

**Maria Wojtak**<sup>1</sup>

Gabinet Psychoterapii „Inner Home”, Kraków

## **Możliwości wykorzystania wskaźników adaptacyjnych narracji autobiograficznych w pracy z osobami z diagnozą schizofrenii paranoidalnej**

### **Streszczenie**

Niniejszy artykuł prezentuje wyniki badań z zakresu psychologii klinicznej zrealizowane z wykorzystaniem perspektywy oraz metodologii narracyjnej. Zdrowie psychiczne w ujęciu narracyjnym definiowane jest jako zdolność do tworzenia życiowej opowieści spełniającej określone kryteria formalne (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010). Głównym celem badań było scharakteryzowanie – z perspektywy psychologii narracyjnej – autonarracji tworzonych przez osoby z diagnozą schizofrenii paranoidalnej oraz uchwycenie tzw. zdrowych/adaptacyjnych wskaźników narracji autobiograficznych (*beneficial life stories indicators*). W badaniu wzięło udział 9 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej w fazie remisji.

Narracje autobiograficzne osób badanych pozyskane zostały w odpowiedzi na bodziec narracyjny: „Proszę o opowiedzenie mi historii swojego życia”, rozpoczynający wywiad na temat historii życia (*The Life Story Interview*) autorstwa Dana P. McAdamsa (1985, 2006). Rekonstrukcja strategii tworzenia opowieści o własnym życiu przez osoby badane pozwoliła określić stopień przystawalności narracji autobiograficznych osób chorych na schizofrenię do kryteriów sprzyjających zdrowiu narracji. Wyniki badań ujawniły także wewnętrzne różnicowanie historii życia pacjentów w obrębie całej grupy.

Przytoczone w artykule kryteria oraz ich konceptualizacja w odniesieniu do opowieści o życiu konstruowanych przez pacjentów psychiatrycznych może stanowić podstawę teoretyczną dla różnicowania autonarracji charakterystycznych dla prawidłowego funkcjonowania jednostki. Wskaźniki te pełnią również potencjalnie rolę wskazówek dla klinicystów, psychiatrów oraz psychoterapeutów pracujących z pacjentami psychotycznymi. Ponadto identyfikacja zakłóceń bądź deficytów występujących na poziomie narracji autobiograficznych umożliwia wgląd w fenomenologię choroby z punktu widzenia osoby jej doświadczającej, co zaś wzbogaca psychologiczne strategie wyjaśniania zjawisk psychicznych zachodzących w osobach badanych o kategorię ich rozumienia.

**Słowa kluczowe:** narracje autobiograficzne, zdrowie psychiczne w ujęciu narracyjnym, schizofrenia

---

1 ORCID: 0000-0003-0182-0492. Adres do korespondencji: mariawojtak2512@gmail.com

## Possibilities of using the beneficial life stories indicators in working with people diagnosed with paranoid schizophrenia

### Abstract

This article presents the results of original research conducted for the purposes of a thesis in the field of clinical psychology and psychiatry using perspective and narrative methodology. Mental health in the narrative perspective is defined as the ability to create a life story that meets certain formal criteria (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010). The main research question of the study concerned the differences between life stories of people with diagnosed schizophrenia and the stories of healthy people – in relation to the so-called ‘healthy/adaptive’ autobiographical narratives (*beneficial life stories indicators*). The study group included 9 patients with the diagnosis of paranoid schizophrenia, patients of the Psychiatric-Rehabilitation Ward of Clinical Hospital in Krakow.

Autobiographical narratives of the subjects were obtained in response to a narrative stimulus: “Please tell me the story of your life”, starting the interview about the life story (*The Life Story Interview*) by Dan P. McAdams (1985, 2006). The reconstruction of the strategy of creating a story about one’s own life by the subjects allowed to determine the degree to which the autobiographical narratives of people suffering from schizophrenia are compatible with the criteria that favour the health of the narrative. The results of the study also revealed the internal diversity of the patients’ life histories within the whole group.

The criteria referred to in the article and their conceptualisation in relation to life stories constructed by psychiatric patients may constitute a theoretical basis for differentiating auto-narrations characteristic for proper functioning of an individual. These indicators also potentially serve as guidelines for clinicians, psychiatrists, and psychotherapists working with psychotic patients. Moreover, identification of disturbances or deficits occurring at the level of autobiographical narrations enables insight into the phenomenology of the disease from the perspective of the person experiencing it. This in turn enriches psychological strategies of explaining psychological phenomena that take place in the examined individuals with a category of their understanding.

**Keywords:** autobiographical narratives, narrative approach in mental health, schizophrenia

### Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu<sup>2</sup> jest prezentacja wiodących charakterystyk narracji autobiograficznych pacjentów psychiatrycznych z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – w odniesieniu do podstawowych wskaźników narracji zidentyfikowanych przez badaczy i klinicystów jako sprzyjające ludzkiemu zdrowiu i rozwojowi. Tekst stanowi również rodzaj propozycji potencjalnego wykorzystania wspomnianych prozdrowotnych kryteriów narracyjnych w pracy z osobami z doświadczeniem psychotycznym.

---

2 Tekst opiera się na badaniach autorskich przeprowadzonych w okresie od września 2019 roku do lutego 2020 roku na potrzeby pracy dyplomowej napisanej pod kierunkiem dr Urszuli Tokarskiej w Instytucie Psychologii UP Kraków.

Po pojęcie narracji sięga się od dawna w obszarze psychologii, socjologii, pedagogiki i filozofii, a ostatnio również tzw. medycyny narracyjnej<sup>3</sup>. Obecnie obserwuje się dodatkowo czas swoistego rozkwitu psychologii narracyjnej (Dryll, Cierpka, 2011), choć nie brakuje też jej zagorzałych oponentów (Jakubowski; 2016; Sendyka, 2015), którzy dopatrują się jej nie w pełni empirycznego i naukowego charakteru. Uniwersalność oraz ponadczasowość narracyjnego rozumienia świata, odzwierciedlające się w powszechności formy opowiadania w wytworach kulturowych wywodzących się z różnych okresów historycznych i kręgów kulturowych, u wielu badaczy budzi przekonanie, iż „[...] właściwości narracyjne są cechą naszych aktów mentalnych” (Baszczak, 2011, s. 126). Jego przeciwwagę stanowi z kolei mniemanie o narracji jako raczej kulturowo uwarunkowanej (przez niektórych uznawanej nawet za „opresyjną”, Strawson, 2004) mentalnej strukturze porządkowania informacji i doświadczeń. Bez względu na sposób rozstrzygnięcia powyższego dylematu, teoretycy i badacze sięgający po pojęcie narracji pozostają zgodni co do faktu, iż jej zgłębianie pozwala na rekonstrukcję indywidualnych strategii nadawania przez jednostkę znaczeń, z których konstruuje ona swój wewnętrzny świat (Laszlo, 2008, za: Soroko, 2013b, s. 9; Dryll, Cierpka, 2011).

Z uwagi na obecność w psychologicznej literaturze przedmiotu zróżnicowanych definicji pojęcia „narracji” warto odnieść się do klarownego podziału zaproponowanego przez Jerzego Trzebińskiego (2002). Autor ten podkreśla, że narrację można rozumieć jako: 1) proces, 2) wytwór oraz jako 3) strukturę rozumienia rzeczywistości, inaczej schemat poznawczy. Narracja określana jako proces (1) obejmuje czynność, jaką jest opowiadanie („snucie”) opowieści realnemu lub wyobrażonemu odbiorcy, bądź też (pod postacią dialogu wewnętrznego) sobie samemu (Soroko, 2007), co najpełniej odzwierciedla się w anglojęzycznym wyrażeniu „narrating”. Opowieść ta dotyczy może realnych bądź wyobrażonych zdarzeń, którym to narrator – w procesie tworzenia opowieści – nadaje pewne znaczenie. Narracja może być także rozumiana jako wytwór (2) komunikacji między ludźmi przyjmujący postać utrwalonej wypowiedzi werbalnej i/lub tekstu, który zawiera w sobie relacjonowane przez rozmówców treści (Trzebiński, *ib.*, s. 13). Wytwór ten może zatem dotyczyć końcowego, konkretnego efektu wewnętrznej aktywności autonarracyjnej człowieka. Trzeci sposób rozumienia narracji w psychologii odwołuje się do ujęcia poznawczego (Soroko, 2007). Trzebiński (2002) konceptualizuje ją w następujący sposób: „Często [...] nie doceniamy roli narracji jako sposobu rozumienia i przeżywania zdarzeń, sposobu częściowo tylko będącego pod kontrolą świadomości” (*ib.*, s. 67). Strumień faktów oraz dochodzących z zewnątrz (lub z wewnątrz) bodźców, może być interpretowany przez osobę jako historia mająca określony początek oraz zakończenie (*ib.*, s. 70). Trzebiński wspomina o tym w kontekście pewnego schematu poznawczego leżącego u źródeł tzw. myślenia narracyjnego (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010), który – będąc uaktywnionym – wyzwala u jednostki gotowość do interpretacji rzeczywistości w sposób narracyjny

---

3 Medycyna narracyjna stanowi przykład dziedziny, która uznała znaczenie narracyjnego wymiaru ludzkiego doświadczenia, mimo iż medycyna przez lata koncentrowała się wokół szczegółowych parametrów opisujących stan organizmu pacjenta, powoli oddalając się od próby zrozumienia go pod kątem psychofizycznej całości (Chojnacka-Kuraś, 2019).

(Soroko, *ib.*, s. 70). Oznacza to, że dziejące się wydarzenia mogą być postrzegane przez jednostkę jako historia, „[...] która wydarzyła się *komuś*, kto czynił coś z określonymi *intencjami*, a otaczający świat *pomagał* lub *przeszkadzał* w zrealizowaniu tych intencji” (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, *ib.*, s. 25). Jak pisze Trzebiński (2002) do komponentów narracyjnego schematu, tworzącego jego zdaniem „dramaturgiczny model określonej sfery świata”, zalicza się: bohaterów historii, cenione przez nich wartości, intencje oraz towarzyszące im plany realizacji. Wymienia się tu również możliwe komplikacje występujące na drodze urzeczywistnienia wspomnianych intencji oraz szanse na przezwycięzenie trudności (*ib.*, s. 23).

Dzięki uaktywnionemu schematowi narracyjnemu odnajdywanie sensu, celu oraz spójności w toczących się wydarzeniach, własnych działaniach i doświadczeniach staje się znacznie prostsze (Soroko, *ib.*, s. 70). Interpretowanie świata w kategoriach narracyjnych, jak i uczestniczenie w „dziejących się historiach” (w tym konstruowanie własnej historii) stanowią efekt procesu narracyjnego organizowania rzeczywistości (*ib.*, s. 73). Narracyjna interpretacja doświadczeń oraz przeżyć „[...] pozwala uchwycić poczucie czasu i zyskać świadomość zmienności naszego życia, zachowując poczucie własnej tożsamości. Nasza tożsamość rodzi się przez nadanie wewnętrznej spójności własnej historii życia, w której każdy epizod może być odniesiony do całości, do głównego, indywidualnego wątku narracyjnego” (Baszczak, *ib.*, s. 128).

Narracyjna aktywność człowieka może odnosić się do jego własnego doświadczenia, co definiuje się jako aktywność autonarracyjną (Soroko, 2013a). Jednostka w swojej autonarracji staje się głównym lub jednym z głównych bohaterów dziejącej się historii (Trzebiński, 2002). Narracja autobiograficzna, która stanowi zarówno przedmiot badania, jak i metodę gromadzenia danych do analizy opisanej w niniejszym tekście, rozumiana jest z kolei jako specyficzna odmiana autonarracji. Anna Mróz (2010) podkreśla, że jest to „[...] sposób ujmowania rzeczywistości pozwalający na ciągłe porządkowanie, scalanie i nadawanie nowych znaczeń doświadczeniom życiowym człowieka” (*ib.*, s. 11). Psychologowie zainteresowani tym rodzajem autonarracji dążą do poznania tzw. (określenie Brunera, 1990) „[...] przepisów na budowanie doświadczenia”, zawierających schematy narracyjne, którymi posługują się ludzie. W prezentowanych badaniach formuła otwartego wywiadu narracyjnego została wykorzystana w analogicznym celu – wywiad ten pozwolił uzyskać materiał umożliwiający rekonstrukcję narracji autobiograficznych osób badanych pod względem treściowym, jak i formalnym.

Prośba o opowiedzenie historii swojego życia, jako główny bodziec inicjujący wypowiedź pacjentów, stanowi nawiązanie do wywiadu na temat historii życia (*The Life Story Interview*) autorstwa Dana P. McAdamsa (1985, 2006). Wywiad ten opiera się na metaforze porównującej życie do książki, której strukturę określają rozdziały, sceny, bohaterowie i tytuł opowieści. Pojęcie schematu historii życia (*life story schema*, McAdams, 2001) dotyczy „[...] globalnej struktury organizującej wiedzę o sobie, jaką jednostka uruchamia, gdy opowiada historię lub zastanawia się nad swoją biografią” (Soroko, 2010, s. 5). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że nie każda autonarracja stanowi automatycznie „opowieść życia” (Oleś, 2003), co można zaobserwować m. in. u pacjentów psychotycznych, śledząc wiodące nieprawidłowości w obszarze ich narracji.

W psychologii istnieje wiele różnorodnych koncepcji opisujących stan zdrowia i choroby. W podejściu narracyjnym zdrowie psychiczne utożsamiane jest ze zdolnością do tworzenia życiowej opowieści spełniającej określone kryteria formalne i opisywanej mianem „[...] adaptacyjnej, efektywnej, spokojnej, silnej, odpornej” (Oleś, *ib.*, s. 329; Siegel, 2011; Tokarska, 2013, 2015, 2016), której autor poddaje ją dodatkowo regularnej reuatoryzacji. W nurcie psychologicznych badań nad narracjami istnieje pokazna liczba argumentów empirycznych potwierdzających korzystny wpływ strategii konstruowania autonarracji na ogólny dobrostan człowieka (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010). Do głównych kryteriów „zdrowych/adaptacyjnych” (ang. *beneficial*) narracji autobiograficznych, przytaczanych przez Urszulę Tokarską w jej autorskim modelu (2013, 2015, 2016), należą: wielowątkowość, spójność, osobiste znaczenie, „wewnętrzna demokracja”, korespondencja (między poszczególnymi poziomami narracji), elastyczność, włączenie opowieści w mikronarracje innych osób oraz wpisanie opowieści w makronarracje kulturowe. Zdrowie psychiczne jest ściśle powiązane z dynamiką zachodzącą pomiędzy wymienionymi komponentami.

Sprzyjająca zdrowiu opowieść charakteryzuje się wielowątkowością oraz spójnością. Komponenty te w sprzyjających zdrowiu narracjach autobiograficznych nie powinny występować rozłącznie. Adaptacyjna wielowątkowość opowieści odzwierciedla się w bogactwie i wielości wątków (zróżnicowaniu tematycznym), a jej brak sprowadza się do narracyjnego schematyzmu. Wysoce spójna narracja autobiograficzna wiąże się natomiast z niezbędnym dla zdrowia jednostki procesem integracji – koherencją czasową (chronologicznością), przyczynową, teleologiczną (celowością) oraz tematyczną opowieści. Ich deficyt manifestuje się chaosem wątków, brakiem ciągów przyczynowo-skutkowych oraz wewnętrznej logiki, zdeorganizowaniem/rozpadem opowieści. Do tzw. *peaceful life stories* (Tokarska, 2013) należą narracje, których autor oscyluje pomiędzy wspomnieniami, poddając je refleksji i podejmując próby zagłębienia się w zmiany zachodzące w obrębie własnego rozwoju na przestrzeni całego życia (*ib.*, s. 61). Co więcej, historie określane jako spójne łączą w sobie różnorodne wątki, które pozwalają odbiorcy zrozumieć jednostkę jako złożoną, a zarazem dynamiczną całość. Sprzyjająca zdrowiu opowieść stanowi także osobiście znaczącą historię dla samego jej autora. Oznacza to, że narrator aktywnie poszukuje osobistego sensu swojej życiowej opowieści (Tokarska, 2015).

O spójności narracji autobiograficznej Daniel Siegel (2011) wspomina w kontekście stylu przywiązania jednostki, który stanowi „[...] nabyty system łączności dziecka z jego podstawowym opiekunem” (*ib.*, s. 225). Jak się okazuje, wczesne (pierwotne) relacje dziecka z opiekunami kształtują sposób rozwoju jego umysłu w okresie niemowlęcym i w dzieciństwie, a same schematy przywiązania zdają się być „[...] jedynym z nielicznych wymiarów ludzkiego życia, które w dużym stopniu wydają się niezależne od wpływu genetycznego” (*ib.*, s. 229). Wyniki dalszych badań cytowanego autora – zebranych z wykorzystaniem „Wywiadu z Dorosłym o Przywiązaniu” (ang. *Adult Attachment Interview*) – wskazują m. in. na to, że zachowanie dziecka w związku z jego przywiązaniem do opiekuna pozwala przewidzieć typ narracji, jaki będzie wykorzystywany przez nie w życiu dorosłym (*ib.*, s. 235). Co więcej, poczucie bezpieczeństwa w bliskich związkach wyraża się umiejętnością budowania określonej

narracji (spójnej i uwzględniającej emocje narratora) o pamiętanych relacjach przywiązania w dzieciństwie. Siegel przywołuje również charakterystyki autonarracji osób o mniej bezpiecznych od optymalnego stylach przywiązania, podkreślając niespójność ich późniejszych wypowiedzi na temat historii własnego życia.

Kryterium „wewnętrznej demokracji” – jako trzon zdrowia psychicznego w rozumieniu polifonicznym, „zarezerwowane” jest dla osób o określonych kompetencjach poznawczych, w tym – językowych. Tzw. *zdrowa autonarracja* w ujęciu dialogowym (Hermans, 2001; 2002) odznacza się wielością autonomicznych głosów w opowieści (pozycji podmiotowych), które wchodzą ze sobą w dialog. Dialogowy wzorzec zdrowia psychicznego można zatem opisać za pomocą elastycznej, różnorodnej i adaptacyjnej aktywności umysłu, która umożliwia jednostce przyjmowanie rozmaitych punktów widzenia oraz „przełączanie się” między różnorodnymi sposobami wartościowania zdarzeń. Zdrowie psychiczne ujmowane z tej perspektywy, to umiejętność dostrzeżenia i ustosunkowania się do różnych wersji własnej życiowej opowieści oraz zmiennych kontekstów, a także możliwość dopuszczenia dialogowej wymiany między nimi. Brak wspomnianego dialogu przyczynia się do zaburzeń w obrębie zdrowia psychicznego.

Pomimo obecności wielu różnorodnych pozycji wchodzących ze sobą w dialog, ostatni „głos” powinien należeć jednak do samego autora narracji; uporządkowana „wewnętrzna demokracja” posiada bowiem tzw. dyrygenta, który potrafi kierować całym procesem, w sposób demokratyczny wysłuchiwać każdej z pozycji i „udzielać jej głosu”. W narracji pozbawionej demokratycznego charakteru oraz autora zdolnego do wyważonego dyrygowania całym procesem, głosy wewnętrzne mogą wymykać się spod kontroli „Ja”. Niektóre z pozycji mogą być w tego rodzaju okolicznościach uciszone, zdominowane przez inne, a do głosu dochodzić może tylko jedna z nich, górująca nad całą resztą i „sprawująca rządy” w sposób bliższy totalitarnemu reżimowi, niż sprzyjającej zdrowiu demokracji.

„Narracyjna recepta” na zdrowie psychiczne wydaje się być zatem w przypadku umysłu indywidualnego analogiczna do zestawu procesów adaptacyjnych całego społeczeństwa: „[...] pluralizm, demokracja i nieustająca gotowość wszystkich stron do dialogu” (Stemplewska-Żakowicz, *ib.*, s. 112). Idea „demokracji wewnętrznej” znajduje odzwierciedlenie w praktyce psychoterapeutycznej (terapii dialogowej, narracyjnej), gdzie dąży się do wzmocnienia wewnętrznego dialogu jednostki (*ib.*, s. 112). Osiągnąć to można m.in. poprzez dekonstrukcję narracji tworzonej przez pozycje dominujące w umyśle jednostki. Najistotniejszym punktem tego rodzaju pracy wydaje się być jednak dotarcie do pozycji podmiotowych, które do tej pory nie miały możliwości wniesienia swojego znaczącego wkładu do „polifonicznej »symfonii« osobowości”, obdarzenie ich głosem oraz włączenie do procesu dialogowej wymiany (*ib.*, s. 112). Podsumowując, kryterium zdrowia psychicznego odwołujące się do „wewnętrznej demokracji” dotyczy takiej organizacji umysłu, na którą składa się wiele pozycji „Ja” gotowych do podejmowania decyzji w oparciu o demokratyczne reguły komunikacyjne.

Sprzyjająca zdrowiu narracja autobiograficzna spełnia również warunek korespondencji zachodzącej między poszczególnymi poziomami autonarracji. Według tego



kryterium „[...] struktury z niższych poziomów organizacji są adekwatnie reprezentowane w strukturach z wyższych piętter” (za: Chrzczonowicz, 2011, s. 287). Przyjmuje się zatem, że treści które są obecne w doświadczeniu prenarracyjnym mogą zostać ujęte w narracjach symbolicznych (ib., s. 287). Osiągnięcie wysokiego poziomu w rozwoju autonarracji nie jest wystarczające do uzyskania pełni zdrowia psychicznego. Wyższy poziom autonarracji powinny „korespondować” ze strukturami niższego rzędu, zatem bogata w środki językowe, służące do wyrażania stanu emocjonalnego, historia życia musi być w ten sposób doświadczana również na poziomie afektywnym.

Wysoki poziom elastyczności, jako narracyjne kryterium zdrowia psychicznego, odnosi się do zdolności przyjmowania różnorodnych perspektyw (transcendowania pozycji „Ja”, por. Straś-Romanowska, 2000) oraz otwartości na zmianę. Otwartość na zmianę wyraża się w doborze takiego bohatera opowieści, który wychodzi poza pozycję podmiotową „Ja” i mimo posiadania indywidualnie cenionych wartości oraz poglądów, jest otwarty na zmianę pod względem interpretacyjnym. Niski poziom elastyczności opowieści może przybierać postać zawężonej perspektywy oglądu siebie i świata, opowieści schematycznej, zdającej się być narracyjnie „zatrzaśniętą” (ang. *narrative foreclosure*, Freeman, 2010, 2011; Tokarska, 2016).

Narratorzy sprzyjających zdrowiu narracji autobiograficznych powinni odznaczać się percepcją powiązań własnych opowieści z historiami innych osób. Jean Paul Sartre mówi tu o wzajemnym „zazębieniu się” opowiadanych przez ludzi historii, zaś Paul Ricoeur określa to powiązanie mianem „internarracyjnego splotu” (za: Tokarska, 2002). Jeżeli chodzi o „wpisanie” opowieści w tzw. makronarracje kulturowe, to wskaźnik ten odnosi się do sposobu ujmowania własnej historii jako takiej wersji opowieści, która wydaje się być uniwersalną dla danej kultury. Przykładem tego może być mit. Kryterium „wpisania” w tzw. makronarracje kulturowe jest ściśle związane z umiejętnością symbolizacji doświadczenia oraz metaforyzacją, a jego spełnienie pozwala wzmocnić subiektywne poczucie jakości życia poprzez uwzględnienie szerszego (kulturowego) kontekstu własnej opowieści.

Baldwin (2005, za: Chrzczonowicz, 2011, s. 286) pisze z kolei o jednym z poważniejszych skutków choroby psychicznej, jakim jest niezdolność do opowiadania zrozumiałej dla innych historii, co pociąga za sobą ryzyko wykluczenia jednostki z dialogu społecznego<sup>4</sup>. Osoby chorujące na schizofrenię przejawiają pewne specyficzne nieprawidłowości, jeżeli chodzi o porządkowanie własnego doświadczenia w sposób narracyjny oraz jego przedstawienie pod postacią opowiadanej historii. W literaturze przedmiotu wskazuje się m.in. na takie charakterystyki autonarracji osób z zaburzeniami psychotycznymi (Dimaggio & Semerari, 2004; Hermans, 2003; Lysaker & Lysaker, 2006), jak: niespójność opowieści, słaby stopień wyodrębnienia

---

4 Do jednej z metod leczenia osób psychotycznych w psychiatrii środowiskowej w Polsce należy podejście oparte na Otwartym Dialogu (ODA), które polega na inicjowaniu polifonii (wielogłosowości) oraz generowaniu dialogu pomiędzy pacjentem a jego siecią, czyli gronem osób zaangażowanych w proces zdrowienia. Dotyczy to także odnajdywania nowych słów (w tym wspólnego języka) dla opisanego doświadczenia, które nie zostały dotąd nazwane (Kłapciński, Rymaszewska, 2015).

jej głównego bohatera<sup>5</sup> oraz zakłócenia w obrębie dialogów wewnętrznych. Prezentowane w niniejszym tekście wyniki badań własnych wskazują na stopień, w jakim narracje autobiograficzne osób z diagnozą schizofrenii paranoidalnej wpisują się w tzw. prozdrowotne kryteria opowieści i w dużej części pokrywają się z wynikami badań przedstawionymi w dotychczas opublikowanej literaturze przedmiotu.

## Badania własne

### Metoda

#### *Osoby badane*

Uczestnikami badania było 9 pacjentów (8 mężczyzn i 1 kobieta) z diagnozą schizofrenii paranoidalnej (F20.0), podopiecznych Oddziału Psychiatrycznego-Rehabilitacyjnego I Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 24-63 lat (średnia wieku 40 lat), większość z nich deklarowała wolny stan cywilny, a osoby ze średnim i wyższym wykształceniem stanowiły 66,7% badanych. Uczestnicy badania w dniu wywiadu pozostawali w wyrównanym stanie psychicznym (brak nasilonych objawów chorobowych), a długość leczenia psychiatrycznego 2/3 pacjentów wynosiła powyżej 5 lat. Każda z osób badanych od początku swojego pobytu na Oddziale była poddana oddziaływaniom terapeutycznym, do których wliczał się indywidualny kontakt z psychologiem/psychoterapeutą lub uczestnictwo w psychoterapii grupowej/terapii zajęciowej. Grupa badana była zatem relatywnie zróżnicowana pod względem zmiennych demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sytuacja rodzinna), natomiast spójna pod względem doświadczeń związanych z chorobą (paranoidalna postać schizofrenii).

#### *Procedura badawcza*

W badaniu posłużono się nieustrukturyzowanym autobiograficznym wywiadem narracyjnym, jako metodą zbierania danych jakościowych. Wywiad ten odrzucał strukturalizację materiału badawczego na etapie jego zbierania w postaci postawionych wcześniej hipotez. Wywiad został pozyskany z wykorzystaniem głównego, otwierającego bodźca narracyjnego: „Proszę Panią/Pana o opowiedzenie mi historii swojego życia”, odnoszącego się do narracyjnej koncepcji opowiadanej historii życia (*life story*) Dana McAdamsa (1985, 2006). Jego celem było pozyskanie historii życia pacjentów – materiału umożliwiającego rekonstrukcję sposobu tworzenia narracji (a tym samym nadawania znaczeń) przez osoby badane. Wywiad narracyjny jest współcześnie jedną z najczęściej wykorzystywanych technik w nurcie badań społecznych i psychologicznych, które za materiał badawczy przyjmują historie życia ludzi

---

<sup>5</sup> Badania Frankowskiej i Trzebińskiego (2004) wykazały, że bohater opowieści osób z diagnozą schizofrenii jawi się jako postać, której różne rzeczy po prostu „się przydarzają”. Jest on pozbawiony celowości swoich dążeń i okazuje się biernym obserwatorem zdarzeń, które go „niosą”, a sama rzeczywistość odbierana przez te osoby charakteryzuje się przypadkowością.



(różniących się pod względem wybranych właściwości psychologicznych i sytuacji psychospołecznej, por. Chmielnicka-Kuter, 2011). Biorą one także pod uwagę sposób, w jaki nadają oni znaczenie swojemu życiu (Bruner, 1990; de Barbaro, 1997).

Otwarta formuła wywiadu, zakładająca możliwość zadawania pytań pomocniczych, stworzyła okazję do zbadania tego, w jaki sposób pacjenci z diagnozą schizofrenii paranoidalnej ustosunkowują się do głównego bodźca narracyjnego i jakimi treściami wypełnione są ich opowieści (wątek choroby). Wywiad został utrwalony za zgodą osób badanych przy pomocy dyktafonu.

Po zebraniu materiału badawczego dokonano jego transkrypcji polegającej na dokładnym i całościowym przepisaniu treści wypowiedzi narratorów z oznaczeniem ich właściwości parajęzykowych.

### *Analiza materiału badawczego*

Przyjęte podejście badawcze – *interpretacyjna analiza fenomenologiczna* (Mróz, 2015) sięga do założeń fenomenologii, która próbuje zidentyfikować główne komponenty zjawiska lub doświadczenia, jakie sprawiają, że jest ono unikatowym i „odróżnialnym” od innych. Jedną z głównych tez interpretacyjnej analizy fenomenologicznej wyraża się w uznaniu ważności poszczególnych autonarracji i kładzie nacisk na „[...] ukazanie perspektywy każdego z uczestników badania” (Pietkiewicz & Smith, 2012).

Wstępny etap analizy materiału badawczego obejmował próby zoperacjonalizowania autonarracji osób badanych w kategoriach zdrowia psychicznego w ujęciu narracyjnym. Wiązał się on z analizą wypowiedzi pacjentów pod kątem wskaźników „adaptacyjnych”/wspierających zdrowe funkcjonowanie jednostki narracji autobiograficznych (ang. *beneficial life stories indicators*). Na użytek analizy posłużono się zestawem wskaźników opracowanym przez U. Tokarską (2013, 2016, 2020) na bazie zróżnicowanej literatury z zakresu zdrowia psychicznego w podejściu narracyjnym (Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010, Dimaggio & Semerari, 2004), a ich wyboru dokonano ze względu na możliwość określenia stopnia przystawalności autonarracji osób badanych do wskaźników tzw. „zdrowych” opowieści o życiu.

## **Wyniki**

Analiza materiału badawczego obejmująca próby zoperacjonalizowania opowieści o życiu osób badanych w kategoriach zdrowia psychicznego w ujęciu narracyjnym, pozwoliła odpowiedzieć na pytanie, jak duża – z punktu widzenia psychologii narracyjnej – różnica dzieli osoby zdrowe od osób chorych. To, co udało się zaobserwować dotyczyło stopnia przystawalności narracji autobiograficznych osób badanych do wskaźników „adaptacyjnych” – wspierających zdrowe funkcjonowanie jednostki opowieści. Jak się okazało, stopień ten jest znacząco niski, co wyraża się m.in. w uzyskanych przez poszczególne osoby badane wynikach mieszczących się między 8 a 11 punktami. Mierzone były one z wykorzystaniem skali, gdzie górna liczba (24 pkt.) odnosi się do autonarracji spełniających zdaniem specjalistów rekomendowane dla zdrowia psychicznego treściowe i formalne kryteria narracyjne (por. *Tabela 1*).

Większość osób badanych (6 z 9) osiągnęła wynik nieprzekraczający 9 punktów, co oznacza, że zdobyli oni najniższe wartości w poszczególnych wymiarach „zdrowych” opowieści (punktowanych w skali od 1 do 3). Poniższa tabela ilustruje opisane wyżej wartości punktowe, jakie zdobyły poszczególne osoby badane (w zależności od danego wskaźnika oznaczonego w tabeli odpowiednią literą alfabetu, por. *Legenda*):

Tabela 1. Zbiorcze zestawienie wyników indywidualnych w zakresie prozdrowotnych kryteriów narracyjnych

	A	B	C	D	E	F	G	H	Wynik ogólny
Pacjent Bernard	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Pacjent Misztal	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Pacjent G	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Pacjent 3512	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Pacjent Piesek	2	1	1	1	1	1	1	1	9
Pacjent W	2	2	1	1	1	1	1	1	10
Pacjent Z	2	2	1	1	1	2	1	1	11
Pacjentka Kadi	1	2	2	1	1	2	1	1	11
Pacjent Q	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Legenda:

A – Wielowątkowość

B – Spójność

C – Osobiste znaczenie

D – „Wewnętrzna demokracja”

E – Korespondencja

F – Elastyczność

G – Powiązania z mikronarracjami innych ludzi

H – „Wpisanie w...” makronarracje kulturowe

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie analizy otrzymanych wyników zaobserwowano, że elementem wspólnym wszystkim opowieściom jest deficyt (1 na skali) takich wskaźników sprzyjających zdrowiu narracji autobiograficznych, jak: a/ „wewnętrzna demokracja”; b/ korespondencja; c/ powiązania z mikronarracjami innych ludzi oraz d/ „wpisanie w...” makronarracje kulturowe.

Brak pierwszego wskaźnika, jakim jest wewnętrzna „demokracja”, informuje o nieprawidłowościach zachodzących w obrębie aktywności dialogowej. Zakłócenia te mogą się odzwierciedlać w dominacji jednej z pozycji podmiotowych nad innymi (pozycji „chorej” części siebie, pozycji pacjenta szpitala psychiatrycznego) oraz w braku możliwości „przełączania się” między różnymi sposobami wartościowania zdarzeń. Oznacza to m. in. niezdolność do samoobserwacji, generowania nowych rozwiązań i modyfikacji zachowania, co manifestuje się sztywnością myślenia (urojenową interpretacją zdarzeń).

Zaobserwowano, że pacjenci, którzy uzyskali 2 punkty na skali odnoszącej się do wskaźnika elastyczności (2 z 9 pacjentów) charakteryzowali się równocześnie wyższym od innych osób badanych stopniem dystansu. Wyodrębnione w dalszej części analizy

materiału badawczego kryterium dystansu, rozumiane jest jako sposób postrzegania choroby i odbierania otaczającego świata (w relacji z chorobą) przez osobę nią dotkniętą. Można podejrzewać, że brak świadomości własnej choroby oraz ograniczeń jakie się z nią wiąże, wpływa na przyjmowaną przez jednostkę perspektywę. Wydaje się, że osoba „zakleszczona” w doświadczeniu chorobowym (schizofrenicznym) może nie mieć świadomości tego, że jest też coś „poza nią”, a jej perspektywa nie jest jedyną „słuszną”. Względnie zachowany dystans w stosunku do choroby i siebie w relacji z nią, a także otwartość na zmianę umożliwiają wyjście poza pozycję chorobowego „Ja”. To zaś składa się na przyjęty za jedno z kryterium „zdrowych” opowieści – warunek elastyczności.

Deficyt wskaźnika odnoszącego się do percepcji powiązań oraz wzajemnego „zazębiania się” własnej opowieści z opowiadaniem innych ludzi może wskazywać na zerwanie tzw. nici narracyjnej – nie tylko na poziomie indywidualnego doświadczenia biograficznego, ale również w warstwie i przestrzeni społecznej. Jak pisze Chrzczonowicz (2012) psychoza w ujęciu konstrukcjonizmu społecznego rozumiana jest jako czasowe i radykalne odseparowanie od dzielonej komunikacji, co można ująć w słowach – *no man's land* (ibid., s. 48).

Ukazana poniżej tabela przedstawia główne charakterystyki opowieści pacjentów, którzy finalnie uzyskali sumę 10 lub więcej punktów. Stanowią oni 1/3 wszystkich osób badanych, a wyodrębnione z ich narracji autobiograficznych „zdrowe” fragmenty, pozwalają postawić następujące pytania:

- *Jaki wpływ na uzyskane przez nich wyniki ma długość trwania ich choroby (zarówno pacjentka Kadi, jak i pacjent W należą do najmłodszych osób w grupie pacjentów)?*

- *Czy są to osoby o lepiej rozwiniętych kompetencjach narracyjnych?*

- *Czy jakościowe różnice w obrębie kryterium Elastyczności są w jakiś sposób powiązane z etapem życia, na którym znajduje się dana osoba (pacjentka Kadi – najmłodsza z osób badanych, pozycja „Ja” ukierunkowana na przyszłość/pacjent Z – najstarszy z pacjentów, obecność pozycji odnoszącej się do „strzelającego z procy, nastoletniego chłopaka”)?*

Tabela 2. Charakterystyki narracji autobiograficznych osób badanych, które osiągnęły 10 lub więcej punktów

Osoba badana	Wynik ogólny	Uzasadnienie
Pacjent W	10	Narrator podejmuje w swojej opowieści kilka wątków ( <i>Wielowątkowość</i> ), które są relacjonowane w porządku <i>chronologicznym</i> (od pierwszego rzutu choroby, który zakończył się nieprawidłowym rozpoznaniem oraz krótkim leczeniem farmakologicznym, przez okres studiów, gdzie ujawniały się kolejne trudności związane z pogarszającym się stanem psychicznym mężczyzny, epizody bezdomności, okres pracy w supermarkecie, zakończenie związku, aż do powtórnych hospitalizacji oraz prawidłowej, w poczuciu pacjenta zgodnej z jego kondycją psychiczną – diagnozy) oraz <i>przyczynowo-skutkowym</i> ( <i>Spójność</i> ). Kryterium <i>Wielowątkowości</i> spełnione jest także u pacjenta Pieska (2), jednak ciąg przyczynowo-skutkowy podejmowanych przez niego wątków, w porównaniu z pacjentem W, wydaje się być mocno zachwiany.

▶ Pacjent Z	11	<p>Pacjent Z, podobnie jak dzieje się to w historii życia pacjenta W, podejmuje wiele wątków (<i>Wielowątkowość</i>) odnoszących się do poszczególnych etapów swojego życia. <i>Spójność</i> zachowana jest u niego na samym początku opowieści (towarzyszy jej „wgląd” w okres dzieciństwa). Wraz z rozwijaniem historii spójność podlega coraz to większemu zdeorganizowaniu (zauważyć to można szczególnie przy wątkach dotyczących choroby przyjmującej postać doświadczeń zmysłowych – na tym przykładzie da się zaobserwować, jak bardzo warunek <i>Korespondencji</i> zostaje zachwiany), jednak w porównaniu do opowieści pacjentów, którzy uzyskali mniejszą liczbę punktów, jest zachowana na względnie wystarczającym do zrozumienia przez odbiorcę wypowiedzi, poziomie.</p> <p>Pacjent Z uzyskał również 2 punkty w kryterium <i>Elastyczności</i>. Mimo tego, że dominującą perspektywą w jego historii jest pozycja „Ja” chorego (jak u większości osób badanych), to narrator uświadamia sobie możliwość wyjścia poza nią („Tak, no bo tak nie ma co opowiadać, że tam z procy strzelałem.”), chociaż ostatecznie tego nie robi.</p>
Pacjentka Kadi	11	<p>Pacjentka Kadi jako jedyna z osób badanych uzyskała dwa punkty w kryterium <i>Osobistego znaczenia</i>. Narratorka wyciąga wnioski z własnej historii (domykające jej opowieść), które nacechowane są indywidualnym znaczeniem: „Przed nami jeszcze peł... tu... tu dużo wszystkiego, czasu, wszystko cz... człowiek przez całe życie się rozwija, przez całe życie spotyka go coś, co, co kształtuje go albo umacnia albo osłabia i... to trzeba wszystko od, od psychiki chyba zależy.”</p> <p>Pacjentka wychodzi również poza perspektywę choroby (<i>Elastyczność</i>), potrafi przyjąć pozycję zdrowej części siebie, ukierunkowanej na życie: „Mam zorganizowaną pracę w sklepie, więc znowu zaczynam normalne życie, przede mną jeszcze dużo czasu, żeby wszystko poustalać [...] ale teraz już naprawdę wszystko jest dobrze, więc myślę, że jestem optymistycznie nastawiona do życia.”</p>

Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja

Warto zauważyć, że w opowieściach części pacjentów można wskazać na pewne „zaczątki” obecności podstawowych kryteriów narracji autobiograficznych, rozumianych jako „adaptacyjne” i wspólnych dla osób zdrowych. Można wymienić tu subtelnie nakreślony początek historii oraz jej podsumowanie (jako jedne z komponentów składających się na kryterium spójności), retrospekcyjną perspektywę, większą niż jeden liczbę podejmowanych wątków, próby wyjścia poza dominującą pozycję doświadczonego chorobą „Ja”.

Tym, co jednak odróżnia opowieści osób chorych od autonarracji osób zdrowych są wyraźnie postępujące – w miarę procesu konstruowania historii – nieprawidłowości w obrębie treści oraz struktury narracji autobiograficznych. Odzwierciedlają się one m. in. w zanikaniu relacji przyczynowo-skutkowych między poszczególnymi elementami historii oraz w zakłóceniach w obrębie, nadszarpniętej już, wewnętrznej logiki opowieści. Zaobserwowano, że dzieje się to wraz z wprowadzaniem do historii życia wątku choroby (przy jednocześnie zaniżonym kryterium dystansu).

Wykorzystany podczas relacjonowanych badań bodziec narracyjny odnoszący się do koncepcji opowiadanej historii życia Dana McAdamsa (1985, 2006) umożliwił pozyskanie materiału i wyodrębnienie z niego dysfunkcyjnych cech autonarracji osób ze schizofrenią paranoidalną. Idąca za tym wiedza dotycząca tego, w jaki sposób narracje autobiograficzne osób z diagnozą schizofrenii różnią się od tzw. „zdrowych/adaptacyjnych” opowieści o życiu, a także jakie jest ich wewnętrzne zróżnicowanie w obrębie grupy badanej, może stanowić punkt odniesienia dla praktykujących klinicystów, psychiatrów oraz psychoterapeutów. Wykorzystany w relacjonowanych badaniach narracyjny wywiad autobiograficzny oraz sposób jego stymulowania staje się propozycją poszerzenia diagnostyki pacjentów z doświadczeniem psychotycznym o analizę ich autonarracyjnych wypowiedzi. Identyfikacja wiodących nieprawidłowości charakterystycznych dla danego zaburzenia (w obrębie wymienionych kryteriów narracyjnych) może stać się istotnym punktem odniesienia na etapie prowadzenia wywiadu diagnostycznego. Analiza zmian zachodzących w konstruowanej przez pacjenta autonarracji na temat swojej choroby stanowiłaby za to wskazówkę dotyczącą przebiegu procesu jego zdrowienia.

Wyniki niniejszych badań wskazują na deficyt trzech z ośmiu wskaźników adaptacyjnych narracji autobiograficznych w historiach życia osób badanych. Brak kryterium wewnętrznej „demokracji” sygnalizuje załamanie aktywności dialogowej u osób ze schizofrenią paranoidalną. Dialog nawiązany między terapeutą a pacjentem, prowadzony w obrębie historii jego życia, mógłby być próbą wzbudzenia w jednostce doświadczonej chorobą aktywności wewnętrznej. Rola terapeuty odzwierciedlałaby się w aktywizowaniu procesu integracji niespójnej narracji poprzez wspólne poszukiwanie i uruchamianie takiej opowieści, która „asymilowałaby” trudne doświadczenia chorobowe (będące nierzadko „odłączonymi” od reszty opowieści). Przywracanie oraz wzmacnianie poczucia ciągłości u osoby doświadczonej chorobą byłoby możliwe za sprawą reorganizacji istotnych wydarzeń w obrębie historii życia pacjenta. Terapeuta, za sprawą bycia poznawczą „podporą” podtrzymującą pacjenta w konfrontacji jego opowieści z rzeczywistością, przyczyniłby się do narracyjnej strukturyzacji jego indywidualnego doświadczenia.

Definiowanie poszczególnych zakłóceń bądź deficytów w obrębie treści, struktury oraz procesu konstruowania narracji autobiograficznej przez pacjenta daje wgląd w jego strategię budowania własnego doświadczenia „od środka”. Co więcej, materiał uzyskany za sprawą prośby o skonstruowanie opowieści na temat własnego życia stanowi źródło wiedzy dotyczącej przeszłych wydarzeń, a przede wszystkim sposobu ich doświadczania przez jednostkę. Ponadto tym, co często uwidacznia się w historiach życia osób z doświadczeniem psychotycznym jest pewnego rodzaju pomost między (nierazko trudnymi) wydarzeniami z przeszłości a okolicznościami pierwszego wybuchu psychozy oraz związanymi z nią, charakterystycznymi dla danej jednostki – treściami urojeniowymi. Wprowadzany do opowieści wątek choroby często „nadszarpuje” jej strukturę. Można sądzić, że dzieje się tak, ponieważ chory nie znalazł dotąd słów, które mogłyby opisać doświadczenie psychotyczne. Jak mówi Siegel (2011) nieleczona (a tym samym nieopowiedziana) trauma lub uraza prowadzą do narracji, która staje się podatna na zamieszanie i rozproszenie w tych momentach,

gdy traumatyczne wydarzenie na nowo ujawnia się w umyśle jednostki, czego konsekwencją może być rozpad opowieści (Tokarska, 2013).

## Konkluzje

Badania Chądzkińskiej, Osuchowskiej-Kościjańskiej oraz Bednarek (2012) dotyczące obrazu siebie u osób chorych na schizofrenię przed i po wystąpieniu kryzysu psychiatrycznego, miały na celu ukazanie wpływu doświadczenia choroby na indywidualny świat znaczeń jednostki. Autorki tego badania wskazują na załamanie się tzw. „dobrej opowieści”, jako konsekwencji zachorowania na schizofrenię. Analizując prezentowane w niniejszym tekście wyniki badań można również odnotować, że u osób badanych dochodzi do wspomnianego „złamania autonarracyjnego”. Zostało to uchwycone metrycznie za pomocą niewielkiej liczby punktów uzyskanych przez osoby badane na poszczególnych skalach obrazujących wskaźniki prozdrowotnych narracji autobiograficznych.

Zaburzenia w obrębie rozwoju autonarracji na podstawowych poziomach rozwoju narracji (Dimaggio & Semenari, 2004), tzw. etapach przednarracyjnych (pierwotnych, niewerbalnych) odzwierciedlają się w narracjach określanych przez klinicystów jako „zubożałe” ze względu na brak odniesień do stanów wewnętrznych jednostki, jej motywów, intencji, pragnień czy uczuć. Psychopatologiczny wymiar poziomów przednarracyjnych wyraża się w nieobecności lub zbyt słabym/ błędnym oznaczeniu afektywnym obrazów mentalnych, co skutkuje zachwianą spójnością indywidualnego doświadczenia (Soroko, 2014). Zakłócenia na wyższych poziomach rozwoju autonarracji objawiają się m. in. brakiem funkcji integrującej autonarrację, która umożliwia syntezę osobistego doświadczenia jednostki oraz adekwatne komunikowanie przez nią trudnych doświadczeń innym ludziom. To pozwala nadać życiu człowieka określony kierunek, spójność oraz sens, wpływając tym samym na tworzenie się jego poczucia tożsamości (Chrzczonowicz, 2011). Można przypuszczać, że u chorujących od wielu lat osób z doświadczeniem psychiatrycznym ww. zakłócenia i deficyty mogą się przejawiać zarówno na podstawowych (przednarracyjnych), jak i na wyższych poziomach rozwoju autonarracji.

Sposób konstruowania autonarracji przez osoby z diagnozą schizofrenii paranoidalnej znacząco różni się od strategii wykorzystywanych przez osoby zdrowe. Niemniej jednak pozytywne konsekwencje płynące z włączenia narzędzi narracyjnych w proces zdrowienia u tej grupy osób, wydają się być do pewnego stopnia osiągalne. Dotyczy to jednak tych pacjentów, którzy chorują od niedawna i zostali objęci leczeniem w stosunkowo krótkim czasie od pojawienia się pierwszych symptomów choroby, u których rozwój autonarracji na poziomach przednarracyjnych nie uległ większym zakłóceniom.

Ponadto rekonstrukcja strategii tworzenia opowieści o własnym życiu przez osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej stwarza możliwość zbliżenia się do natury tych przeżyć, które związane są z „wtargnięciem” psychozy do ich życia. To pozwala na pełniejsze rozumienie złożoności oraz różnorodności sposobów



doświadczenia przez osoby z diagnozą schizofrenii takiego stanu umysłu, który wydaje się być niedostępny jednostkom zdrowym. Możliwość „bycia blisko” doświadczenia schizofrenicznego przywodzi na myśl to, co Ronald D. Laing (2004) nazwał postulatem uruchamiania „własnego potencjału psychotycznego” przez terapeutę poprzez wczuwanie się w sytuację egzystencjalną pacjenta, a Wilfred R. Bion (1957) – umiejętnością czerpania przez analityka z własnej „psychotycznej części umysłu”.

### Kierunki dalszych poszukiwań badawczych

W aspekcie badawczym postuluje się prowadzenie kolejnych ilościowo-jakościowych analiz wyników pozyskanych w liczniejszej grupie badanej. Grupy badane należałoby również uspójnić pod względem takich czynników związanych z chorobą, jak długość leczenia psychiatrycznego, czas jaki minął od postawienia diagnozy, okres pozostawania w remisji objawowej czy też np. stopień krytycyzmu względem objawów wytwórczych. Jak wiadomo schizofrenia paranoidalna, charakteryzująca się dominacją utrwalonych urojeń – często o charakterze paranoidalnym oraz halucynacjami, zazwyczaj słuchowymi – stanowi najczęstszą postać tej choroby (Gałęcki et al., 2018). Hipotezy badawcze mogłyby w przyszłości dotyczyć m.in. tego, czy charakterystyczne nieprawidłowości w obrębie autonarracji pacjentów ze schizofrenią paranoidalną (słabo wyodrębniona postać głównego bohatera, zakłócona spójność, w tym brak poczucia ciągłości „Ja”) mogą odnosić się także do populacji osób ze schizofrenią innego rodzaju.

### Bibliografia

- Baszczak, B. (2011). Tożsamość człowieka a pojęcie narracji. *Analiza i Egzystencja*, 14, 123–140.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266–275.
- Bruner, J. (1990). Życie jako narracja. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 37(2), 3–17.
- Chądzyńska, M., Osuchowska-Kościńska, A., Bednarek, A. (2014). Postrzeganie własnego sprawstwa przez osoby chore na schizofrenię – analiza wzorców aktywności w autonarracjach. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1225–1235.
- Chmielnicka-Kuter, E. (2011). W dialogu z własną historią – metafora (wielogłosowej) powieści w poradnictwie psychologicznym. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył (red.), *Dialog z samym sobą* (s. 376–393). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chojnacka-Kuraś, M. (2019). Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej. W: M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej* (s. 73–93). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Chrzczonowicz, A. (2012). Narracja a zaburzenia psychotyczne: badania i zastosowanie terapeutyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(1), 43–50.

- Chrzczonowicz, A. (2011). Narracja w psychiatrii – teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(4), 283–289.
- De Barbaro, B. (1997). Dzieje terapeuty rodzinnego: od sędziego poprzez eksperta do uczestnika dialogu. *Znak*, 49(10), 28–37.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment. In L. E. Angus, J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 263–282). London: Sage.
- Dryll, E., Cierpka, A. (2011). Zagadnienia teoretyczne nurtujące polską psychologię narracyjną. Wprowadzenie. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.), *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza* (s. 13–39). Warszawa: Eneteia.
- Frankowska, M., Trzebiński, J., (2004). Artykulacja struktury „Ja” i narracyjność osobistych historii u osób chorych na schizofrenię. W: M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej* (s. 273–288). Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.
- Freeman, M. (2011). Narrative foreclosure in later life. In G. Kenyon, E.T. Bohlmeijer & W.R. Randall (Eds.), *Storying later life; issues, investigations, and interventions in narrative gerontology* (pp. 3–19). New York: Oxford University Press.
- Freeman, M. (2010). *Hindsight: the promise and peril of looking backward*. New York: Oxford University Press.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red.) (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5*. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Hermans, H.J.M. (2003). Clinical diagnosis as a multiplicity of self-positions: Challenging social representations theory. *Culture and Psychology*, 9(4), 407–414.
- Hermans, H.J.M. (2002). The dialogical self as society of mind. *Theory and Psychology*, 12, 147–160.
- Hermans, H.J.M. (2001). Conceptions of self and identity: Toward a dialogical view. *International Journal of Education and Religion*, 2(1), 43–62.
- Jakubowski, P. (2016). *Pułapki tożsamości. Między narracją a literaturą*. Kraków: Universitas.
- Kłapciński, M., Rymaszewska, J. (2015). Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1179–1190.
- Laing, R.D. (2004). *Podzielone „Ja”*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Lysaker, P.H., & Lysaker, J. T. (2006). A typology of narrative impoverishment in schizophrenia: Implications for understanding the processes of establishing and sustaining dialogue in individual psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(01), 57–68.
- McAdams, D.P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 109–112.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of Life-Story. *Review of General Psychology*, 5, 100–122.

- McAdams, D. P. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guilford Publications.
- Mróz, A. (2015). Analiza hermeneutyczna narracji autobiograficznych w badaniach noetycznego poziomu rozwoju człowieka. *Rocznik Lubuski*, 41(1), 107–116.
- Mróz, A. (2010). Idea wielopoziomowości rozwoju osobowego a narracje autobiograficzne. *Psychologia Rozwojowa*, 15(3), 11–17.
- Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pietkiewicz, I., Smith, J. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–369.
- Sendyka, R. (2015). *Od kultury „ja” do kultury „siebie”. O zwrotnych formach w projektach tożsamościowych*. Kraków: Universitas.
- Siegel, D.J. (2011). *Psychowzroczność. Przekształć własny umysł zgodnie z regułami nowej wiedzy o empatii*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Soroko, E. (2014). Aktywność autonarracyjna w psychologii klinicznej. W: E. Soroko, *Aktywność autonarracyjna osób o różnych poziomach organizacji osobowości. Opowieści o bliskich związkach* (s. 129–140). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Soroko, E. (2013a). Kwestionariusz Inklinacji Autonarracyjnej (IAN-R) – pomiar skłonności do narracyjnego opracowywania i relacjonowania doświadczenia. *Studia Psychologiczne*, 51(1), 5–18.
- Soroko, E. (2013b). Wybrane sposoby analizy autonarracji w diagnozie klinicznej na przykładzie paranoicznego zaburzenia osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 16(1), 9–35.
- Soroko, E. (2010). Określanie wad i zalet metod generowania autonarracji. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 17–51). Warszawa: Eneteia.
- Soroko, E. (2007). *Poziom autonarracyjności wypowiedzi i użyteczność wybranych sposobów ich generowania*. Poznań: Instytut Psychologii UAM. Praca doktorska opublikowana online <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4071/1/E%20Soroko%20doktorat.pdf> (dostęp: 12.10.2020).
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2002). Koncepcje narracyjnej tożsamości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 81–112). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Zalewski, B. (2010). Czym jest dobra narracja? Struktura narracji z perspektywy badacza i klinicystów. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 17–51). Warszawa: Eneteia.
- Straś-Romanowska, M. (2000). Rozwój osobowy i niektóre jego zagrożenia. *Symposium, Tom 4*, 2(7), 9–22.
- Strawson, G. (2004). Against Narrativity. *Ratio*, 17(4), 428–452.
- Tokarska, U. (2016). Forwards via backwards. Narrative foreclosure prevention. In U. Tokarska (Ed.) *Applied Psychology of Time* (pp. 147–158). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Tokarska, U. (2015). Narracyjna promocja zdrowia. Założenia teoretyczne, metody pracy, obszary zastosowań. *Studia Edukacyjne*, 35(17), 327–348.
- Tokarska, U. (2013). The beneficial life stories. The mental health and resilience from the narrative perspective. In T. Ostrowski, & I. Sikorska (Eds.), *Health and Resilience* (pp. 57–81). Cracow: Jagiellonian University Press.
- Tokarska, U. (2002). Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 221–259). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebiński, J. (2002). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 17–38). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebiński, J. (2002). Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 43–78). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.