

## Użyteczność wybranych wskaźników narracyjności wypowiedzi na temat relacji interpersonalnych w diagnozie poziomów organizacji osobowości

### The diagnostic usability of selected narrativity indices in stories about close relationships in the assessment of personality organization

Emilia Soroko

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

Dyrektor: prof. dr hab. J.M. Brzeziński

#### Summary

**Aim.** The aim of this study was to test the usability of selected narrativity indices identified from autobiographical accounts of important relationships in an assessment of neurotic (NPO) and borderline personality organization (BPO).

**Method.** Narrativity indices, both particular and generalized, were used to predict personality organization levels. Indices were derived from two separate layers of analysis: 1) lexical indices were counted with computer assistance; 2) evocative/reception indices dealing with coherence of the story were assessed using the competent judges method.

**Results.** It was found that the lexical narrativity index—the active “I”—was a good predictor of both BPO and NPO, while the human factor was a good predictor of BPO when low. Moreover, a generalized index was used to describe how stories are saturated with the narrativity indices of intentionality, concreteness, and active “I”, but simultaneously deprived of human factor, and was found to be the best predictor of BPO. Furthermore, where the coherence of the story and of its subdimension (integration) rise, the probability of BPO diagnosis decreases.

**Conclusions.** This research provides support for the thesis that surface narrativity indices may predict deeper personality structure. Its results are justified in the light of Kernberg’s theory, and have the potential to become a useful tool in clinical practice as a supplementary source of information in diagnostic and psychotherapeutic processes.

**Słowa klucze:** diagnoza kliniczna, narracyjność, poziom organizacji osobowości

**Key words:** clinical diagnosis, narrativity, personality organization

## Wstęp

Wśród badaczy i teoretyków wywodzących się z różnych nurtów psychologii istnieje zgodność poglądów, że diagnoza poziomu patologii osobowości jest bardzo użyteczna klinicznie [1, 2]. Znalazło to swój wyraz na przykład we wprowadzeniu do DSM-5 osobnego etapu przy diagnozie zaburzeń osobowości polegającego na tym, aby przed dokonaniem diagnozy typu zaburzenia osobowości najpierw określić poziom funkcjonowania osobowości [3, 4]. Poziom ten określa się wtedy w dwóch obszarach uznanych za najważniejsze w diagnozie osobowości: 1) zaburzenia związane z poczuciem własnego „ja” i tożsamości (w dwóch aspektach: tożsamość i kierowanie sobą) oraz 2) chroniczne zaburzenia w relacjach interpersonalnych obecne w niemożności efektywnego funkcjonowania międzyludzkiego (empatia i intymność).

Poziom patologii osobowości w podejściu psychodynamicznym w sposób kompleksowy i akcentujący intrapsychiczne funkcjonowanie i strukturę osobowości określa teoria relacji z obiektem proponowana przez Kernberga [5–9]. Koncepcja ta kładzie nacisk na proces rozwoju struktury intrapsychicznej, w trakcie którego dochodzić może do różnych – wynikających z konfiguracji czynników konstytucjonalnych i realności społecznej – zahamowań czy fiksacji. W zależności od momentu rozwojowego fiksacje te będą skutkować różnymi poziomami organizacji osobowości (więcej o modelu rozwojowym [10–12]). Poziomy, które wyróżnia Kernberg, przedstawione od poziomu o najgłębszej patologii, to poziom organizacji osobowości: psychotyczny (PPO), borderline (BPO) i neurotyczny (NPO). Jeśli rozwój przebiega bez większych zakłóceń do około 7 roku życia, powstaje osobowość zintegrowana (IPO) cechująca się między innymi stabilnym poczuciem tożsamości, zdolnością do autorefleksji, regulacji emocji i bliskich relacji interpersonalnych [10]. Główne kryteria wyróżniające trzy poziomy organizacji osobowości to testowanie rzeczywistości (słabe na poziomie psychotycznym; zasadniczo nietknięte, ale pogarszające się w sytuacji intensywnego afektu na poziomie borderline; nietknięte na poziomie neurotycznym), mechanizmy obronne (na poziomie psychotycznym najbardziej prymitywne; na poziomie borderline oparte na rozszczepieniu; na neurotycznym poziomie mechanizmy oparte na wyparciu) oraz poczucie tożsamości (na poziomach psychotycznym i borderline występuje dyfuzja tożsamości, a na poziomie neurotycznym poczucie tożsamości jest stabilne, a tożsamość skonsolidowana) [7]. Poziom zintegrowany (tzw. osobowość normalna) charakteryzuje się dojrzałymi mechanizmami obronnymi, adekwatnym testowaniem rzeczywistości i zintegrowaną tożsamością, przy mniejszej konfliktowości i sztywności osobowości niż jest to spotykane na poziomie neurotycznym (por. [9]). Zdaniem Laverdière i wsp. [13] model Kernberga wnosi nową perspektywę do rozumienia relacji między zaburzeniami osobowości a osobowością, dlatego że: 1) jest hybrydowy – uwzględnia i model kategoryjny (typy zaburzeń, które można umiejscowić na opisanych poziomach), i dymensjonalny (poziomy odzwierciedlają głębokość zaburzeń); 2) uwzględnia funkcjonowanie normalnej i zaburzonej osobowości; 3) definiuje

podstawowe struktury i procesy, które leżą u podstaw normalnych i patologicznych stanów (tożsamość, mechanizmy obronne, testowanie rzeczywistości). Tak rozumiany poziom patologii osobowości jest konceptualnie niezależny od cech osobowości i odzwierciedla raczej zakres adaptacyjnych porażek związany z utrudnionym rozwojem systemu intrapsychoicznego, który wpływa na potencjał realizacji zadań rozwojowych w dorosłym życiu [2].

Dane empiryczne, które sugerują, że najlepszym predyktorem powodzenia psychoterapii jest nie typ zaburzeń osobowości, ale ich poziom (por. [14]), mogą także być dowodem na ogromne znaczenie kliniczne diagnozy poziomu patologii osobowości. W literaturze przedmiotu istnieje coraz więcej danych na temat narzędzi do pomiaru organizacji osobowości, zarówno kwestionariuszowych, jak i wywiadów ustrukturyzowanych (por. [15–19]). Jednocześnie podstawowym narzędziem pracy klinicystów (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów) pozostaje swobodny wywiad kliniczny (rozmowa psychologiczna), podczas którego słyszą oni pełne emocje i znaczeń osobistych autobiograficzne opowieści pacjentów, a szczególnie ważnym tematem są relacje interpersonalne.

Empiryczna analiza cech wypowiedzi osób o różnych poziomach organizacji osobowości na ten temat może być użyteczna w praktyce jako uzupełnienie pracy klinicznej, szczególnie obserwacji przeniesienia, przeciwprzeniesienia czy oporu, a także interesująca teoretycznie, pokazując, w jaki sposób w powierzchniowej warstwie werbalnej, podobnie jak w symptomach, będzie przejawiać się głębsza struktura osobowości [8]. Prezentowane podejście mieści się w nurcie praktyki psychologicznej opartej na dowodach empirycznych, rozumianej jako wspieranie praktyki psychologicznej dowodami empirycznymi na temat skuteczności określonych sposobów postępowania (por. [20]).

### Problem badawczy

W niniejszym opracowaniu poświęcono uwagę użyteczności diagnostycznej (rozumianej jako prawdopodobieństwo zakwalifikowania osoby do grupy o poziomie osobowości borderline lub neurotycznym) wybranych wskaźników narracyjności wypowiedzi autobiograficznych na temat ważnych relacji interpersonalnych. Narracyjność jest cechą wypowiedzi oznaczającą to, jak bardzo dana wypowiedź spełnia kryteria definicyjne narracji, czyli w jakim zakresie jest konfiguracją zdarzeń w czasie, powiązanych przyczynowo-skutkowo lub/i celowo. W wypowiedzi wysoko narracyjnej narrator dynamicznie i z pewnego dystansu prezentuje losy postaci (bohaterów), którzy uczestniczą w zdarzeniach rozgrywających się na tle opisywanych okoliczności (świat przedstawiony), ujawniając sposób interpretacji zdarzeń przez siebie, a przy wypowiedzi autobiograficznej dodatkowo to, jak łączy i opracowuje (przetwarza) heterogeniczne doświadczenie na temat „ja” [21, 22].

Proces przetwarzania doświadczenia osobistego jest w literaturze z zakresu psychologii narracji przedstawiany z wielu perspektyw, ale głównie definiuje się go jako proces przechodzenia od przedwerbalnych, mało złożonych jednostek doświadczenia w bardziej zaawansowane formy dostępne werbalnie, które już mogą być całościowo-

wo przetwarzane i obdarzane świadomą refleksją [23, 24]. W tym sensie wskaźniki narracyjności możliwe do określenia w wypowiedziach osób są traktowane jako wskaźniki etapu procesu przetwarzania doświadczenia oraz dojrzałości reprezentacji relacji z obiektem.

### **Cel**

Celem prezentowanych badań było przetestowanie przydatności wybranych – pochodzących z dwóch różnych poziomów analizy tekstu (poziomu leksykalnego i odbioru tekstu) – wskaźników narracyjności wypowiedzi na temat ważnych relacji interpersonalnych w diagnozie poziomów organizacji osobowości borderline i neurotycznego. Postawiono pytanie, jak dobrze poszczególne wskaźniki narracyjności będą wyznaczać osoby o poziomie osobowości borderline i neurotycznym, jeśli za punkt wyjścia przyjmie się narracyjność wypowiedzi osób o zintegrowanym poziomie organizacji osobowości.

### **Metoda**

#### **Procedura i grupa badana**

Badanie objęło 105 osób z próby nieklinicznej (studenci przedmiotów niezwiązanych z psychologią, N = 58) oraz klinicznej (placówki zdrowia psychicznego, N = 47), które wybrane były do badań na podstawie szerszych badań przesiewowych obejmujących łącznie 380 osób. Wszystkie osoby badane wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. Próba wybierana była w dwóch etapach: 1) badania przesiewowe, pozwalające dokonać klasyfikacji osób do grup o różnym poziomie organizacji osobowości (BPO, NPO, IPO); 2) jakościowy wywiad narracyjny, ukierunkowany na zebranie autobiograficznej opowieści o ważnej relacji interpersonalnej, zgodnie z instrukcją „Proszę, opowiedz historię znaczącego dla Ciebie związku z ważną dla Ciebie osobą, który Cię angażuje ostatnio lub angażował Cię w ostatnim czasie”. W próbie nieklinicznej najpierw wypełniane były kwestionariusze przesiewowe, a potem uczestnicy zapraszani byli do uczestnictwa w wywiadzie odbywającym się w placówce akademickiej. Uczestnicy z próby klinicznej wypełniali kwestionariusze oraz udzielali wywiadu podczas tej samej sesji, odbywającej się w danej placówce zdrowia psychicznego. Osoby przeprowadzające wywiady były wyszkolone, aby podczas wypowiedzi uczestników pozostawać w tle i umożliwić im swobodną wypowiedź. Uczestnicy wybierali dowolnie relację, o której opowiadali (temat narracji), a ich wypowiedzi były nagrywane, a potem dosłownie przepisywane z uwzględnieniem możliwych do wychwycenia danych niewerbalnych, paralingwistycznych oraz pauz. Z całości wywiadu wybrano część będącą reakcją na instrukcję i tę część dalej analizowano. Przeciętna narracja poddawana analizie miała 800 słów (minimum 137, maksimum 9440), jeśli liczyć je bez tzw. szumu (słów urwanych, niezrozumiałych itp.).

Dobór osób badanych był celowy, przeprowadzony ze względu na wyniki w kwestionariuszach przesiewowych, którymi był Inwentarz Osobowości Borderline (Border-

line Personality Inventory – BPI) Leichsenringa [25] w adaptacji Cierpiałkowskiej [26] oraz skala Neurotyzmu z Kwestionariusza Osobowości Eysencka (Eysenck Personality Inventory – EPQ-R) [27] w polskiej adaptacji Brzozowskiego i Drwała [28]. Obydwie skale mają zadowalającą rzetelność i trafność [26, 28].

Grupę osób o organizacji osobowości borderline wyznaczono na podstawie wyników kwestionariusza BPI, wynoszących powyżej 20 punktów, który zdaniem autora służy zarówno do określania zaburzeń osobowości borderline, jak również poziomu organizacji osobowości [5, 25]. Kwestionariusz BPI składa się z 53 pozycji testowych o charakterze prawda-falsz, na czterech skalach: 1) poziom integracji tożsamości ego, 2) rodzaj stosowanych mechanizmów obronnych, 3) zdolność ego do testowania rzeczywistości oraz 4) lęk przed fuzją. Przyjęto również, na bazie wiedzy klinicznej i teoretycznej, że wynik w skali Neurotyzmu EPQ-R może w grupie BPO przyjmować różne wartości, od niskiego do wysokiego, choć najczęściej będzie to wynik podwyższony, ponieważ objawy neurotyczne i dysregulacja emocjonalna, które również mierzy ta skala, znacząco współwystępują z diagnozą borderline (por. [29-31]).

Neurotyczny poziom organizacji osobowości wyznaczono na podstawie podwyższonych wyników w skali Neurotyzmu kwestionariusza EPQ-R (wyznaczone normami stenowymi dla podskali Neurotyzm – sten 7, 8, 9 i 10; [28]), przy jednocześnie obserwowanym niskim wyniku w BPI (poniżej 20 punktów). Inaczej mówiąc, włączono do grupy osoby, które sprawozdawały symptomy neurotyczne, a wyłączono te, u których występowały symptomy charakterystyczne dla BPO. Jest to konfiguracja, która zakłada występowanie nieokreślonych objawów somatycznych, drażliwości, długotrwałego i silnego przeżywania emocji oraz skarżenia się na kłopoty i doświadczenie załamań nerwowych przy jednoczesnym braku stanów dekompensacji wynikających z patologicznej dysocjacji i rozszczepienia (por. sposób doboru do grupy NPO [17, 32]). W populacji klinicznej, dla zwiększenia liczebności grupy osób z neurotycznym poziomem organizacji osobowości, przyjęto dodatkowe kryterium selekcji pozwalające również włączyć osoby, które miały przeciętne wyniki w skali Neurotyzm (sten 5 i 6), niskie wyniki w skali BPI oraz jednocześnie diagnozę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem lub pod postacią somatyczną. Dzięki temu próba powiększyła się o 6 osób. Sprawdzone też, czy odmiennie zaklasyfikowane przypadki różnią się pod względem miar narracyjności od grupy zakwalifikowanej na podstawie skali Neurotyzm i nie znaleziono różnic istotnych statystycznie ( $p > 0,10$ ). Włączenie tej grupy osób do dalszych analiz uznano za empirycznie zasadne i pozwoliło to wyrównać liczebność w tej grupie badanej do liczebności w grupie BPO oraz IPO.

Zintegrowany poziom organizacji osobowości określono empirycznie na bazie układu wyników w kwestionariuszu BPI (wyniki niskie) oraz skali Neurotyzm w EPQ-R (wyniki średnie i niskie – sten 1, 2, 3, 4). Zakłada się, że są to osoby nieprzejawiające ani chwiejności emocjonalnej stanowiącej czynnik ryzyka zaburzeń lękowych [33] i zaburzeń osobowości borderline [34], ani charakterystycznego dla niskiego poziomu organizacji osobowości funkcjonowania na podstawie prymitywnych mechanizmów obronnych czy fuzji, a ich siła ego jest wysoka i testowanie rzeczywistości nienaruszone.

Tabela 1. Grupa badana – poziom organizacji osobowości a próba kliniczna i niekliniczna

osobowość	próba niekliniczna	próba kliniczna	ogółem (K; M)	wiek (M; SD)
IPO – zintegrowany poziom organizacji osobowości	31	0	31 (26; 5)	21,94 ± 1,69
NPO – neurotyczny poziom organizacji osobowości	11	18	29 (24; 5)	25,90 ± 5,25
BPO – poziom organizacji osobowości borderline	9	26	35 (20; 15)	26,09 ± 4,82
łącznie	51	44	95	24,67 ± 4,60
nieanalizowane w porównaniach międzygrupowych z powodu niejednoznacznej klasyfikacji do grup	7	3	10	–

Dla liczebności ogółem: K – kobiety, M – mężczyźni. Dla wieku: M – średnia, SD – odchylenie standardowe.

Na etapie porządkowania danych dziesięć narracji zostało wyłączonych z porównań międzygrupowych, ponieważ nie były spełnione kryteria klasyfikacyjne. W efekcie grupa BPO składała się z 35 osób (20 kobiet; wiek: M = 26; SD = 5), grupa NPO z 29 osób (24 kobiet; wiek: M = 26; SD = 5), a grupa IPO z 31 osób (25 kobiet, wiek: M = 22; SD = 2). Proporcja płci i organizacji osobowości odzwierciedla dostępność pacjentów w placówkach oraz epidemiologię. Grupa IPO pochodziła z populacji nieklinicznej, natomiast NPO i BPO zarówno z klinicznej (BPO: N = 26; NPO: N = 18), jak i nieklinicznej (BPO: N = 9; NPO: N = 11). 35% osób miało wykształcenie wyższe, 60% średnie, a 5% niższe niż średnie.

Kobiety (N = 70) i mężczyźni (N = 25) nie różnili się pod względem wieku ( $p > 0,05$ ), jednak grupy badane (IPO, NPO, BPO) różniły się istotnie wiekiem ( $F(2, 92) = 9,64$ ;  $p < 0,001$ ). Na podstawie testu post-hoc T3 Dunnetta stwierdza się, że grupa IPO jest istotnie młodsza od NPO ( $p = 0,001$ ) i BPO ( $p < 0,001$ ), co może być ograniczeniem w generalizowaniu wyników prezentowanych badań.

#### Pomiar narracyjności wypowiedzi

Zmiennymi użytymi do predykcji były szczegółowe oraz uogólnione wskaźniki narracyjności pochodzące z dwóch poziomów analizy tekstów: leksykalnego (9 wskaźników parcjalnych i 3 uogólnione) oraz odbioru narracji (4 wymiary koherencji narracji i 1 wskaźnik uogólniony). Wskaźniki narracyjności wypowiedzi określano za pomocą metody analizy treści wypowiedzi uczestników badania, która ma sporą tradycję w psychologii klinicznej oraz ogólnej (por. [35, 36]). Wskaźniki leksykalne oceniane były w sposób zautomatyzowany, natomiast wskaźniki z poziomu odbioru narracji za pomocą metody sędziów kompetentnych.



## Leksykalne wskaźniki narracyjności

Leksykalne wskaźniki narracyjności tworzone były w następujących etapach: 1) budowa korpusu tekstowego, 2) konstrukcja i adaptacja wskaźników narracyjności według podstawowej definicji narracji oraz innych badań [21, 37–39], 3) opracowanie słowników zewnętrznych, czyli list słów należących do określonych kategorii, 4) zautomatyzowane kodowanie tekstu (transkryptów) z wykorzystaniem słowników zewnętrznych, 5) obliczanie poszczególnych wskaźników i tworzenie wskaźnika uogólnionego (por. [40]). Do zliczania częstości występowania poszczególnych słów wykorzystano program CasualConc 1.8.7 (wersja dla Mac OS X) oraz Text Tools (dzięki uprzejmości dra Tomasza Obrębskiego (por. [41]) (tab. 2).

**Tabela 2. Lingwistyczne wskaźniki narracyjności – definicje, operacjonalizacja, przykłady ze słowników**

wskaźnik	definicja	operacjonalizacja (na bazie składowych wskaźników)
1. Perswazyjność narracyjna	obecność słów i wyrażeń, które wskazują na ukierunkowany wpływ, jakiego podejmuje się osoba opowiadająca, na odbiorcę komunikatu [42]	PERSWAZYJNE / liczba słów
2. Czynniki ludzkie (koncentracja na ludziach)	obecność nazw własnych odnoszących się do bohaterów narracji (zarówno tych podstawowych, o których jest relacja, jak i drugoplanowych) [43, 44]	BOHATEROWIE / RZECZOWNIKI
3. Działanie „ja”	obecność aktywności własnej narratora (bohatera „ja”) wśród innych relacjonowanych czynności [43, 44]	CZASOWNIKI W PIERWSZEJ OSOBIE LICZBY POJEDYNCZEJ / CZASOWNIKI
4. Refleksja	obecność słów i wyrażeń odnoszących się do refleksji związanej z życiem, biografią czy problemami egzystencjalnymi [21, 43, 44]	REFLEKSJA / liczba
5. Specyficzność (detaliczność)	poziom szczegółowości w opisie ludzi, obiektów, miejsc oraz wydarzeń [37, 45]	PRZYMIOTNIKI I IMIESŁOWY + PRZYŚŁÓWKI / liczba słów
6. Konkretność doświadczenia (doznaniowość)	obecność słów odnoszących się do wrażeń o charakterze sensorycznym, percepcyjnym i somatycznym [37, 45]	DOŚWIADCZENIE POSTRZEŻENIOWE + DOŚWIADCZENIE FIZJOLOGICZNE / liczba słów
7. Kauzalność	obecność słów i wyrażeń używanych do porządkowania przyczynowo-skutkowego zdarzeń i akcentowania wpływu [21, 39]	KAUZALNOŚĆ / liczba słów
8. Celowość	obecność słów i wyrażeń używanych do porządkowania wypowiedzi wg intencji postaci i ich celów [21, 39]	CELOWOŚĆ / liczba słów
9. Czasowość	obecność słów i wyrażeń używanych do porządkowania czasowego zdarzeń i odnoszenia się do czasu, jego upływu i znaczenia [21, 39]	CZAS / liczba słów

Spodziewano się, że parcjalne wskaźniki mogą silnie ze sobą współwystępować, dając w efekcie wysoko narracyjny tekst. Wykonano eksploracyjną analizę czynnikową uwzględniającą dziewięć wskaźników parcjalnych i wyodrębniono trzy czynniki narracyjności, które wyjaśniają 55,63% łącznej wariancji (tab. 3).

Tabela 3. **Analiza głównych składowych. Macierz rotowanych składowych, średnie i odchylenia standardowe**

Index	M	SD	Czynnik		
			1	2	3
perswazyjność	0,080	0,025	0,732		0,387
czasowość	0,083	0,029	0,670		
refleksja	0,008	0,006	0,655		
specyficzność	0,114	0,029	0,592		0,504
celowość	0,014	0,009		0,734	
konkretność	0,007	0,004		0,671	
działanie „ja”	0,288	0,079		0,579	-0,366
obecność czynnika ludzkiego	0,190	0,080		-0,568	
kauzalność	0,023	0,009			0,858
procent wyjaśnionej wariancji			21,44	19,1	15,09

Metoda wyodrębniania czynników – głównych składowych. Metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera. Rotacja osiągnęła zbieżność w 6 iteracjach.

Na podstawie uzyskanych wyników, uogólniony lingwistyczny wskaźnik narracyjności należy uznać za niejednolity lub stwierdzić, że w istocie wyodrębniają się trzy odmienne aspekty narracyjności wypowiedzi. Pierwszy czynnik wyjaśnia 21,4% wariancji i obejmuje wskaźniki takie jak perswazyjność, czasowość, refleksję oraz specyficzność. Wypowiedzi charakteryzujące się wysokim natężeniem tego czynnika są uporządkowane czasowo i odwołują się do upływu czasu oraz refleksji nad życiem, zawierają elementy perswazyjne ukierunkowane na odbiorcę komunikatu, a także charakteryzują się dużym poziomem szczegółowości opisu. Biorąc pod uwagę tematykę wypowiedzi (bliskie relacje interpersonalne), są to zatem wypowiedzi szczegółowo opisujące relację w perspektywie czasowej, pokazujące refleksję opowiadającego i ukierunkowane na przekonanie odbiorcy o własnym punkcie widzenia. Heurystyczny skrót, wyrażający istotę tego skupienia, może brzmieć: „szczegółowo i przekonująco o życiu i biegu zdarzeń”.

Drugi czynnik (19,1% wyjaśnionej wariancji) składa się z celowości, konkretności i działania „ja”, a także z ujemnie skorelowaną obecnością czynnika ludzkiego. Wypowiedzi charakteryzujące się wysokim natężeniem tego czynnika zawierają mało odniesień do innych ludzi, przy jednoczesnym większym akcentowaniu własnych działań narratora (bohatera „ja”) oraz używaniu intencjonalnego (celowościowego) porządkowania zdarzeń i częstszym odwoływaniu się do doznań sensorycznych, percepcyjnych i somatycznych. Są to takie wypowiedzi o relacjach z innymi, w któ-



rych będzie więcej o własnych intencjach, własnych działaniach oraz konkretnych doznaniach osoby opowiadającej niż o innych ludziach i ich doświadczeniach, co jest dość nieoczekiwane, ale spójne. Czynniki te określić można takim skrótem: „o mnie, moich intencjach i doznaniach, a mało o drugiej osobie”.

Na trzeci czynnik (15,09% wyjaśnionej wariancji) składa się kauzalność oraz specyficzność (silnie ładująca również czynnik pierwszy) oraz odwrotnie skorelowany wskaźnik – działanie „ja” (który jednak silniej ładuje czynnik drugi). Parametry psychometryczne oraz spójność tego czynnika są najslabsze, dlatego powinien być traktowany z rezerwą. Można jednak określić ogólnie cechy wypowiedzi wyrażane w tym czynniku jako koncentrację narratora na wpływie pewnych zdarzeń na inne w przebiegu sprawozdawanej relacji interpersonalnej.

Każdy tekst został też opisany nasileniem wskaźników parcjalnych oraz trzech uogólnionych czynników narracyjności.

### Koherencja (dobroć) narracji

Do określenia dobroci narracji skorzystano z opracowanego w literaturze przedmiotu sposobu kodowania wypowiedzi pod kątem koherencji [46, 47]. Pojęcie koherencji stosowane jest do opisu narracji, która jest całościowa, przekonująca i znacząco powiązana z biografią (por. [43]). Jest to podstawowy wskaźnik dobroci czy efektywności narracji stosowany szczególnie przy relacjonowaniu historii życia. Baerger i McAdams [46] dokonali operacjonalizacji koherencji na czterech wymiarach: orientacji (zakres, w którym autor lokuje postaci i działania w specyficznym kontekście), struktury (zakres, w którym historia jest ułożona w porządku czasowym zorientowanym na cel), afektu (zakres, w którym historia wyraża emocje w sposób jasny i zrozumiały) i integracji (zakres, w którym autor potrafi powiązać opowiedane zdarzenia ze znaczącą osobą i ważną dla „ja” tematyką większego zasięgu – jak życie czy tożsamość). Wymiary te oceniane są na pięciopunktowej skali, od 0 (brak koherencji) do 4 (bardzo koherenty), i można określić na ich podstawie złożony wynik koherencji, obliczając średnią wyniku dla danej osoby, jeśli analizuje się wiele tekstów.

Koherencję narracji kodowano tutaj, korzystając z klasycznej metody analizy treści z wykorzystaniem metody sędziów kompetentnych. Ważne jest to, że metody tej nie traktowano mechanicznie jako dwóch źródeł kodowania tego samego materiału, ale jako dwóch potencjalnych odbiorców poziomu koherencji narracji. Jest to zgodne zarówno z językoznawczym podejściem, jak i teoretycznymi rozważaniami obecnymi w literaturze psychologicznej. Jak pisze Duszak [48], koherencja (w przeciwieństwie do kohezji mającej swoje wykładniki w strukturze zdaniowej, morfologii, składni i gramatyce) powstaje na podstawie wiedzy kontekstowej, stymulowanej przez tekst, ale mającej źródła w znajomości rzeczywistości pozajęzykowej. Według McAdamsa [49] natomiast koherencja narracji jest ściśle powiązana z problematyką bycia rozumianym w społeczeństwie, a także z zaangażowaniem się mówiącego w takie opowiadanie, które da słuchaczowi poczucie całościowego zrozumienia opowieści.

W niniejszym badaniu każdy wymiar koherencji oceniany był dla każdej wypowiedzi autonarracyjnej osobno przez dwóch niezależnych sędziów kompetentnych,

kótrzy najpierw przeszli trening w zakresie kodowania koherencji na innym materiale tekstowym. Zgodność mierzona wskaźnikiem ICC (intraclass correlation), opartym na rozkładzie wariancji między sędziami dla ocenianych pozycji, jest podobnie wysoka jak w badaniach autorów metody [por. 50]. Dla orientacji wynosi 0,74, dla struktury 0,82, dla afektu 0,72, a dla integracji 0,81. Za miarę danego komponentu uznano średnią z ocen obydwu sędziów kompetentnych. Uogólniony wskaźnik koherencji narracji obliczono jako sumę poszczególnych aspektów koherencji i przyjmował on w niniejszej próbie wartości od 1 do 16, ze średnią wynoszącą 9,13 (SD = 3,38).

## Wyniki

Aby oszacować, na ile na podstawie każdego ze wskaźników z osobna można postawić diagnozę poziomu organizacji osobowości, zastosowano regresję logistyczną metodą krokową, gdzie grupą odniesienia były osoby ze zintegrowanym poziomem organizacji osobowości. Analizę przeprowadzono osobno dla poziomu borderline i poziomu neurotycznego. Grupy NPO i BPO sprawdzono pod względem jednorodności, ponieważ składały się z osób z grupy klinicznej (osoby przebywające w placówkach ochrony zdrowia psychicznego) oraz nieklinicznej (osoby z populacji ogólnej). Dla większości wskaźników nie stwierdzono istotnych różnic między podgrupami i w związku z tym potraktowano grupy NPO i BPO jako jednorodne. Jednak w przypadku, gdy na podstawie testu t-Studenta stwierdzono istotną różnicę między grupami ( $p < 0,05$ ), analizę za pomocą regresji logistycznej przeprowadzono w sposób stopniowy: osobno dla grupy klinicznej oraz dla grupy nieklinicznej. Wyniki grupy klinicznej zamieszczono w tabelach pod indeksami a, b i c. Przy okazji sprawdzono też, że przynależność do grupy jest nieistotna jako predyktor poziomu organizacji osobowości ( $p > 0,99$ ). Uzyskane wyniki pozwalają wyróżnić spośród wszystkich wskaźników leksykalnych te, które z istotnym prawdopodobieństwem wskazują na poziom neurotyczny lub borderline.

Tabela 4. **Iloraz szans (odds ratio) w regresji logistycznej dla poszczególnych wskaźników lingwistycznych.**

	NPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 15,13; p = 0,087)		BPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 25,04; p = 0,003)	
	M (SD)	OR (95% CI)	M (SD)	OR (95% CI)
Czynnik ludzki	0,195 (0,078)	0,531 (0,253–1,116)	0,161 (0,072)	0,371* (0,155–0,889)
Działanie „ja”	0,284 (0,079)	2,197* (1,041–4,636) <sup>a</sup>	0,318 (0,079)	2,243* (1,100–4,571)
Refleksja	0,008 (0,005)	1,140 (0,588–2,211)	0,008 (0,005)	1,091 (0,561–2,122)
Perswazyjność	0,074 (0,023)	0,449 (0,197–1,022) <sup>b</sup>	0,078 (0,022)	1,480 (0,576–3,803)
Specyficzność	0,121 (0,024)	1,250 (0,632–2,474)	0,104 (0,024)	0,503 (0,220–1,151) <sup>c</sup>
Konkretność	0,005 (0,004)	0,489 (0,233–1,026)	0,008 (0,004)	1,133 (0,561–2,288)
Kauzalność	0,022 (0,011)	1,071 (0,590–1,945)	0,022 (0,009)	0,909 (0,442–1,871)
Czasowość	0,090 (0,026)	1,408 (0,737–2,690)	0,078 (0,025)	0,691 (0,332–1,438)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

	NPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 15,13; p = 0,087)		BPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 25,04; p = 0,003)	
Celowość	0,013 (0,009)	0,803 (0,416–1,550)	0,017 (0,009)	0,970 (0,490–1,923)
R <sup>2</sup> Nagelkerkego	0,297		0,421	

<sup>a</sup> – dla osób klinicznych w grupie NPO: OR = 3,875 (1,24–12,14); <sup>b</sup> – dla osób klinicznych w grupie NPO: OR = 0,271 (0,082–0,893); <sup>c</sup> – dla osób klinicznych w grupie BPO: OR = 0,340 (0,121–0,957); \* p < 0,05; Procent poprawnych klasyfikacji dla NPO wyniósł 11,6%, dla BPO wyniósł 21,2%.

W przewidywaniu poziomu organizacji osobowości borderline przydatne okazują się dwa wskaźniki narracyjności, a mianowicie obecność czynnika ludzkiego oraz działanie „ja”, a przy diagnozie neurotycznego poziomu wskaźnik działanie „ja”. Wraz ze wzrostem tego ostatniego (działanie „ja”) wzrasta o 119,7% prawdopodobieństwo zdiagnozowania NPO (a w grupie klinicznej ten wskaźnik jest silniejszy i wynosi 287,5%) i o 124,3% prawdopodobieństwo zdiagnozowania BPO. Większą celność tego wskaźnika obserwuje się w rozpoznawaniu BPO niż NPO, ale oznacza to też, że w IPO wskaźnik ten jest na tyle niski, że jego nasilenie powinno przemawiać za tym, że wypowiedź nie należy do grupy IPO. Wypowiedzi osób z grupy BPO oraz NPO, dotyczące ważnej relacji interpersonalnej, charakteryzują się więc koncentracją na działaniach tego bohatera, który jest jednocześnie narratorem. Jeśli chodzi o drugi wskaźnik, obecność czynnika ludzkiego, to wraz z jego wzrostem o jedno odchylenie standardowe maleje o 63% prawdopodobieństwo zdiagnozowania BPO. Wypowiedzi w grupie BPO mają więc małą koncentrację na innych ludziach, dokładniej – opowiadający w prezentowanej historii nie używa rzeczowników, które określają tożsamość innych osób. Metaforycznie mówiąc, narracje o relacjach są u nich paradoksalnie „mało zaludnione”. W podgrupie klinicznej NPO istotnie mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia osobowości typu NPO można przewidywać na podstawie perswazyjności (o 72,9%), a w podgrupie klinicznej BPO takim istotnym wskaźnikiem jest specyficzność – każdy poziom wyżej tego wskaźnika zmniejsza prawdopodobieństwo osobowości BPO o 64%. Pozostałe parcjalne wskaźniki narracyjności okazały się nieistotnymi predyktorami poziomu organizacji osobowości.

Kolejną analizę regresji wykonano na trzech uogólnionych leksykalnych wskaźnikach narracyjności. Tutaj wskaźnik „narracyjność 2” jest najlepszym predyktorem poziomu organizacji osobowości borderline. Wraz ze wzrostem o jedno odchylenie standardowe wyniku w czynniku 2 narracyjności aż o 493,5% (a dla podgrupy klinicznej o 614,3%) rośnie prawdopodobieństwo zdiagnozowania BPO.

Tabela 5. **Horaz szans (odds ratio) w regresji logistycznej dla ogólnych wskaźników lingwistycznych**

	NPO (Chi <sup>2</sup> (3) = 1,95; p = 0,584)		BPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 20,02; p < 0,001)	
	M (SD)	OR (95% CI)	M (SD)	OR (95%CI)
Narracyjność 1	0,037 (0,412)	0,724 (0,343–1,527)	-0,163 (0,540)	0,551 (0,245–1,240)
Narracyjność 2	-0,165 (0,522)	1,461 (0,618–3,455)	0,359 (0,534)	5,935* (2,094–16,817) <sup>a</sup>
Narracyjność 3	-0,051 (1,198)	0,840 (0,513–1,377)	-0,040 (0,944)	0,731 (0,386–1,383)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

	NPO (Chi <sup>2</sup> (3) = 1,95; p = 0,584)	BPO (Chi <sup>2</sup> (9) = 20,02; p < 0,001)
R <sup>2</sup> Nagelkerkego	0,043	0,349

<sup>a</sup> – dla osób klinicznych w grupie BPO: OR = 7,143 (2,188–23,317). \* p < 0,05; Procent poprawnych klasyfikacji dla NPO wyniósł 8,3%, dla BPO wyniósł 22,8%.

Oznacza to, że BPO poznać można po takich opowieściach, które mają następujący konglomerat cech: celowość, konkretność oraz działanie „ja”, a jednocześnie niską obecność czynnika ludzkiego. Wypowiedzi osób z BPO zawierają zatem mało odniesień do innych ludzi, większą koncentrację na własnych działaniach, przy jednoczesnym porządkowaniu celowościowym zdarzeń oraz na doznaniach sensorycznych, percepcyjnych i somatycznych.

Tabela 6. **Iloraz szans (odds ratio) w regresji logistycznej dla wymiarów koherencji narracji oraz koherencji uogólnionej**

	NPO (Chi <sup>2</sup> (3) = 10,10; p = 0,001)				BPO (Chi <sup>2</sup> (5) = 11,83; p < 0,001)			
	M (SD)		OR (95% CI)		M (SD)		OR (95%CI)	
Koherencja	9,707	-2,868	0,223	(0,020–2,521)	7,614	-3,056	0,028*	(0,001–0,754)
Orientacja	2,793	-0,773	1,845	(0,579–5,878)	2,229	-0,826	1,779	(0,544–5,816)
Struktura	2,500	-1,026	1,946	(0,611–6,199)	1,843	-1,034	3,034	(0,652–14,121)
Afekt	2,103	-0,900	1,230	(0,343–4,414)	1,743	-0,869	4,350	(0,686–27,593)
Integracja	2,310	-1,081	1		1,800	-0,933	0,432*	(0,247–0,756)
R <sup>2</sup> Nagelkerkego	0,142				0,219			

\* p < 0,05; Procent poprawnych klasyfikacji dla NPO wyniósł 13,5%, dla BPO wyniósł 15,2%.

Następną analizę regresji wykonano dla parcjalnych wymiarów (wskaźników) koherencji narracji oraz dla wskaźnika uogólnionego i wyodrębniono dwa predyktory BPO – uogólniony wskaźnik koherencji (dobroć narracji) oraz parcjalny wskaźnik integracji narracji. Wyniki wskazują, że jeżeli dobroć narracji wzrośnie o jedno odchylenie standardowe (3 punkty), to prawdopodobieństwo BPO maleje o 97,2%. Jeżeli integracja narracji wzrośnie o jedno odchylenie standardowe (0,93 punktu), to prawdopodobieństwo BPO maleje o 57,8%. Niska koherencja narracji wyczuwalna przez odbiorcę narracji (tzn. możliwa do zauważenia przez osobę nastawioną na analizę wypowiedzi, tak jak robią to sędziowie kompetentni) może sugerować diagnozę BPO, szczególnie gdy w wypowiedzi brakuje osobistej, pogłębionej refleksji nad własną biografią (por. [9]).

## Dyskusja

Znaczenie prezentowanych tutaj wyników może być rozpatrywane tylko w odniesieniu do teoretycznych związków między wyodrębnionymi wskaźnikami a procesami i strukturami psychicznymi oraz aktywnością narracyjną. W dyskusji kwestie te zostały kolejno poruszone.

Opowieści osób z grup BPO oraz NPO na temat ważnej relacji można poznać po koncentracji raczej na własnych działaniach podmiotu niż na działaniach drugiego partnera interakcji. Jeśli przyjąć, że wskaźnik ten odzwierciedlałby sprawczość (personal agency), to jest to wynik niezgodny z teoretycznymi oczekiwaniami, ponieważ wiele badań z zakresu psychologii klinicznej i osobowości wskazuje na powiązanie sprawczości ze zdrowiem psychicznym (por. [50-52]). Jednak wskaźnik ten – szczególnie w narracjach na temat ważnych związków, w których oczekuje się występowania dwóch głównych bohaterów („ja” oraz „inny”) – może odzwierciedlać kwestię nierównomierniej koncentracji na działaniach obydwu postaci, co może mieć związek z przypisywaniem swoim działaniom w kontekście relacji interpersonalnej większego znaczenia i być może kontrolowaniem relacji, co jest spójne z doniesieniami z badań oraz z wiedzą teoretyczną przynajmniej o niektórych zaburzeniach osobowości [53, 54].

Jeśli przyjąć, że wskaźnik odwołuje się głównie do kwestii koncentracji na „ja”, to jest to spójne z klasycznymi koncepcjami psychopatologii nerwicowej, na przykład egocentryzmu w nerwicach [54] czy kompulsywności neurotycznych potrzeb [55]. Jest to również spójne z doniesieniami empirycznymi nad znaczeniem uwagi skoncentrowanej na „ja” w różnych formach psychopatologii [56-58], a także z charakterystycznymi cechami zaburzeń osobowości, takimi jak trudności w relacjach, na przykład trudności z rozumieniem mentalnych stanów innych osób [59], czy też niska ogólna jakość relacji (por. [60, 61]). Ponadto różne badania nad zawartością tekstów wskazują, że koncentracja na „ja”, mierzona lingwistycznie, jest powiązana z dość różnymi zaburzeniami, na przykład depresją i tendencjami samobójczymi [62, 63], zaburzeniami po stresie traumatycznym [64] czy zaburzeniami odżywiania się [65]. Taka koncentracja wypowiedzi na „ja” jako właściwość psychopatologii wydaje się jednak niespecyficzna nie tylko dla poszczególnych zaburzeń, ale w świetle niniejszych badań nawet dla poziomów organizacji osobowości. Można postawić hipotezę, że jest ona niższa przy osobowości zintegrowanej, gdzie cierpienie psychologiczne jest niewielkie, przemijające lub nieobecne, a wyższa, gdy cierpienie psychologiczne jest wyraźniej doświadczane (obojętnie czy przypisywane jest sobie, czy przeżywane na przykład jako złość lub irytacja ukierunkowana na świat zewnętrzny) i ma okazję wyrazić się w rozmowie. Być może również wzrost nasycenia wypowiedzi wskaźnikiem działanie „ja” może oznaczać chwilowe zwiększenie cierpienia psychologicznego, doświadczanego w kontekście rozmawiania na temat budzący emocje.

Wyniki wskazują również, że wysokie nasilenie obecności czynnika ludzkiego w narracjach na temat ważnej relacji interpersonalnej pozwala z mniejszym prawdopodobieństwem przewidzieć poziom organizacji osobowości borderline. Wskaźnik ten wyznacza granicę między poziomami IPO i NPO, w których koncentracja na ludziach jest wyższa, a BPO, gdzie znacząco spada. Wypowiedzi w BPO w mniejszym stopniu zawierają odniesienia do postaci ludzkich. Biorąc pod uwagę wyniki uwzględniające wskaźnik działanie „ja” oraz uogólniony wskaźnik „narracyjność 2”, zauważyć można, że znacząco zwiększa się prawdopodobieństwo diagnozy BPO, jeśli występuje konglomerat cech: mniejsze nasilenie czynnika ludzkiego, większe nasilenie działania „ja”, jak również wyższa celowość oraz konkretność. Daje to wypowiedzi na temat znaczących relacji, w których występuje, intencjonalne porządkowanie działań, ale

które w większym zakresie dotyczą własnych intencji i motywów, a nie partnera interakcji lub nawet z pominięciem partnera interakcji (por. też zaburzenia funkcji refleksyjnej [59]).

Znaczące jest to, że przy opowiadaniu o związkach interpersonalnych to własne doświadczenie cielesne (somatyczne, percepcyjne) jest tak chętnie relacjonowane przez osoby z BPO. Ta charakterystyka wypowiedzi ma uzasadnienie w rozważaniach teoretycznych i wynikach badań nad związkami kodu obrazowego z psychopatologią [38] oraz zakłóceń ścieżek przetwarzania doświadczenia u osób z poziomem organizacji osobowości borderline [22]. Być może bowiem świadczy to o niewystarczająco przetworzonym emocjonalnym doświadczeniu relacyjnym. Konkretność na poziomie autonarracji może wyrażać aktywację słabo zróżnicowanych reprezentacji relacji z obiektem, w których dominuje rozszczepienie odwołujących się do niezintegrowanych, pofragmentowanych doświadczeń w obrębie self, które wyjaławiają doświadczenie interpersonalne [8], lub być operacją obronną względem skonfliktowanych doświadczeń relacyjnych (por. [66]).

Uzupełnieniem tych rozważań są wyniki pokazujące, że integracja oraz ogólna dobroć narracji są odwrotnie skorelowane z poziomem borderline. Narracje autobiograficzne, które sprawiają na odbiorcy wrażenie pełnych, przekonujących, spójnych, a szczególnie zawierających refleksję nad wpływem poszczególnych doświadczeń relacyjnych na siebie lub życie, mogą bowiem świadczyć o zdrowej tożsamości ego, wynikającej z integracji w obrębie reprezentacji self oraz w obrębie reprezentacji obiektu, osiągniętej w fazie konsolidacji superego i integracji ego [8, 9] (por. [10, 11]). Wyniki te są zgodne z doniesieniami z badań na temat związków zdrowia psychicznego i dobrostanu bio-psycho-społecznego z koherencją narracji [46].

W literaturze przedmiotu generalnie wskazuje się na dwie grupy zaburzeń autonarracji w psychopatologii – zubożenie narracji pod względem różnych cech (tu wymienia się przede wszystkim braki w emocjonalnym odniesieniu czy braki w opisie bohaterów opowiadania oraz wąski obszar doświadczenia, który może być objęty narracją) oraz deficyty integracyjne, szczególnie braki w obrębie powiązania doznań cielesnych z nadawaniem osobistego znaczenia (por. [23, 67]). Wyniki uzyskane tutaj, szczególnie w zakresie dużego znaczenia wysokiego czynnika „narracyjność 2” oraz niskiej koherencji w przewidywaniu diagnozy BPO, wskazują zarówno na zubożenie narracji, jak i trudności w integracji w grupie BPO. Poniższe rozważania dotyczą głównie tej grupy, ponieważ NPO nie okazała się tutaj tak charakterystyczna. Otóż zubożenie narracji o relacjach w grupie BPO dotyczy braku możliwości opowiadania o drugim człowieku, przy jednoczesnej nadprodukcji narracji o własnych działaniach i doznaniach cielesnych. Dzieje się to w kontekście deficytów integracyjnych – narracje te mają niską koherencję ogólną oraz integrację oznaczającą tworzenie znaczących powiązań między własnymi doświadczeniami i obecność refleksji nad życiem. Zaburzenia autonarracji mogą pochodzić ze strukturalnej niemożności u osób z BPO (z powodu rozszczepienia reprezentacji self i obiektu) przetwarzania znaczącego doświadczenia relacji interpersonalnej w sposób, który dawałby możliwość pełnego zrozumienia tego doświadczenia i ułożenia w koherentną historię. Oprócz problematyki zubożenia narracji wyłania się tutaj również kwestia nadmiarowości w narracjach w psychopa-



tologii, która nie jest zbyt często podejmowana, szczególnie przy tematyce zaburzeń osobowości (por. [68]). Pozostaje zatem wymagające dalszej eksploracji empirycznej i teoretycznej pytanie o znaczenie narracyjnego opracowania i przetwarzania doświadczenia i jego powiązań z psychopatologią osobowości.

### Wnioski

Podsumowując, analiza powierzchniowych właściwości wypowiedzi autobiograficznych ustrukturuowanych narracyjnie na temat ważnej relacji interpersonalnej dostarcza informacji na temat poziomu organizacji osobowości, czyli informacji na temat struktur głębokich osobowości. Widać też, że na podstawie wybranych wskaźników narracyjności lepiej przewidzieć można BPO niż NPO. Nie należy jednak rozumieć tej predykcji mechanicznie/automatycznie z kilku powodów. Po pierwsze zaobserwowany sposób wypowiadania się jest odbiciem czy ekspresją intrapsychicznej struktury osobowości, ale pełni również ważne funkcje psychiczne związane z tworzeniem lub utrwalaniem określonej rzeczywistości psychicznej, powstałej w procesie konstruowania narracji (por. narracyjne koncepcje psychopatologii [69]). Po drugie charakterystykę wypowiedzi trzeba odnieść do procesów, które umożliwiają kształtowanie się narracji określonego typu czy o określonej jakości. Badania niniejsze bowiem przyczyniają się do wiedzy o zaburzeniach przetwarzania narracyjnego w psychopatologii, pokazując charakterystyczne dla grupy osób z poziomem organizacji osobowości borderline zubożenia (w zakresie portretowania innych osób), nadmiary (w zakresie własnych doznań cielesnych oraz działań) oraz braki w integracji (doświadczeń z poczuciem tożsamości oraz związaną z tym refleksją nad życiem). Po trzecie możliwe, że te funkcje psychiczne pełnione są wobec wybranych aspektów doświadczenia czasowo, a nie w sposób trwały, więc cechy powierzchniowe wypowiedzi mogą wskazywać na pewien etap procesu przetwarzania doświadczenia (por. [22]). Po czwarte wskaźniki narracyjności, nawet te będące najmocniejszymi predyktorami poziomu organizacji osobowości, powinny być traktowane jako wspomagające czy uzupełniające informacje diagnostyczne, a nie jako jedyne źródło informacji, ponieważ wskaźniki te same w sobie są mało znaczące – ważniejsza jest pogłębiona interpretacja w kontekście teorii oraz biografii pacjenta.

Przydatność wskaźników leksykalnych czy opartych na odbiorze narracji (zewnątrznych, powierzchniowych obserwacji) może być większa w pewnych specyficznych warunkach, przykładowo takich, które utrudniają kontakt psychologiczny, jak przy analizie oporu czy wobec mało klarownych sytuacji przeniesieniowych i przeciwniesieniowych. Wtedy klinicysta może mieć potrzebę tymczasowego oparcia się o wskaźniki niezależne od jego osobistego zaangażowania (pod warunkiem, że jego percepcja nie będzie osłabiona). Wskaźniki te, choć są powierzchniowe, mogą przyczynić się do ukierunkowania uwagi na pogłębioną analizę procesu narracyjnego przetwarzania doświadczenia, który właśnie zachodzi.



## Piśmiennictwo

1. Morey L, Berghuis H, Bender D, Verheul R, Krueger R, Skodol A. *Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A Review of Theory and Methods*. J. Pers. Assess. 2011; 93(4): 332-346.
2. Morey L, Berghuis H, Bender D, Verheul R, Krueger R, Skodol A. *Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology*. J. Pers. Assess. 2011; 93(4): 347-353.
3. Grabski B, Gierowski JK. *Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 829-844.
4. Hopwood C, Thomas K, Markon K, Wright A, Krueger R. *DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders*. J. Abnorm. Psychol. 2012; 121(2): 424-432.
5. Kernberg O. *Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy*. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.; 2004.
6. Kernberg O. *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*. New Haven, Conn.; London: Yale University Press; 2004.
7. Kernberg O, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamiczna psychoterapia pacjentów borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
8. Kernberg O. *Object relations theories and technique*. *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005.
9. Caligor E, Kernberg O, Clarkin J. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
10. Cierpiałkowska L. *Zaburzenia osobowości w teorii relacji z obiektem*. W: Cierpiałkowska L, Soroko E. red. *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2014. s. 58-74.
11. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007.
12. Górska D. *Organizacja osobowości borderline w kontekście Kernberga teorii relacji z obiektem*. W: Cierpiałkowska L, Gościński J. red. *Psychoanaliza współczesna. Teorie relacji z obiektem*. Poznań: Humaniora; 2002. s. 95-118.
13. Laverdière O, Gamache D, Diguier L, Hébert É, Larochelle S, Descôteaux J. *Personality organization, five-factor model, and mental health*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195(10): 819-829.
14. Stone M. *Treatability in severe personality disorders: how far do the science and art of psychotherapy carry us?* W: van Luyn B, Akhtar S, Livesley WJ. red. *Severe Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
15. Lenzenweger M, Clarkin J, Kernberg O, Foelsch P. *The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample*. Psychol. Assess. 2001; 13(4): 577-591.
16. Ellison W, Levy K. *Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling*. Psychol. Assess. 2012; 24(2): 503-517.
17. Hibbard S, Porcerelli J, Kamoo R, Schwartz M, Abell S. *Defense and object relational maturity on Thematic Apperception Test Scales indicate levels of personality organization*. J. Pers. Assess. 2010; 92(3): 241-253.

18. Stern B, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V. i wsp. *Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample*. J. Pers. Assess. 2010; 92(1): 35–44.
19. Izdebska A, Pastwa-Wojciechowska B. *Organizacja osobowości i jej pomiar – polska adaptacja kwestionariusza IPO Kernberga i współpracowników*. Czas. Psychol. 2013; 19(1):17–27.
20. Miller J H. *Evidence-based practice and the future of counselling: The debate revisited*. Couns. Psychol. Q. 2010; 23(4): 425–428.
21. Soroko E. *Wywoływanie autonarracji w badaniach psychologicznych. Poziom (auto)narracyjności wypowiedzi*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
22. Górski D. *Emotions (un)expressed in words: referential activity in borderline personality disorder*. Acta Neuropsychologica 2013; 11(2): 143-160.
23. Salvatore G, Dimaggio G, Semerari A. *A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy*. Psychol. Psychother. 2004; 77(2): 231–254.
24. Greenberg L, Angus L. *The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: a dialectical constructivist approach. The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2004.
25. Leichsenring F. *Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization*. J. Pers. Assess. 1999; 73(1): 45–63.
26. Cierpiałkowska L. *Adaptacja Kwestionariusza Osobowości Borderline F. Leichsenringa*. Materiał nieopublikowany; 2001.
27. Eysenck S, Eysenck H, Barrett P. A revised version of the Psychoticism scale. Pers. Individ. Differ. 1985; 6(1): 21–29.
28. Brzozowski P, Drwal RL. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.
29. South S, Eaton N, Krueger R. *The connections between personality and psychopathology. Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford Press; 2010.
30. Trull T, Widiger T, Lynam D, Costa P. *Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning*. J. Abnorm. Psychol. 2003; 112(2): 193–202.
31. Górski D. *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u osób z zaburzeniem osobowości borderline*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Bogucki; 2006.
32. Leichsenring F. *Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization*. Bull. Menninger Clin. 2004; 68(1): 9–22.
33. Weinstock L, Whisman M. *Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical model in a national sample*. J. Abnorm. Psychol. 2006; 115(1): 68–74.
34. Larstone R, Jang K, Livesley W, Vernon P, Wolf H. *The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction*. Pers. Individ. Differ. 2002; 33(1): 25–37.
35. Gottschalk L. *The application of computerized content analysis of natural language in psychotherapy research now and in the future*. Am. J. Psychother. 2000; 54(3): 305–311.
36. Pennebaker J, Mehl M, Niederhoffer K. *Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves*. Annu. Rev. Psychol. 2003; 54: 547–577.

37. Bucci W. *The referential process, consciousness, and the sense of self*. Psychoanal. Inq. 2002; 22(5): 766–793
38. Bucci W. *The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas; converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience*. Psychoanal. Psychol. 2011; 28(2): 247–266.
39. Paluchowski WJ. *Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne*. W: Straś-Romanowska M, Bartosz B, Żurko M. red. *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Eneteia; 2010. s. 20–43.
40. Soroko E. *Aktywność autonarracyjna osób z różnym poziomem organizacji osobowości. Opowieści o bliskich związkach*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2014.
41. Obrębska M. *Style mówienia w schizofrenii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2013.
42. Crano WD. *Ukierunkowany wpływ społeczny*. W: Forgas JP, Williams KD, Wheeler L. red. *Umysł społeczny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. s. 389-402.
43. Bluck S, Habermas T. *The life story schema*. Motiv. Emotion 2000; 24(2): 121–147.
44. Habermas T, de Silveira C. *The development of global coherence in life narratives across adolescence: Temporal, causal, and thematic aspects*. Dev. Psychol. 2008; 44(3): 707–721.
45. Nelson K, Moskovitz D, Steiner H. *Narration and vividness as measures of event-specificity in autobiographical memory*. Discourse Process. 2008; 45(2): 195–209.
46. Baerger D, McAdams D. *Life story coherence and its relation to psychological well-being*. Narrat. Inq. 1999; 9(1): 69–96.
47. Adler J, Wagner J, McAdams D. *Personality and the coherence of psychotherapy narratives*. J. Res. Pers. 2007; 41(6): 1179–1198.
48. Duszak A. *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
49. McAdams DP, Bauer JJ, Sakaeda AR, Anyidoho NA, Machado MA, Magrino-Failla K. i wsp. *Continuity and change in the life story: A longitudinal study of autobiographical memories in emerging adulthood*. J. Pers. 2006; 74(5): 1371–1400.
50. Adler J. *Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy*. J. Pers. Soc. Psychol. 2012; 102(2): 367–389.
51. Little T, Snyder C, Wehmeyer M. *The agentic self: on the nature and origins of personal agency across the lifespan*. *Handbook of personality development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.
52. Baker C, Little T, Brownell K. *Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency*. Health Psychol. 2003; 22(2): 189–198.
53. Gratz K, Breetz A, Tull M. *The moderating role of borderline personality in the relationships between deliberate self-harm and emotion-related factors*. Pers. Ment. Health 2010; 4(2): 96–107.
54. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1977.
55. Horney K. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Poznań: Rebis; 1999.
56. Ingram R. *Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model*. Psychol. Bull. 1990; 107(2): 156–176.
57. Pyszczynski T, Greenberg J, Hamilton J, Nix G. *On the relationship between self-focused attention and psychological disorder: A critical reappraisal*. Psychol. Bull. 1991; 110(3): 538–543.

58. Woodruff-Borden J, Brothers A, Lister S. *Self-focused attention: Commonalities across psychopathologies and predictors*. Behav. Cogn. Psychother. 2001; 29(2): 169–178.
59. Fonagy P, Bateman AW. *Attachment, mentalization and borderline personality disorder*. Eur. Psychother. 2008; 8(1): 35–47.
60. Modestin J. *Quality of interpersonal relationships: The most characteristic DSM-III BPD criterion*. Compr. Psychiatry 1987; 28(5): 397–402.
61. Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E. *Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder*. J. Marital Fam. Ther. 2009; 35(4): 446–455.
62. Baddeley J, Daniel G, Pennebaker J. *How Henry Hellyer's use of language foretold his suicide*. Crisis 2011; 32(5): 288–292.
63. Pennebaker J, Stone L. *What was she trying to say? A linguistic analysis of Katie's diaries. Katie's diary: Unlocking the mystery of a suicide*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
64. D'Andrea W, Chiu P, Casas B, Deldin P. *Linguistic predictors of post-traumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001*. Appl. Cogn. Psychol. 2012; 26(2): 316–323.
65. Wolf M, Sedway J, Bulik C, Kordy H. *Linguistic analyses of natural written language: Unobtrusive assessment of cognitive style in eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2007; 40(8): 711–717.
66. Clarkin JF. *The treatment of choice: what method fits whom?* W: Luyn B, van, Akhtar S, Livesley WJ. red. *Severe personality disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. s. 30–42.
67. Dimaggio G, Salvatore G, Azzara C, Catania D, Semerari A, Hermans H. *Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice*. Psychol. Psychother. 2003; 76: 385–409.
68. Lysaker PH, Lysaker JT. *A typology of narrative impoverishment in schizophrenia: Implications for understanding the process of establishing and sustaining dialogue in individual psychotherapy*. Couns. Psychol. Q. 2006; 19(1): 57–68.
69. Gonçalves Ó, Machado P, Korman Y, Angus L. *Assessing psychopathology: A narrative approach. Rethinking the DSM: A psychological perspective* [e-book]. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

Adres: Emilia Soroko  
Instytut Psychologii UAM  
60-547 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

Otrzymano: 2.10.2013  
Zrecenzowano: 22.11.2013  
Otrzymano po poprawie: 7.01.2014  
Przyjęto do druku: 20.11.2014