

Radosław Stupak<sup>1</sup>, Lucy Johnstone<sup>2</sup>

## POWER THREAT MEANING FRAMEWORK — KRÓTKI OPIS PODSTAWOWYCH ZAŁOŻEŃ I KONTEKSTU

### POWER THREAT MEANING FRAMEWORK – A BRIEF DESCRIPTION OF THE BASIC ASSUMPTIONS AND CONTEXT

<sup>1</sup>Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

<sup>2</sup> Visiting Professor, London South Bank University

**Power Threat Meaning Framework  
medicalization  
diagnosis**

#### Streszczenie

*Artykuł krótko przedstawia podstawowe założenia niekategorialnego podejścia do diagnozy, jakim jest Power Threat Meaning Framework (Rama Władza Zagrożenie Znaczenie, RWZZ) opublikowany w 2018 r. przez British Psychological Society. Kolejno omawiane są władza, zagrożenie, znaczenie oraz ogólne prawidłowości odpowiedzi na zagrożenia, tak jak ujmowane są w tej propozycji. Krótko opisane są również podstawowe założenia teoretyczne i inspiracje wpływające na treść RWZZ, czerpiącej z wielu tradycji filozoficznych, socjologicznych, psychologicznych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych, oferując spójną integrującą je perspektywę. RWZZ przedstawiona jest także w szerszym kontekście współczesnych kontrowersji dotyczących dominujących systemów diagnozy nozologicznej i negatywnych konsekwencji reifikacji konstruktów diagnostycznych oraz ograniczeń, faworyzującego w praktyce poziom biologiczny, modelu biopsychospołecznego w psychiatrii i psychoterapii. W podsumowaniu krótko przedstawiona jest także krytyka RWZZ. RWZZ oferuje podejście, które może znaleźć zastosowanie w praktyce klinicznej i badaniach naukowych, umożliwiające szersze uwzględnienie i odniesienie się do kwestii ekonomicznych, społecznych i kulturowych w procesie pomagania cierpiącym osobom. Może także zapobiegać nadmiernej medykalizacji indywidualnych i społecznych problemów.*

#### Summary

The article briefly presents the basic principles of a non-categorical approach to diagnosis, the Power Threat Meaning Framework (PTMF), published in 2018 by the British Psychological Society. It discusses Power, Threat, Meaning, and general patterns of threat responses, as they are conceptualized in this framework. The article also provides a brief description of the theoretical foundations and inspirations influencing the content of the PTMF. The PTMF draws from various philosophical, sociological, psychological, psychiatric, and psychotherapeutic traditions, offering a coherent integrating perspective. The PTMF is also presented in the broader context of contemporary controversies regarding the dominant systems of nosological diagnosis and the negative consequences of the reification of diagnostic constructs and the limitations of the biopsychosocial model in psychiatry

and psychotherapy, which in practice favours the biological level. In the conclusion, the article also briefly presents criticism of the PTMF. The PTMF offers an approach that can be applied in clinical practice and scientific research, allowing for a broader consideration of economic, social, and cultural issues in the process of supporting people in distress. The PTMF can help prevent the excessive medicalization of individual and social problems.

## Wstęp

Nozologiczne modele klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takie jak International Classification of Diseases (ICD) i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) są współcześnie szeroko krytykowane z wielu różnych perspektyw teoretycznych, zarówno w kontekście praktyki klinicznej, jak i badawczej [1]. Wyróżnić można kilka różnych, choć powiązanych ze sobą, poziomów, na których owe krytyki się koncentrują. Karter [2] wyróżnia poziom makro (epistemologiczne i ontologiczne problemy związane z empirycznym i konceptualnym statusem diagnoz), egzo (szeroko pojęte strukturalne i społeczno-kulturowe aspekty diagnoz szczególnie w kontekście neoliberalizmu i neokolonializmu), mezo (konkretne społeczne i instytucjonalne kontrowersje związane z wpływem różnych instytucji, np. koncernów farmaceutycznych na konstruowanie diagnoz), mikro (szczegółowe kwestie historyczno-naukowe dotyczące np. technicznych kwestii procesu opracowywania nowych wersji DSM lub ICD) oraz poziom indywidualny (potencjalnie szkodliwy wpływ diagnoz na jednostkę, jak np. kwestie stygmatyzacji, autostygmatyzacji, samospełniającej się przepowiedni czy efektu nocebo).

Zwraca się także uwagę na niską rzetelność diagnoz, która prowadzi do problemów badawczych (np. w kontekście poszukiwania biologicznych korelatów czy określania skuteczności interwencji) [1]. Istotnym problemem jest także wysoka heterogeniczność diagnoz oraz nakładanie się na siebie poszczególnych kategorii, zawierających wiele podobnych objawów, co może też być związane z tzw. współwystępowaniem [3].

Spotkać można się z różnymi propozycjami wyjścia poza impas i brak postępu badawczego i klinicznego, do którego prowadzi opieranie się na kategoriach ICD lub DSM [4]. Poza próbami rozwijania podejścia kategorialnego i tworzenia coraz bardziej szczegółowych kategorii, które, w założeniu, ostatecznie miałyby trafić w realnie istniejące oddzielne biologiczne przypadłości, dyskutowane jest również podejście dymensionalne (wiąże się ono jednak m.in. z problemem ustalenia granicy pomiędzy normalną wariacją a poziomem, który miałby już świadczyć o zaburzeniu; podejście to może też prowadzić do potencjalnej patologizacji coraz szerszej gamy zachowań jako znajdujących się w „spektrum” [5, 6]).

Poza tym wymienić należy (1) promowany przez National Institute of Mental Health projekt Research Domain Criteria (RDoC), którego istotą jest w zasadzie próba budowy nowych kategorii, ale wychodząca od danych biologicznych, zamiast szukania korelatów dla arbitralnie utworzonych wcześniej diagnoz; (2) Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiToP), w którym nowy model miałby zostać zbudowany na podstawie danych o przede wszystkim behawioralnym charakterze, uporządkowanych następnie hierarchicznie (od najbardziej ogólnych kategorii do coraz bardziej szczegółowych) i dymensionalnie, zgodnie z obserwowalnymi zależnościami pomiędzy różnego rodzaju problemami; (3) czy

też propozycje psychodynamiczne, takie jak Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) i Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) [7].

Kendler [5], prominentny psychiatra, jako jedną z głównych propozycji wymienia także podejście, które łączy z brytyjskim psychologiem Richardem Bentall'em. W podejściu tym chodzi o skupienie się na konkretnych skargach pacjentów, a więc na osobach, zamiast na diagnozach. Większe znaczenie zyskiwać miałyby perspektywa pierwszoosobowa oraz indywidualne sensory, znaczenia i historie. Oznacza to także wyjście poza kategoriaalne czy dymensionalne modele, którym problemy konkretnych ludzi niekoniecznie odpowiadają.

Częściowo zbliżone podejście, skupione na indywidualnych historiach zanurzonych w kontekście społecznym i wykraczające poza myślenie kategoriaalne, choć wywodzące się częściowo z psychologicznych konceptualizacji [8] i w większym stopniu odchodzące od perspektywy medycznej, prezentuje Power Threat Meaning Framework [9] (PTMF). O ile nam wiadomo, nie istnieje jeszcze przyjęte w polskiej literaturze tłumaczenie, będziemy posługiwać się pojęciami odpowiednio: władza, zagrożenie, znaczenie, rama. Celem niniejszego artykułu jest przede wszystkim krótkie przedstawienie podstawowych założeń i rozwiązań tej propozycji.

### **Power Threat Meaning Framework (Rama Władza Zagrożenie Znaczenie)**

Rama Władza Zagrożenie Znaczenie (RWZZ) została opracowana przez grupę roboczą złożoną z psychologów i pacjentów, dzięki wsparciu finansowemu Działu Psychologii Klinicznej British Psychological Society (BPS) i opublikowana przez BPS w 2018 r., choć nie jest oficjalnym modelem stosowanym przez to towarzystwo [10]. W założeniu, RWZZ jest przede wszystkim próbą wyjścia poza postrzeganie konstruktów diagnostycznych jako reifikowanych bytów (co jest częstą konsekwencją opierania się w praktyce badawczej i klinicznej na kategoriach z DSM lub ICD, a prowadzić może do wielu negatywnych konsekwencji kulturowych i społecznych, jak również dla pacjentów i procesu terapii [1, 4]) oraz twórczego przekroczenia modelu biopsychospołecznego, który wydaje się faworyzować poziom biologiczny konceptualizacji i interwencje farmakologiczne [9].

RWZZ można określić jako próbę odpowiedzi na pytanie o to, jak odnieść się do „problemów życiowych” (*problems in living*) (w terminologii interpersonalnej psychiatrii Harry’ego Stack Sullivana) inaczej niż używając psychiatrycznych systemów diagnostycznych [11]. W jaki sposób najlepiej konceptualizować zachowania i doświadczenia, które mogą wiązać się z cierpieniem i niepokojem jednostki lub niepokoić innych? Za podstawowe założenie przyjmuje się tutaj, że to, co można nazwać symptomem psychiatrycznym jest zrozumiałą odpowiedzią na często bardzo niesprzyjające okoliczności. Odpowiedzi te, zarówno ewolucyjnie, jak i społecznie uwarunkowane, mają funkcje ochronne i pokazują ludzką sprawczość i kreatywność, zdarza się jednak, że prowadzą do pogłębienia i utrwalenia cierpienia [9].

Johnstone i Boyle [12], wiodące autorki RWZZ, opisują podstawowe problemy dominującego podejścia, które nazywają „problemem wszystkiego” (*„everything’s” problem*). Mianowicie, 1. „wszystko powoduje wszystko”: rośnie liczba dowodów na negatywny wpływ wielu zjawisk społecznych i relacyjnych na zdrowie psychiczne, podczas gdy próby

znalezienia pierwotnych i specyficznych czynników biologicznych wciąż kończą się niepowodzeniem; 2. „wszyscy doświadczyli wszystkiego”: co więcej, nie da się wyizolować konkretnych „czynników ryzyka” dla poszczególnych zaburzeń, ludzie podlegają wielu z nich równocześnie, a występowanie niekorzystnych okoliczności znacznie zwiększa ryzyko występowania kolejnych negatywnych czynników, np. ubóstwo przyczynia się do występowania wielu innych zagrożeń; 3. „wszyscy cierpią na wszystko”: w kontekście diagnoz nozologicznych można to określić jako „współwystępowanie” lub „współchorobowość” — w praktyce bardzo rzadko ma się do czynienia z diagnostycznymi „typami idealnymi”, ludzie zmagają się z bardzo wieloma problemami równocześnie, takimi jak lęk, poczucie bezradności czy braku nadziei, niskie poczucie własnej wartości, problemy w relacjach, nietypowe przekonania, samouszkodzenia czy związanymi z kontrolowaniem jedzenia; obraz kliniczny zaś często zmienia się w czasie leczenia, co sprawia, że ludzie otrzymują kolejne diagnozy; 4. „wszystko »leczy« wszystko”: ani leki, pomimo przyjętych nazw sugerujących specyficzność działania (jak np. leki przeciwdepresyjne, które mogą być stosowane m.in. w zaburzeniach osobowości czy obsesyjno-kompulsywnych, czy leki przeciwpsychotyczne, zalecane też w depresji, zaburzeniu afektywno-dwubiegunowym, zaburzeniach lękowych, bezsenności itd.), ani terapie, nie oddziałują specyficznie na konkretne „jednostki chorobowe”; podobnie, różne psychoterapie mają generalnie porównywalną skuteczność, niezależnie od diagnozy i konkretnych technik.

Johnstone i Boyle konkludują: „Podsumowując, wszystkie typy niekorzystnych wydarzeń i okoliczności wydają się zwiększać ryzyko wszystkich typów problemów ze zdrowiem psychicznym (jak również zachowań kryminalnych i problemów ze zdrowiem fizycznym). Wydaje się to być mediowane, pozytywnie lub negatywnie, przez wszystkie typy przywiązania, wszystkie rodzaje wsparcia społecznego, wszystkie rodzaje mechanizmów biologicznych i całą różnorodność stylów poznawczych i emocjonalnych” [12, s. 6, tłum. własne].

W ramach medycznego podejścia koncentrującego się na diagnozach jest to istotny problem stawiający pod znakiem zapytania podstawowe założenia takiego systemu.

W odpowiedzi na te krótko zarysowane tutaj wyzwania oraz inne problemy, RWZZ proponuje radykalnie odmienne podejście, integrujące wiele, nawet pozornie bardzo odległych, ujęć teoretycznych. Wymienić można: radykalny behawioryzm, podejście poznawcze, interpretacyjne i hermeneutyczne, konstruktywistyczne, społeczny konstrukcjonizm, krytyczny realizm, filozofię procesu, podejście systemowe, perspektywy odwołujące się do duchowości, perspektywy sprawiedliwości społecznej i wyzwolenia/emancypacji, nowe ruchy społeczne (np. ocalonych z psychiatrii (*psychiatric survivors*)), feministyczne, rdzennej psychologii i narracyjne. Razem tworzą bogaty zestaw idei, teorii i rozwiązań, które mogą znaleźć zastosowanie w praktyce, która nie unikałaby kontekstu społecznego, kulturowego, a nawet politycznego, problemów, z którymi mierzą się ludzie [11].

### Podstawowe zasady i założenia

Podstawowym założeniem RWZZ jest skupienie się na ludziach ujętych jako ucieleśnione podmioty w społecznych i relacyjnych kontekstach. Przyjmuje się, że „anormalne” zachowania i doświadczenia istnieją na kontinuum z „normalnymi” i można je podobnie

wyjaśniać i interpretować. Chociaż związki między aktualnymi okolicznościami, historią życia, systemami przekonań i uwarunkowaniami cielesnymi osoby a zachowaniem nie zawsze są proste i oczywiste, to jeśli nie ma silnych dowodów, które mogłyby przeczyć takiemu podejściu, zachowanie należy rozumieć jako zrozumiałą odpowiedź na sytuację. Chodziłoby więc raczej o myślenie w kategoriach „trudnych sytuacji”, w których znaleźli się ludzie, niż „zaburzeń”, które rzekomo „posiadają” [9, 14].

Przyczynowość w kontekście ludzkiego zachowania i doświadczenia ujmuje się w RWZZ probabilistycznie. Wpływy przyczynowe operują w sposób warunkowy i synergistyczny, tzn. nie można mówić o prostej przyczynowości w rodzaju: A (np. poziom serotoniny) powoduje B (np. depresję). W rzeczywistości, wiele różnych czynników o różnym charakterze wpływa na siebie wzajemnie, wzmacniając, osłabiając czy nawet odwracając kierunek zależności, o których można by myśleć jako o przyczynowo-skutkowych. Przyjmuje się więc, że choć doświadczenie i ekspresja cierpienia są umożliwiane i mediowane przez czynniki biologiczne, to nie można mówić o ich prostym biologicznym powodowaniu, szczególnie że również owe biologiczne czynniki warunkowane są czynnikami ekonomicznymi, społecznymi i kulturowymi (niejako w sprzężeniu zwrotnym). Ujmowanie i wyjaśnianie „zaburzeń” jako istniejących niezależnie, poza tym szerszym kontekstem (mimo że to ten kontekst je konstruuje) oraz wyłącznie „powodowanych” lub „wywoływanych” przez takie lub inne zewnętrzne czynniki (jak często ma to miejsce w modelu biopsychosocjalnym) jest w związku z tym niemożliwe [15]. Takie oddzielne i reifikowane zaburzenia, na które jakiś czynnik mógłby bezpośrednio wpływać lub je powodować, nie istnieją — a przynajmniej nie udało się ich zidentyfikować na poziomie biologicznym i niewiele wskazuje na to, że uda się to zrobić w przyszłości, opierając się na kategoriach DSM lub ICD [1, 16].

Choć różnorakie koncepcje próbujące konstruować i wyjaśniać ludzkie cierpienie nie mogą realizować pozytywistycznej wizji nauki oderwanej od wartości, to nie oznacza to też, że użyteczna wiedza jest całkowicie nieosiągalna — trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że oddzielenie „faktów” od „wartości” jest w tym kontekście problematyczne. Jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do kwestii międzykulturowych, w których do czynienia możemy mieć z nieuprawnionym narzucaniem zachodnich konceptualizacji „zaburzeń” (traktowanych jako globalne, jakby odpowiadały obiektywnej rzeczywistości) innym kulturom. W obszarze zdrowia psychicznego konieczne jest więc uwzględnienie szerokiej gamy różnych metod badawczych (np. jakościowych), które mogą te zjawiska ujawniać oraz umożliwić uwzględnienie procesów konstruowania sensów i znaczeń i ich specyfikę w ramach różnych kultur [17].

## Władza

Podstawowym pojęciem w proponowanym podejściu jest władza. Wśród inspiracji teoretycznych wpływających na rozumienie tego terminu można byłoby tu, obok przede wszystkim Foucaulta, wymienić takich autorów, jak Bourdieu, Lukes, czy Smail [15]. Nie jest to jednak radykalny konstrukcjonizm społeczny, RWZZ bliższa jest raczej krytycznemu realizmowi w ujęciu np. Bhaskara [18].

Władza dotyczy więc m.in. kontroli znaczeń, języka, stereotypów, polityk czy też konkretnych praktycznych rozwiązań, które, poprzez różne instytucje (jak np. szkoły, media, korporacje, gildie zawodowe i in.), wpływają na postrzeganie rzeczywistości i kreują podmiotowość (np. zgodnie z wymogami neoliberalnej ekonomii [19]). Tak ujęta władza decyduje także o akceptowalnych sposobach przejawiania się podmiotowości, a wyklucza inne. Władza ideologiczna, której część stanowią także dyskursy (wraz z materialnymi instytucjami) psychiatrii, psychologii i psychoterapii, mogą ostatecznie przekładać się też na bardzo bezpośrednie przejawy przemocy i kontroli zachowania (jak np. w przypadku stosowania przymusu i leczenia bez zgody), co według RWZZ należałoby do obszaru władzy przez siłę lub władzy przez przymus [15].

Innymi rodzajami, poziomami, typami czy też przejawami władzy są: władza biologiczna i ucieleśniona (np. związana z posiadaniem lub brakiem społecznie wysoko cenionych cech), władza prawna (dotycząca konkretnych rozwiązań prawnych regulujących różne aspekty życia i zachowania), władza ekonomiczna i materialna (związana np. z dostępem do różnego rodzaju usług, dóbr, schronienia itp.), władza interpersonalna (przykładem może być np. groźba wycofania wsparcia emocjonalnego w bliskich relacjach), a także władza związana z kapitałem społecznym i kulturowym.

Te różne przejawy władzy ujmowane są więc w RWZZ jako wzajemnie blisko powiązane i nakładające się na siebie. I tak np. władza ekonomiczna i materialna wraz z kapitałem społecznym i kulturowym mogą przekładać się na możliwość kreowania znaczeń w obrębie władzy ideologicznej i konkretne rozwiązania prawne w ramach władzy prawnej. Władza oddziałuje więc za pośrednictwem struktur i organizacji społecznych, zawodowych, mediów, edukacji, nauki, relacji społecznych i rodzinnych.

W kontekście cierpienia psychicznego i niepokojącego zachowania władza oddziałuje także, tworząc kulturowe narracje na ich temat (takie jak np. systemy diagnostyczne), które stają się normami, którym podporządkowują się ludzie oraz kreuje społecznie akceptowalne sposoby reagowania na cierpienie. Należy też zauważyć, że władza może mieć zarówno pozytywne, korzystne społecznie, aspekty, jak i charakter negatywny, przemocowy i szkodliwy. Te negatywne aspekty władzy mogą przejawiać się przede wszystkim w kontekście kreowanych przez nią zagrożeń dla realizacji ludzkich potrzeb [15].

### **Zagrożenie i potrzeby**

Negatywny wpływ zagrożenia, wynikającego w dużej mierze z różnorodnych bezpośrednich i pośrednich przejawów władzy, ma w RWZZ związek przede wszystkim z utrudnieniem realizacji podstawowych ludzkich potrzeb. W RWZZ przyjmuje się, że są to m.in.: potrzeby bezpieczeństwa, bliskiego przywiązania do opiekunów (w przypadku dzieci), pozytywnych relacji w ramach związków, rodzin, przyjaźni i wspólnot, posiadania wpływu na ważne aspekty życia, w tym na ciało i emocje, zaspokojenia podstawowych potrzeb fizycznych i materialnych dla siebie i bliskich, sprawiedliwości i uczciwości, bycia cenionym i skutecznym w różnych rolach społecznych, zaangażowania w sensowne działania, poczucia nadziei, sensu i celu w życiu [9].

Można tutaj dostrzec echa wielu różnych koncepcji, np. humanistycznych, dotyczących potrzeb [20]. Zaspokojenie potrzeb ujmowane jest jako warunek zapewnienia potomstwu

odpowiednich warunków do rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego. Zagrożenia wobec realizacji potrzeb u rodziców mogą oddziaływać na dzieci, utrudniając im rozwój umożliwiający zaspokajanie swoich potrzeb i prowadząc do transgeneracyjnej traumy (nierzadko pogłębianej jeszcze przez nieskuteczne systemy pomocy) [9].

Zagrożenia mogą być więc związane z szeroko ujętymi trudnymi doświadczeniami w dzieciństwie, takimi jak np. przemoc fizyczna, seksualna lub zaniedbanie, mogą dotyczyć płci (np. w kontekście nierównowagi władzy pomiędzy kobietami i mężczyznami), „rasy”, pochodzenia etnicznego czy wreszcie klasy społecznej i ubóstwa [15]. Dotyczą więc środowiska, ciała, wartości, znaczeń, związków, relacji, emocji, jak również kwestii społecznych, ekonomicznych i materialnych. W RWZZ podkreśla się, że zrozumienie oddziaływania tych zjawisk na jednostki jest niemożliwe bez osadzenia ich w szerszym kontekście kulturowym — kontekście indywidualnych i kulturowych znaczeń [21].

### Znaczenie

Znaczenie jest trzecim podstawowym elementem RWZZ i wątkiem przewijającym się przez pozostałe z nich. Samo pojęcie „znaczenia” można rozumieć na wiele różnych sposobów. Istnieje bogata filozoficzna i lingwistyczna tradycja zmagająca się z tym problemem. Także na gruncie psychologii, kognitywistyki czy neuronauk próbuje się prowadzić badania i konstruować teorie dotyczące problemu języka i nadawania przez ludzi znaczeń, w tradycjach nawet tak różnych jak radykalny behawioryzm czy psychoanaliza lacanowska.

Medlock [22] wyróżnia przynajmniej kilka głównych sposobów ujmowania „znaczenia znaczenia”, wywodzących się z różnych pozycji epistemologicznych i ontologicznych lub nawet duchowych (np. buddyzm). Cromby [23], w kontekście RWZZ, organizuje je według podstawowych wątków i treści: 1. jednostkowe znaczenie (związane z wyrażaniem siebie, wartościami, celami), 2. wyższe wartości i kontekst duchowy (egzystencjalne i duchowe kwestie, dobre życia, tajemnica, transcendencja i przekraczanie siebie, brak absolutnego i obiektywnego znaczenia), 3. połączenie, wspólnota, współzależność (z self, tożsamością, środowiskiem, współpracownikami, przyjaciółmi itp.), 4. wielowymiarowość (biologiczna, jednostkowa, relacyjna, socjolingwistyczna, kulturowa w kontekście wyłaniania się znaczeń z różnych wymiarów i poziomów).

Ogólnie, można by następnie mówić o „znaczeniu” rozumianym bardziej jako „sens życia” (które są bliżej punktów 1 i 2) i o znaczeniach rozumianych bardziej w kontekście codziennych czynności i interakcji, wyłaniających się także w podstawowych prozaicznych sytuacjach (bliższe punktom 3 i 4). RWZZ zainteresowana jest oboma tymi poziomami.

Dostrzec można tutaj wpływy filozofii procesu, konstrukcjonizmu czy też fenomenologii. Podobnie jak u Merleau-Ponty’ego znaczenie ma charakter ucieleśniony, a zgodnie z konstrukcjonizmem Shottera może wręcz wykraczać poza abstrakcyjne systemy znaków, jak język, i osadzone jest w konkretnych praktykach, czynnościach oraz materialnych, instytucjonalnych i kulturowych kontekstach. Jako wciąż obecne tło współtworzą one znaczenie konkretnych aktów mówienia, słuchania czy też innych gestów i zachowań. Akcent z samego języka przesuwa się więc w kierunku znaczenia w czynnościach mówienia i słuchania w sytuacjach kształtowanych również przez Władzę [23].

Koncentracja na znaczeniu przywodzić musi też na myśl pojęcie narracji. Narracje, w uproszczony sposób, ująć można na różnych poziomach: 1. indywidualnym (narracje tworzone przez ludzi na swój temat, także te dotyczące ich cierpienia i problematycznych zachowań), 2. kulturowym (narracje kształtujące wartości i znaczenia wpływające na postrzeganie oraz doświadczanie świata i siebie, np. dotyczące norm społecznych i norm „zdrowia psychicznego”), 3. metateoretycznym (których RWZZ może być jednym z przykładów, dotyczącym np. uwarunkowań strukturalnych, które wpływają na kształt narracji kulturowych) [11].

W kontekście psychoterapii, w zależności od teoretycznego zaplecza i konkretnej koncepcji, narracje bywają rozumiane na różne sposoby. Ujęcie narracji w RWZZ bliższe wydaje się być np. koncepcjom Hermansa lub White’a niż np. Adamsa. Wydaje się więc, że narracje traktowane są tutaj raczej jako rozproszone, plastyczne i zmienne oraz unika się ich wartościowania (np. jako narracje patologiczne vs niepatologiczne). Narracje mogą być wyrażane za pomocą różnych środków, nie dotyczą więc wyłącznie języka i mogą mieć charakter niechronologiczny i nielinearny [24].

Narracji wytworzonych w procesie terapii nie traktuje się jako uprzywilejowanych. Terapeutyczne (jeśli chodzi o funkcję) narracje powstawać mogą w wielu różnych społecznych i interpersonalnych oraz relacyjnych kontekstach, a więc przyjmować także formy poezji, piosenki, muzyki, sztuki i specyficznych dla kultur legend i przekonań. W RWZZ podkreśla się sprawczość ludzi, jeśli chodzi o kreowanie własnych narracji, z drugiej jednak strony, próbuje się uniknąć „magicznego woluntaryzmu”, o którym pisał wspomniany wcześniej Smail [25], czyli uproszczonego przekonania, że „wystarczy zmienić myślenie”. Narracje, podobnie jak znaczenia, nie istnieją bowiem w próżni oderwanej od ekonomicznej, materialnej i cielesnej rzeczywistości. Jak ujmuje to Johnston [26, s. 68], tożsamość to „kim możesz powiedzieć, że jesteś, zgodnie z tym, kim mówią, że możesz być”. Może to np. oznaczać, że osoba, której postawiono diagnozę schizofrenii, a więc „osoba ze schizofrenią”, nie może już zostać „osobą bez schizofrenii”, jeśli przyjmujemy narrację o dożywotniej i chronicznej naturze takiej diagnozy — nie wszystko można więc „pomyśleć”, powiedzieć, a tym bardziej wcielić w życie.

### **Odpowiedzi na zagrożenie**

Problematyczne zachowania, lub w terminologii psychiatrycznej „symptomy”, mogą pełnić różne funkcje, np. regulacji przytłaczających uczuć, poszukiwania przywiązania, utrzymywania poczucia kontroli, unikania zagrożenia, zachowania poczucia tożsamości i własnej wartości, czy też umożliwiać przynależność do grupy społecznej lub rówieśniczej. Mogą odzwierciedlać zarówno wpływ przedrefleksyjnych (nieświadomych, nieuwarunkowanych lub w niewielkim stopniu uwarunkowanych językowo lub kulturowo, ale także podlegającym wpływowi uczenia) reakcji (np. reakcje walki, ucieczki, zamrożenia czy też podwyższonej czujności), jak i zachowań podlegającym refleksyjnemu wpływowi [15].

Odpowiedzi na zagrożenia mogą przy tym pełnić wiele różnych funkcji (np. nietypowe przekonania mogą nie tylko nadawać życiu znaczenie, ale i mieć związek z poczuciem własnej wartości), a i poszczególne funkcje realizowane mogą być przez różne zacho-



wania (np. poczuciu kontroli mogą służyć także zachowania rytualne lub stosowanie przemocy). Głodzenie się może być związane z potrzebą kontroli. Brak zaufania może chronić przed porzuceniem i utratą więzi, a funkcją bezsenności może być ochrona przed niebezpieczeństwem [21].

Wpływ władzy objawia się w tym kontekście zarówno na poziomie kreowania zagrożeń dla realizacji potrzeb (np. ze względu na warunki pracy czy działalność różnego rodzaju instytucji), jak i na poziomie kształtowania możliwych odpowiedzi na te zagrożenia (np. reklamy mogą zachęcać do regulowania napięcia za pomocą używek), tworząc uwarunkowaną kulturowo „pulę symptomów”. Może to np. częściowo wyjaśniać, dlaczego pewne formy wyrażania cierpienia stają się mniej lub bardziej powszechne w czasie. Np. „kampanie zwiększające świadomość zaburzeń”, mogą równocześnie zwiększać dostępność poznawczą określonych problematycznych zachowań. Znaczne różnice historyczne i różnice pomiędzy kulturami w występowaniu określonych problemów mogą wynikać ze zmieniającej się „puli symptomów” [15].

### Ogólne prawidłowości w RWZZ

W RWZZ zamiast „zaburzeń”, które ludzie mieliby „mieć”, proponuje się pewne „ogólne prawidłowości” (*general patterns*) opisujące oparte na znaczeniach odpowiedzi na Władzę, przyjmowane, świadomie lub nie, w odniesieniu do zagrożeń określonych potrzeb. Te prawidłowości i odpowiedzi kształtowane są przez znaczenia, nie przez biologię, mogą więc zmieniać się w czasie i w zależności od kultur [21].

U różnych osób prawidłowości te mogą prezentować się odmiennie, proponowane wzorce należy więc traktować raczej jako wstępne wskazówki umożliwiające wspólne budowanie z pacjentem indywidualnej narracji, niż gotowe rozwiązania. Jako oparte na empirycznych obserwacjach, mogą one także stanowić podstawę do dalszych badań naukowych [9].

### Praktyka i RWZZ

Najprościej rzecz ujmując, RWZZ proponuje zastąpienie kluczowego dla medycyzacji pytania „co z tobą nie tak?” (a więc np. „jakie posiadasz zaburzenie?”), pytaniem: „co ci się przydarzyło?”. Nie należy tego, oczywiście, rozumieć dosłownie. Nie wynika z tego, że takie konkretne sformułowanie powinno paść ze strony klinicysty — obrazuje ono tylko pewne przesunięcie ontologiczne i epistemologiczne, o które miałyby chodzić [27].

„Co ci się przydarzyło?” odnosi się więc do konieczności uwzględniania poziomu analizy związanego z Władzą, ujęcie problemów pacjenta zarówno pod kątem indywidualnej historii, możliwych ważnych i/lub niekorzystnych wydarzeń, które mogły na nie oddziaływać, jak i umieszczenia ich w szerszym kontekście społecznym i kulturowym.

Kolejna kluczowa kwestia, bezpośrednio wypływająca z poprzedniej: „jak to na ciebie wpłynęło?”, to namysł nad poziomem Zagrożeń. Pytanie „jak to rozumiesz?” lub „jaki nadałeś temu sens?” odsyłałoby zaś do analizy na poziomie Znaczeń. „Co musiałeś zrobić, żeby przetrwać?” oznaczałoby odniesienie się do odpowiedzi na zagrożenia, a więc konkretnych zachowań, myśli i uczuć, np. strategii radzenia sobie [9].

Pytania „jakie są twoje silne strony?” (a więc próba odniesienia się do zasobów władzy, z których mógłby skorzystać pacjent, aby poprawić swoją sytuację i stan, takich jak np. umiejętności, wsparcie społeczne, wiedza) i „jaka jest twoja historia?” (a więc poziom osobistej narracji i próba połączenia wszystkich wątków) mogą być szczególnie pomocne w kontekście klinicznym. Należy tutaj jednak podkreślić, że wymienione poziomy analizy odnoszą się do wszystkich ludzi, nie tylko do tych szukających profesjonalnego wsparcia [21].

W celu, którym jest stworzenie korzystniejszej narracji, widać punkty zbieżne np. z podejściem Otwartego Dialogu. RWZZ czerpie jednak z wielu podejść i tradycji, dlatego też bardzo różne podejścia terapeutyczne, od tych bliżej radykalnego behawioryzmu (jak np. terapia akceptacji i zaangażowania, ang. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) przez psychoanalityczne i psychodynamiczne po terapie egzystencjalne czy też fenomenologiczne i humanistyczne, mogą z powodzeniem posługiwać się takim niekategorialnym podejściem do diagnozy [28].

Przypadek Ewy, przedstawiony przez Rostworowską i Opoczyńską [29, 30], może tutaj posłużyć za krótki przykład zbliżonego do RWZZ praktycznego podejścia. Zachowania pacjentki, ujęte początkowo jako po prostu „objawy schizofrenii” (zgodnie z diagnozą, co odpowiadałoby myśleniu „co z tobą nie tak?”), jawiły się początkowo jako pozbawione sensu i wyłącznie „psychopatologiczne”. Uwzględnienie osobistej historii młodej kobiety, w kontekście systemu rodzinnego i reakcji na samobójczą śmierć brata (pytanie „co ci się przydarzyło?” i pozostałe kwestie, a więc odniesienie się do poziomów władzy, zagrożenia, znaczeń, odpowiedzi na zagrożenia i ich funkcji) sprawiło, że można było potraktować problematyczne zachowania także jako adekwatne, normalne, sensowne reakcje na tragiczne wydarzenia. W trakcie terapii udało się także zwrócić uwagę na silne strony (zasoby władzy) pacjentki, umożliwiając wykorzystanie ich do podjęcia korzystnych realnych działań i stworzyć bardziej sprzyjającą rozwojowi i zdrowieniu narrację. Jak piszą Rostworowska i Opoczyńska: „Rozmowy przestały być rozmowami na temat objawów choroby, ich różnicowania i wglądu. Stały się natomiast rozmowami na temat ich funkcji, celu, sensu w kontekście historii rodzinnej. [...] W następstwie zmiany rozumienia siebie pacjentka mogła wspólnie z terapeutą zastanawiać się nad swoimi planami na przyszłość. Zaczęła zadawać sobie pytanie, czy jest potrzebna rodzicom? Czy nie powinna powrócić do domu rodzinnego, kontynuować naukę w pobliżu miejsca zamieszkania i wspierać swą obecnością rodziców? W efekcie rozmów z terapeutą, w czasie których zadawała sobie podobne pytania, zdecydowała się na powrót do rodzinnego domu i podjęcie nauki w pobliżu miejsca zamieszkania. Być może decyzja ta stała się możliwa dlatego, że Ewa nie myślała o sobie w kategoriach chorej na schizofrenię, ale w kategoriach osoby, która zмага się z życiem i śmiercią: z doświadczeniami utraty, żałoby, samotności i lęku o najbliższych” [30, s. 30].

Dzięki takiemu przeformułowaniu problemu, pacjentka ukończyła szkołę, podjęła pracę i nie była więcej hospitalizowana [29, 30]. W ramach RWZZ początkowa konceptualizacja jej problemów jako wynikających z reifikowanego konstruktu schizofrenii mogłaby jednak zostać całkowicie pominięta czy wręcz ujmowano by ją jako wprowadzenie zbędnej przeszkody, którą należy następnie pokonać.

Z podobnym opisem mamy do czynienia na stronie Fundacji Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu: „Widziałam, jak »psychotyki«, który jest wysłuchiwany, którego słowa nie

są »urojeniami«, lecz mają konkretne znaczenie dla jego rodziny, konkretne, bo związane z jego i ich historią, może z tej choroby wyjść, może ją zrozumieć, poznać, i przyjąć jako kolejne doświadczenie, a nie jako »zachorowanie« naznaczające go na całe życie, robiące z niego chronika” [31].

Przytoczone przykłady nie oznaczają, oczywiście, że RWZZ odnosi się wyłącznie do problemów diagnozowanych jako psychoza czy też schizofrenia i nazywanych chorobami lub też do osób ujmowanych jako „chore psychicznie”. Obrazują przy tym jednak jedno z założeń RWZZ, zgodnie z którym pozornie „anormalne” i niemożliwe do zrozumienia doświadczenia i zachowania traktuje się jako zrozumiałe odpowiedzi na okoliczności, historię życiową i ich znaczenie/sens, oraz że taka konceptualizacja oraz odpowiadająca jej interwencja mogą być pomocne i skuteczne.

### Podsumowanie

Podobnie jak inne propozycje, RWZZ otrzymała zarówno przychylne, jak i negatywne komentarze i opinie. Z jednej strony, spotkała się z szerokim pozytywnym odzewem w Wielkiej Brytanii, w tym np. na szpitalnych oddziałach zamkniętych oraz została przetłumaczona na kilka języków europejskich, m.in. hiszpański, włoski i norweski. Z drugiej, część środowiska psychiatrycznego nazywa RWZZ „ideologicznym atakiem na psychiatrię” — choć sam ten zarzut wydaje się ideologiczny i nie ma charakteru naukowego. Część badaczy i praktyków twierdzi także, że RWZZ nie wnosi wiele nowego lub że jest wręcz gorsza i mniej praktyczna od diagnoz DSM i ICD. Niektórzy zarzucają RWZZ, że zastępuje jedną dominującą narrację — inną [32], trudno jednak uznać, że stanowi to wystarczający argument za utrzymaniem tej obecnej.

Niektórzy pacjenci mówią o uldze, którą przynosi im diagnoza nozologiczna. Wydaje się jednak, że poczucie uznania ich cierpienia, uwagę, współczucie czy pewnego rodzaju wyjaśnienie i nazwanie problemów, nadzieję na skuteczną pomoc oraz uzyskanie świadomości, że inni ludzie mierzą się z podobnymi wyzwaniem, które prawdopodobnie za ten efekt odpowiadają, zapewnić można także w inny sposób, opierający się właśnie, np. na RWZZ. McWilliams twierdzi, że diagnozy nozologiczne to mapy, które mogą być pomocne dla początkujących terapeutów, jednak reifikacja owych map sprawia, że zasłaniają one rzeczywiste terytorium i w efekcie mogą bardziej szkodzić niż pomagać [33].

Niektórzy wskazują, że diagnozy ICD lub DSM są niezbędne ze względu na ich funkcje czysto administracyjne i biurokratyczne, związane np. z finansowaniem świadczeń. Jest to jednak wyłącznie cecha organizacji systemu finansowania, który można zaprojektować inaczej, nie zaś kwestia samej teorii i praktyki klinicznej. Ponadto, diagnozy nie stanowią ani warunku wystarczającego, ani koniecznego dla otrzymania pomocy psychiatrycznej [34]. Z podobną sytuacją mamy do czynienia, np. w przypadku świadczeń socjalnych — diagnoza nozologiczna jest jedynie wstępem do głębszej analizy przypadku i decyzji znacznie poza samą diagnozę wykraczającej.

RWZZ zarzuca się także, że narzuca myślenie w kategoriach traumy, co miałyby rzekomo wynikać z pytania „co ci się przydarzyło?”, czy nawet, że samo takie pytanie może być wtórnie traumatyzujące. Faktycznie, RWZZ wyjątkowo dobrze współgra z po-

dejskami zorientowanymi na traumę [35] jednak, jak już wspomnieliśmy, nie należy tych przykładowych pytań stawiać ani rozumieć dosłownie. Chodzi raczej o przekierowanie uwagi z poszukiwania zepsutej „rzeczy” (diagnozy), którą mielibyśmy „naprawić” na dynamiczne, wielorako uwarunkowane, procesy wpływające na różne sposoby na jednostkowe cierpienie, które przejawia się w indywidualny sposób; na wydobycie historii, narracji, znaczeń i ich konkretnych okoliczności. Może to dotyczyć lub nie dotyczyć doświadczeń typowo ujmowanych jako „traumy”.

Może się wydawać, że opisana wyżej praktyka jest częsta w psychoterapii i poradnictwie (choć jej powszechność może też zależeć od konkretnej modalności), odbiega jednak zdecydowanie od praktyki diagnozy psychiatrycznej, gdzie, nawet jeśli w idealnej sytuacji mamy do czynienia z uwzględnieniem szerszego kontekstu i tego typu pytań, to ostatecznie mają one służyć wyodrębnieniu „symptomów” z listy i dopasowaniu ich do reifikowanego konstruktów zaburzenia, dla którego stanowią one wtedy co najwyżej czynnik wyzwalający lub podtrzymujący. RWZZ proponuje pewnego rodzaju wstępne wzorce lub prawidłowości różnych odpowiedzi na zagrożenie, ale jest to raczej tylko hermeneutyczna wskazówka, która może wspomóc tworzenie narracji — nie zaś czynnik o charakterze zmiennej ukrytej determinujący zachowanie, tak jak ma to miejsce w wypadku diagnoz nozologicznych [4]. Warto także dodać, że, jak wskazują badania, wielu psychoterapeutów krytycznie odnosi się do diagnoz DSM i ICD — co może rodzić pytania o etyczność posługiwania się w praktyce terapeutycznej kategoriami (narzędziami), o których trafności nie jest się przekonany [36]. Wiedza o istniejących alternatywach wobec takich diagnoz związana jest też zwykle z poparciem dla ich stosowania i rozwijania [7].

RWZZ jest także kompatybilna z zaproponowanym przez Moncrieff „modelem działania skoncentrowanym na leku” („*drug-centred*” *model of drug action*), w przeciwieństwie do „modelu działania skoncentrowanego na chorobie” („*disease-centred*” *model of drug action*). W ramach tego pierwszego podejścia uznaje się, że psychoaktywne właściwości niektórych substancji mogą być w pewnych okolicznościach pomocne (powodując np. uspokojenie, pobudzenie, spłycenie emocji), co nie jest jednak związane z diagnozami i powiązany z nimi rzekomymi biologicznymi nieprawidłowościami, na które leki miałyby oddziaływać, ale wynika z charakteru samych substancji [37, 38].

W odróżnieniu od modelu biopsychospołecznego, w RWZZ nie zakłada się patologii i nie faworyzuje poziomu biologicznego. Trójczęściowy model może być użyteczną heurystyką, ale w rzeczywistości rozgraniczenie między poziomami biologicznym, psychologicznym i społecznym jest umowne. RWZZ mocniej akcentuje też sprawczość i zdolność do tworzenia i wyrażania znaczeń, które nadają jednostkowemu doświadczeniu unikalny charakter. Pomimo że większość interwencji w systemach opieki zdrowotnej nakierowanych jest na jednostkę, RWZZ znacznie większy nacisk kładzie na kontekst społeczny i relacyjny ludzkich problemów. Chodzi więc o ujęcie sytuacji pacjenta w odniesieniu do pojęć Władzy, Zagrożenia i Znaczenia jako pryzmatu dostarczającego ramę interpretacji zgłaszanych skarg i wypracowanie rozwiązań dla nich. W RWZZ chodzi raczej o „ludzi z problemami” niż „pacjentów z chorobami”.

**Piśmiennictwo**

1. Campolonghi S, Orrù L. Psychiatry as a medical discipline: Epistemological and theoretical issues. *J. Theor. Philos. Psychol.* 2023. DOI: 10.1037/teo0000256.
2. Karter JM. An ecological model for conceptual competence in psychiatric diagnosis. *J. Humanist. Psychol.* 2019. DOI: 10.1177/0022167819852488.
3. Watson D, Levin-Aspenson HF, Waszczuk MA, Conway CC, Dalgleish T, Dretsch MN i wsp. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry* 2022; (21): 26–54. DOI: 10.1002/wps.20943.
4. Hayes SC, Hofmann SG, red. *Ponad DSM. Ku alternatywnej, opartej na procesach diagnozie i terapii zaburzeń psychicznych.* Gdańsk: GWP; 2022.
5. Kendler KS. Potential lessons for DSM from contemporary philosophy of science. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 99. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3559.
6. Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Toward a change of paradigm in psychosis: a contextual phenomenological approach. W: Díaz-Garrido JA, Zúñiga R, Laffite H, Morris E, red. *Psychological interventions for psychosis.* Springer International Publishing; 2023, s. 1–22. DOI: 10.1007/978-3-031-27003-1\_1.
7. Raskin JD, Maynard D, Gayle MC. Psychologist attitudes toward DSM-5 and its alternatives. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2022; 53: 553–63. DOI: 10.1037/pro0000480.
8. Johnstone L. Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis. *J. Humanist. Psychol.* 2018; 58: 30–46. DOI: 10.1177/0022167817722230.
9. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P i wsp. The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2018. DOI: 10.53841/bpsrep.2018.inf299b.
10. British Psychological Society [Internet]. Power Threat Meaning Framework. <https://www.bps.org.uk/member-networks/division-clinical-psychology/power-threat-meaning-framework> [dostęp 16.10.2023].
11. Harper DJ. Framing, filtering, and hermeneutical injustice in the public conversation about mental health. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 68–82. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773360.
12. Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: an alternative non-diagnostic conceptual system. *J. Hum. Psychol.* 2018: 002216781879328. DOI: 10.1177/0022167818793289.
13. Cromby J. Meaning in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 41–53. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773355.
14. Bergström T. From treatment of mental disorders to the treatment of difficult life situations: A hypothesis and rationale. *Med. Hypotheses* 2023; 176: 111099. DOI: 10.1016/j.mehy.2023.111099.
15. Boyle M. Power in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 27–40. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773357.
16. Stupak R. Model biomedyczny w psychopatologii. Krytyczny szkic historyczny, współczesny kontekst i problemy etyczne. *Diametros* 2020; 66: 34–5. DOI: 10.33392/diam.
17. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P i wsp. The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society; 2018. DOI: 10.53841/bpsrep.2018.inf299a.
18. Pilgrim D. A critical realist reflection on the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 83–95. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773359.

19. Teo T. Homo neoliberalus: From personality to forms of subjectivity. *Theory & Psychology* 2018; 28: 581–599. DOI: 10.1177/0959354318794899.
20. Oleś P. *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Wydanie nowe. Warszawa: Scholar; 2022.
21. Johnstone L. General patterns in the Power Threat Meaning Framework – principles and practice. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 16–26. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773358.
22. Medlock G. Seeking consensual understanding of personal meaning: reflections on the Meaning Summit at First Congress on the Construction of Personal Meaning. *J. Constr. Psychol.* 2017; 30: 1–13. DOI: 10.1080/10720537.2015.1119079.
23. Cromby J. Meaning in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 41–53. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773355.
24. Vassilieva J. *Narrative psychology*. London: Palgrave Macmillan UK; 2016. DOI: 10.1057/978-1-137-49195-4.
25. Smail D. *Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2005.
26. Johnston J. *Lesbian nation: the feminist solution*. New York: Simon and Schuster; 1973.
27. Harper DJ, Cromby J. From ‘what’s wrong with you?’ to ‘what’s happened to you?’: an introduction to the special issue on the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 1–6. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773362.
28. Díaz-Garrido JA, Zúñiga R, Laffite H, Morris E, red. *Psychological interventions for psychosis: towards a paradigm shift*. Springer International Publishing; 2023. DOI: 10.1007/978-3-031-27003-1.
29. Rostworowska M, Opoczyńska M. From monologue towards therapeutic dialogue. Some remarks about systemic family consultations in a psychiatric in-patient ward. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2009; 2: 29–34.
30. Rostworowska M, Opoczyńska M. Od monologu do dialogu terapeutycznego. O roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(1): 25–32.
31. Polski Instytut Otwartego Dialogu [Internet]. Czy można leczyć psychozę bez leków? Doświadczenia pracy z rodziną i siecią społeczną w nurcie Otwartego Dialogu. 2019. <https://otwartydialog.pl/event/czy-mozna-leczyc-psychoze-bez-lekow-doswiadczenia-pracy-z-rodzina-i-sieciami-spoeczna-w-nurcie-otwartego-dialogu/> [dostęp 8.10.2023].
32. Morgan A. Power, Threat, Meaning Framework: a philosophical critique. *Philos. Psychiatr. Psycho.* 2023; 30: 53–67. DOI: 10.1353/ppp.2023.0011.
33. McWilliams N. Diagnosis and its discontents: reflections on our current dilemma. *Psychoanal. Inq.* 2021; 41: 565–579. DOI: 10.1080/07351690.2021.1983395.
34. Allsopp K, Kinderman P. The use of diagnoses in mental health service eligibility and exclusion criteria. *J. Ment. Health* 2021; 30: 97–103. DOI: 10.1080/09638237.2019.1677875.
35. Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A. Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int. J. Mental Health Nurs.* 2018; 27: 7–19. DOI: 10.1111/inm.12369.
36. Raskin JD, Gayle MC. DSM-5: Do psychologists really want an alternative? *J. Hum. Psychol.* 2016; 56: 439–456. DOI: 10.1177/0022167815577897.
37. Moncrieff J. *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. London: Palgrave Macmillan; 2007.
38. Boyle M, Johnstone L. Alternatives to psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1: 409–411. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70359-1.

Adres: radoslaw.stupak@up.krakow.pl