

Choroba afektywna dwubiegunowa a tożsamość. Przegląd piśmiennictwa

Bipolar disorder and identity. Systematic review

Krzysztof Dyga

Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia

Summary

The article was written with the intention of filling the gap in the Polish psychiatric literature, which has not yet found room for the analysis of the phenomenon of bipolar disorder (BD) in terms of consequences that it may have for identity of people diagnosed with it. In order to do that, taking into account absence of the research in Poland, an attempt was made to find all previous reports on this subject in English-language professional journals and monographs. As a result, a detailed description with commentaries was made on five thorough studies of essentially qualitative nature. Although the 'identity' was operationalized a little differently in each of them, it addressed each time the question: "Who am I?", both in phenomenological terms, most often manifested in the loss of a sense of continuity, and cognitive terms, associated with the key elements of self-image. The presented studies revealed a number of threats to identity, more or less specific for BD. The nature of these studies does not allow the generalization of their results, nor answer the question of a scale of the phenomenon. On the other hand, the relative similarity of these results reveals previously overlooked difficulties, potentially frequent and important to more holistic understanding and therapy of people with BD, for which the implications have been summarized in the final part of the text.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, tożsamość, psychoterapia

Key words: bipolar disorder, identity, psychotherapy

Wprowadzenie

Kwestia tożsamości w rozumieniu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) nie pojawia się często w literaturze specjalistycznej. Taki stan rzeczy może dziwić, gdy podejmie się próbę wyobrażenia sobie, na co narażona jest tożsamość osób doświadczających regularnych, skrajnych zmian nie tylko – jak by sugerowała nazwa

jednostki chorobowej – nastroju. Różne „odstony” ChAD¹: mania i hipomania, depresja i subdepresja, stan wyrównany i stan mieszany, a w końcu stan „polekowy” to, fenomenologicznie rzecz biorąc, różne odstony osobowości – „zintensyfikowanej” w manii, „umniejszonej” w depresji, „wyciszonej” i mniej zmiennej (tj. mniej zdeorganizowanej i cyklotymicznej; por. [2]), ale i nierzadko „zobojętniałej” na skutek leczenia. Już Kay Redfield Jamison, psycholog kliniczny, badaczka i chora na zaburzenie dwubiegunowe w jednej osobie, pytała w swojej autobiografii – swoistym studium (auto)idiograficznym:

„Które z moich uczuć są prawdziwe? Które z moich «ja» jest prawdziwe? Czy to dzikie, impulsywne, chaotyczne, pełne energii i zwariowane? Czy nieśmiałe, wycofane, zdesperowane, z myślami samobójczymi, przygnębione i zmęczone? Prawdopodobnie każde po trochu. Pozostaje tylko nadzieja, że żadne z nich nie jest moim prawdziwym «ja» w zbyt wielkim stopniu”² [3, s. 62].

Zasadne wydaje się przypuszczenie, że taki stan rzeczy nie pozostaje bez wpływu na elementarne dla tożsamości poczucie ciągłości i spójności [4] i najważniejsze składowe obrazy siebie. Gdyby udało się dowieść, że tak jest w rzeczywistości, nasze rozumienie problematyki ChAD uległoby poszerzeniu, dzięki czemu także interwencje terapeutyczne mogłyby nabrać nowego kształtu, bardziej dostosowanego do potrzeb.

Niniejszy artykuł powstał z zamiarem wypełnienia luki związanej z całkowitą³ nieobecnością tej ważkiej przeciwieństwa tematyki na gruncie polskim. W dalszej jego części zawarto szczegółowe omówienie nielicznych zagranicznych badań prezentujących zagadnienie tożsamości w kontekście ChAD. Owa szczegółowość opisu wynika z kilku powodów: jakościowego, a więc trudnego do związłego przedstawienia charakteru większości badań, nacisku na kwestie metodologiczne, ważne dla właściwego odczytania ich wyników, a nade wszystko chęci ukazania polskiemu czytelnikowi możliwie pełnego obrazu omawianego fenomenu.

Mimo że tematyka artykułu wydaje się wymagać jasnego zdefiniowania pojęcia „tożsamość”, jest to zadanie utrudnione ze względu na duże zróżnicowanie owego konstruktów we współczesnej psychologii, co znajduje odbicie w zaprezentowanych tutaj badaniach: badanie pierwsze [6] przyjmuje właściwie potoczną definicję tożsamości (patrz niżej), badania nowozelandzkie [7, 8] nawiązują do klasycznej teorii Erika Eriksona, z kolei w publikacji na temat utrat [9] brak jakiegokolwiek definicji tożsamości (poza zaznaczeniem w słowach kluczowych „tożsamości społecznej”, co zresztą nie do końca trafnie sugeruje zawężenie tematyki do tego aspektu) i właściwie tylko autorzy ostatniego raportu posługują się konsekwentnie ugruntowanym w psychologii, szcze-

¹ Samo zaburzenie jest podzielone w DSM-5 na typ I, typ II, cyklotymię i mniej określone formy. W typie I, w odróżnieniu od typu II, występują pełnoobjawowe epizody manii (także o psychotycznym zabarwieniu) oraz epizody mieszane, jednak typ II cechuje się większą częstotliwością występowania epizodów. W cyklotymii łagodne stany depresyjne i hipomaniakalne nie spełniają kryteriów żadnego z epizodów [1].

² Historia autorki pokazuje, że skuteczne leczenie (stosunkowo niskimi dawkami węglańca litu) w pewnej mierze niejako anuluje tego rodzaju dramatyczne wątpliwości. Jak jednak wynika z części omówionych niżej badań, nie jest to typowy przebieg zmagania z chorobą i farmakoterapią.

³ Nie licząc rozdziału z monografii poświęconej metodologii jakościowej, a relacjonującego głównie badanie „internetowe” [5].

gólnym rodzajem tożsamości [10]. Dlatego nie przytaczając w tym miejscu rozlicznych konceptualizacji omawianego konstruktów, można zaproponować ich skrótową syntezę w postaci często występujących w literaturze przedmiotu podziałów tożsamości na: podmiotową, czyli opartą na doświadczeniu bycia sobą, a przejawiającą się w różnych „poczuciach” (najczęściej: odrębności, ciągłości, spójności), i przedmiotową, stanowiącą „ekstrakt z koncepcji siebie” [11], oraz osobistą i społeczną (tj. złożoną m.in. z odgrywanych przez jednostkę i istotnych dla niej ról). Tego rodzaju ateoretyczne syntezy (szczegółowe omówienie w: [12]) mają swoją tradycję na gruncie polskim [13, 14], są postulowane jako droga do integracji różnych podejść [15], a w wypadku większości badań opisanych w tym artykule pojawiają się *implicitie*.

1. Wyzwania dla tożsamości w ChAD

Pierwszą znaną pracą związaną bezpośrednio z omawianym tematem była rozprawa doktorska autorstwa Jennifer Ruth Chapman z Uniwersytetu Teksasńskiego, dostępna w internecie, lecz dotąd nieopublikowana [6]. Punktem wyjścia dysertacji była chęć scharakteryzowania najważniejszych procesów, przez które przechodzą osoby mierzące się z ChAD, czynników wpływających na ich reakcje oraz znaczeń, jakie przypisują swoim doświadczeniom. Głównym zamierzeniem było utworzenie modelu teoretycznego reprezentującego centralne aspekty tych doświadczeń i zakorzenionego w perspektywie osób je przechodzących. W tym celu autorka posłużyła się metodologią teorii ugruntowanej w wersji konstruktywistycznej, wykorzystując do zbierania danych wywiad częściowo ustrukturyzowany.

W badaniu udział wzięło 12 osób (w tym 9 kobiet) w wieku od 22 do 62 lat. Połowa miała diagnozę ChAD typu I, połowa ChAD typu II. W chwili badania wszyscy byli w stanie remisji. Interpretacja danych doprowadziła do wniosku, że kwestionowanie (*challenging*) własnej tożsamości – rozumianej po prostu jako „postrzeganie samego siebie, zbiór odpowiedzi, mniej i bardziej znaczących, na pytanie «kim jestem?»” [6, s. 47] – obejmuje bardzo szeroki zakres sytuacji i występuje tak często i z taką intensywnością, że należy uznać je za centralny aspekt doświadczenia ChAD. Chapman wyodrębniła kilka kluczowych źródeł informacji stanowiących wyzwanie dla tożsamości w przebiegu tego zaburzenia: symptomy, diagnozę, leki oraz psychoterapię. Informacje te mogą mieć charakter intrapersonalny i wynikać z obserwacji własnych uczuć i czynów, jak również interpersonalny, biorący się ze spostrzeżeń i reakcji innych na zachowania chorej jednostki.

Do symptomów – pierwszego z wymienionych wyzwań dla tożsamości – podchodzi Chapman na sposób fenomenologiczny, niemający wiele wspólnego z listą objawów zawartych w kryteriach diagnostycznych popularnych klasyfikacji. Dzieli je na cztery rodzaje. Jako pierwszy wymienia „szeroki zakres i dużą intensywność doświadczenia emocjonalnego”. Z jednej strony chodzi tutaj o, charakterystyczne dla ChAD, skrajne nasilenie zarówno pozytywnego, jak i negatywnego nastroju oraz wynikających zeń różnic w poczuciu sprawstwa i jakości napędu. Jak relacjonuje jeden z badanych: „Jest albo tak, że przez dłuższy czas wszystko mnie przytłacza, nie mogę nic zrobić i czuję się bezsilny, albo na odwrót: radzę sobie ze wszystkim, jest cudownie, mogę wszystko.

Nie pamiętam, by przez ostatnich kilka lat było inaczej” [6, s. 55]. Z drugiej strony w objawach tych mieści się niemożność przewidzenia, czego będzie się chciało i co mogło w najbliższym czasie. Inne typy symptomów, wobec których tożsamość osób cierpiących na ChAD zostaje wystawiona na próbę, to: brak kontroli nad własnym zachowaniem, „zachowania, które nie są do mnie podobne”⁴ oraz niezdolność do robienia rzeczy, jakie zwykło się robić w przeszłości.

Diagnoza stanowi wyzwanie dla tożsamości, ponieważ nakłada jakby nowe okulary na wizję siebie w chwili obecnej oraz na własną przeszłość i przyszłość. Do obrazu siebie dodaje cechę dwubiegowości. Zachowania z przeszłości uważane dotąd za „swoje” w chwili uzyskania diagnozy mogą zostać zreinterpretowane jako „chorobowe”. Człowiek zostaje uznany za chorego psychicznie, co często pociąga za sobą autostygmatyzację oraz, rzeczywistą lub antycypowaną, stygmatyzację ze strony innych. Czuje się inny, niezrozumiany, niepasujący już do swoich zdrowych znajomych. Nie wszyscy badani zgadzali się wszakże z taką postacią diagnozy, uważając, że ChAD do nich nie pasuje.

Leki psychotropowe zagrażają tożsamości w dwojnasób. Po pierwsze: przez sam przymus ich zażywania. Wielu badanych doskwierała bezterminowa zależność od leków. Po drugie, niektórym leki „zmieniają”, czy nawet „zabierają” osobowość. Takie osoby, widząc u siebie zmiany emocjonalne i behawioralne, pytają: „Czy to jestem prawdziwy ja? Czy to ja pod wpływem leków?”. Są jednak i tacy, którzy właśnie dzięki medykamentom mogą powiedzieć, że w końcu są sobą.

Psychoterapia stanowi dość paradoksalne wyzwanie dla tożsamości. Część badanych, potwierdzając pozytywne jej skutki, miała problem z przyjęciem nowej wizji siebie, ponieważ wiązało się to z odrzuceniem z dawna wypracowanych, zakorzenionych poglądów na swój temat⁵.

Wszystkie wymienione zagrożenia przyjmują inną postać w zależności od okresu życia pacjenta. Odpowiadanie na wyzwania dla tożsamości nie stanowi uporządkowanego, linearnego ciągu etapów mających swój koniec. Jest to raczej powtarzający się wielokrotnie wzorzec procesów, które mogą się rozgrywać na wiele różnych sposobów. Kwestionowanie własnej tożsamości (przedmiotowej) może stanowić źródło poważnego dyskomfortu i silnego stresu, a osłabienie podmiotowych poczuc spójności i przewidywalności własnego zachowania wpływa negatywnie zarówno na osobistą, jak i społeczną tożsamość jednostki.

Dodatkowym rezultatem badania Chapman okazało się rozpoznanie dwóch podstawowych sposobów reagowania na informacje sprzeczne z dotychczasowym postrzeganiem siebie. Pierwszy implikuje spychanie poza obręb świadomości wszelkich danych sprzecznych z wypracowaną do tej pory tożsamością. Informacje zwrotne, które mogłyby nią zachwiać, nie powodują wówczas żadnych zmian. W rezultacie jednostka musi konfrontować się nieustannie z tymi samymi informacjami, wciąż ponawiając wysiłki ich odpierania. Drugim sposobem jest przyzwolenie, by informa-

⁴ To określenie implikuje, że na ogół jest się sobą i wie, kim się jest – a to wcale nie jest takie oczywiste.

⁵ Byłoby to egzemplifikacją, a zarazem potwierdzeniem postulowanej przez Swanna przewagi motywu autoweryfikacji nad motywem autowaloryzacji [16].

cje te weszły w obręb *self* i dokonały w nim zmiany. Wiąże się to z restrukturyzacją tożsamości. Pierwszy sposób radzenia sobie autorka uważa za nierozwojowy. Ciągła walka z zagrażającymi informacjami zabiera bowiem energię potrzebną do radzenia sobie z życiem, kreuje także fałszywy, bo niejako przedawniony obraz *self*. Według Chapman z biegiem czasu u osób dotkniętych ChAD coraz częściej dochodzi do głosu druga z wymienionych strategii. W procesie restrukturyzacji ważną rolę odgrywają m.in. poznanie swojego „wypośrodkowanego *self*” (*middle self*), co wiąże się z niekiedy bezprecedensowym znalezieniem się poza skrajnościami manii i depresji, radzenie sobie z konsekwencjami zaburzenia, takimi jak zranienie innych i różnego rodzaju utraty, odpowiedź na pytanie, kiedy jest się sobą, a kiedy nie, oraz odkrycie, co można kontrolować, a czego się nie da (znamienna wypowiedź jednego z badanych: „myślę, że można na to wpłynąć. Ale nie da się mieć tego pod kontrolą” [6, s. 105]). Udany proces restrukturyzacji umożliwia ułożenie się z życiem (*get on with life*). Wydaje się, że w tym punkcie Chapman przyjmuje arbitralną interpretację opisywanych strategii, wedle której pierwsza jest jednoznacznie „gorsza”. Zasadne byłoby jednak zagłębienie się w powody stojące za takim rozwiązaniem. Czym innym jest bowiem posługiwanie się prymitywnym mechanizmem obronnym zaprzeczania rzeczywistości („nic mi nie dolega, nie muszę się leczyć”), a czym innym brak zgody na, częściowe choćby, u-tożsamienie się z etykietą diagnostyczną, co mogłoby skutkować chociażby wspomnianą wcześniej autostygmatyzacją i tożsamością społeczną pacjenta („to, że zdarza mi się chorować, nie oznacza, że dwubiegunowość jest istotnym elementem mojego obrazu siebie, tym co o mnie stanowi”).

Szczególnie akcentowana indukcyjność teorii ugruntowanej miałyby w założeniu zapewnić wolność od zawartych w tradycyjnie rozwijanych teoriach prekonceptualizacji. Wydaje się jednak, że taki postulat ma charakter bardziej idealny niż realny, co widać na przykładzie omawianego badania. Sam już wybór takiej a nie innej metody musiał być wyrazem przekonania autorki, że doświadczenia badanych będą się powtarzać, a wyniki będą na tyle spójne, by na ich podstawie można było utworzyć teorię wyjaśniającą całość funkcjonowania wewnętrznego osób z diagnozą ChAD. Z pewną rezerwą można podejść do samego wyboru takich a nie innych obszarów problemowych, na których podstawie konstruowane były później pytania: przygotowana przez Chapman „mapa” do wywiadu zawierała punkty w większym bądź mniejszym stopniu związane z szeroko pojętą tożsamością, co mogło naruszać swobodę ekspresji badanych. Ponadto w publikacji nie znalazło się niestety miejsce na uszczegółowienie procesu „kierowania” badanych do autorki, można mieć jednak wątpliwości, czy przechodzili oni do niej z własnej woli, czy może zostało im to zasugerowane przez figury autorytetu: terapeutów i lekarzy, którzy pośredniczyli w procesie rekrutacji.

2. Rozwój tożsamości w obliczu choroby

Nowozelandzki zespół uczonych pod kierunkiem Maree L. Inder przeprowadził badania jakościowe zogniskowane wokół wpływu ChAD na rozwój psychospołeczny, a zwłaszcza na rozwój poczucia *self* i tożsamości [7]. *Self* rozumiane jest tutaj jako struktura zarówno poznawcza, jak i społeczna, której rozwój i integracja prowadzi

do wykształcenia tożsamości, czyli struktury umożliwiającej interakcje ze światem (aspekt społeczny), dającej poczucie ciągłości i sprawstwa ze zdolnością do pełnienia określonych ról oraz dostarczającej reprezentacji definiujących siebie (odpowiednio – podmiotowe i przedmiotowe wymiary tożsamości osobistej). Autorzy zauważają, że początek choroby przypada często na okres późnej adolescencji, kiedy to – zgodnie z klasycznym poglądem Eriksona – podstawowym zadaniem rozwojowym staje się wytworzenie odpornego na czynniki zewnętrzne poczucia własnej tożsamości.

Badanie było częścią większego, randomizowanego i kontrolowanego badania porównującego specjalistyczną opiekę wspierającą z interpersonalną terapią rytmów społecznych. Wzięli w nim udział pacjenci z diagnozą ChAD pomiędzy 15. a 35. rokiem życia. Rekrutacja do badania przebiegała dwuetapowo. Na początku wybrano losowo 6 z 36 pacjentów, którzy ukończyli trzy pierwsze sesje psychoterapii. Terapeuta poszukiwał informacji na temat konsekwencji ChAD, zadając serie pytań dotyczących następujących obszarów: poczucia *self*, obrazu ChAD, doświadczeń z ChAD oraz wpływu ChAD na rozwój poczucia *self*. Na końcu każdej sesji terapeuci uzupełniali arkusze kodowania, odnotowując kwestie związane z *self* i tożsamością. Z transkrypcji blisko 50 sesji 15 pacjentów z diagnozą ChAD typu I, które obfitowały w wątki dotyczące wyżej wymienionych tematów, autorzy wyodrębnili w toku analizy tematycznej cztery wiązki: wpływ choroby na związki interpersonalne, sądy innych ludzi, zakłócenia (jakie choroba wywołuje w życiu pacjentów) oraz – szczególnie istotne w kontekście omawianej problematyki – problemy w rozwoju poczucia *self*. Tę ostatnią wiązkę podzielono na cztery podtematy ilustrujące podstawowe obszary trudności: dezorientację, sprzeczność, zwątpienie w siebie oraz samoakceptację.

Pierwsza składowa odnosi się do swego rodzaju metarefleksji nad własnym funkcjonowaniem poznawczym i behawioralnym, tzn. do refleksji abstrahującej od aktualnego stanu i biorącej pod uwagę wszelkiego rodzaju sytuacje, w których choroba „umieszcza” cierpiące na nią jednostki. Kluczowym elementem definiującym *self* okazał się oczywiście nastrój. Pacjenci przyznawali, że nastrój rządzi ich życiem, powoduje skokowe zmiany zachowania i myślenia, rozróżniali między sobą „normalnym” a tym „w górze” i „w dołku”. Taka różnorodność doświadczenia siebie powodowała właśnie poczucie „dezorientacji” dotyczące tego, kim się jest. Jeden z uczestników badania opisał walkę, jaka odbywa się między jego osobowością a nastrojem: „To tak, jakbym naprawdę nie wiedział, kim jestem. Jest kilka elementów rdzeniowych, ale to wygląda niemal tak, jak gdyby moja osobowość mocowała się z moim nastrojem” [7, s. 128]. Wypowiedzi innych badanych uwidoczniły problemy z oddzieleniem siebie od choroby, związane z wątpliwościami dotyczącymi chociażby tego, czy za jakimś ich zachowaniem z przeszłości stała mania, czy oni sami. Inni jednakże włączali różne aspekty choroby do obrazu siebie i uważali je za część swojej osobowości, przez co nie mówili o sobie jako o chorych na depresję, a tylko jako o posiadających cechę depresyjności.

„Sprzeczności” są efektem przeżywania różnych nastrojów i związanych z nimi przeciwstawnych doświadczeń. Autorzy zauważają, że rozwijanie się poczucia tożsamości zachodzi niejednokrotnie w kontekście określonego kolorytu afektywnego. I tak jeden z pacjentów stwierdził, że jego tożsamość ukształtowała się, gdy był w depresji.

Inny przyznał, że silne wrażenie tego, kim jest naprawdę, ma tylko podczas manii. Nie brak wszakże i tych, którzy wypowiadali się wprost o wielu osobowościach w nich samych i o poczuciu absurdalności, jakie się z tym wiąże⁶. Jak więc widać, zmiany nastroju i behawioralne formują doświadczenie *self*, które obiera kształt zależny od afektu, co czyni je zawsze tymczasowym. Skutkiem jest owa trudna do przewyżczenia sprzeczność w poczuciu siebie, co jest równoznaczne z posiadaniem niestabilnej tożsamości.

Brak stabilnego poczucia *self* prowadzi do „zwątpienia w siebie”, które w tym miejscu rozumie się jako swego rodzaju utratę *self*, przejawiającą się w poczuciu braku substancjalności, trudnościach w odróżnieniu siebie od innych, niewiedzy dotyczącej tego, kim się chce być i co robić oraz w walce z negatywnymi przekonaniami na swój temat. Jedni pacjenci mówili o nierozpoznawaniu samych siebie, inni o nadmiernej podatności na oddziaływanie okoliczności zewnętrznych (zlewanie się z danym środowiskiem), jeszcze inni opisywali siebie jako trzciny na wietrze. Wielu mówiło o niemożności pogodzenia się z niektórymi aspektami siebie, a nawet o nienawiści do siebie i poczuciu porażki.

„Samoakceptacja”, związana tutaj z rozwijaniem bardziej skonsolidowanego poczucia *self*, jest jednak możliwa, a to dzięki akceptacji choroby lub, inaczej, integracji różnych aspektów doświadczenia oraz różnych części siebie. Świadczą o tym słowa jednego z badanych: „Wszystkie doświadczenia, jakie miałem, były przeze mnie głęboko odczuwane i bardzo trudne w czasie ich trwania; nie udaję, że było inaczej lub że się one nie wydarzyły, ponieważ gdyby tak było, to nie byłbym tu, gdzie jestem – to jest po prostu coś, z czego się wziąłem. Każde doświadczenie stanowi kawałek mnie, dobry lub zły; pamiętam je i wiem, że się wydarzyły, ale nie mogę nic z tym zrobić. Ruszyłem dalej, ale zabrałem je ze sobą – a to czyni mnie silniejszym” [7, s. 130].

Akceptacja dwubiegunowości facylituje więc bardziej zintegrowane poczucie *self*. By do tego doszło, potrzebne są jednak, jak twierdzą autorzy, dłuższe okresy stabilnego nastroju.

Wnioski z badania są zgodne z przewidywaniami. ChAD wpływa na konstruowanie poczucia *self* i tożsamości na szereg sposobów. Wielu badanych nie potrafiło zidentyfikować swojego „prawdziwego *self*”, miało poczucie niebycia tym samym w czasie, nie potrafiło zintegrować różnych aspektów siebie, w konsekwencji czego ich poczucie *self* było słabo rozwinięte. Badani skarżyli się także na brak poczucia spójności, ciągłości i stałości. Opisywali ponadto brak kontroli i autonomii oraz uczucie wstydu. To wszystko, zdaniem autorów, składa się na opisywane przez Eriksona rozproszenie tożsamości.

Inne badanie Inder i wsp. [8] skoncentrowało się na roli, jaką ChAD odgrywa w tożsamości badanych. Autorzy wyszli z założenia, że jakkolwiek każda choroba przewlekła odciska swoje piętno na tożsamości, to ChAD jest pod tym względem szczególnie. Nie tylko sama diagnoza, ale także doświadczenie różnych nastrojów powodujących zmieszanie i sprzeczne oczekiwania prowadzi do zwątpienia w siebie i kwestionowania własnej tożsamości. Dwa studia przypadku posłużyły za ilustrację

⁶ Owe „osobowości” wydają się sprowadzać do skrajnych pozycji na wymiarach cech takich jak ekstrawersja.

procesu, który przez wpływ ChAD na *self* i tożsamość prowadzi do zmiany w tej ostatniej. W badaniu zastosowano procedury podobne do tych z wcześniejszego badania, opierając się na danych z nagranych sesji psychoterapii. W związku z podobną metodologią oraz nakładającymi się na siebie wynikami badania bardziej dokładne jego omówienie wydaje się zbędne.

W refleksji nad uzyskanymi wynikami należy uwzględnić fakt, że nowozelandzcy badacze już na wstępie wydawali się pewni tego, jakie rezultaty uzyskają – wynikało to bowiem z prostego zestawienia implikacji teorii Eriksona z symptomami choroby i czasem ich wystąpienia. Wątpliwości budzi też to, że to nie względnie neutralni badacze, lecz klinicyści pozostający z badanymi w relacji terapeutycznej zadawali pytania, które z kolei odnosiły się do wyodrębnionych przez tych pierwszych i mających związek z tożsamością obszarów problemowych, co dodatkowo mogło mieć charakter sugestii, a w konsekwencji – prowadzić do powstania artefaktów.

3. Utraty w konsekwencji choroby a renegocjowanie tożsamości

Punktem wyjścia badań Marii E. Fernandez i wsp. [9] było spostrzeżenie, że osoby z diagnozą ChAD poza znaczącymi zmianami nastroju doświadczają wielu utrat. Są one związane z takimi czynnikami, jak wielokrotne hospitalizacje, poczucie porażki i beznadziejności, stygmatyzacja społeczna, zatrudnienie poniżej kwalifikacji czy utrata niezależności. Poza rozpoznaniem rodzajów utrat autorzy zainteresowani byli także doświadczeniami radzenia sobie z nimi oraz związkiem utrat z tożsamością i procesem zdrowienia.

Uczestniczkami badania były kobiety z diagnozą ChAD, pozostające w procesie leczenia i mogące wyrazić świadomą zgodę na udział w nim (co w praktyce sprowadzało się do pozostawania w stanie remisji), rekrutowane za pośrednictwem ogłoszeń w miejscowych organizacjach zdrowia psychicznego, prywatnych gabinetach psychologicznych, lokalnych gazetach i radiu oraz grupach wsparcia dla osób z diagnozą ChAD, a dodatkowo z zastosowaniem metody kuli śnieżnej. Pozyskiwanie danych przebiegało jednocześnie z ich analizą, dlatego proces rekrutacji zakończono z chwilą uzyskania tzw. nasycenia teoretycznego. Płeć badanych nie była z góry określona, ale w związku z tym, że do projektu zgłosił się tylko jeden mężczyzna, podjęto decyzję o objęciu badaniem 10 kobiet w wieku 29–68 lat, z czego 7 miało diagnozę ChAD typu I, 2 ChAD typu II, a jedna cyklotymii. Sześć kobiet posiadało dyplom uniwersytecki. Tylko jedna pracowała na pełen etat, pozostałych dziewięć dzieliło się równo na bezrobotne, pracujące w niepełnym wymiarze godzin oraz przebywające na emeryturze. Do zbierania danych posłużył wywiad częściowo ustrukturuwany, oparty na pytaniach z kwestionariusza służącego do pomiaru różnego rodzaju utrat (ról, codziennych zajęć, relacji, siebie, przyszłości), ale rozszerzony o zagadnienia dotyczące radzenia sobie, zdrowienia, emocji i pozytywnych doświadczeń. Analizę materiału przeprowadzono metodą permanentnej analizy porównawczej, która pozwala na odkrycie powiązań i różnic między poszczególnymi przypadkami, a przy tym umożliwia tworzenie kategorii.

Okazało się, że dominującym wątkiem wyłaniającym się z treści wywiadów są zmiany (w) tożsamości badanych: tożsamość złączona z etykietą diagnostyczną,

wielowymiarowe skutki dwubiegunowej tożsamości oraz strategię renegotjowania tożsamości. Pierwszą kategorię podzielono na dwie podkategorie: „przyjęcie tożsamości pacjenta” oraz „niezależny pacjent”. Ta pierwsza implikuje centralność faktu chorowania dla tożsamości. Autorzy wydają się początkowo akcentować pozytywne niejako funkcje takiego „pochłonięcia” (*engulfment*; w literaturze przedmiotu termin ten ma raczej negatywny wydźwięk, zob. np. [17]): pomoc w rozumieniu tego, kim się jest po otrzymaniu diagnozy, określenie kierunku leczenia i własnej w nim roli (co niewątpliwie sprzyja sumiennemu przyjmowaniu leków), a także uwierzytelnienie tego, że jest się chorym. Nieco dalej zwracają jednak uwagę na drugą stronę medalu: utratę mocy, autonomii i niezależności. Przyjęcie tożsamości pacjenta daje więc pewną nadzieję związaną z procesem leczenia, ale także powoduje poczucie bezradności i dystres. Odmienne rozwiązanie to „pacjent niezależny”, a więc pewnego rodzaju paradoks wynikły z napięcia między rolą biernego pacjenta a potrzebą samostanowienia. Należy żałować, że autorzy ograniczyli egzemplifikację tego rozwiązania do istotnej, ale przecież nie wyczerpującej tematu kwestii przestrzegania reżimu lekowego. Niemniej samo to obrazuje troskę pacjentów o utrzymanie swojej tożsamości: wtedy, gdy nie chcą przyjmować leków ze względu na ich negatywny wpływ na myślenie lub dlatego, że czują się po nich „stłumieni”. Taka postawa może być przyjmowana nawet w niesprzyjających warunkach, jak w wypadku pacjenta, który w trakcie hospitalizacji konsekwentnie nie „łykał tabletek”, wiedząc doskonale, że w rezultacie dostanie zastrzyk. Choć efekt był ten sam, swoim zachowaniem utrzymał on autonomię.

Wielowymiarowe skutki dwubiegunowej tożsamości to: nadwątłone role i relacje, „działanie przy niewielkim zużyciu paliwa” (*operating on little fuel*), utrata kontroli oraz „ekscytujący i przerażający ja”. Pierwszy temat wiąże się z obciążeniem, jakie fakt chorowania na ChAD nakłada na związki intymne, co u niemal połowy badanych doprowadziło ostatecznie do rozwodu. Utracie roli partnerki towarzyszyła nierzadko równie bolesna utrata roli rodzicielskiej, związana z niemożnością pełnienia funkcji macierzyńskiej⁷. Część badanych sygnalizowała wpływ ChAD na relacje przyjacielskie. Jedna kobieta deklarowała chęć spotykania się z przyjaciółmi tylko wówczas, gdy „ma się dobrze”, inna opisała typowo dwubiegunowe doświadczenie: zawieranie znajomości w okresie „kreatywnym” (tj. maniakalnym) i zaprzepaszczanie ich w stanie depresji. Dla większości była to własna decyzja, wynikająca z przeświadczenia, że są „obciążeniem” dla bliskich, ale dwie kobiety mówiły o nietolerancji ich „ciemnej strony” przez otoczenie. Czasami przyjmowało to postać utraty statusu społecznego i wiarygodności, co z kolei skutkowało zranieniem i poczuciem alienacji. W celu zapobieżenia takiej sytuacji niektóre badane ukrywały fakt chorowania.

„Działaniem przy niewielkim zużyciu paliwa” zostało określone upośledzenie codziennego funkcjonowania, przejawiające się np. polekowym pogorszeniem zdolności poznawczych w miejscu pracy. Nawroty choroby skutkowały nierzadko decyzją o zmniejszeniu etatu lub zmianie pracy na mniej obciążającą. W przeszłości przyjmo-

⁷ Warto odnotować, że na ogół jest to dysfunkcja tymczasowa, towarzysząca hospitalizacji, jednak często podlegająca wśród chorych generalizacji.

wało to postać rezygnacji ze studiów (w tym doktoranckich) z powodu niedostatecznej koncentracji lub utraty wiary w siebie.

Utrata kontroli dotyczyła najczęściej stanu maniakalnego, podczas którego badane zachowywały się „niezgodnie z własnym charakterem”, wbrew własnej moralności i podejmowały zagrażające życiu aktywności. W konsekwencji stawały się potem bardziej „poważne” i traciły na spontaniczności. Nieustanna samoobserwacja powodowała z kolei zwątpienie w siebie, ze szkodą dla poczucia własnej skuteczności i wartości (także podmiotowych wymiarów tożsamości, por. [14]). Część kobiet doświadczyła też wyostrejzonej czujności i baczenia na objawy ze strony najbliższych lub przełożonych.

„Przerażające” dla samych siebie były pacjentki w czasie depresji, kiedy zauważały zmiany w swoich osobowościach, stawały się „słabe”, „cichsze i poważne” czy wręcz czuły się „nikom”. „Fascynujące” były z kolei dzięki towarzyszącym manii kreatywności, śmiałości, ekstatyczności i nieskończonej energii. W rezultacie niektóre badane niechętnie zapatrywały się na zrzeczenie się maniakalnych doświadczeń. Kobiety (nie wiadomo, czy te same) spostrzegały jednakże również destrukcyjny charakter epizodów maniakalnych, ich psychotyczne i paranoiczne treści czy utratę reputacji i przekonań na swój temat na skutek podążania za maniakalnymi skłonnościami.

Strategie „renegocjacji tożsamości” przyjmowały czworaką postać: akceptacji ChAD jako nowej rzeczywistości, odzyskiwania kontroli przez strategie samopomocowe, łączenia się i identyfikacji z innymi oraz przededefiniowania tożsamości w związku ze zdrowieniem. Akceptacja choroby oznaczała pogodzenie się z faktem jej istnienia i jej chronicznego charakteru oraz tego, że nie można mieć pełnej kontroli nad jej przebiegiem. Taka postawa przynosiła „poczucie wolności” i samopoznania. Autorzy wydają się jednak nie dostrzegać tkwiącego w tym paradoksu, a tym samym nie podejmują próby jego wytłumaczenia⁸. Stąd też jako bardziej zrozumiała jawi się kolejna strategia, polegająca na przejęciu odpowiedzialności za własny stan psychiczny i „zarządzanie” chorobą. Część badanych zdobywała wiedzę na temat ChAD przez lekturę, terapię poznawczo-behawioralną, terapię opartą na uważności oraz książki o charakterze samopomocowym. Dla jednych skutkowało to rozpoznaniem stresorów stanowiących czynniki spustowe epizodów, inne stosowały konkretne techniki, np. ćwiczenia fizyczne czy relaksacje lub wyznaczały sobie granice, dbały o higienę snu i przyjmowały „pozytywne nastawienie”. Szczególnego znaczenia nabierało, nie pozbawione trudności, powracanie do aktywności i zainteresowań, które definiowały różne aspekty tożsamości badanych. Stosowanie różnego rodzaju strategii samopomocowych dawało poczucie samokontroli i autonomii, a także przywracało nadzieję i poczucie celu w życiu. Więzy z innymi dostarczały z kolei poczucia bezpieczeństwa i wzmocnienia, wsparcia zarówno emocjonalnego (co dobrze ilustruje przyjaciel chętny do wysłuchania chorego, ale i zdolny zrozumieć jego potrzebę izolacji), jak i instrumentalnego, polegającego np. na pomocy w codziennych czynnościach w chwili kryzysu. Powszechne niemal wśród badanych kobiet uczestnictwo w grupach wsparcia w szczególnie sposób neutralizowało poczucie osamotnienia i odmienności. Wyjąt-

⁸ Podobny fenomen, jednak dogłębnie opisany i wyjaśniony, został ukazany przez cytowaną na początku Jamison [3].

kiem od tej reguły był ogłoszony przez dwie uczestniczki krytycyzm wobec tychże grup, sprowadzający się do wrażenia, że udział w nich utwierdza w poczuciu choroby i zniechęca. „Ponowne określenie tożsamości w związku ze zdrowieniem” to w istocie rozwój nowej tożsamości złożonej i z przeddiagnostycznych, i z podiagnostycznych *selves* i jako taki okazał się on kluczowym aspektem procesu zdrowienia. Ten dokonujący się w czasie proces negocjacji skutkował zwiększoną samoakceptacją. Ważna w tym była świadomość, że „ChAD jest czymś, co posiadam, a nie tym, kim jestem” (warto zauważyć, że jest to przeciwieństwo wyżej wymienionego „pochłonięcia”). Nabywaniu samoakceptacji sprzyjało pielęgnowanie pozytywnych cech rozwijanych od czasu diagnozy: współczucia, empatii, wytrwałości, siły, optymizmu, odwagi i tolerancji. Sześć kobiet wyraziło zadowolenie ze zdobytego samopoznania, a jedna – z własnej wyjątkowości.

Być może najważniejszym wnioskiem z badań Fernandez i wsp. jest to, że tożsamość osób chorych na zaburzenie dwubiegunowe nie jest ustalona raz na zawsze, podlega nieustannym fluktuacjom związanym z naprzemiennym występowaniem epizodów manii i depresji; ani jej osiągnięcie, ani utrata nie mają charakteru ostatecznego. Raz zakończone powodzeniem, innym razem porażką, godzenie się z „chorymi” aspektami tożsamości występuje jednocześnie z zachowywaniem aspektów „zdrowych”; próby utrzymywania w równowadze tych dwóch tożsamościowych biegunów nie mają końca, a tym samym i zdrowienie jest nieprzerwanie toczącym się procesem. Adaptacja do życia z omawianą chorobą nie ma więc, w odróżnieniu od popularnych propozycji w rodzaju stadiów żałoby, linearnego charakteru, podobnie rozwój tożsamości u osób z diagnozą ChAD odbiega od „naturalnego”, przyjmując, tak jak choroba, charakter cykliczny. Wydaje się to jednak nie do końca *explicite* poddanym rozważaniom wynikiem badania, który można rozumieć tak, że skoro za progresem następuje regres, to tym samym wszelki „postęp” się zeruje i *de facto* trudno w takich okolicznościach mówić o rozwoju tożsamości. Alternatywnym wytłumaczeniem mogłoby być uznanie, że każde powtórzenie opisanego cyklu wnosi nową jakość, „utrata” tożsamości z czasem staje się coraz mniej totalna, a sprzeczne i zarazem istotne aspekty siebie ulegają coraz większej integracji. Byłoby to zresztą zbieżne z zaobserwowaną dynamiką zdrowienia. Niezwykle istotne dla niniejszych rozważań jest też ściśle związane rozwijania zdrowej tożsamości z wychodzeniem z choroby, co autorzy zdają się sugerować choćby w poniższym zdaniu: „Chociaż wyzdrowienie jest często długotrwałym, a nawet trwającym całe życie procesem, ci, którym udaje się osiągnąć zrównoważony ogląd siebie, wydają się adaptować i przystosowywać do codziennych zmaganiań” [9, s. 26].

Wśród implikacji badania dla praktyki klinicznej autorzy wymieniają m.in. konieczność dotarcia do żalu z powodu utrat będących następstwem chorowania – po to, aby proces żałoby nie przybrał charakteru żałoby powikłanej – oraz wypracowania sposobów na pomoc pacjentom w ich borykaniu się z postdiagnostyczną tożsamością. Podkreślają także wagę akceptacji choroby dla renegocjacji tożsamości, zaznaczając przy tym, że rozwinięcie tożsamości, która nie sprowadzałaby się do „pacjenta” czy „chorego”, jest istotne w procesach rehabilitacji i zdrowienia.

Badanie to wydaje się pozbawione znaczących niedoskonałości. Do nielicznych można zaliczyć to, że powszechne uczestnictwo w grupach wsparcia było najpraw-

dopodobniej artefaktem wynikłym ze sposobu rekrutacji badanych (co za tym idzie – badanie osób niekorzystających z tej możliwości i bardziej wyizolowanych społecznie mogłoby przynieść odmienne wyniki), oraz potencjalny zakłócający efekt potrzeby aprobaty społecznej, biorący się z przekonania badanych, że ich lekarz lub psychoterapeuta zapozna się z ich odpowiedziami (informacja o poufności danych nie musiała wykluczyć tego typu ewentualności).

4. Tożsamość narracyjna osób z diagnozą ChAD

Anne Mai Pedersen i wsp. [10] jeszcze przed przeprowadzeniem opisanych poniżej badań towarzyszyło przekonanie o centralnej dla ChAD roli zmian w samostrzeżeniu (w tym w samoocenie) w trakcie epizodów manii i depresji oraz świadomość utrudnionego rozwoju tożsamości w konsekwencji tego, że początki choroby przypadają na szczytowy okres jej formowania, a dodatkowo przekonanie, że jakość życia, obok złagodzenia objawów, jest istotnym kryterium zdrowienia, ta zaś – jak pokazują badania osób zdrowych – ściśle wiąże się z tożsamością narracyjną.

„Tożsamość narracyjna” jest szczególnym rozumieniem tożsamości, która w ujęciu twórcy tej koncepcji, Dana McAdamsa, stanowi zinternalizowaną opowieść o życiu, integrującą odmienne elementy biografii i tym samym nadającą życiu pewien stopień jedności i prawdopodobieństwa [18]. Ludzie selekcionują wydarzenia ze swojego życia o najbardziej formującym charakterze, które tym samym mają szczególne znaczenie dla tego, kim są, a które w zaproponowanej przez McAdamsa metodzie przyjmują postać rozdziałów, zawierających wiedzę o osobach, miejscach czy aktywnościach determinujących określone okresy życia⁹.

Opierając się na przeprowadzonych w podobnym paradygmacie badaniach dotyczących innych grup klinicznych oraz na wiedzy, że ChAD towarzyszy na ogół negatywna wizja siebie, autorzy założyli, że istnienie choroby psychicznej może się wiązać z bardziej negatywną tożsamością narracyjną, czyli z wyborem negatywnych wydarzeń jako istotnych dla rozumienia tego, kim się jest, oraz z przekonaniem, że odzwierciedlają one negatywne aspekty własnej osobowości. W przyjętej metodologii miałyby to przybrać postać bardziej negatywnych oraz mniej pozytywnych w porównaniu z grupą kontrolną rozdziałów oraz połączeń ja-wydarzenie – odnoszących się zarówno do przeszłości, jak i wyprojektowanej przyszłości. Dodatkowo badacze przewidywali, że nawet jeśli osoby badane opiszą przyszłe rozdziały jako pozytywne, będą miały mniej wiary w ich wystąpienie, samych zaś przyszłych rozdziałów wygenerują mniej i będą one dotyczyć wydarzeń stosunkowo mniej odległych w czasie w porównaniu z osobami zdrowymi. To wszystko zaś miałyby swoje odbicie w dobrostanie.

⁹ Dla zrozumienia omawianego badania należy wspomnieć o pojęciach powstałych na skutek ewolucji tej koncepcji: połączenia ja-wydarzenie (*self-event connection*) oraz sekwencjach wybawienia (*redemption sequences*) i kontaminacji (*contamination sequences*). To pierwsze wynika z refleksji jednostki nad znaczeniem danego rozdziału i może nieść ze sobą pozytywny lub negatywny emocjonalny ton, obydwie sekwencje sprowadzają się zaś do interpretacji istotnych wydarzeń i ich paradoksalnych skutków, co w wypadku pierwszej przyjmuje postać postrzeganego przekształcenia negatywnego wydarzenia w pozytywny wynik (na zasadzie: nie ma tego złego...), a w drugiej – na odwrót. I jedno, i drugie mają z kolei związek z dobrostanem jednostki.

Uczestniczkami badania było 15 kobiet około 30 r. ż., które doświadczyły do czasu badania średnio kilkunastu epizodów choroby. Dwie trzecie z nich nie było w żadnym związku, a wymiar pracy rozkładał się po równo na pracę w niepełnym wymiarze godzin, brak aktywności zawodowej i studia. Osiem posiadało średnie wykształcenie, a siedem wyższe. Wszystkie kobiety zostały zrekrutowane z ambulatorium dla osób z diagnozą ChAD przy klinice uniwersyteckiej w Aarhus; co istotne, diagnozę potwierdzał każdorazowo drugi autor, zatrudniony tamże w charakterze psychologa klinicznego. Z kolei grupa kontrolna składała się z 15 „zdrowych” kobiet¹⁰. Poza podobnym wiekiem kobiety te różniły się zasadniczo od pacjentek pod każdym względem: proporcje bycia-niebycia w związku, stosunku do pracy i poziomu wykształcenia okazały się niemal odwrotne. Niejasny jest przy tym opis sposobu rekrutacji do tej grupy („zostały zrekrutowane ustnie”). Można więc mieć wątpliwości co do tego, na ile grupa kontrolna w rzeczywistości miała charakter kontrolny.

Uczestniczki zostały poproszone o opisanie maksymalnie 10 przeszłych i 10 przyszłych rozdziałów, usytuowanie ich w czasie oraz oszacowanie ich (na pięciostopniowej skali Likerta) pod względem tonu emocjonalnego, połączeń ja-wydarzenie oraz subiektywnego prawdopodobieństwa (w wypadku przyszłych rozdziałów). Badane wypełniały ponadto 4 kwestionariusze: *Skalę satysfakcji z życia* i odrębne skale mierzące poziom manii i depresji oraz częstotliwość doświadczania pozytywnych i negatywnych emocji. Wszystkie kwestionariusze zostały wręczone z poleceniem wypełnienia ich w wolnym czasie i zwrotu, za który przysługiwała skromna rekompensata pieniężna.

Okazało się, że pacjentki z diagnozą ChAD nie różniły się od uczestniczek z grupy kontrolnej pod względem liczby przeszłych rozdziałów, ale oceniały je jako mniej pozytywne i bardziej negatywne, a także tworzyły mniej pozytywnych połączeń ja-wydarzenie (co ciekawe, podobna różnica nie występowała w wypadku negatywnych połączeń ja-wydarzenie). Wygenerowały również mniej rozdziałów dotyczących przyszłości (trzy z nich nie wytworzyły żadnych), z mniejszą rozpiętością czasową, które co prawda nie różniły się pod względem tonu emocjonalnego i połączeń ja-wydarzenie od kontrolnych, ale towarzyszyło im mniejsze subiektywne prawdopodobieństwo. Jeśli chodzi o skale dodatkowe, to nie było różnic w kwestii pozytywnych i negatywnych emocji, za to subiektywny dobrostan był oceniany znacznie niżej przez pacjentki. Korelacje pomiędzy tonem emocjonalnym przeszłych (ale już nie przyszłych) rozdziałów a dobrostanem były dodatnie i istotne, a liczba wygenerowanych rozdziałów nie grała roli. Ponadto pozytywne połączenia ja-wydarzenie, wyższe subiektywne prawdopodobieństwo ich zaistnienia oraz dłuższy zasięg czasowy korelowały znacząco z pozytywnym afektem, podczas gdy pozostałe miary okazały się nieistotne statystycznie.

Jak widać, większość hipotez badaczy znalazła potwierdzenie w wynikach. Pacjentki z ChAD opisały mniej pozytywnych i więcej negatywnych rozdziałów dotyczących przeszłości, odznaczały się też mniejszą skłonnością do tworzenia pozytywnych po-

¹⁰ Jakkolwiek takie założenie jest mocno problematyczne, skoro kryteria wyłączające dotyczyły tylko ciężkiego uzależnienia, schizofrenii, zaburzeń osobowości i aktualnie doświadczanego epizodu afektywnego, stwierdzanych, co więcej, na podstawie samoopisu; oznacza to, że „zdrowa” osoba z grupy kontrolnej mogła np. mieć różnego rodzaju zaburzenia lękowe. Ten sam zarzut dotyczy zresztą kwestii współwystępowania innych zaburzeń wśród pacjentek.

łączeń ja-wydarzenie w porównaniu z grupą kontrolną, co nie odbiega od rezultatów podobnych badań z wykorzystaniem innych grup klinicznych, takich jak depresja i schizofrenia. Potwierdziło się także przypuszczenie o związku negatywnej tożsamości narracyjnej z zadowoleniem z życia. W ślad za autorami należy jednak zauważyć, że ta pierwsza może odzwierciedlać zarówno większą liczbę negatywnych wydarzeń doświadczanych przez osoby z diagnozą ChAD, jak i bardziej negatywnie tendencyjne ich interpretacje (czego efektem jest np. nieobecność „sekwencji wybawienia”). Prawdopodobnie obydwa wytłumaczenia są zasadne. Z kolei zaskakującym wynikiem okazało się opisywanie przez pacjentki wyobrażonej przyszłości jako pozytywnej, co jest paradoksem obecnym już w cytowanym przez Pedersen i wsp. wcześniejszym badaniu osób z chorobą afektywną jednobiegunową. Autorzy biorą pod uwagę uzasadnienie tego fenomenu w postaci uniwersalnego schematu konstruowania przyszłości na podstawie indywidualnych celów oraz kulturowo podzielanej wiedzy o typowym przebiegu życia. Do tej listy należy dodać ewentualne myślenie katatymiczne. Niemniej stwierdzone w tej grupie mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia pożądanych wydarzeń wydaje się silnie modyfikować ów niespodziewany efekt. Natomiast mniejsza liczba wygenerowanych przyszłych rozdziałów oraz ich mniejsza rozpiętość czasowa nie mają jednoznacznego wytłumaczenia. Mogłoby to być związane albo z rzekomą gorszą wydolnością funkcji wykonawczych u osób z diagnozą ChAD (co wydaje się kompletnie nieuzasadnione), albo z trudnościami w ustanowieniu ciągłości *self* (co można uznać za bardziej prawdopodobne, zważywszy na typowy obraz choroby).

Korelacyjny charakter badania nie pozwala na pewność co do kierunku zaobserwowanych związków między tożsamością narracyjną a dobrostanem, generalizowanie wyników badania zaś, nawet przy uwzględnieniu płci, nie jest uprawomocnione z powodu niewystarczającej liczby uczestników. Poza tym, w świetle zbieżnych wyników u innych grup klinicznych, nie sposób stwierdzić, czy uzyskane wyniki są specyficzne dla pacjentów z ChAD, czy też wiążą się ogólnie z występowaniem choroby psychicznej. Ilościowy charakter obróbki danych, choć ujawniający potencjalnie istotne tendencje, nie pozwala także na zgłębienie wygenerowanych treści, a przez to na odkrycie znaczeń stojących za zaobserwowaną negatywnością.

Wszystkie wymienione niedomagania omawianego badania nie odbierają mu istotnej wagi poznawczej, a także sugerowanych przez badaczy implikacji praktycznych. Jak zauważają Pedersen i wsp.: „Interwencje o charakterze narracyjnym mogą kłaść nacisk na bardziej pozytywne interpretacje tego, co rozdziały mówią o cechach pacjenta, lub wspierać integrację tych rozdziałów, które nadają się do bardziej pozytywnych połączeń ja-wydarzenie. Ponadto interwencje narracyjne mogą skupiać się na tym, w jaki sposób pacjenci tworzą swoją osobistą przyszłość i pomóc im w konstruowaniu pozytywnych, a przy tym realistycznych przyszłych rozdziałów, a także wzmocnić wiarę i rozwinąć umiejętności istotne dla ich urzeczywistnienia” [10, s. 8].

Zakończenie

Pięć przedstawionych w artykule doniesień (w tym jedno tylko wspomniane) stanowi większą część opublikowanych dotychczas tekstów poświęconych tematowi

tożsamości w doświadczeniu osób z diagnozą ChAD. Do pozostałych należą: interesujące, ale bardziej teoretyczne rozważania Krausa [19], ilościowe badanie Kesebira i wsp.¹¹ [20], etnograficzne studium Pope¹² [21] oraz wspomniany już jedyny polski akcent – połączona ze studium przypadku analiza tematyczna wypowiedzi znalezionych na anglojęzycznych forach poświęconych ChAD [5], a także analogiczna analiza tematyczna blogów osób z diagnozą ChAD [22]; nawiasem mówiąc dwa ostatnie badania prezentują materiał wygenerowany spontanicznie i w sposób nieskrępowany i zapewne dlatego „tożsamość dwubiegunowa” nabiera w nich znacznie pełniejszego wyrazu.

Z wszystkich tych badań wynika jeden wniosek natury ogólnej: zaburzenie afektywne dwubiegunowe znacząco utrudnia formowanie [7] i utrzymywanie [6, 9, 10] względnie stabilnej tożsamości. To zaś wtórnie ma wpływ na dalszy przebieg choroby i rodzi dodatkowe cierpienie. Co więcej, trudności te mają wieloaspektowy charakter.

Otwartym pytaniem pozostaje, na ile opisane problemy z tożsamością są swoiste dla ChAD, a na ile łączą się z niespecyficznymi czynnikami, takimi jak posiadanie diagnozy psychiatrycznej czy przyjęcie roli pacjenta, wspólnymi dla różnych ciężkich rozpoznań. Rozwiązanie tej kwestii wymaga dalszych badań, tymczasem jednak można zaryzykować przypuszczenie, że faktycznie niektóre czynniki zagrożenia dla tożsamości mają charakter niespecyficzny (trzy z wymienionych przez Chapman „wyzwań”, większość utrat zidentyfikowanych przez Fernandez i wsp., negatywne narracje z badania Pedersen i wsp.), inne zaś (jak „symptomy” w ujęciu Chapman, „dezorientacja” i „sprzeczności” opisane przez Inder i wsp. – te ostatnie identyczne z „przerażającymi” i „fascynującymi” wersjami siebie z badania Fernandez i wsp.; redefinicja przeszłości) są typowe wyłącznie dla zmagających z ChAD [por. 8]. Takie rozróżnienia nie mają jednak znaczenia w praktyce, tj. dla rozumienia i terapii osób z diagnozą ChAD, które mogą przecież doświadczać i swoistych, i nieswoistych trudności ze swoją tożsamością. Najbardziej ogólne zalecenia do pracy terapeutycznej brzmiałyby następująco: rozpoznanie indywidualnych czynników zagrożenia tożsamości, przeżycie żałoby z powodu utrat z nią związanych, odnalezienie „rdzenia” osobowości/„wypośrodkowanego *self*” i integracja zarówno przeddiagnostycznych, jak i podiagnostycznych aspektów siebie w taki sposób, aby ewentualna akceptacja choroby nie była jednoznaczna z przyjęciem roli pacjenta czy z identyfikacją z diagnozą.

Pytaniem bez odpowiedzi pozostaje kwestia skali zjawiska. Jakościowy charakter przytoczonych badań¹³ nie pozwala na jakiegokolwiek wnioskowanie o populacji. Z kolei próba ścisłej integracji wyników napotyka na przeszkody m.in. w postaci każdorazowo odmiennego doboru osób badanych. Ale nawet wówczas, gdy – tak jak w wypadku dwóch przytoczonych na końcu doniesień – badanymi są wyłącznie kobiety, a inne potencjalnie istotne zmienne (takie jak wiek, wykształcenie, status związku, stosunek

¹¹ Artykuł opublikowany w języku tureckim, stąd niemożliwy do zrelacjonowania.

¹² Autorka skoncentrowała się właściwie na „przemianie w pacjenta/dwubiegunowca” nastolatki z zakładu poprawczego, ukazując w głównej mierze korzyści wtórne z tym związane. W istocie jednak żadna ze wspomnianych w artykule dziewcząt nie miała zdiagnozowanej ChAD.

¹³ Zasadniczo ilościowe badanie tożsamości narracyjnej nie jest tu wyjątkiem ze względu na niewystarczającą liczbę osób badanych.

do pracy) można by pominąć, to i tak napotka się na trudność natury semantycznej, czyli nieco inne rozumienia tego, co kryje się za słowem „tożsamość”. Dotyczy to zresztą wszystkich wymienionych badań, a dodatkowo wzmocnione jest często synonimicznym traktowaniem „tożsamości” i *self*. Analogicznie, typy zaburzenia, choć wyszczególnione w większości badań, nie zostały w żadnym wypadku uwzględnione w dyskusji jako potencjalnie różnicujące badanych i ich tożsamość. Nie można więc na podstawie przywołanych badań stwierdzić, że problemów z tożsamością doświadczają wszystkie osoby z diagnozą ChAD, czy nawet większość z nich. Niemniej odmienne metodologie przynoszące zbliżone wyniki mogą wskazywać, że jest to problem częsty i wymagający większej uwagi ze strony klinicystów. Warto przy tym odnotować, że o ile większa część badaczy spodziewała się takich wyników, co mogło mieć wpływ na ich zawartość [7, 8, 10], o tyle pozostali eksplorowali szersze obszary życia z chorobą, a zmagania z tożsamością okazały się niespodziewanym wynikiem, uznanym, co więcej, za zasadniczą charakterystykę ChAD [6, 9].

Wyzwania dla kolejnych badań można wywieść z ograniczeń wyżej opisanych doniesień: wyraźnej nadreprezentacji kobiet, udziału większości badanych w psychoterapii i/lub psychoedukacji¹⁴ – a tym samym większej niż przeciętna samoświadomości – oraz związanej z tym ostatnim czynnikiem, lecz nie ograniczonej do niego konceptualizacji doświadczeń chorobowych w postaci posługiwania się narracją medyczną obowiązującą w euroatlantyckim kręgu kulturowym. Rekrutacja badanych uwzględniająca większą proporcję mężczyzn oraz niezapośredniczona w placówkach zdrowia psychicznego może być jednym ze sposobów na przełamanie wyłonionego wzorca.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Dembińska-Krajewska D, Rybakowski JK. *Psychotropic drugs and personality changes: A case of lithium*. *Pharmacol. Rep.* 2015; 67(6): 1204–1207.
3. Jamison KR. *Niespokojny umysł*, tłum. F. Rybakowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2000.
4. Sokolik M. *Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Santorski i S-ka; 1992.
5. Dyga K. *Tożsamość międzybiegunowa. Od doświadczenia do widzenia*. W: Opoczyńska M red. *Poza zasadą powszechności. Próby idiograficzne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014. S. 257–292.
6. Chapman JR. *Bipolar disorder: Responding to challenges to identity*; 2012. <http://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/493> (dostęp: 12.01.2018).
7. Inder ML, Crowe MT, Moor S, Luty SE, Carter JD, Joyce PR. *“I actually don’t know who I am”*: *The impact of bipolar disorder on the development of self*. *Psychiatry* 2008; 71(2): 123–133.

¹⁴ Żaden z autorów nie doprecyzował nurtu, w jakim prowadzona była psychoterapia poszczególnych badanych, co ma znaczenie, gdyż każde podejście terapeutyczne odmiennie strukturalizuje doświadczenie pacjenta.

8. Inder ML, Crowe MT, Moor S, Carter JD, Luty S, Joyce PR. "It wouldn't be me if I didn't have bipolar disorder": Managing the shift in self-identity with bipolar disorder. *J. Nurs. Health Chronic Illn.* 2011; 3(4): 427–435.
9. Fernandez M, Breen L, Simpson T. *Renegotiating identities: Experiences of loss and recovery for women with bipolar disorder.* *Qual. Health Res.* 2014; 24(7): 890–900.
10. Pedersen AM, Straarup KN, Kirkegaard Thomsen D. *Narrative identity in female patients with remitted bipolar disorder: A negative past and a foreshortened future.* *Memory* 2017; 26(2): 219–228.
11. Oleś P. *O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie.* W: Oleś P, Batory A red. *Tożsamość i jej przemiany a kultura.* Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2008. S. 41–84.
12. Dyga K. *Self i tożsamość: próba określenia znaczeń oraz wzajemnych związków między pojęciami.* *Polskie Forum Psychologiczne*; 2018 [w druku].
13. Mandrosz-Wróblewska J. *Tożsamość i niespójność Ja a poszukiwanie własnej odrębności.* Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988.
14. Pilarska A. *Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości.* W: Paluchowski J, Bujacz A, Haładziński P, Kaczmarek L. red. *Nowoczesne metody badawcze w psychologii.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2012. S. 167–188.
15. Vignoles V, Schwartz S, Luyckx K. *Introduction: Toward an integrative view of identity.* W: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL red. *Handbook of identity. Theory and research*, t. 1. New York: Springer; 2001. S. 1–30.
16. Swann W. *Identity negotiation: Where two roads meet.* *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 53(6): 1038–1051.
17. Williams CC. *Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia.* *Psychiatry* 2008; 71(3): 246–256.
18. McAdams D. *The psychology of life stories.* *Rev. Gen. Psychol.* 2001; 5(2): 100–122.
19. Kraus A. *Psychotherapy based on Identity Problems of Depressives.* *Am. J. Psychother.* 1995; 49(2): 197–211.
20. Kesebir S, Koç İ, Güven S, Ekşioğlu S, Dereboş F. [Sense of identity in young adult bipolar patients: A comparative study]. *J. Mood.* 2011; 1(3): 103–109. [Turkish].
21. Pope LG. *To forgive and discredit: Bipolar identities and medicated selves among female youth in residential treatment.* *Cult. Med. Psychiatry* 2015; 39(3): 505–531.
22. Mandla A, Billing J, Moncrieff J. "Being bipolar": A qualitative analysis of the experience of bipolar disorder as described in Internet blogs. *Issues Ment. Health Nurs.* 2017; 38(10): 858–864.

Adres: Krzysztof Dyga
Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Zdrowia
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6
e-mail: krzysztof.jan.dyga@gmail.com

Otrzymano: 24.02.2018

Zrecenzowano: 11.04.2018

Otrzymano po poprawie: 16.04.2018

Przyjęto do druku: 6.06.2018