywa jako drugi stopień () i () większość osób która () była (yyy) wiedziała że będzie na całe sześć lat () tam () się kształciło w tej szkole () ale (yyy) ja () po tych trzech latach () czułam () że to nie jest coś co () chciałabym robić tak na dłuższą metę w życiu () coś () to jest coś co lubię () i co mi sprawia przyjemność () ale () nie wyobrażałam sobie za bardzo (ymm) przyszłości () takiej zawodowej związanej z tym () a (yyy) w tym samym momencie (yy) czułam że () interesują mnie właśnie nauki ścisłe () bo jak mieliśmy oczywiście tam () zajęcia () z chemii biologii i tak dalej () to () czułam że mnie to interesuje () dobrze mi szło z tych przedmiotów () i () w sumie () miałam wrażenie że będzie to dobrym () krokiem () pójście już do () normalnego () ogólnokształcącego liceum (yyy) była to ciężka decyzja ze względu na to że no miałam tam dużo przyjaciół w tej szkole wiadomo (ymm) i () zdecydowana większość () tak naprawdę () chyba dziewięćdziesiąt procent osób zostało dalej () przez te trzy lata () nauki () muzycznej (yy) i ja () może () inne trzy osoby cztery tylko zrezygnowaliśmy z dalszej nauki () ale no () podjęłam ten krok bo też miałam świadomość jak wygląda () nauczanie () ogólnokształcące w tej szkole muzycznej () że () raczej jest bardziej () nacisk na te muzyczne przedmioty () a na () te ogólne () mniejszy () i () jakbym miała potem dalej zdawać maturę () i wciąż () się decydować na pójście () gdzieś indziej niż do akademii muzycznej czyli na jakieś studia właśnie () ścisłe czy coś w tym stylu () to miałbym z tym problem duży bo () na nauczanie na tych (yy) ścisłych przedmiotach było takie () tak tylko dodatkowo że no tam () trzeba mieć to (y) rozszerzenie zaliczone () tak żeby było () wpisane do () świadectwa że coś tam się rozszerzało () ale () też (ym) patrząc na doświadczenia mojej przyjaciółki () która właśnie () poszła dalej przez trzy lata do tej szkoły muzycznej (yyy) na drugi stopień () ale () nie poszła na akademię muzyczną tylko () pojechała () znaczy chciała () pojechać gdzieś na studia właśnie (yyy) do MIASTO () albo do MIASTO (ymm) na jakieś ścisłe () i zdawała biologię chemię () miała z tym duży problem () to że wyniki u niej nie były zbyt () zadowalające więc () to też mi pokazało że faktycznie podjęłam dobrą (yy) decyzję wtedy () w gimnazjum () że zrezygnowałam () poszłam do normalnego liceum gdzie () faktycznie () było na dobrym poziomie nauka () wszystkich rozszerzeń () bo byłam oczywiście na biolchemie (ymm) i () no dzięki temu mogłam zdać () dobrze maturę i dostać się na () kierunek który mnie () w tej chwili zadowala całkowicie () więc () no () w okresie dorastania no to była też () ważna decyzja żeby zmienić tutaj () swoje otoczenie</p>	<p>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</p>
--	--	--

<p>Ważne wspomnienie z dorobku</p>	<p>B: (ymm) (4) dorosłość ( ) no właśnie to jest problem że jeszcze ( ) nie czuję się aż tak bardzo dorosła ( śmiech ) mogę tylko tutaj pomyśleć że ( ) ostatnie dwa lata jako ( ) rozpoczęcie studiów to już jest dorosłość ( ) ale ( ) wciąż nie (y) postrzegam siebie ( ) jako osoby bardzo dorosłej ( ) i ( ) że jakieś wydarzenie tutaj ważne (yyy) niestety no ( ) przez to że była pandemia ( ) też na początku moich studiów ( ) no to ( ) nie działa się praktycznie nic w moim życiu ( ) szczególnego ( ) no na początku ( ) przez rok cały siedziałam w domu ( ) też ( ) zamknięta (ymm) (4) myślę że tym ważnym wydarzeniem mogłoby być właśnie moje wstąpienie do chóru akademickiego ( ) po pandemii ( ) bo ( ) jak (y) przez pandemię (yy) siedziałam w domu nic nie robiłam ( ) w sumie (yy) taki typowy lockdown ten drugi ( ) jak zaczęłam już studia ( ) to był dopiero właśnie od listopada chyba ( ) a wcześniej zdążyłam pójść też na przesłuchanie do ( ) chóru akademickiego jeszcze w tym ( ) drugim roku ( ) no i (y) w pierwszym ( ) i no (ym) dowiedziałam się po czasie że no niestety nie będą się odbywać zajęcia tego chóru ( ) nie będzie jakby utworzona żadna tam grupa i spotkania ( ) bo po prostu jest lockdown ( ) i trzeba siedzieć w domu (yy) i potem ( ) rok później ( ) spróbowałam ponownie (yyy) spróbowałam ponownie ( ) poszłam ponownie na przesłuchanie ( ) dostałam się ( ) i ( ) no w tej chwili już jestem (yy) ponad ( ) no półtora roku już jestem w tym chórze ( ) i to na pewno było ( ) fajne wydarzenie ( ) ważne w moim życiu bo ( ) no ( ) wróciłam do tej muzyki tak typowo ( ) bo ( ) przez pandemię ( ) przez liceum miałam dosyć dużą przerwę od muzyki od śpiewania ( ) i tak dalej (ym) i ( ) jak poszłam do tego chóru ( ) to ( ) znowu poczułam takie ( ) bardzo duże szczęście ( ) z (yyy) powrotu ( ) na scenę bo ( ) też ( ) właśnie śpiewam na ( ) dużych dosyć scenach ( ) w różnych miastach ( ) jeździmy ( ) i ( ) no ( ) byłam przeszczęśliwa że mi się udało ( ) że wciąż tu jestem ( ) bo też wiadomo ( ) dużo osób przychodziło do tego chóru ( ) dostawało się ( ) i na przykład po dwóch miesiącach ( ) albo oni rezygnowali ( ) albo odpuszczali bo na przykład ( ) nie mieli takiej motywacji zdeterminowania ( ) coś im nie szło ( ) i po prostu ( ) zostali ( ) albo usunięci albo sami ( ) już zrezygnowali ( ) a ja się cieszę że ja wciąż jestem w tym chórze ( ) i mam wciąż kontakt z tą muzyką ( ) wciąż mi daje to szczęście (yyy) o ( ) właśnie a propos dorosłego życia no ( ) też mi daje to zyski bo ( ) potem się okazało że po ( ) roku (yy) zaczęliśmy zarabiać z tego chóru ( ) że po prostu jeździliśmy na koncerty i ( ) każdy (yyy) z chóru dostawał normalnie ( ) swoją tam część (y) jako zarobek ( ) więc mi to bardzo pomogło jako studentowi ( ) który ( ) może równocześnie robić to co kocha ( ) i ( ) zarabiać jeszcze z tego ( ) to ( ) byłam bardzo ( ) z tego szczęśliwa ( ) z tego powodu (ymm) więc jako takie ( ) ważne i przyjemne wydarzenie ( ) to właśnie to wstąpienie do chóru ( ) i ( ) bycie w nim cały czas ( ) na pewno</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
------------------------------------	---	---

<p>Jeszcze jedno ważne wspomnienie z dowolnego momentu życia</p>	<p>B: okej () no () tak jak mówiłam mam () w sumie () dużo () różnych jakichś fajnych sytuacji które () mogłabym uważać za ważne i () ciężko mi teraz tak () nagle () jedną () wybraną () losową wybrać () ale () jako że właśnie już () w poprzednich punktach się dużo (yy) nagadałam na temat muzyki to () mogę tylko nawiązać że wciąż to jest () u mnie ważna część () i mogę opowiedzieć właśnie (yy) ważną sytuację jakim był yy () koncert właśnie w gimnazjum () ten (yyy) w szkole muzycznej (yyy) było to dla mnie () ważne doświadczenie () bo (yyy) wtedy () pierwszy raz sobie tak zdałam sprawę () to był ostatni koncert () wtedy w trzeciej gimnazjum (ee) bo ja wtedy już () wiedziałam że odchodzę ze szkoły muzycznej i idę do liceum () i () wtedy (yy) podczas koncertu gwiazdkowego () który się odbywał co roku () w tej szkole () my go organizowaliśmy jako szkoła właśnie w () na () aul () auli uniwersyteckiej UCZELNIA (yyy) on się odbywał w grudniu () i () no co roku tam występowaliśmy jako właśnie grupa () rytmiki () bo ja w gimnazjum byłam na rytmice () na () właśnie czyli tam () głównie taniec właśnie () śpiew i () tam () fortepian dodatkowo (yyy) i () występowałam tam właśnie z [niezrozumiałe] jako zespół taneczny () i wtedy jako () ten ostatni () koncert gwiazdkowy () który był moim ostatnim przed odejściem z gimnazjum () wtedy sobie zdałam sprawę () po tych dziewięciu latach (yy) pamiętam że miałam taką refleksję się że () zdałam sobie sprawę jakie to było niesamowite że ja () przez dziewięć lat () miałam okazję () występować (yyy) właśnie na różnych scenach tam () i w szkole () potem w gimnazjum () na auli uniwersyteckiej () korzystać z tego () i () zdałam sobie sprawę (yyy) jak ważne było to w ukształtowaniu mnie jako osoby () że też nie miałam problemów na przykład z występowaniem na scenie () to też jednak () była część taka () pewności siebie że () człowiek () nie jest jakiś bardzo zestresowany () po prostu wchodzi na tą scenę (y) tańczy () śpiewa i tak dalej () i () zdałam sobie sprawę że () jaka ja byłam szczęśliwa że mogłam faktycznie (ymm) przez te dziewięć lat korzystać z tego () z tej muzyki (yyy) i nie iść do zwykłej () zwyczajnej szkoły i () robić coś nudnego () tak oczywiście () w cudzysłowie mówiąc () ale ja to tak postrzegałam () to () trochę mi się wtedy () podnosiło (yyy) właśnie pewność siebie () ego mi się tak podnosiło że łał że (y) przez te dziewięć lat tam robiłam coś niesamowitego () i na tym koncercie właśnie byłam jeszcze bardziej tak () podekscytowana () odczuwałam to dwa razy bardziej () dwa razy mocniej wszystko (yyy) bo wiedziałam że to jakby jest () no () ostatnio mój koncert taki na () dłuższą () metę raczej () na () kilka lat () w przyszłość () na pewno nie będę już takich rzeczy robić (ymm) wtedy miałam takie oczywiście odczucie (yyy) więc () pamiętam że byłam dość wzruszona wtedy () bo () też właśnie z moim przyjaciółkami () miałam () rozmowy że no () to jest mój ostatni koncert () i w ogóle () i () brała w tym udział właśnie () cała grupka moich znajomych (yyy) też () moje nauczycielki właśnie rytmiki też () już wiedziały że tam () niedługo będę odchodzić () więc się () z wszystkimi tak trochę</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób zdrowych</li> <li>2. Wypowiedź posiadająca cechy właściwe dla autonarracji osób z zaburzeniami osobowości</li> </ol>
--	---	---

	<p>już żegnałam () mimo że jeszcze był cały semestr do końca roku (ymm) ale () tak () uważam że to () było takie jedno z też () fajniejszych () ważniejszych wydarzeń w moim życiu () bardzo pozytywnych oczywiście () no ja w większości opisuję teraz pozytywne wydarzenia bo () wolę (yy) i też je () lepiej pamiętam () więc tak () mam () na pewno (yyy) dosyć () konkretne wspomnienia jeśli chodzi o przebieg tego koncertu () że właśnie () co my tam właśnie tańczyliśmy () nie pamiętam tytułu utworu ale () jaki był układ () jakie miałyśmy stroje () wszystko pamiętam bo () tak jakoś mi się zakorzeniło to właśnie w głowie to () ta () ten ostatni koncert nasz () i nawet do dzisiaj jeszcze () męczę moją (yy) nauczycielkę z gimnazjum właśnie () żeby mi przekazała nagrania z tego koncertu () bo one są gdzieś () ale () cały czas o tym zapominamy () w sensie ja zapominam () ona zapomina () i tak nie mogę się z nią () zgadzać żeby mi w końcu przekazała te nagrania () bo to też właśnie jest taka pamiątka ważna () ogólnie w życiu () że mam coś takiego () no () tak () to myślę że to taka () ostatecznie pozytywna () sytuacja</p>	
<p>Całościowa ocena – określ czynarracja, z którą się zapoznałeś i którą oceniłeś posiada właściwości charakterystyczne dla autonarracji osoby z zaburzeniem osobowości czy osoby zdrowej.</p>	<p>Twoja ocena</p>	



