

Krzysztof Dyga, Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz

TOŻSAMOŚĆ OSÓB Z DIAGNOZĄ ZABURZENIA AFEKTYWNEGO DWUBIEGUNOWEGO

IDENTITY OF PEOPLE DIAGNOSED WITH BIPOLAR DISORDER

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

**bipolar disorder
identity
qualitative research**

Streszczenie

Cel: Celem badania była eksploracja treści doświadczeń związanych z tożsamością u osób z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.

Metoda: Przeprowadzono sześć wywiadów częściowo ustrukturyzowanych z osobami po 30. r.ż. Ich transkrypcje poddano interpretatywnej analizie fenomenologicznej (IPA).

Wyniki: Wypowiedzi uczestników badania ukazały złożony obraz ich zmagania z tożsamością w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Na znaczącą część tego obrazu składały się postawy wobec diagnozy i leczenia. Połowa badanych sygnalizowała sprzeciw wobec patologizacji dwubiegunowości (stanowiącej część ich tożsamości) oraz agresywnego leczenia skutkującego m.in. postrzeganym obniżeniem zdolności intelektualnych — jednego z fundamentów ich tożsamości. Pozostali przyjmowali obowiązującą narrację psychiatryczną, czując się najbardziej sobą w czasie remisji i podejmując zgodne z zaleceniami lekarskimi starania o utrzymywanie się w tym stanie.

Wnioski: Niezależnie od rozumienia swojego zaburzenia i stosunku do leczenia żaden z badanych nie ugłasniał kryzysu tożsamości. Uczestników badania cechowała wysoka tolerancja niepewności, przypuszczalnie będąca funkcją takich zmiennych, jak wiek (w tym zachorowania) i czas życia z zaburzeniem, rozwinięte myślenie postformalne i motywacja do poznawania siebie. Pozytywne przeformułowania oraz klarowna narracja na temat życia z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym umożliwiły jej akceptację. U jednych oznaczała ona zgodę na przypisaną diagnozę, u innych afirmację dwubiegunowości. Żaden z badanych nie definiował siebie poprzez rolę pacjenta. Tożsamościowym poczuciom ciągłości i spójności sprzyjało nieoddzielanie zdrowych i chorych aspektów siebie. Wyniki, poza wartością poznawczą, mogą dostarczyć klinicytom wzorców stanowiących możliwe punkty odniesienia do pomocy w procesie integracji tożsamości w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego tym osobom, które nie zdołały wykształcić podobnych strategii.

Summary

Objectives: The objective of this research was to explore the contents of experiences associated with the identity of people diagnosed with bipolar disorder (BD).

Methods: Six semi-structured interviews were conducted with people over 30. Their transcripts were subject to interpretative phenomenological analysis (IPA).

Results: The statements of the participants showed a complex picture of their struggles with identity in the course of BD. Attitudes towards diagnosis and treatment were a significant part of it. Half of the respondents expressed disagreement with the pathologization of bipolarity (which was part of their identity) and aggressive treatment resulting in, among others, the perceived reduction of intellectual capability which was one of the fundamental features of their identity. The remaining participants have accepted the current psychiatric narrative, being themselves mostly during remission and making efforts to stay in this state in accordance with the physician's orders.

Conclusions: Regardless of the ways of understanding BD and the attitude to treatment, none of the participants had any critical issues related to his/her identity. Participants demonstrated high tolerance of uncertainty, presumably being a function of variables such as age and duration of the disorder, well-developed postformal thinking, and motivation to learn about themselves. Positive reformulations and a clear narrative about life with BD made its acceptance possible. In some of them, this meant approval of the received diagnosis, in others, it was the affirmation of bipolarity. None of the participants defined themselves through the role of the patient. Identity-related senses of continuity and cohesion were favored by not separating the healthy and ill aspects of oneself.

Wstęp

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe charakteryzuje się nawracającymi fazami depresji i manii. Depresji, poza silnie obniżonym nastrojem, towarzyszy spadek energii, niechęć do życia i do własnej osoby, połączona najczęściej z poczuciem bezwartościowości, nierzadko z wyolbrzymionym poczuciem winy i myślami, a nawet tendencjami samobójczymi. Zanika nadzieja, pozytywne aspekty życia zostają całkowicie odsunięte, następuje utrata wszelkich zainteresowań i pasji. Dochodzą do tego zmiany vegetatywne: najczęściej wydłużony lub skrócony czas snu oraz zwiększony lub obniżony apetyt. Obniżony napęd i myślenie ruminacyjne przekładają się na pogorszenie zdolności poznawczych, z obniżeniem koncentracji uwagi na czele. W manii dzieje się odwrotnie: osoba, o ile nie przeżywa głównie dysforii, jest przepełniona życiem, poczuciem szczęścia i pełni. Poziom mobilizacji organizmu wydaje się wręcz nadludzki, szczególnie przy wyjątkowo niskim zapotrzebowaniu na sen i pożywienie; gwałtownie wzrasta kreatywność (aż do natłoku myśli), aktywność (przyjmująca z czasem coraz bardziej chaotyczny i destabilizujący charakter), wszystko wydaje się mieć sens, łączyć się ze sobą i tym samym uzasadniać szczególny punkt widzenia jednostki i jej zadowolenie z siebie (co w manii psychotycznej sięga poziomu urojeń ksbnych, wielkościowych i posłannicznych).

Tożsamość — synteza koncepcji psychologicznych

Świadomość tej cyklicznej zmienności rodzi pytanie, czy rozbieżność między sobą-teraz a sobą-wtedy nie odciska piętna na poczuciu bycia sobą i przekonaniu, że jest się tym samym sobą — a więc na tożsamości w wymiarze podmiotowym, opartym na „poczuciach” (odrębności, ciągłości czy spójności), oraz przedmiotowym, odnoszącym się do takich charakterystyk, wartości, przekonań, ról i przynależności społecznych, wspomnień, planów itp., które, ujawniając się w procesie autorefleksji, stanowią fundamenty tożsamości indywiduum [1]. Tożsamość przedmiotowa zakłada skupianie uwagi tylko na niektórych

spośród nich — na tych, którym przypisuje się największą wagę w procesie samookreślenia [2]. Poczucia ciągłości i spójności wyrażają się zaś w mniej lub bardziej uświadomianych doświadczeniach, które poddane werbalizacji mogłyby brzmieć następująco: „Ja to ja, przez całe życie” i „Ja to ja, pomimo różnorodności moich cech, stanów, zachowań w różnych momentach i sytuacjach”.

Jako że rzeczywistość kryjąca się za pojęciem tożsamości przykrojona do jednej teorii czy języka opisu traci wiele ze swego zróżnicowania, skłaniamy się ku integracji zarówno rozlicznych koncepcji tożsamości, jak i wyżej wymienionych wymiarów, co współgra z ateoretycznymi (choć czerpiącymi z bogatego dorobku teoretycznego) konceptualizacjami obecnymi już na gruncie polskim [1–3]. Tożsamość w niniejszym artykule będzie się więc wiązała z jednej strony z tym, co jednostka o sobie myśli i czemu jednocześnie przyznaje największą wagę (to ostatnie odróżnia tożsamość od koncepcji siebie), co przyjmuje za swoje i bez czego trudno by jej było wyobrazić sobie samą siebie, a z drugiej z tym, jak siebie odczuwa w czasie i w przestrzeni (tj. w różnych sytuacjach) i na ile czuje się sobą.

Problem badawczy niniejszej pracy obejmuje ten wycinek świata przeżywanego (Lebenswelt) osób z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, który odsyła do tożsamości w powyższym rozumieniu. Odpowiada mu cel badania w postaci zgłębiania znaczeń, jakie towarzyszą doświadczaniu tożsamości w jego przebiegu. Nie było jak dotąd badania poruszającego te kwestie w warunkach polskich, zaś na świecie istnieje zaledwie kilka publikacji na ten temat [4–8]. Tymczasem owe nieliczne istniejące doniesienia, o których będzie jeszcze mowa w dyskusji i które zostały szczegółowo omówione we wcześniejszym artykule jednego z autorów [9], zwracają uwagę na ważkość omawianej problematyki. Składają się na nią następujące zjawiska: szeroki zakres i duża intensywność nastrojów przejawiająca się w skokowych zmianach zachowania, odczuwania i myślenia, skutkujące dezorientacją w kwestii tego, kim się jest [por. 5–7], aż do subiektywnie przeżywanej „wielości osobowości” [7], zaskakujące dla samego siebie, słabo kontrolowalne i przewidywalne zachowania [5, 7], nierozpoznawanie samego siebie, poczucie braku substancjalności, niemożność identyfikacji „prawdziwego self” i integracji różnych aspektów siebie, poczucie nie bycia tym samym w czasie, trudności w odróżnieniu siebie od innych [6].

Metoda

Interpretatywna analiza fenomenologiczna
(Interpretative Phenomenological Analysis — IPA)

Wskazany cel badania, związany z eksploracją tematu dla rozumienia i niesienia pomocy terapeutycznej (a nie wyjaśniania i predykcji), implikuje posłużenie się metodologią jakościową, której obranie sugeruje także koncentracja na treściach tożsamości, nie zaś jej strukturze, procesach czy formalnych właściwościach. Wybór padł na interpretacyjną analizę fenomenologiczną (IPA). Metoda ta w równym stopniu dopuszcza do głosu perspektywy badanego (aspekt fenomenologiczny) i badacza (aspekt hermeneutyczny). Próby

badawcze są zazwyczaj małe, dzięki czemu możliwe jest przeprowadzenie drobiazgowej analizy wszystkich wypowiedzi. W badaniach z wykorzystaniem IPA zaleca się dobór celowy i względną homogeniczność próby, na którą w przypadku niniejszego badania składało się 6–8 uczestników [10, 11].

Uczestnicy

Zgodnie z wyżej wymienionymi wytycznymi próba liczyła: 6 osób (3 kobiety i 3 mężczyzn) z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (aktualnie w stanie remisji) w wieku 37–52 lat¹, zamieszkałych w dużych aglomeracjach miejskich i mających wyższe wykształcenie (u połowy także podyplomowe). Informacje dotyczące uczestników badania, stanowiące zarys kontekstu, na tle którego podejmowana będzie próba rozumienia ich doświadczeń, przedstawia tabela 1 (imiona zostały zmienione w celu zapewnienia anonimowości badanych).

Tabela 1. Informacje o uczestnikach badania

Pseudonim	Charakterystyka
Magdalena	38 lat. Singielka „z przekonania”. Ukończyła ekonomię, obecnie zajmuje stanowisko kierownicze w korporacji. Od czasu postawienia diagnozy 15 lat temu doświadczyła trzech, zakończonych hospitalizacją, epizodów manii i dwóch epizodów depresji. Farmakoterapii poddawała się tylko pod przymusem; w chwili badania zażywała niską dawkę lamotryginy, z której w niedalekiej przyszłości planowała zrezygnować. Brała udział w psychoterapii.
Witold	48 lat. Po ukończeniu studiów prawniczych pracował w zawodzie aż do drugiego epizodu manii. Rozwiedziony, ma nastoletniego syna. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe rozpoznano u niego 2 lata temu, w trakcie pierwszej z dwóch hospitalizacji z powodu manii. Choć przeciwny lekowi, od czasu ostatniego, nieoczekiwanego i „pozbawionego sensu” epizodu manii zażywa lit i lamotryginę. Uczestniczył w psychoterapii.
Agata	52 lata. W przeszłości redaktorka i tłumaczka, obecnie nauczycielka prywatna. Rozwiedziona, ma dorosłą córkę. Trudno jej powiedzieć, ile epizodów zaburzenia ma za sobą; ostatni przeżyła kilka lat temu, a diagnozę postawiono jej po raz pierwszy 17 lat temu. Przez krótki czas zażywała bupropion i chodziła na psychoterapię.
Marta	39 lat. W przeszłości pracowała w banku, po postawieniu rozpoznania (7 lat temu) przekwalifikowała się i obecnie wykonuje zawód nauczycielki. Panna. Doświadczyła pięciu zakończonych hospitalizacją epizodów manii oraz jednego epizodu depresji. Zażywa lamotryginę, aripiprazol i sertralinę, uczęszcza na psychoterapię.

¹ Poszukiwanie osób po 30. roku życia wiązało się z zauważalnym wydłużeniem procesu krystalizacji tożsamości [12]. Współcześnie nie ulega jednak wątpliwości, że „krystalizacja” ta ma zawsze charakter względny. Przyjęcie ograniczenia wiekowego służyło temu, by badani mieli za sobą okres „pierwszego, najbardziej intensywnego kształtowania się tożsamości” [13, s.15], ażeby ewentualna specyfika tej grupy uwydatniła się wyraźniej, niezakłócona przez procesy o charakterze rozwojowym.

Marcin	38 lat. W przeszłości żołnierz, obecnie specjalista, instruktor. Pozostaje w stałym związku. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe rozpoznano u niego 11 lat temu. Od tego czasu doświadczył jednego epizodu manii i dwóch depresji. Dwukrotnie hospitalizowany. Zażywa lamotryginę i wenlafaksynę, brał udział w psychoterapiach różnych modalności.
Robert	37 lat. Z wykształcenia agroekonom, od lat na rencie, w trakcie zdobywania zawodu EX-IN ² . Kawaler. Przez ok. 20 lat od pierwszego postawienia diagnozy doświadczył 15 epizodów manii i 14 depresji. Obecnie zażywa kwas walproinowy i olanzapinę, uczestniczył w psychoterapii.

Procedura

Badanie zostało przeprowadzone przez pierwszego autora, psychologa i psychoterapeutę w trakcie certyfikacji. W badaniu zastosowano dobór celowy. Rekrutacja odbyła się za pośrednictwem ogłoszenia na odpowiednich forach internetowych. Zawierało ono informację o poszukiwaniu uczestników spełniających określone warunki, informacje o tematyce badania, sposobie badania, spodziewanym czasie jego trwania i potencjalnych korzyściach dla samego uczestnika oraz społeczności. Kontakt z zainteresowanymi miał początkowo charakter wymiany wiadomości elektronicznych, następnie rozmowy telefonicznej i spotkania w miejscu wspólnie ustalonym. Drugi etap rekrutacji przybrał postać „strategii kuli śnieżnej”: osoby biorące udział w badaniu polecały badaczowi inne osoby potencjalnie zainteresowane udziałem i spełniające założone kryteria.

Gromadzenie danych

Poprzedzającą rozmowę instrukcja, zaproponowana przez drugą autorkę, miała charakter projekcyjno-wyobrażeniowy i brzmiała następująco: „Proszę sobie wyobrazić, że ma Pan(i) możliwość stworzenia w pełni autorskiego własnego dowodu tożsamości, takiego, który niekoniecznie musiałby przypominać znany nam dokument. Obejmowałby on wszystko to, co pozwalałoby Panu/Pani zidentyfikować samego/samą siebie, rozpoznać, że Pan(i) to Pan(i). Jakie podstawowe informacje o Panu/Pani zawierałby? Jakie znaki szczególne?”.

Wykorzystanie techniki projekcyjnej przy badaniu tożsamości ma swoje precedensy [14, 15], jednak w odróżnieniu od poprzednich badań o charakterze ilościowym, w naszym instrukcja miała posłużyć jako punkt wyjścia dla pogłębionych wypowiedzi. Jej celem było wyeliminowanie, na ile to możliwe, treści mogących mieć charakter sugerujący, „podpowiadający” badanym ramy odpowiedzi [11, s. 61]. Dlatego zrezygnowano z wcześniej przygotowanych pytań szczegółowych z zamiarem wykorzystania w toku wywiadu zaledwie kilku, nawiązujących do metafory dowodu tożsamości: „Jak wyglądał on w przeszłości?”, „Jak zmieniał się w czasie?”, „Jak może wyglądać w przyszłości?”, „Czy byłby taki sam w manii i w depresji?”, „Jeśli nie, to czym by się on różnił w tych stanach?”. Na

² EX-IN (ang. *Experienced-Involvement*), „ekspert przez doświadczenie”, tj. osoba, która po przebyciu kryzysu psychicznego i przejściu odpowiedniego szkolenia ma za zadanie wspierać i towarzyszyć innym w zdrowieniu oraz edukować profesjonalistów, dzieląc się doświadczeniem „z pierwszej ręki”.

okolicość braku pozytywnej reakcji na bodziec projekcyjny przygotowano alternatywny schemat badawczy oparty o najbardziej ogólne i otwarte pytania o tożsamość (kim jestem, co jest dla mnie ważne) i ich rozwinięcie — „podpowiedzi” w formie pierwotnie ułożonych pytań szczegółowych (zgodnie z sugestią twórcy IPA [11]). Częściowo ustrukturyzowany wywiad pogłębiony miał umożliwić daleko idącą elastyczność i podążanie za uczestnikiem, w tym eksplorację nie zawsze przewidzianych wątków.

Analiza i interpretacja danych

Analiza materiału została przeprowadzona przez pierwszego autora wedle wskazówek zawartych w przewodniku do metody IPA [10] i odpowiadała temu, co wysłowione, umożliwiając pogrupowanie wspólnych wątków w wypowiedziach uczestników w kategorii tematyczne związane z tożsamością. Interpretacja zawierała to, co usłyszane (i przetworzone) przez badacza, zgodnie z zasadą koła hermeneutycznego w dwojakim znaczeniu: powtarzanego ruchu od części do całości i z powrotem, jak i od przesądów do ich rewidowania [16, zob. 17]. W celu zapewnienia wiarygodności (jakościowy odpowiednik trafności wewnętrznej) zastosowano „testowanie przez uczestników”: strategię polegającą na uzgadnianiu autorskich interpretacji wypowiedzi badanych z nimi samymi [18, 19]. Jako że wyniki procesu rozumienia stanowią rezultat twórczego spotkania głosów uczestników i badaczy, a przez jednych i drugich przemawiają głosy uprzednio zasłyszane, prezentacja tychże wyników nie mogła się obyć bez odniesień do literatury.

Wyniki

W toku analizy wyodrębniono tematy „powszechne”, czyli występujące w populacji ogólnej i reprezentowane w większości psychologicznych koncepcji człowieka oraz „wyjątkowe” [por. 20], tj. specyficzne dla osób zmagających się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. To właśnie te ostatnie zostaną omówione szerzej w niniejszym artykule. Ich rozumienie byłoby jednak niepełne bez dopełnienia świadomością, że tak ważne dla zintegrowanej tożsamości „powszechne” sfery uobecniły się w narracjach uczestników badania. I tutaj ujawniła się specyfika tej grupy — poprzez szczególnie rozkład akcentów. Z tego względu wydaje się konieczne skrótkowe chociażby omówienie uniwersalnych aspektów tożsamości badanych.

To, co wyjątkowe, w tym, co powszechne

Odpowiadające za kształtowanie tożsamości procesy poszukiwania i zaangażowania [21] dotyczą w dużej mierze wartości, a pytanie o „to, co jest dla mnie ważne” jest równie istotne, jak pytanie o to, „kim jestem” [22]. Dociekanie tego, co w życiu istotne, opowiadanie się po stronie pewnych wartości oraz dystansowanie się od innych, pozwalało większości uczestników na zachowanie integralności siebie pomimo zmienności samopoczucia. Największe znaczenie nadawano poszukiwaniu prawdy (szczególnie prawdy o sobie), wolności, autonomii, odpowiedzialności i niezależności oraz dobru. Wartości i cele najistotniejsze dla osób badanych ujawniały się podczas wywiadów jako już realizowane lub jako

inspiracje do działania. Wybiegając ku przyszłości osoby te prawdopodobnie były mniej zakotwiczone w zmiennym tu-i-teraz, a tym samym mogły zachować poczucie spójności.

Do najbardziej akcentowanych własnych cech i umiejętności należały: elastyczność i umiejętność szybkiego odnajdywania się w zmieniających się warunkach oraz inteligencja i refleksyjność. Co zaskakujące, role społeczne, uważane na ogół za podstawowy wyznacznik tożsamości, nie były często podnoszone przez uczestników badania. Jednocześnie stwierdzenie „Nie wiem, kim jestem” padało najczęściej w tym kontekście, choć przeważnie, z różnych powodów, traciło swój negatywny wydźwięk („Gdybym tak do końca wiedziała [kim jestem], to myślę, że nie byłoby [to] takie ciekawe” [Agata]). Ponadto niektórzy, tak jak Magdalena, negowali wręcz znaczenie roli społecznej jako aspektu tożsamości kolektywnej — poprzez brak identyfikacji z grupami odniesienia — i relacyjnej — podkreślając „tożsamość singla” [zob. 23]. Inni, szczególnie Marcin, skupiali się co prawda na rolach zawodowych, ale opierali się przy tym bardziej na tych pełnionych w przeszłości lub planowanych. Prawdopodobnie ta swoista aczasowość umożliwiała integrację i poczucie ciągłości w zmienności.

Charakterystyczna jest postawa Agaty, dla której role społeczne (np. matki, nauczycielki) stanowiły de facto — używając nomenklatury Junga — wiele person, z którymi mniej lub bardziej się utożsamiała, ale które nie przyniosły (wyczerpujących) odpowiedzi na pytanie o tożsamość. Agata dawała wyraz niechęci do jednoznacznych samookreśleń oraz „klasyfikacji” i „intelektualnie podważała” własne treści tożsamościowe. Ich zmienność i sztywność tworzą monotonię, a ta jest źródłem dynamizujących tożsamość strategii kompensacyjnych opartych na poszukiwaniu nowości i „przygody”.

O ile wyżej wymienione obszary tożsamości często nie były łączone przez uczestników z doświadczeniem chorobowym, o tyle wyodrębnione poniżej kategorie tematyczne odnosiły się wprost do podstawowego pytania: czy i w jaki sposób doświadczenia te mają wpływ na tożsamość, co w tym miejscu oznacza: czy modyfikują dotychczasowe (przedchorobowe) odpowiedzi na pytanie „kim jestem?” i jego pochodne oraz na ile odpowiedzi te (i same pytania) problematyzują.

Tabela 2. Tematy wyodrębnione podczas analizy

Tematy główne	Magdalena	Witold	Agata	Marta	Marcin	Robert
Ja nie jestem chorobą	x	x	x	x	x	x
Nie chcę wyleczyć się z tego, co jest moje, choć nie jest mną	x	x	x	x		x
Przeszłość i przyszłość w zwierciadle teraz	(x)	(x)	x	x	x	x
Bycie sobą — tylko którym?	x	x	x	x	x	x
Więcej niż bycie sobą	x	x			x	

„Ja nie jestem chorobą”

Uczestnicy badania mówili o tym, co oznacza dla nich i na ile odnosi się do nich postawione im rozpoznanie. Niektórzy ujawnili przy tym rozwój swoich postaw wobec niego, inni wciąż obecną ambiwalencję.

Stosunek Witolda do choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD)³ był ściśle związany z oryginalnym jej rozumieniem. Mając awersję do ChAD jako „choroby jatrogennej” (czyli pofarmakologicznej deterioracji i stygmatyzującej etykiety), afirmował to, co się za nią kryje. Normalizował ChAD poprzez doszukiwanie się jego źródeł w ewolucyjnym, choć „nieco atawistycznym i ciągle niezrozumiałym mechanizmie nadzwyczajnej i długotrwałej mobilizacji i demobilizacji” organizmu, którego intensywne nasilenie stanowi szczególny rys osobowości „chadowców”⁴. Dwubiegunowość stanowi integralną część siebie pacjentów/chorujących („Jeżeli umieścimy to na zewnątrz, to co jest częścią nas, i będziemy chcieli to wyeliminować, w efekcie przestaniemy być sobą”), silnie sprzężoną z tożsamością: „Ja taki jestem i nie chcę być z tego wyleczony”. Co za tym idzie, Witold nie zgadzał się z rozdzielaniem „zdrowego” Ja od „chorego” na zasadzie: „To nie jestem ja, to jest mój ChAD, moja mania nie jest mną” (bo w takim razie komu należałoby przypisać osiągnięcia z czasu hipomanii?). Postawę buntu wobec psychiatrycznej narracji okazywała też Magdalena. Zapytana o to, czy diagnoza wpływa na jej tożsamość, odpowiedziała: „Staram się, żeby nie wpływała. Dlatego że... wszelkie diagnozy psychiatryczne ograniczają bardzo mocno”. I dodała: „Nie robiłabym wielu rzeczy, które robiłam, gdybym się pogodziła, że jest coś takiego, jak ChAD”. Tak jak Witold, Magdalena uznała, że ChAD to w istocie „nazewnictwo przypisane do pewnych typów ludzi” o podobnych doświadczeniach, lecz w odróżnieniu od niego, źródła tych podobieństw upatrywała w historii „mniej lub bardziej uświadomionych traum”. Na taki trop wskazywał też Marcin, dla którego to jeden ze „znaków szczególnych”, po których rozpoznaje siebie, umożliwiającą dostęp do niecodziennych treści oraz umiejętność rozumienia odstępstw od tego, co typowe.

Historię zmagania Marty z diagnozą można podzielić na stadia: od zaprzeczania („Wypierałam [...] nie do końca chciałam się leczyć”) przez „pochłonięcie” [por. 25] („Bardzo długo utożsamiałam się z chorobą i było to dla mnie bardzo dużym problemem”) po akceptację:

„W tej chwili, że tak powiem, zaczęłam lubić swoją chorobę, tzn. może nie tyle lubić, co ją tolerować. [...] Po tym, jak zaakceptowałam chorobę i zaczęłam też stabilizować siebie, to czuję, że w tej chwili jest taka ścieżka w górę, tak? Coraz bliżej, coraz bliżej tego, kim chciałabym być”.

Dla Roberta to, na ile diagnoza go definiuje, jest kwestią zasadniczą, ale pełną sprzeczności i przez to ciągle nierozstrzygniętą: „Tak sobie myślałem wielokrotnie, czy ja jestem np. wariatem? No możliwe. Ale jestem w dobrej formie, więc jakby nie jestem. Ale przeszłość mówi co innego, więc to trochę tak to jest”. W końcu dochodzi do konkluzji: „Moja tożsamość już ... ona jakby jest złączona z tą chorobą”. Nie oznacza to jednak utożsamienia się z nią: „Ja nie jestem chorobą. Choroba do mnie przychodzi i po prostu mogę popatrzeć na nią i stwierdzić, że ja nią nie jestem [...] ja na nią zachoruję no i jestem przez jakiś

³ Posługiwanie się nieaktualną nozologią jest uzasadnione wówczas, gdy sami badani używają określenia „choroba”.

⁴ W literaturze można znaleźć zaledwie kilka artykułów rozpatrujących ChAD z perspektywy ewolucyjnej (co stoi w kontraście wobec napływu doniesień dotyczących depresji jednobiegunowej); większość, zamieszczona w *Journal of Affective Disorders*, nie wykracza poza prosty dedukcjonizm. Hipotezy Witolda, przytoczone tutaj tylko we fragmentach i w uproszczonej postaci, wydają się szczególnie interesujące, częściowo zresztą zbieżne z bodaj pierwszym artykułem na ten temat [24].

czas, można wtedy w cudzysłowie powiedzieć, tą chorobą, ale ona zaraz potem odchodzi i znowu jest ten sam Robert i działam, i funkcjonuję już bez choroby”.

Agata z kolei ani nie utożsamiała się z chorobą, ani jej do końca nie zaprzeczała. Diagnoza „nie determinuje mojego życia na pewno”, a sama trafność rozpoznania jest podawana w wątpliwość.

Nie chcę wyleczyć się z tego, co jest moje, choć nie jest mną

Leczenie, szczególnie farmakoterapia, może się wiązać z tożsamością wtedy, gdy przywraca albo zabiera jej podstawowe wyznaczniki. Wrogość do leków przejawiała się z różnym nasileniem u połowy badanych, szczególnie u Witolda i Magdaleny, w której doświadczeniu leki już nie tylko zakłócają funkcjonowanie poznawcze („Po tym leczeniu jestem po prostu głupsza”) i uszkadzają narządy wewnętrzne, ale wręcz „Zaburzają moją osobowość, tożsamość, wszystko zaburzą”. Wypowiedź Agaty bliska jest Witolda koncepcji „choroby jatrogennej”: „Jak ja bym brała te leki — ja nic nie kupowałam, oczywiście — ale jakbym to brała, to ja bym zwariowała”. Jako jedyna z osób badanych nigdy nie zażywała neuroleptyków czy stabilizatorów nastroju, nie godząc się na sztuczne „wyrównywanie poziomu neuroprzekazników” („Uważam, że nie należy sobie zmieniać chemii w mózgu”). Nie chcąc zagłuszać adekwatnego do okoliczności cierpienia preferowała stawianie mu czoła bez znieczulenia: „Bo ja nawet po śmierci mojego narzeczonego, ja nic nie brałam. Ponieważ uważam, że trzeba sobie samemu jakoś z tym poradzić”. Wyjątek od tej reguły — krótkotrwałe przyjmowanie wellbutrinu — wiązał się z czym innym: pozytywnie waloryzowaną hipomanią, w którą wprowadzał Agatę: „Natomiast pobudzające chętnie bym zażywała. Ponieważ czasami czuję, że mój mózg i moje ciało nie nadążają za mną [czyli] za moją wyobraźnią, za moją siłą, za moimi potencjalnymi możliwościami”. Ostatecznie Agata wybiera poczucie bezpieczeństwa, którym wydaje się kierować także Marta, należąca akurat do osób stosujących się do zaleceń lekarskich. W jej przypadku jest to zgoda okupiona — za sprawą skutków ubocznych — pewnymi uszczerbkami w istotnych dla tożsamości sferach: gorszym funkcjonowaniem intelektualnym („Otępienie było na pewno rzeczą, przy której nie czułam się absolutnie sobą”) i emocjonalnym („taka trochę obojętność”, „spłaszczanie” elementarnych emocji i możliwości ich ekspresji: „odebrania mi czasami takich narządów wyrażania siebie, które są dla mnie ważne”). Pomimo że Marta dzieliła z poprzednikami skargi na skutki uboczne leków, to ważniejsze dla niej było poczucie kontroli i sprawstwa, możliwość kierowania swoim życiem. Podobną motywacją kierował się Robert.

Przeszłość i przyszłość w zwierciadle teraz

Przeszłe doświadczenia życia z zaburzeniem przyniosły większości badanych wiedzę na temat samych siebie, która wpłynęła nie tylko na to, jak obecnie siebie postrzegają i przeżywają, ale także na ich aktualny styl życia oraz wyobrażenie tego, co przyniesie przyszłość. W tym miejscu warto odwołać się do koncepcji tożsamości narracyjnej Dana McAdamsa, której istotę stanowi swoiście pojęta historia życia [26]. Obejmuje ona zarówno

opartą na pamięci autobiograficznej przeszłość, jak i wyobrażoną przyszłość, sprzęgnięte z procesem samorozumienia [27, s. 41].

Marta zawarłaby w swoim dowodzie tożsamości „doświadczenia, które spowodowały, że w jakiś sposób utożsamiam się z tym, kim jestem”, w tym chorobę, która „na pewno w dużej mierze wpłynęła na sposób postrzegania siebie samej” — o ile taki dokument nie miałby charakteru publicznego lub gdyby zmianie uległo postrzeganie choroby psychicznej przez społeczeństwo. Choroba byłaby jednym z doświadczeń, „które mnie bardzo dużo nauczyły o sobie; nauczyły mnie prawdopodobnie, że jestem osobą bardzo wrażliwą, że reaguję na pewne bodźce społeczne, bodźce stresowe, prawdopodobnie bardziej niż inne osoby”.

Doświadczenie chorowania jest naznaczone ambiwalencją najsilniej u Marcina i Roberta. Ten pierwszy stwierdza: „Bo to jest tak z tymi moimi doświadczeniami, że one są i fajne, i niefajne. Ze względu na to, że fajne jest to, że tego doświadczyłem, wiem, co to jest, i potrafię jakby to zrozumieć. Niefajne dlatego, bo właśnie to poczułem”. Robert raz uznaje elementarność tych doświadczeń dla własnej tożsamości, innym razem chciałby się ich pozbyć.

Uczestnicy badania rozważali także historię, którą życie dopiero miałyby napisać. I tak Agacie, która nie jest w stanie powiedzieć, kim (teraz) jest, łatwiej mówić o tym, kim chciałaby być. Z wiekiem zmniejsza się u niej subiektywne prawdopodobieństwo ziszczenia alternatywnych pomysłów na siebie (np. zostania pisarką), ale nie zmienia się sama ich treść. Dla Roberta to, kim chce być i co robić w przyszłości, również jest ważne, ale pozostaje celowo rozmyte: „zakładam sobie pewne cele, jakieś projekty. Nie powiem, że planuję, bo moje plany spalają na panewce, więc ja tak trochę na spontanie. I wolę też używać trochę innego słowa: może jakiś szkic, może jakiś zarys? Planów trochę unikam”. Po chwili jednak rezygnując z tej ostrożności stwierdził: „więc to jest tak, że jednak trzeba planować, i może jednak warto by być odważnym i nie bać się tak znowu tego planowania”. To, co w rozmowie przyjmuje kształt modulowanej na bieżąco narracji, może w istocie odbijać dwie fazy sprawczości Roberta: długoletnie poczucie jej braku i rosnące powoli na gruncie kumulujących się osiągnięć (np. ukończenie studiów) poczucie skuteczności, które neutralizuje wcześniejszy strach przed planowaniem przyszłości.

Bycie sobą — tylko którym?

Uczestnicy badania dają jedyne w swoim rodzaju odpowiedzi na zachodni „koan”⁵, które oblicze Janusa jest prawdziwe?

„Bardziej mi się wydaje, ta odpowiedź, kim jestem to jest taka, że w każdym momencie czasu jakby jesteśmy kimś innym”, przyznaje Robert. Ta zmienność nie ma przy tym, akurat dla niego, charakteru afirmowanej przez postmodernistów płynności [28], gdyż godzi w najbardziej tradycyjnie rozumianą tożsamość, utrudniając integrację obrazu siebie i obniżając poczucie spójności i przewidywalności własnych reakcji. Wyjściem z tego impasu jest dla Roberta to, co Piotr Oleś nazywa odpowiedzią na pytanie o tożsamość

⁵ Koan to w buddyzmie zen, jedno z ćwiczeń umysłu w formie paradoksalnego pytania, które nie poddaje się racjonalnej analizie.

à rebours [22]: nie udawać kogoś innego, nie przywdziewać masek. Robertowi łatwiej więc o świadomość zafałszowań autoprezentacji niż o samookreślenie. Pragnie przy tym „być po prostu w zgodzie z samym sobą” (przez co rozumie głównie nieobecność konfliktów wewnętrznych i trzymanie się własnych postanowień). Pokazuje to, że można nie wiedzieć, kim się jest, a mimo to mieć silną potrzebę pozostawania sobą. Potwierdza to ontogenetyczne pierwszeństwo doświadczeniowych przejawów tożsamości nad poznawczymi [por. 22]. Robert jakby powtarzał za Gombrowiczem: „Nie wiem, jaki jestem naprawdę, ale cierpię, gdy mnie deformują. A więc wiem przynajmniej, kim nie jestem. Moje ja to tylko moja wola, żeby być sobą, nic więcej” [29, s. 61].

Gdy Marta mówi o niektórych swoich cechach, wyraża wątpliwość co do tego, na ile one rzeczywiście do niej przynależą, a na ile są zaledwie funkcją zmian chorobowych w mózgu: „Jak pojawia się górka, to znajduje się bardzo dużo kreatywności, no i wtedy właśnie na tym dowodzie nie wiadomo, czy wpisać tę kreatywność czy jej nie wpisywać, dlatego że te cechy się gdzieś tam odnajdują i nie wiadomo, czy one są w podświadomości naszej tak naprawdę [...] czy to jest tak, że zawsze je posiadamy, tylko w którymś momencie... one są bardziej nam dostępne niż to jest możliwe, czy też ich w ogóle nie posiadamy, a tam pewien poziom dopaminy powoduje, że coś się dzieje”.

Marta przychyła się do pierwszej hipotezy, co pozwala jej zapewne zachować tego rodzaju cechy dla tożsamości, tym bardziej że w dalszej części wywiadu przyznaje, iż kreatywność wydobywa z siebie również w remisji — za sprawą postawy, którą można by nazwać częstszym przebywaniem w „trybie bycia” w odróżnieniu od „trybu działania” [zob. 30]. Przewaga tego drugiego w przedchorobowym funkcjonowaniu nie pozwalała na prawdziwie twórcze akty.

Witold najsilniej podkreśla wartość manii, której pierwszy epizod stanowił dla niego „proces przemiany osobowości”. Był wówczas najbliżej najważniejszej dla siebie wartości — prawdy: „Ja w manii powiedziałem różne prawdziwe rzeczy i właśnie wchodząc w takie różne konflikty dowiedziałem się też różnych rzeczy o sobie”, doświadczał rozkwitu potencjału intelektualnego, a łagodniejsze jej postaci (hipomania) umożliwiły mu osiągnięcia dotąd dlań istotne. O depresji właściwie nie wspomina, uważa ją tylko za „koszt” manii.

Magdalena daje do zrozumienia, że podstawowe wyznaczniki jej normalnej tożsamości w manii ulegały intensyfikacji: „Myślę, że jak byłam w manii, to cechy mojej osobowości, takie jak empatia, spontaniczność, wybuchowość, one po prostu były podkreślone wszystkie”. Pozytywna waloryzacja wyostrejzonej wrażliwości estetycznej, a sądząc po tonie głosu także wyżej wymienionych cech, mogłaby sugerować, że czuła się wówczas bardziej sobą. Wygaszenie jakości witalnych w depresji można by za to uznać za „utrata tożsamości”, określaną zanikiem poczucia wewnętrznej treści [31]: „Ja naprawdę byłam warzywem. Ja ledwo mówiłam [...] tam nie było żadnych emocji ani pozytywnych, ani negatywnych”.

Na depresyjnym biegunie skupiała się Agata, tłumacząc to następująco: „Bo ja myślę, że depresja jest dla mnie czymś zaskakującym, natomiast mania jest dla mnie czymś normalnym”. W stanie (hipo)maniakalnym, który oznacza dla niej nieustanny zachwyt, „substytut zakochania”, szczęście, „poczucie poweru”, czuje się najbardziej sobą. Wyjątkowość doświadczenia Agaty przejawia się w deklarowanym braku zmian w postrzeganiu siebie niezależnie od fazy choroby, co sama wiąże z cechującym ją dystansem.

Zupełnie inaczej wygląda to u Marty, która widząc zmiany behawioralne towarzyszące manii przyznawała, że: „Wtedy zdefiniowanie siebie poprzez pewne różne stany zaczyna być problemem. I nie wiadomo, w którym momencie jest się sobą, jest się częścią, że tak powiem, tego, co podświadome w nas, a kiedy tak naprawdę już przestajemy być sobą i to zaczyna być po prostu somatycznym wybrykiem naszego mózgu”.

Dla Marty to stan remisji stanowi „ten czas, kiedy mam wpływ na to, kim chcę być”, podczas gdy zarówno mania (o bardziej dysforycznym przebiegu), jak i depresja ten wpływ zakłócają. Ponadto stan wyrównany przypomina Marcie to, jaka była przed ujawnieniem się zaburzenia, co pozwala na zachowanie poczucia ciągłości tożsamości. Lecz ta właśnie chęć „odtworzenia” tego, co ją niegdyś konstituowało, zdaje się stać w pewnej sprzeczności z „rozwojem potraumatycznym”, który Marta podkreśla najmocniej ze wszystkich uczestników, a który przyjmuje u niej postać przewartościowania przedchorobowych wartości, przesunięcia akcentu z „mieć” na „być”, wysunięcia na plan pierwszy tendencji dotąd ukrytych: „Zaczęłam zwracać uwagę na rzeczy, które jak gdyby stały się odwrotnością tego, kim starałam się być przedtem i co bardziej uważałam wtedy za życiowy sukces [...] jestem szczęśliwsza dużo, jestem bardziej chyba w kontakcie z sobą samą niż byłam przed chorobą”.

Tę zmianę stosunku do życia, większe docenianie jego przejawów, metamorfozę tożsamości (m.in. w związku ze zmianą zawodu) w oparciu o bycie bliżej siebie badana wiąże z tym, że musi „siebie obserwować z każdej strony”. Robert, który początkowo ulegał zwodniczemu urokowi szaleństwa („Na początku to był bardzo atrakcyjny stan”) obecnie wtóruje Marcie: „Mi wystarczy być przy zdrowych zmysłach, żeby być jakby w zgodzie ze sobą samym [...] wtedy mogę robić pewne rzeczy”.

Marcin, wspominając epizod depresji sprzed pół roku, przywołuje poczucie „nie bycia sobą” — zatracił wówczas przyrodzone cechy ekstrawertyczne i ważne dla niego umiejętności społeczne, a w ich miejsce pojawił się obcy mu lęk: „Ja nie byłem sobą, bo nie potrafiłem rozmawiać z ludźmi [...] w ogóle bałem się ludzi, unikałem ich, jak nie ja”. W depresji to, co zazwyczaj stanowiło o jego wyjątkowości i było powodem do dumy traciło znaczenie, a wręcz służyło autodewaluacji. W tym kontekście mniej jednoznacznie jawi się doświadczenie manii: „Nie potrafię powiedzieć, czy byłem sobą czy nie. Ale podobno nie byłem”. Marcin nie był sobą zdaniem bliskich, ale sam nie miał poczucia „oddzielenia mnie od siebie” jak w depresji, przeciwnie: „utożsamiam się z tym” — przyznał po czasie. Co nietypowe, nie tyle samo doświadczenie manii, co jej rezydualna postać odmieniła jego percepcję: „Po samym epizodzie miałem wrażenie jakby mi się otworzyły oczy i jakbym widział świat na kolorowo z powrotem” i dała poczucie mocy: „mogłem wszystko wręcz”. Chociaż ta odmieniona świadomość szybko zanikła, mania „miała wpływ” na jego późniejsze życie i „zmieniła” go w sposób trwały. W manii Ja było więc wyolbrzymione, wyeksponowane i ekspansywne („maksymalne natężenie” ego — do poziomu „straszego egoizmu”) w depresji zaś „zanikło” („w ogóle nie ma Ja”). Nieaprobowany społecznie aspekt manii („piekło dla innych”) z jednej strony, a wyczuwalna tęsknota za euforią z drugiej zrodziły ambiwalencję wyrażoną najpełniej w paradoksalnym stwierdzeniu: „Każdemu bym życzył, żeby doświadczył manii. Ale z drugiej strony nikomu bym tego nie życzył”. Mimo wszystko, zapytany o to, czy te rozbieżności stanowią dla niego problem tożsamościowy, badany odpowiada: „Nie, myślę, że to jest bardziej problemem

dla społeczeństwa. Ze względu na to, że „ja”, w cudzysłowie, jestem ciągle taki sam, a inaczej się zachowuję „Bo ja cały czas się czuję sobą. Jak jestem w stanie depresji, no to jestem w stanie depresji, taki jestem. Jestem w stanie manii, to jestem taki, jak jestem w stanie manii”⁶.

Na przykładzie powyższych wypowiedzi można zasadnie przypuszczać, że podmiotowe i przedmiotowe aspekty tożsamości nie muszą iść ze sobą w parze: uwarunkowane epizodami choroby rozbieżności kluczowych składowych obrazu siebie nie rozbijały poczucia spójności ani ciągłości. Pozorny wyjątek w postaci depresji tłumaczy zmienna akceptacji siebie w zależności od stanu: „Czułem się sobą [...] ale nie czułem się dobrze sam ze sobą”. „W stanie depresyjnym wolałbym być kimś innym”. Bycie sobą przyjmuje u Marcina wartość szczytową nie w manii, a w remisji: „W depresji jestem taki, a w manii jestem taki, a będąc, tak jak teraz jestem, w stanie stabilizacji, no to jestem sobą, no. Wreszcie”. Okazuje się również, że jest jeden wyjątek: gdy jego własne doświadczenie zostaje zakwestionowane wraz z utratą śladu pamięciowego wydarzenia: „Tylko wtedy mogłem powiedzieć, że nie wiem, kim byłem”. Ujawnia się tutaj fundamentalna dla tożsamości, a dotąd pomijana kwestia pamięci, która umożliwia podtrzymywanie poczucia ciągłości siebie w czasie [zob. 33].

Ten sam uczestnik na pytanie przywołane na początku tego paragrafu udziela swoistej odpowiedzi, choć pozornie nie jest ona możliwa. Uważa on bowiem, że niezależnie od fazy zaburzenia osoba nie traci swojego Ja i (samo)świadomości, a tym samym odpowiedzialności za to, co robi, bo nawet najbardziej drastyczne zachowania nie są tylko manifestacją aktualnego stanu psychicznego, lecz konsekwencją obecnych już wcześniej, ukrytych tendencji: „Jeżeli osoba była w manii [...] nie można by było powiedzieć, że ona nie ma pojęcia, co się z nią dzieje do końca. Bo też jednak zostaje zawsze tam jakieś to Ja. Czyli np. jeśli ktoś by się tłumaczył [...] że w manii kogoś zabił [...] bo nie myślał o tym w ogóle [...] myślę, że on miał coś w sobie z tego, żeby zabić tę daną osobę”.

Więcej niż bycie sobą

Według Witolda poruszanie kwestii tożsamości to wręcz specjalność „chadowców”: „Chadowcy np. są filozofami w tym sensie, że produkują jakąś odpowiedź na pytanie: kim ja jestem?”. Ma on jednak na myśli odpowiedź, która pojawia się w stanie manii

⁶ Glen O. Gabbard dostrzega w podobnych fenomenach „rozszczerzenie”, w którym „reprezentacja *self* zaangażowana w epizod maniackalny jest traktowana jako struktura całkowicie odrębna od *self* z okresu eutyinii” — i zauważa, podobnie jak Marcin: „Można mieć wrażenie, że nieciągłość *self* nie przeszkadza pacjentowi, natomiast irytuje członków jego rodziny i klinicystę”, dodając: „Klinicysta prowadzący dany przypadek powinien przeprowadzić pracę psychoterapeutyczną, która zespoli fragmenty *self* tak, aby tworzyły nieprzerwaną narrację w życiu pacjenta” [32, s. 252]. Zapewne, takie obserwacje i zalecenia mają swoje uzasadnienie dla pracy z wieloma osobami z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Przykład Marcina pokazuje jednak, że sam (nie)zainteresowany może mieć pełną świadomość „fragmentacji”, przynajmniej *post factum*, i na swój sposób godzić się z nią; problem z jego zmiennością i różnorodnością ma za to „społeczeństwo”, z leczącymi włącznie. Wydaje się więc zasadne, aby w takich przypadkach leczyć (a przynajmniej wspierać, edukować, wspomagać zdolności rozumienia, mentalizacji i pomieszczenia) nie tylko chorego, ale również owo społeczeństwo, składające się z bliskich, poszerzając przy tym ramy pracy psychodynamicznej o elementy systemowe.

psychotycznej: „Ona może być dziwna [...]. Ja np. byłem diabłem podwójnie upadłym, w sensie, że raz z nieba do piekła, a potem z piekła do ziemi mnie wykopali. Byłem też ognistym demonem i — to z esemesów swoich wiem — najpierw napisałem, że chyba jestem wcieleniem sługi Śiwy, potem, że jestem wcieleniem sługi Śiwy, bez »chyba«, a potem, że jestem wcieleniem Śiwy, a potem, że jestem Śiwą”.

Podsumowanie Witolda: „Ogólnie rzecz biorąc, jestem kimś więcej niż jestem” brzmi identycznie jak transpersonalne ujęcie tożsamości [34], ale mimo to i mimo przyjmowania tożsamości bytów duchowych, jego rozumienie tych doświadczeń ma (obecnie) charakter logicznej przyczynowości: na skutek autoobserwacji wyostrenia zmysłów, zwiększonej szybkości i skuteczności działania podmiot dochodzi do przekonania o własnej wielkości, zaś tożsamość, którą w oparciu o nie przyjmie, zależy od dostępnych kodów kulturowych (w jego przypadku — zawartości własnej biblioteczki)⁷. Stosunek Witolda do swoich psychotycznych tożsamości w trakcie ich pojawiania się nie był już tak jednoznaczny. Przynajmniej, że częściowo był świadom ich znaczenia (np. wybór Śiwy jako bóstwa symbolizującego burzenie i budowanie od nowa — w tym przypadku osobowości), częściowo nie. Próbując uporządkować i zrozumieć *in vivo* to, co się działo z jego tożsamością, przyjął w pewnym momencie hipotezę reinkarnacyjną: „Te treści się pojawiają dlatego, bo już we mnie były, w poprzednich wcieleniach. No jakoś następuje takie przebicie się do tych poprzednich wcieleń, rozszerzenie świadomości”. Interesujące, że przechodzeniu od jogina do Śiwy towarzyszyło zastępowanie hipotezy całkowitą pewnością, co sam uczestnik słusznie wiąże z przebiegiem manii, w trakcie której toczy się proces narastającej krystalizacji przekonań i pozbywania się wątpliwości co do charakteru własnych doświadczeń. Psychotyczne tożsamości Witolda pojawiały się i znikwały w zależności od sytuacji, pełniąc przy tym odmienne funkcje. Tylko wolicjonalność różnicuje ów obraz od dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości: „Te tożsamości były dostępne i jakby modyfikowałem je w zależności od osoby, od sytuacji”. W punkcie kulminacyjnym manii kontrola została utracona, a jedna tożsamość zdominowała inne. Co najmniej do tego momentu podstawowa tożsamość Witolda była zachowana („Jest inaczej, ale to jestem ja”) na zasadzie „podwójnego księgowania”: paradoksalnego współistnienia w umyśle treści psychotycznych i niepsychotycznych przy braku podążania za tymi pierwszymi pomimo przekonania o ich prawdziwości [36].

Maniakalno-psychotycznych zmian tożsamości doświadczyła także Magdalena, która jednym tchem wymienia trzy powiązane przynależnością do sfery religijnej: „Byłam Matką Boską. Matką Teresą też byłam. W 2015 roku miałam zastąpić Franciszka. W Rzymie. Z Rzymu mieli po mnie przyjeżdżać”. Z perspektywy czasu badana wydaje się wiązać te doświadczenia z samą fenomenologią manii: „To jest takie przeświadczenie, że jesteś, że masz te moce sprawcze”. Chyba jeszcze bardziej niż Witold nie oddziela siebie (tj. podstawowej tożsamości) od tych psychotycznych figur tożsamościowych: „To, kim ja siebie postrzegałam w manii, jest wciąż gdzieś częścią mnie obecnej”. Inkorporacja „pewnych aspektów” urojeniowych identyfikacji do siebie-teraz umożliwia zachowanie poczucia ciągłości tożsamości.

⁷ Zwraca uwagę zbieżność tego rozumowania z podejściem fenomenologicznym w psychiatrii, które w urojeniach upatruje reakcji poznawczej na zmiany w samej strukturze doświadczenia [35].

Marcin doświadczył w trakcie manii psychiatrycznej swego rodzaju utraty tożsamości, brzmiącej jak „sekwencja śmierci i odrodzenia”, charakterystyczna ponoć dla transperso-nalnego fenomenu spiritual emergency [37]. Przebywając w izolacie miał „poczucie, że umarłem i że się narodziłem na nowo”. Badany nie przybliżył bardziej tego doświadczenia, którego niewyraźność potwierdzałyby jego quasi-mistyczny charakter.

Dyskusja

Doświadczenia osób z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego uwypu-klają kontrintuicyjną i zapoznaną już na poziomie semantycznym słowa „tożsamość” oczywistość: tożsamość jest procesem, a nie raz osiągniętym stanem. Proces ten wydaje się mieć charakter cyrkularny: to „kim” jestem oddziałuje na „jestem”, a dane „jestem” modyfikuje „kim”.

O ile jednak dotychczasowe badania ukazywały wielopostaciowe wyzwania dla tożsa-mości i sugerowały, że najczęściej czynią one wyłom w jej dotychczasowej postaci [5–8], o tyle ukazane tutaj rezultaty, do pewnego stopnia zbieżne z wcześniejszymi, pokazują, że możliwe są ich inne implikacje. Dotyczy to: cyklicznej zmienności cech osobowości, nowego rozumienia przeszłości, niedookreślenia tożsamości oraz sposobów doświadczania ról społecznych. Te właśnie tematy zostaną omówione poniżej. W dalszej kolejności pojawią się te rezultaty, które niejako potwierdziły wyniki poprzednich badań. Fakt, że tych zbieżności było wyraźnie mniej niż rozbieżności, tłumaczy decyzję o poświęceniu znacznej części dyskusji możliwym wytłumaczeniom tych drugich.

Zróznicowanie własnych cech w zależności od fazy cyklu miało dla większej części uczestników charakter bardziej ilościowy niż jakościowy. Przyjęcie perspektywy kontinuum z największym nasileniem tych tendencji w manii, a najmniejszym w depresji, zapewniało poczucie ciągłości tożsamości. Połowa badanych zdawała się przy tym pozytywnie wa-loryzować manię — kiedy to byli „bardziej” sobą — doświadczając za to swoistej utraty siebie w depresji, która jednak [depresja] była pomniejszana jako „koszt” manii (Witold) lub skutki uboczne farmakoterapii (Magdalena). Integracja tożsamości była więc dla nich łatwiejsza, bowiem nie postrzegali siebie jako maniakałnych i depresyjnych, a tylko jako okresowo bardziej maniakałnych i źle leczonych. Ci zaś, którzy, decydując się ponosić odpowiedzialność za całokształt swoich zachowań, nie chcieli rozdzielać siebie zdrowych od siebie chorych (Witold i Marcin), zachowywali wysokie poczucie spójności. Druga połowa badanych „bycie sobą” lokowała w remisji, co im także zapewniało wewnętrzną spójność, o ile tylko — dzięki farmakoterapii i odpowiednim modyfikacjom stylu życia — przebywali wystarczająco długo w stanie stabilnym. Dezaprobatą wobec obydwu faz zaburzenia (Marta i Robert) nie oznaczała braku akceptacji swojej kondycji.

Należy odróżnić akceptację choroby od akceptacji tego, co się za nią kryje (dwubie-gunowość jako cecha), a co ma bezpośrednie przełożenie zarówno na treści tożsamości (w drugim przypadku na ogół bardziej nasycone), jak i na strategię opanowywania epizo-dów, w tym stosowanie się lub nie do zaleceń lekarskich.

Mimo że w omawianej grupie nie ujawniło się zjawisko redefinicji przeszłości [6, 7], to część uczestników mówiła o doświadczeniach manii i/lub depresji jako o jednych

z istotniejszych fragmentów historii życia, naznaczonych silną ambiwalencją. Jeśli chodzi o przyszłość, to jeden z uczestników (Robert) dał wyraz „wyuczony bezradności” w jej planowaniu, co odpowiada tendencjom odnotowanym uprzednio [5, 7, por. 8], a inna uczestniczka (Agata) — posiadaniu klarownej wizji swojej przyszłości przy niskiej wierze w jej spełnienie [por. 8].

Niewiedza co do tego, kim się chce być i co robić, najpełniej zaprezentowana w badaniu nowozelandzkim [6] była co prawda udziałem połowy uczestników tego badania, jednak nie towarzyszył jej wyraźny dyskomfort, sama zaś nie była bezpośrednim skutkiem chorowania (a przynajmniej nie była w ten sposób przedstawiana). Badani ci, wykazując pewną nieokreśloność czy zmienność tożsamości, przynajmniej w zakresie ról, lokują się blisko moratorium, czyli statusu tożsamości cechującego się wysokim natężeniem poszukiwania, lecz nie zaangażowania [21].

Dotychczas wykazano, że status ten koreluje dodatkowo z poczuciem jakości życia wśród osób młodych [38] oraz ułatwia przystosowanie do ponowoczesnych realiów [39]. To, że młodzi dorośli z innego badania [6] deklarowali obniżoną jakość życia z powodu problemów z samookreśleniem, a wśród średnio o jedno pokolenie starszych uczestników omawianego badania te same problemy przyjmowane były z filozoficznym dystansem, może tłumaczyć właśnie zmienna etapu życia. Inne wyjaśnienie to sposób atrybucji. Upatrywanie źródła wyżej wymienionych problemów wyłącznie w chorobie prowadzi bowiem do ich patologizacji, a ta do autostygmatyzacji, która nie pozostaje bez wpływu na obraz siebie i samoocenę, przyczyniając się do obniżenia jakości życia. Niezakłócone poczucie ciągłości w badanej grupie można rozumieć w kontekście narracji tożsamościowej opartej nie na zachowywaniu status quo (a zatem dominacji wymiaru stabilności [12, s. 308]), lecz na zmianie (przewadze wymiaru otwartości), co nie należy do rzadkości w populacji osób zdrowych, ponownie, w młodym wieku (tj. od późnej adolescencji do wczesnej dorosłości [40]). Być może zaburzenie afektywne dwubiegunowe stanowi swoistą zmienną pośredniczącą, za sprawą której okres moratorium ulega wydłużeniu lub pojawia się w nowej, bardziej dostosowanej do wieku (także XXI) odsłonie. Może też to, ujmując rzecz inaczej, stawianie siebie pod znakiem zapytania chroni cierpiących z powodu zmienności swojego stanu i położenia tak, jak — stanowiąc wyraz troski o siebie (gr. *epimeleia heautou*) — chroniło przed wypadkami życia *Therapeutów* (sic!), wspomnianych przez Filona z Aleksandrii w *De vita contemplativa* [za: 41].

Osoby badane rzadziej niż uczestnicy innych badań [5–8] skarżyły się na utratę istotnych ról społecznych. Może mieć to związek z posiadaniem innego rodzaju „kotwic” tożsamościowych [zob. 12]. Ich rodzaj, jak można sądzić, sprzyja bądź nie zachowaniu własnej tożsamości w obliczu choroby; wydaje się, że uczestnicy naszego badania wybierali najczęściej te, które właśnie pozwalały tożsamość utrzymać: nie role, które można utracić, lecz np. wartości, i to takie, których realizacji dwubiegunowość mogła wręcz sprzyjać (prawda i wolność, a nie np. bezpieczeństwo czy umiarkowanie). Tym samym utrata ważnych ról życiowych (np. zawodowej u Witolda) [por. 7] czy częsta ich zmiana (przypadek Magdaleny, po części i Marcina) nie zagrażała tożsamości, bo ta była oparta w większym stopniu na innych podstawach. Sprzyjało to wytworzeniu opisanego przez Krausa [4] dystansu do roli, *explicitie* wyrażonego przez Agatę. Samo

zaś niepodejmowanie niektórych ról społecznych, swoiste wycofanie się z relacji (przynajmniej intymnych — niewchodzenie w nie lub trudności w ich utrzymaniu) mogło wynikać z mniej lub bardziej świadomej strategii zachowania tożsamości i zapewniać okoliczności zabezpieczające przed jej kryzysem. Klasyczne rozumienie tożsamości zakłada przecież nie tylko znalezienie odpowiedzi na pytanie „kim jestem”, ale także potwierdzenie tych odpowiedzi przez innych [42]. Skoro więc inni mają moc uznawania kogoś za kogoś, to nieuznanie tego, kto będąc w manii lub depresji nadal jest sobą, prowadzić może do kryzysu siebie (tożsamości), przed którym obronę stanowi wycofanie się ze świata (anachoresis Filona) — niekoniecznie w znaczeniu alienacji, lecz powracania do siebie („nawracania się na siebie”, jak powie Foucault [41]), zejścia w głąb siebie jako drogi osiągnięcia odporności na zmienność świata i jednego ze sposobów wspomnianej troski o siebie.

Niektóre znane z wcześniejszych doniesień zjawiska dotyczące istotnych dla tożsamości cech znalazły odzwierciedlenie w wypowiedziach pojedynczych uczestników omawianego badania. Należą do nich: zanik spontaniczności w związku z pamięcią epizodów maniакаlnych i ich konsekwencji (Magdalena, por. [5]) oraz brak pewności co do tego, czy dana cecha (np. kreatywność u Marty) jest cechą własną, choć rzadko dostępną, czy tylko epifenomenem stanu maniакаlnego [por. 6]; waga powracania do aktywności przedchorobowych w służbie „renegocjowania tożsamości” (Marta) [por. 7], samoakceptacja [6] oraz bardziej ogólny i złożony fenomen „redefinicji tożsamości w związku ze zdrowieniem” [7]. Jakkolwiek wśród uczestników niniejszego badania nie zawsze dochodziło do osiągnięcia istoty tego procesu, tj. rozwoju tożsamości opartej tak na przeddiagnostycznych, jak i podiagnostycznych selves (gdyż rzadko dokonywali oni podziału na siebie „sprzed” i „po” diagnozie), proces ów mógł zachodzić w sposób niejawny. Jego skutki były za to podobne do tych podanych przez Pedersen i współpracowników: zwiększona samoakceptacja w oparciu m.in. o „chadowską” wersję rozwoju potraumatycznego (rozwijanie cech i postaw powstałych na skutek zmagania z chorobą) [7], włączenie cech dwubiegunowości do obrazu siebie [6] i rozwój tożsamości ani nie spowodowanej do choroby, ani nie abstrahującej od niej [por. 25].

Jak jednak wyłumaczyć wskazane wcześniej rozbieżności między niniejszym badaniem a dotychczasowymi doniesieniami? Poza już wymienionymi należy jeszcze wskazać wysoce rozwinięte, jak można domniemywać (na podstawie złożoności wypowiedzi i wglądów), myślenie postformalne oraz refleksyjność. Prerekwizytem opracowanej tożsamości jest samoświadomość, która z kolei ma swoje podłoże w tej parze zdolności, gdyż: „Niedostatki w rozwoju poznawczym mogą ograniczać kształtowanie się tożsamości rozumianej jako rezultat refleksji” [12, s. 11]. Treści tożsamościowe stanowią potencjał stosunkowo łatwy do wydobycia (z przedświadomości, mówiąc językiem psychoanalizy), lecz zakres i poziom koniecznego do tego celu wglądu i werbalizacji zależy zarówno od sprawności intelektualnej, jak i od motywacji do poznawania i określania siebie, zaangażowania w refleksję nad sobą [12, s. 30]. Refleksyjność może zawierać w sobie to, co — zgodnie z podejściem egzystencjalnym — nazwalibyśmy perspektywą metakliniczną: zdolność do upatrywania w symptomach sensu, czyli kierunku (od gr. *sensus*), a więc wykraczania poza to, co jest, w stronę tego, co było lub być może (u-pragnione lub wy-lęknione) [por. 43]. Uczestnicy badania, może z racji tego, że dzięki refleksji wnoszą

się ponad poziom zmysłowy (tego, co widać)⁸, może dzięki jej pomieszczonej funkcji [zob. 45], ratują swoją tożsamość przed kryzysem. Niewykluczone, że osoby dające się zdominować dyskursem medycznym (o chorobie) są bardziej na niego narażone. Możliwe także, że sama refleksyjność wyrasta ze zmienności położenia, w jakim znajdują się osoby doświadczające w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. To, że nie wszystkie [zob. 5–8], sugeruje, że nie jest to prosta linearna zależność i muszą w niej pośredniczyć inne czynniki. Jednym z nich może być psychoterapia (w której udział deklarowali wszyscy badani), z zasady służąca rozwojowi samoświadomości i refleksyjności. Innym — czas, gdyż te ostatnie rozwijają się zazwyczaj sukcesywnie z upływem lat. Im dłuższy zaś „staż” życia z chorobą, tym więcej czasu i okazji do godzenia przedchorobowej tożsamości z jej konsekwencjami. Wiek zachorowania jest kolejnym czynnikiem sprzyjającym radzeniu sobie, w tym „negocjowaniu” własnej tożsamości. Znakomita większość uczestników badania doświadczyła pierwszych pełnych epizodów zaburzenia (i została zdiagnozowana) w fazie życia, w której ich tożsamość była już, jak można przypuszczać, względnie skonsolidowana.

Do stosunkowo dobrze zintegrowanej tożsamości przyczyniały się też pozytywne przeformułowania i idiosynkratyczne wartościowania, tak samej choroby (zwłaszcza przez Witolda), jak i niedookreślenia własnej tożsamości (szczególnie przez Agatę), a nawet strategii opanowywania epizodów: dla przykładu, nieustanne monitorowanie swojego stanu osłabiające zwykle pewność siebie i poczucie własnej skuteczności i wartości [7] było doświadczane przez jedną z uczestniczek (Martę) jako sposób nawiązywania kontaktu z samą sobą.

Ich wyjaśnienie wskazanych rozbieżności kieruje w stronę samej metodologii. Podążając za zaleceniem tzw. refleksyjności epistemologicznej [10] należy rozważyć, jak konstrukcja badania i metoda analizy mogły wpłynąć na jego rezultaty.

Już wspomniana na początku troska o uwzględnienie zarówno „powszechnych”, jak i „wyjątkowych” elementów tożsamości wpłynęła zapewne na znacznie większe niż we wcześniejszych badaniach wyeksponowanie tych pierwszych. Służyć temu miał bodziec projekcyjny oraz otwarte pytania o tożsamość, abstrahujące od kwestii diagnozy, dopóki ta nie została poruszona. To wszystko miało na celu ograniczenie sugestii jakichkolwiek treści, w tym potencjalnych problemów tożsamościowych. Świadomość tych ostatnich mogła jednak wytworzyć w badaczu postawę przeciw-identyfikacji ze zidentyfikowanym w sobie przedrozumieniem, prowokując nie tyle fenomenologiczny postulat „wzięcia w na-

⁸ Tę intuicję potwierdzają słowa Witolda: „Ta psychotyczność chadowska, rozumiana jako odejście od zmysłów, to jest nawet nie początek cywilizacji, tylko świadomości. Odejście od zmysłów różni człowieka od zwierząt. Zwierzę jest zmysłowe. Wącha, widzi, słyszy, nie ma urojeń itd. [...] my mamy taką możliwość, żeby właśnie odejść od zmysłów. No bo na tym polega myślenie właśnie. Żeby odejść od zmysłów, zająć się czymś, czego w tych zmysłach nie ma”. Por. uwagi Novalisa: „Najbardziej bezpodstawnym przesądem jest ten, że człowiekowi odmówiona została zdolność wyjścia poza siebie, świadomego bycia poza zmysłami. [...] Bez tego nie byłby obywatelem świata, byłby zwierzęciem. [...] Im bardziej wszakże możemy być tego stanu świadomi, tym bardziej żywe, potężne i wystarczające jest przekonanie, które z niego się rodzi — wiara w prawdziwe objawienie ducha. Nie jest to oglądanie, słuchanie, czucie, ale [...] coś więcej niż ta trójjedność: odczucie bezpośredniej pewności, ogląd mojego najbardziej prawdziwego, najbardziej własnego życia. Myśli doznają przemiany w prawa, życzenia w spełnienia [...] Pewne nastroje szczególnie sprzyjają takim objawieniom”. [44, s. 175–176].

wias” uprzedniej wiedzy i założeń (opartych m.in. na wynikach wcześniejszych badań), co zamykając badanym usta na słowa spodziewane (sic!). Realizacja ideału „podążania” za uczestnikami mogła więc pójść za daleko.

Mimo że znakomita większość tematów pojawiła się bez bodźców ukierunkowujących, samo „pobudzenie” w postaci zadania projekcyjnego mogło zostać odczytane jako zachęta do podania w pierwszym rzędzie charakterystyk bardziej powierzchownych czy też formalnych. Dostrzeżenie tego, jak w przypadku Agaty, pozwalało na doprecyzowanie polecenia i dalsze pogłębianie tematu.

Także strategia rekrutacji mogła mieć wpływ na wskazaną rozbieżność. W odróżnieniu od dotychczasowych badań nie odbywała się ona poprzez placówki opieki zdrowotnej. Umożliwiło to zaistnienie sytuacji, w której połowa próby nie przyjmowała obowiązującej psychiatrycznej narracji o chronicznym lub/i wymagającym ciągłej farmakoterapii charakterze zaburzenia. Dodatkowo, zawarta w ogłoszeniu informacja o potencjalnie inspirujących efektach badania mogła przyciągnąć osoby szczególnie zainteresowane samopoznaniem.

Kierunki dalszych poszukiwań badawczych wyznaczają zarówno towarzyszące głównej problematyce odkrycia w rodzaju dobroczynnego wpływu psychoterapii jako oddziaływania zwiększającego zdolność refleksji, jak również pytania postawione przez odpowiedzi na samo pytanie badawcze: o znaczenie strategii rekrutacji, wieku osób badanych i czasu zachorowania, ich profilu socjodemograficznego oraz typu zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. Pilarska A. Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości. W: Paluchowski J, Bujacz A, Hałdziński P, Kaczmarek L, red. Nowoczesne metody badawcze w psychologii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM; 2012, s. 167–188.
2. Jarymowicz M. Psychologia tożsamości. W: Strelau J, red. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Sopot: GWP; 1999, s. 107–125.
3. Mandrosz-Wróblewska J. Tożsamość i niespójność Ja a poszukiwanie własnej odrębności. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1988.
4. Kraus A. Psychotherapy based on identity problems of depressives. *Am. J. Psychother.* 1995; 49(2): 197–211.
5. Chapman JR. Bipolar disorder. Responding to challenges to identity; 2002. <http://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/493> [dostęp: 12.01.2018]
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Dyga K. Choroba afektywna dwubiegunowa a tożsamość. Przegląd piśmiennictwa. *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(3): 691–707.
10. Pietkiewicz I, Smith J. Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czas. Psychol.* 2012; 18(2): 361–369.

11. Smith JA, Osborn M. Interpretive phenomenological analysis. W: Smith JA, red. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. Londyn: SAGE; 2007, s. 53–80.
12. Batory A, Brygoła E, Oleś P. *Odsłony tożsamości*. Warszawa: PWN; 2016.
13. Brzezińska A, Appelt K, Ziółkowska B. *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP; 2015.
14. Ogilvie DM. Life satisfaction and identity structure in late middle-aged men and women. *Psychol Aging*. 1987; 2(3): 217–224.
15. McQuillen AD, Licht MH, Licht BG. Identity structure and life satisfaction in later life. *Basic Appl Soc Psychol*. 2001; 23(1): 65–72.
16. Gadamer H-G. *Prawda i metoda* [tłum. B. Baran]. Kraków: Inter Esse; 1993.
17. Opoczyńska M, red. *Poza zasadą powszechności. Próby idiograficzne*. Kraków: WUJ; 2014.
18. Stemplewska-Zakowicz K. Metody jakościowe, metody ilościowe: hamletowski dylemat czy różnorodność do wyboru? *Rocz. Psychol*. 2010; 13(1): 87–96.
19. Creswell JW. *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane* [tłum. Gilewicz J.]. Kraków: WUJ; 2013.
20. Gałdowa A. *Powszechność i wyjątek*. Kraków: Księgarnia Akademicka; 1995.
21. Marcia JE. Development and validation of ego identity status. *J. Pers. Soc. Psychol*. 1966; 3: 551–558.
22. 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 KUL; 2008, s. 41–84.
23. Cheek JM, Briggs SR. Self-consciousness and aspects of identity. *J. Res. Pers*. 1982; 16: 401–408.
24. Wilson DR. Evolutionary epidemiology and manic depression. *Br. J. Med. Psychol*. 1998; 71(4), 375–395.
25. Williams CC. Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry* 2008; 71(3): 246–256.
26. McAdams D. The psychology of life stories. *Rev. Gen. Psychol*. 2001; 5(2): 100–122.
27. Cierpka A. *Tożsamość i narracje w relacjach rodzinnych*. Warszawa: Eneteia; 2013.
28. Bauman Z. *Tożsamość*. Gdańsk: GWP; 2007.
29. Gombrowicz W. *Testament. Rozmowy z Dominique de Roux*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2005.
30. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności* [tłum. R. Andruszko]. Kraków: WUJ; 2009.
31. Sokolik M. *Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Santorski i S-ka; 1992.
32. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej* [tłum. M. Cierpisz]. Kraków: WUJ; 2016.
33. Maruszewski T. Pamięć autobiograficzna i tożsamość. W: Łukaszewski i in. *Tożsamość. Trudne pytanie: kim jestem*. Sopot: Smak Słowa; 2012, s. 145–165.
34. Dobroczyński B. Transpersonalna koncepcja tożsamości. W: Gałdowa A, red. *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000, s. 149–163.
35. Sass LA, Pienkos E. Delusions: The phenomenological approach. W: Fulford KWM, red. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013, s. 632–657.
36. Sass L. Delusion and double book-keeping. W: Fuchs T, Breyer T, Mundt C, red. *Karl Jaspers' philosophy and psychopathology*. New York: Springer; 2014, s. 125–147.
37. Grof S, Grof C. *Spiritual emergency*. New York: Tarcher/Putnam; 1989.
38. Oleś M. Dimensions of identity and subjective quality of life in adolescents. *Soc. Indic. Res*. 2016; 126: 1401–1419.

39. Cote JE, Schwartz SJ. Comparing psychological and sociological approaches to identity: identity status, identity capital, and the individualization process. *J. Adolesc.* 2002; 25(6): 571–586.
40. Mclean KC. Stories of the young and the old: personal continuity and narrative identity. *Dev. Psychol.* 2008; 44(1): 254–264.
41. Foucault M. Hermeneutyka podmiotu [tłum. M. Herer]. Warszawa: PWN; 2012.
42. Erikson E. Tożsamość a cykl życia [tłum. M. Żywicki]. Poznań: Zysk i S-ka; 2004.
43. Opoczyńska M. Genealogie psychoterapii. Fragmenty dyskursu egzystencjalnego. Kraków: WUJ; 2016.
44. Novalis. Kwietny pył. W: Kowalczykowska A, red. *Manifesty romantyzmu 1790–1830*. Warszawa: PWN; 1975, s. 174–182 [fragment 22].
45. Bion W. Uwaga i interpretacja [tłum. D. Golec]. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.

Adres: krzysztof.jan.dyga@gmail.com