



UMCS

UNIwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Kierunek: Psychologia

Mgr Marta Elżbieta Kosińska

nr albumu: 238063

**Schematy dezadaptacyjne a wewnętrzna
aktywność dialogowa u osób
z antyspołecznym zaburzeniem osobowości
i zaburzeniami z nim współwystępującymi**

Rozprawa doktorska

napisana w Katedrze Psychologii Emocji i Osobowości

pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Gawdy

Lublin rok 2023

Ciepłe podziękowania

*Prof. dr hab. Barbarze Gawdzie za wyrozumiałość i nieocenioną pomoc
na każdym etapie powstawania tej pracy,*

Mojej Rodzinie za zrozumienie i wsparcie.

Spis treści

Wstęp.....	5
ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGIA NARRACYJNA.....	8
ROZDZIAŁ 2. DIALOGOWOŚĆ WEWNĘTRZNA.....	15
2.1. Koncepcja Williama Jamesa, Michaiła Bachtina jako wprowadzenie do dialogowości wewnętrznej	15
2.2. Teoria Ja dialogowego Huberta Hermansa	20
2.3. Dialogowe Ja w ujęciu Piotra Olesia.....	26
2.4. Badania nad dialogowym Ja.....	28
ROZDZIAŁ 3. KONCEPCJE SCHEMATÓW DEZADAPTACYJNYCH	33
3.1. Teoria ewolucyjno-poznawcza Aarona Becka	34
3.2. Model schematów dezadaptacyjnych Roberta Leahy	38
3.3. Wczesne schematy dezadaptacyjne według Jeffreya Younga.....	40
3.3.1. Rodzaje wczesnych schematów dezadaptacyjnych.....	45
3.3.2. Źródła wczesnych schematów dezadaptacyjnych	52
ROZDZIAŁ 4. PRZYJMOWANIE PERSPEKTYWY	57
4.1. Dostępność perspektywy innego a dialogowość wewnętrzna.....	60
ROZDZIAŁ 5: CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI	65
5.1. Charakterystyka antyspołecznego zaburzenia osobowości.....	69
5.1.2. Geneza antyspołecznego zaburzenia osobowości	76
5.2. Charakterystyka zaburzenia osobowości typu borderline	85
5.2.1. Geneza zaburzenia osobowości typu borderline	92
5.3. Charakterystyka narcystycznego zaburzenia osobowości.....	98
5.3.1. Geneza narcystycznego zaburzenia osobowości	105
ROZDZIAŁ 6: METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	112
6.1. Synteza zagadnień teoretycznych.....	112
6.2. Cel badań, pytania badawcze, hipotezy badawcze.....	114
6.3. Badane zmienne i ich operacjonalizacja	126
6.4. Charakterystyka metod badawczych	128
6.5. Procedura badawcza.....	132
6.6. Charakterystyka grupy badanych	135
ROZDZIAŁ 7: ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ	141
7.1. Opisy statystyczne wyników kwestionariuszy	141

7.1.1. Opis statystyczny wyników skali SWAD dotyczącej aktywności dialogowej osób badanych	141
7.1.2. Opis statystyczny wyników kwestionariusza YSQ-S3 dotyczącego wczesnych schematów dezadaptacyjnych	144
7.1.3. Opis statystyczny wyników kwestionariusza "Wypadek w Górach" określającego dostępność standardów Ja – poza Ja.....	146
7.1.4. Opis statystyczny wyników SCID – 5 dotyczącego zaburzeń osobowości.....	147
7.2. Weryfikacja hipotez: Moderowana mediacja związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym.....	148
7.2.1. Bezpośredni związek pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a nasileniem schematów dezadaptacyjnych – analiza ścieżki „c”.....	150
7.2.2. Moderowana mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową – analiza ścieżki a, b i c'	152
7.2.3. Podsumowanie	157
7.3. Szczegółowe zależności pomiędzy wymiarami schematów dezadaptacyjnych a aktywnością dialogową osadzonych	157
7.3.1. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Czysta aktywność dialogowa	158
7.3.2. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi tożsamościowe	161
7.3.3. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi wspierające.....	163
7.3.4. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi ruminacyjne.....	166
7.3.5. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi dysocjacyjne.....	168
7.3.6. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Symulacja dialogów społecznych .	171
7.3.7. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Przyjmowanie punktu widzenia	173
ROZDZIAŁ 8. DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	177
Literatura cytowana.....	221
Spis tabel	261
Spis wykresów	262
Spis rysunków	263

Wstęp

Dialogowość wewnętrzna jest procesem ciekawym i szeroko analizowanym. W ostatnich latach badanie mowy oraz dialogowości wewnętrznej stało się istotnym zagadnieniem w kontekście zrozumienia występowania różnych zjawisk z zakresu psychopatologii np. zaburzeń psychotycznych, lękowych czy zaburzeń nastroju (Alderson-Day i Fernyhough, 2015). Hubert Hermans (2002), twórca koncepcji Ja dialogowego, zaproponował ciekawe podejście do tego, jak człowiek konstruuje dynamikę wewnętrznego dialogu. W teorii dialogowego Ja, jaźń może przyjmować formę głosów otaczających ją postaci społecznych. Autor przyjmuje, iż my jako ludzie jesteśmy częścią złożonego scenariusza wykreowanego przez wiele osób, instytucji, środowisk, które przyczyniają się do powstania ostatecznej formy naszego Ja. Prowadząc wewnętrzne rozmowy, człowiek włącza do głosu wiele pozycji Ja będących odpowiednikiem osób, które tworzą lub tworzyły jego życie, wyobrażają sobie, co może powiedzieć jego najlepszy przyjaciel, co pomyślałaby matka o podjętych przez niego decyzjach, jaka byłaby reakcja innej bliskiej, z punktu widzenia historii życia, osoby.

Można przyjąć, iż teoria dialogowego Ja pośredniczy między scentralizowanym *Ja* w koncepcji Williama Jamesa (1890/1980) a dialogicznym podejściem Michaiła Bachtina (1970). Hermans pragnął wnieść jednak nowy punkt widzenia do pojęcia jaźni. Człowiek wyobraża sobie swój wewnętrzny dialog jako intymny, odosobniony proces niezależny od świata zewnętrznego. W przestrzeni tej krytykuje, docenia bądź wzmacnia swoje lęki. Nie zdaje sobie jednak sprawy, jak wiele z wewnętrznej rozmowy zawdzięcza otaczającemu światu, a przede wszystkim ludziom składającym się na jego rzeczywistość. W teorii Huberta Hermansa człowiek kształtowany jest przez społeczeństwo, a wewnętrzna aktywność dialogowa obejmuje szerokie spectrum zjawisk psychologicznych: odmienny niż własny punkt widzenia, mowę wewnętrzną czy też symulowanie dialogu relacji społecznych bądź rozstrzygnięcie konfliktów wewnętrznych w postaci dialogu między różnymi pozycjami Ja. Mimo wieloletniego zainteresowania badaczy dialogowością wewnętrzną człowieka oraz szeroko zakrojonymi badaniami nad specyfiką mowy wewnętrznej (Oleś, 2009a, 2009b, 2010, 2011; Puchalska-Wasył, 2005, 2017, 2019) nie sprawdzano dotąd czy zjawiska te mogą w jakikolwiek sposób związane być z zaburzeniami osobowości oraz wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi (*early maladaptive schemas*) będącymi ogólnymi, wszechogarniającymi, utrwalonymi w pamięci wzorcami. Ta swoista konstrukcja składa się z zniekształconych sposobów myślenia na

temat siebie i świata, nieadaptacyjnych zachowań, reakcji ciała i emocji. Schematy te są kojarzone z określonymi wydarzeniami i okolicznościami, skłaniają jednostkę do konkretnych zachowań i reakcji. Powstają one w wyniku niezaspokojonych potrzeb w okresie dzieciństwa i dojrzewania (Young i in., 2014).

Dzieci wychowujące się w rodzinach, gdzie doświadczają przemocy, chłodu emocjonalnego, nadmiernych wymagań lub nadopiekuńczości, doznają deprivacji kluczowych dla prawidłowego rozwoju potrzeb, w wyniku których wytwarzają się w nich przekonania na temat własny lub świata np. „jestem nieudacznikiem”, „nie mogę nikomu zaufać” itp. Badania nad schematami dezadaptacyjnymi dowodzą, iż mogą one wiązać się z obniżonym nastrojem, depresją (Rezaei i in., 2016), traumami (Boudoukha i in., 2016). Przyjmując, że wczesne schematy dezadaptacyjne mają istotny wpływ na rozwój osobowości i zachowania, a człowiek prowadząc wewnętrzne dialogi dopuszcza do głosu wiele pozycji Ja, które są odpowiednikami osób, które składały lub składają się na jego życie, wydaje się kwestią interesującą, czy i w jaki sposób schematy dezadaptacyjne będą wiązały się z dialogowością wewnętrzną. Dialogowanie wewnętrzne jest istotnym elementem psychiki, który może rzutować na podejmowane decyzje, samopoczucie czy zachowania. Zbadanie zależności między schematami dezadaptacyjnymi a rodzajami dialogów wewnętrznych, jakie prowadzą ze sobą ludzie, szczególnie w kontekście zaburzeń osobowościowych, może przynieść wiele cennych informacji na temat doświadczeń jednostki, nieadaptacyjnych schematów i ich związków z psychiką człowieka, w tym w jaki sposób myśli, dialoguje i działa w dorosłym życiu.

Niniejsza rozprawa posłuży zrozumieniu jak wygląda dialogowość wewnętrzna u osób z antyspołecznym, narcystycznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniem osobowości typu borderline, odbywających karę pozbawienia wolności, a także, w jaki sposób schematy dezadaptacyjne wyjaśniają Ja dialogowe tych osób. Chciano również sprawdzić czy związek między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowością wewnętrzną osób badanych jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja, rozumianej jako przyjmowanie perspektywy drugiego człowieka..

W badaniu została wykorzystana Skala MINIMENAL w celu wykluczenia dysfunkcji mózgowych u osób badanych, Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości (SCID-5-SPQ) w celu ustalenia typu zaburzeń osobowości, Kwestionariusz Schematów Younga (J. Young Schema Questionnaire, YSQ – S3), który posłużył wyłonieniu wczesnych schematów dezadaptacyjnych, Skala Wewnętrznej

Aktywności Dialogowej (SWAD), oraz Kwestionariusz „Wypadek w górach” do określenia poziomu standardów poza – Ja (przyjmowania perspektywy) osób badanych.

Praca podzielona jest na osiem rozdziałów. W rozdziale pierwszym zaprezentowano podstawowe zagadnienia psychologii poznawczej, omówiono tematykę psychologii narracji oraz reprezentacji poznawczych. Dokonano również opisu teorii psychologii narracyjnej takich jak teoria skryptów autorstwa Silvana Tomkinsa, Dana McAdamsa oraz Erica Berne’a. W rozdziale drugim omówiono koncepcje Williama Jamesa, Michaiła Bachtina, Edwarda Higginsa jako wprowadzenia do zagadnienia dialogowości wewnętrznej, zaprezentowano koncepcję Ja dialogowego w ujęciu Huberta Hermansa oraz Piotra Olesia, dokonano również przeglądu badań nad Ja dialogowym. Rozdział trzeci poświęcono koncepcji schematów dezadaptacyjnych w tym teorii poznawczo-ewolucyjnej w ujęciu Aarona Becka, omówiono również model schematów emocjonalnych Roberta Leahy’go, oraz zaprezentowano tematykę wczesnych schematów dezadaptacyjnych (EMS) Jeffrey Younga, gdzie scharakteryzowano rodzaje schematów dezadaptacyjnych, dokonano też omówienia źródeł ich powstawania. Rozdział czwarty dotyczy zagadnienia przyjmowania perspektywy, przedstawiono w nim teorię Anny Szuster i Anny Góreckiej dotyczącej dostępności perspektywy innego oraz dokonano próby odniesienia jej do zjawiska dialogowania wewnętrznego. W rozdziale piątym dokonano charakterystyki i genezy powstawania zaburzeń osobowości – antyspołecznego zaburzenia osobowości, narcystycznego zaburzenia osobowości oraz zaburzenia osobowości typu borderline. Rozdział szósty zawiera metodologię badań własnych, obejmującą postawione cele badawcze oraz wynikające z nich problemy i hipotezy badawcze, zmienne występujące w badaniu, opis wykorzystanych technik badawczych oraz charakterystykę grupy osób badanych i przebiegu badania. Rozdział siódmy poświęcono analizie zebranego materiału badawczego, ostatni ósmy, dyskusji wyników oraz ich szczegółowego omówienia.

ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGIA NARRACYJNA

W powszechnym rozumieniu narracje są sposobem opowiadania danej historii. Ludzie już od momentu narodzin biorą udział w swoistym spektaklu własnego życia i narracji. Kilkuletnie dzieci przejawiają umiejętność tworzenia narracji, przyjmując punkt widzenia określonej postaci podczas zabawy, potrafią również prowadzić wewnętrzne dialogi. Narracje nie są jednak tym samym co opowiadanie; są perspektywą opowiadania, która określa pozycję autora wobec treści. Inaczej mówiąc narracje są „punktem widzenia”, a także swoistym sposobem interpretacji rzeczywistości (Dryll i Cierpka, 2011).

W niniejszym rozdziale zaprezentowano tematykę psychologii narracji oraz reprezentacji poznawczych. Analizie poddano wybrane teorie psychologii narracji jak teoria skryptów autorstwa Silvana Tomkinsa, Dana McAdamsa oraz Erica Berne’a.

W psychologii narracje są swego rodzaju sposobem pojmowania świata i rzeczywistości przez ludzi. Ludzie posiadają umiejętność „pisania” historii; odbierają dotykające ich sploty zdarzeń jako pewne historie, to samo dotyczy przeszłości, odbieranej jako ciąg opowiadań oraz przyszłości, która planowana jest w formie swoistego opowiadania, obejmującego możliwe do wystąpienia scenariusze. Narracje nie są jednak przypadkowe, wiążą się ze specyficzną strukturą wiedzy człowieka o świecie, która staje się determinantem narracyjnego postrzegania rzeczywistości. Osoba będąca dojrzałą poznawczo i społecznie potrafi nie tylko konstruować narracje, ale posiada także umiejętność rozumienia narracji innych ludzi. Naturalność formy opowiadania, umożliwia wyrażanie myśli i przeżyć, nie jest ona jednak rezultatem procesu komunikacji, ale dotyczy narracyjnego sposobu pojmowania rzeczywistości, wynikającej z narracyjnej struktury wiedzy o świecie (Trzebiński, 2002). Ludzie narzucają strukturę narracyjną na otaczającą rzeczywistość, widzą siebie i innych jako bohaterów różnych historii i przydzielają im określone role. Istotnym elementem wiedzy narracyjnej jest uwzględnianie kontekstu, który nadaje spójność danej historii oraz urzeczywistnia ją w określony sposób. Zgodnie z podejściem psychologicznym, zdaniem Trzebińskiego (2002), historia będąca narracją to taka, w której dany bohater posiadający skonkretyzowane intencje, zмага się z trudnościami różnego rodzaju, a trudności te zostają przezwyciężone lub nie.

W podejściu narracyjnym wyodrębnić można dwa istotne nurty (Rober i in., 2010). Pierwszy kładzie nacisk na treści opowiadanych historii, reprezentują go przedstawiciele terapii narracyjnej tacy jak Michael White (1990, 2007), David Epston (1997) czy Dan McAdams (1997). Ujęcie to koncentruje się na opowieści narratora, na jej dekonstrukcji oraz alternatywnych opisach. Podkreśla się, iż rozumienie narracji w tej formie przyjmuje cechy monologu, kiedy to opowiadający (narrator), dokonuje uzewnętrznienia wewnętrznych opowieści będących reprezentacją osobistych, intymnych doświadczeń w formie wypowiedzi (Rober i in., 2010). W podejściu narracyjnym pojawił się również drugi kierunek, który wiąże się z opowiadaniem historii (*strorytelling*) jako procesem dialogowości wewnętrznej (Rober i in., 2006), który skupia się na narracjach w działaniu (*narratives in action*) (Whorham, 2001). W tym nurcie opowiadanie historii zachodzi w konkretnym kontekście, gdzie istotą jest relacja między narratorem a innymi rozmówcami. Rober wraz ze współpracownikami (2010) podkreśla, iż tylko dzięki obecności innych istnieją opowieści. To podejście podkreśla znaczenie dialogów „zewnątrznych”, które są swoistą wymianą między rozmówcami oraz „wewnętrznych”, mających miejsce w psychice i intrapsychnym świecie opowiadającego (Józefik i in., 2012).

Ciekawą koncepcję powstawania i rozwoju narracji zaproponował Salvatore i jego współpracownicy (2005), podejście to dokładnie opisała i wyjaśniła Soroko (2013). Autorzy (Salvadore i in., 2005) przyjmują, iż proces rozwijania się narracji możemy podzielić na dwa poziomy. Pierwszy to poziom przednarracyjny (przedwerbalny), do którego włączamy poziom prenarracyjny (gdzie powstaje związek przyczynowo-skutkowy między obiektem a stanem organizmu – mózg formuje reprezentacje siebie w zmieniającym się środowisku) oraz poziom prontonarracyjny (związany z mikrosekwencjami obrazów uformowanych z określonych reprezentacji prenarracyjnych powstałych w umyśle, które dostępne są w świadomości jednostki, posiadają też wspólne cechy afektywne) (Soroko, 2013).

Drugi poziom to poziomy narracji rozszerzonych, czyli możliwych do zwerbalizowania, do których włączamy: nieświadomą narrację proceduralną (gdzie występują bardziej skomplikowane sekwencje obrazów myślowych, które odnoszą się do obiektu, wywołują one również konkretne automatyczne reakcje w sytuacjach społecznych); narrację w postaci sądów (są to bardziej skomplikowane, złożone oraz uświadomione werbalne reprezentacje, formułowane w strukturę narracyjną); i w końcu narracje interaktywne stanowiące trzeci poziom narracji. Narracje interaktywne

przeprowadzane są w formie dialogu wewnętrznego bądź w interakcjach społecznych. Ja zbudowane jest z wielu komponentów - pozycji Ja lub głosów, gdzie pozycje te odnoszą się do siebie oraz rozmawiają ze sobą, wchodząc w swoiste interakcje dialogowe (Soroko, 2013) tworząc tzw. umysł polifoniczny (Hermans i Hermans-Jansen, 2000). Podejście to zakłada, iż narracje, szczególnie w obszarze sądów i poziomu interaktywnego, mogą wiązać się z poczuciem permanentności własnego istnienia poprzez integrowanie doświadczeń i rozumienie siebie oraz otaczającego świata (Soroko, 2013). Jest to istotną przesłanką w kontekście niniejszej pracy, gdyż okazuje się, iż autonarracje na poziomie interaktywnym (dialogowym) oraz narracje w postaci sądów mogą pomóc w zrozumieniu zaburzeń tożsamości oraz specyfiki relacji międzyludzkich w zaburzeniach osobowości.

Zaczynając rozważania o psychologii narracyjnej, warto wspomnieć, iż jest ona ściśle zakorzeniona w psychologii poznawczej i wiąże się z wieloma jej zagadnieniami. W ujęciu psychologicznym narracja rozumiana jest w dwojaki sposób: jako forma komunikowania się lub jako sposób rozumienia rzeczywistości, który obejmuje jej poznawczą reprezentację (Chmielnicka-Kuter i in., 2005; Trzebiński, 2002). Narracje porządkują wiedzę człowieka o świecie społecznym, w którym egzystuje – a mowa tutaj o ludziach i łączących ich relacjach. Jednostki narracyjne nazywane schematami narracyjnymi, zawierają informacje o bohaterach (aktorach) opowiadanej historii, ich intencjach i wartości, potencjalnych komplikacjach, mogących dotknąć aktorów, warunkach oraz możliwościach zrealizowania danej intencji czy planu, a także rezultatach zachowań i działań bohaterów (Trzebiński, 2002). Według Trzebińskiego (2002) schematy narracyjne są podstawą do tworzenia narracji, a składają się z reprezentacji rzeczywistości oraz procedur interpretacyjnych. Reprezentacje rzeczywistości są odzwierciedleniem rzeczywistości budowanym przez umysł, natomiast procedury interpretacyjne to strategie, dzięki którym dochodzi do interpretacji. Funkcją schematu jest tworzenie narracji, to schemat właśnie odpowiada za przebieg rozumienia i podejmowania decyzji poprzez formułowanie opowieści dzięki dostępnym faktom. Można przyjąć, że schemat narracyjny jest swego rodzaju modelem zawierającym wiedzę jednostki o danym obiekcie, jego określonych cechach, co sprawia, że jednostka ma konkretne oczekiwania, co do pojawienia się przewidzianych treści, ma także przygotowane już reguły interpretacyjne, które powodują kategoryzację i integrację, tworząc obraz racjonalnej, w ujęciu tego schematu, opowieści. Schemat narracyjny dostarcza także treści umożliwiających „uzupełnienie” brakujących danych o danej historii. Trzebiński (2002) ujmuje narrację jako strukturę poznawczą, przyjmuje również, iż całościowa wiedza

o świecie, która jest kodowana w umyśle ludzkim przybiera formę narracyjną. To właśnie dzięki schematom narracyjnym możliwy jest proces rozumienia świata zewnętrznego i wewnętrznego człowieka. Schematy te posiadają określoną strukturę i dzięki temu stają się podłożem do uniwersalnego organizowania doświadczenia, społecznego jak również indywidualnego (Gawda, 2007b). Istotną funkcją schematów narracyjnych jest bez wątpienia łatwość z jaką przychodzi człowiekowi szukanie oraz nadawanie znaczenia przytrafiającym mu się zdarzeniom oraz własnym działaniom. Poprzez narrację może on dokonywać interpretacji swoich przeżyć, zyskuje również świadomość zmienności życia, zachowuje jednocześnie poczucie tożsamości. Tożsamość powstaje dzięki nadaniu spójności osobistej, wewnętrznej historii życia, w której to dowolne epizody życiowe odnoszone są do całościowego, podstawowego, mającego charakter indywidualny, wątku narracyjnego (Trzebiński, 2002).

Mówiąc o schematach, skryptach i narracyjności człowieka, warto przytoczyć jedną z podstawowych definicji w psychologii poznawczej, a mianowicie pojęcie reprezentacji poznawczej. Reprezentacja poznawcza to umysłowy odpowiednik obiektów, realnie istniejących jak również fikcyjnych i hipotetycznych (Nęcka i in., 2006). Allan Paivio (1986) do reprezentacji poznawczych zalicza obrazy umysłowe, ślady pamięciowe, słowa, sądy, pojęcia, oraz schematy (skrypty, ramy, procedury). Najistotniejszymi rodzajami reprezentacji umysłowych według Rebera (2000) są obrazy umysłowe, słowa oraz idee (abstrakcje). Reprezentacje poznawcze mogą być trwałe lub nietrwałe, przybierają również zróżnicowane formy np. obrazów umysłowych, słów, sądów, pojęć (Pavio, 1986). Pod względem trwałości reprezentacji poznawczych najtrwalsze są kolejno: pojęcia, następnie schematy, skrypty oraz ramy (Nęcka i in., 2006). Wyżej wymienione kategorie związane są ze złożonością doznań emocjonalnych jednostki.

Z uwagi na tematykę pracy, skupiono się przede wszystkim na analizie schematów, skrypty oraz pojęcie ram przedstawione zostaną w formie ogólnego zarysu.

Ogólne definicje schematów wskazują, iż są one zintegrowanymi fragmentami sieci semantycznych, w nich zakodowana zostaje istota danej sytuacji oraz sens i znaczenie określonego zachowania (Schank, 1986; Gawda, 2007b). Rumelhart (1980/2006) wyjaśnia, iż schematy są pojęciami bliskimi ramom, skryptom czy planom. Schematy są poznawczym odbiciem scenariusza, który zawiera uogólnione informacje o danym zjawisku. Można przyjąć, iż schemat jest swego rodzaju teorią zawierającą zorganizowaną wiedzę na dany temat. Schematy można pojmować również jako procedurę lub program, dzięki któremu człowiek dokonuje analizy napływających informacji oraz oceny,

przyjmując, że są właściwe lub nie. Trzebiński (1985) zaznacza, iż schemat jest niezależną jednostką poznawczą, z tego względu ludzie myśląc o elemencie danego zagadnienia, nie dokonuje aktywizacji całej zgromadzonej wiedzy na jego temat. Schematy poznawcze nie są kopiami rzeczywistości, lecz stanowią jej osobliwą idealizację reprezentując jej standardowe i najbardziej charakterystyczne elementy oraz właściwości. Beck (1967) za schemat poznawczy uznaje strukturę poznawczą, która selekcjonuje, koduje oraz ocenia bodźce oddziałujące na człowieka. Schemat, zdaniem autora, jest trwałym aspektem funkcjonowania poznawczego człowieka, tworzącym system klasyfikacji bodźców. Wojciszke (1986) natomiast, podaje podstawowe rodzaje schematów dzieląc je na: przedmiotowe, zdarzeń (nazywane skryptami), a także schematy cech. Z uwagi na to, iż dokładniejsza charakterystyka schematów dezadaptacyjnych, istotnych z punktu widzenia niniejszej pracy została zaprezentowana w dalszej części pracy, poniżej deskrypcji poddano pojęcie skryptu oraz ram.

Skrypty w ujęciu Tomkinsa (1987) to struktury poznawcze powstałe poprzez cykliczne powtarzanie danych następujących po sobie zdarzeń, akcentowaniu ich kontekstu oraz rozumieniu ich istoty. Skrypty są reprezentacjami zdarzeń, są też mniej złożone niż schematy (Gawda, 2011). Zawierają treści odnoszące się do zdarzeń, uczestników zdarzeń, obiektów modelowych dla sceny, warunków, w których dochodzi do uruchomienia scenariusza oraz jego rezultatów (Schank i Abelson, 1977; Gawda, 2010). Skrypty są właściwymi kategoriami poznawczymi do opisanego złożoności emocjonalnej istoty ludzkiej. Ramy natomiast, mają charakter bardziej ogólny; w teorii ram zakłada się, iż istnieje większa możliwość zmiany zachowania w danej sytuacji. Rama jest reprezentacją proceduralistyczną, zespołem układu operacji, które generowane są w określonych warunkach, umożliwiając realizację celu (Nęcka i in., 2006). Zgodnie z teoriami planów, scen, tematów, istnieją struktury bardziej złożone, które zawierają wiedzę o abstrakcyjnych lub prawdopodobnych celach działania, dokładnych interakcjach społecznych oraz analogicznych do siebie sytuacjach (Schank, 1986).

W literaturze przedmiotu istnieje szereg teorii, które ujmują skrypty jako mechanizmy osobowościowe, które nacechowane są afektywnie. Jedną z tego rodzaju teorii jest teoria skryptu Silvana Tomkinsa (1962). Tomkins (1987) mówiąc o sferze emocji i motywacji człowieka, zwraca szczególną uwagę na znaczenie skryptów. Zdaniem autora, życie człowieka ujmować można jako szereg scen, posiadających stały element, którym są stany afektywne. Życie człowieka, ujmowane jako *historia życia* złożone jest z określonych scen, które mają konkretny klimat emocjonalny oraz sens. Człowiek

dokonywa interpretacji sekwencji danych wydarzeń, które stają się składowymi historii życia, nadając im jednocześnie konkretne znaczenie. Ciągłość scen możliwa jest dzięki pamięci autobiograficznej. Ludzie dążą do tego by zachować porządek narracyjny historii, dlatego też dane sceny mogą się ze sobą łączyć. Każdy człowiek posiada indywidualny, unikatowy skrypt, dzięki któremu dokonuje interpretacji i uporządkowaniu licznych scen ze swojego życia. Skrypt, zdaniem Tomkinsa, ściśle wiąże się z klimatem emocjonalnym, dzięki niemu człowiek dokonuje interpretacji danej sceny, można założyć więc, że skrypt jest zespołem zasad, dzięki którym ta interpretacja może mieć miejsce. Złożone i bogate systemy skryptów mają istotny wpływ na rozwój osobowości człowieka. Rozbudowana emocjonalność i uczuciowość w połączeniu ze strukturami poznawczymi może prowadzić do większych możliwości w obszarze analizy i rozumienia znaczenia doświadczeń, a także regulowania zależności i powiązań interpersonalnych. Tomkins (1962), uważa, iż zasadniczą siłą motywacji jednostki jest jej afektywność i uczuciowość. Autor ten jest zadania, iż emocje i uczucia działają na zasadzie skryptów, tj. wewnętrznych reprezentacji.

Rozumienie skryptu jako systemu warunkującego zachowanie człowieka, zaproponował także McAdams (2005), który zaprezentował ciekawą z punktu widzenia niniejszej pracy, koncepcję tożsamości narracyjnej. Według tego autora tożsamość narracyjna to konfiguracja wiedzy o sobie, w świecie dorosłym, która zapewnia poczucie stałości oraz ciągłości. McAdams (1993) przyjmuje, że tożsamość narracyjna jest zinternalizowaną opowieścią o życiu, integrującą określone elementy biografii, nadające życiu określony stopień prawdopodobieństwa (McAdams, 2001). Tożsamość narracyjna przejawia się w spójnej, całościowej historii życia. Jej istotą jest narracyjny, a przy tym specyficzny, sposób adaptacji self, ujmowany jako sposób rozumienia siebie, swojego miejsca w świecie oraz ujęcia samego siebie w opowieści o sobie (McAdams, 2001; McAdams, 2004).

McAdams (2001) przyjął, iż historie życia obejmują autonarracje wytwarzane przez człowieka, w celu dokonania integracji przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości, które pomagają w określeniu własnej tożsamości. Celem autonarracji jest również nadanie życiu spójności oraz sensu, dlatego też zawierają w sobie rekonstrukcje i reinterpretacje wspomnień z okresu dzieciństwa. W autonarracji zawierają się także wizje samego siebie z przyszłości oraz motywy przewodnie własnego życia. Tożsamość w tym ujęciu, jest złożoną formą samorozumienia, a tym samym procesem silnie integracyjnym. Zawierają się w niej treści jednostkowe oraz społeczno-kulturowe. Wraz z rozkwitem kompetencji narracyjnych, człowiek dokonuje konfiguracji self poprzez formułowanie opowieści

prowadzących do zdefiniowania siebie (*self-defining stories*), a wraz z czasem tworzenia rozbudowanej historii życia (*life story*). Historie życia powstają poprzez selekcję i interpretację, dlatego też można przyjąć, że tożsamość jednostki jest w pewnym stopniu wyborem celowym. Człowiek sam decyduje, które fakty, wydarzenia z życia uzna za fundamentalne i wokół których zdarzeń pragnie opowiadać o sobie. Mimo, że historie życia opierają się w głównej mierze na faktach biograficznych, ludzie wychodzą poza nie, konstruując (w formie wyobraźni) przeszłość, przyszłość oraz teraźniejszość. Badania nad osobowością w ujęciu narracyjnym dążą do wyjaśnienia, jak z olbrzymiej ilości doświadczeń życiowych ludzie wyłaniają tylko niektóre, w jaki sposób doświadczenia te łączą w całość i na ich podstawie tworzą indywidualne historie życia, które wyjaśniają potem ich zachowanie.

Podobną teorię do koncepcji Tomkinsa zaprezentował Eric Berne, twórca koncepcji analizy transakcyjnej. Zdaniem Berne'a (2005) skrypty życiowe są swego rodzaju nieuświadomionymi planami życiowymi. Formułują się już w okresie dzieciństwa; młody człowiek w sposób nieuświadomiony decyduje, jak będzie wyglądał scenariusz jego życia, jak je prowadzi, jaka będzie jego treść. Twórca analizy transakcyjnej przyjmuje, iż sposób w jaki ludzie wzajemnie się komunikują oraz zachowują, uwarunkowany jest schematami/skryptami (w ujęciu analizy transakcyjnej pojęcia te są tożsame i używane zamiennie). Skrypty ujmowane są jako forma ustrukturyzowanych doświadczeń o właściwościach afektywnych, dlatego też w literaturze podkreśla się znaczenie skryptu dla prawidłowego funkcjonowania jednostki (Demorest i Aleksander, 1992). Można przyjąć, że poprzez analizę wypowiedzi, tj. narracji dochodzi do jego identyfikacji. W koncepcji Berne'a wyróżnia się wiele rodzajów skryptów np. najbardziej ogólny skrypt życiowy, ponadto wymienia się skrypty odnoszące się do sytuacji zawodowych, rodzinnych lub społecznych. Skrypty stają się składnikiem scenariusza, zgodnie z którym człowiek podąża przez życie. Treści tych scenariuszy są niezwykle urozmaicone, wymienia się np. skrypt typu „zwycięscy”, „przegranii”, „nigdy”, „zawsze”, „dopóki”, „potem”, „znowu i znowu”, „niemal to zrobiłem” itp. Niestety, zdaniem Berne'a (2005) skrypty w dużej mierze prowadzą do ograniczenia zachowań spontanicznych, kreatywnych, blokują aspiracje. Mimo to, wpływ skryptów na zachowania nie jest w sposób klarowny i jednoznaczny wyjaśniony naukowo (Tyjarska, 1995).

ROZDZIAŁ 2. DIALOGOWOŚĆ WEWNĘTRZNA

Jeszcze do niedawna zjawisko dialogowości wewnętrznej w psychologii nie cieszyło się dużym zainteresowaniem. Kiedy w utworach literatury pięknej dialogi wewnętrzne bohaterów powieści można znaleźć na kartach wielu dzieł, w psychologii temat ten poruszany był rzadko i nie poświęcano mu wystarczająco dużo uwagi. Co prawda już na początku XX wieku, doszukać można się wzmianek o istnieniu wewnętrznych przemyśleń u ludzi, a wspominali o tym m. in. George Meada (1975), William James (2002), Lew Wygotski (1989) czy Carl Gustaw Jung (1963), zjawisko to interesowało bardziej psychiatrów. Szersze spojrzenie na zagadnienie dialogów wewnętrznych zapoczątkował dopiero Hubert Hermans, autor koncepcji dialogowego Ja (Hermans i in., 1992; Hermans i Gieser, 2012; Hermans i Hermans-Jansen, 1995), w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Hermans podkreślał, iż dialogowa natura człowieka jest nie tylko zjawiskiem całkowicie normalnym, ale również stymulującym rozwój człowieka na przestrzeni jego życia.

W niniejszym rozdziale dokonano analizy koncepcji W. Jamesa, M. Bachtina, E. Higginsa jako wprowadzenia do zagadnienia dialogowości wewnętrznej. Te koncepcje sugerują istnienie różnorodności w obszarze Ja/self, różnorodnych pozycji Ja. Następnie opisano koncepcję Ja dialogowego w ujęciu H. Hermansa oraz P. Olesia, dokonano również przeglądu badań nad Ja dialogowym.

2.1. Koncepcja Williama Jamesa, Michaiła Bachtina jako wprowadzenie do dialogowości wewnętrznej

W celu lepszego zrozumienia teorii dialogowości wewnętrznej Hermansa warto przytoczyć koncepcję Williama Jamesa, będącą inspiracją oraz fundamentem wszelkich teorii *self*, a tym samym Ja dialogowego. Autor dokonał rozróżnienia w ramach struktury Ja (*self*) na „Ja” podmiotowe (*I*) oraz „ja” przedmiotowe (*epirical me*) (James, 1890/1980).

„Ja” podmiotowe (*I*) według Jamesa, to część *self* doświadczająca myśli, uczuć, spostrzeżeń, posiadająca zdolność kierowania zachowaniem. Ta część „Ja”, będąca pomiotem poznania, w sposób subiektywny interpretuje oraz organizuje doświadczenie. Istnienie „Ja” podmiotowego, człowiek uświadamia sobie w formie następujących typów

doświadczeń: ciągłości, odmienności oraz wolitywności. Ciągłość związana jest z poczuciem wewnętrznej, osobistej niezmienności mimo upływającego czasu i zmian zachodzących w środowisku zewnętrznym. Odmienność odzwierciedla poczucie indywidualności, świadomość bycia innym od reszty ludzi. Wolitywność wiąże się z ciągłym przyjmowaniem bądź też odrzucaniem myśli, co świadczy o czynnym przetwarzaniu doświadczeń przez „Ja” (Puchalska-Wasył, 2016).

„Ja” przedmiotowe (empiryczne) nazywane przez Jamesa *empirical me* jest tym, co zaobserwowane, jest formą samowiedzy mogącą się aktualizować, która zakodowana jest w strukturach poznawczych. Ta część „Ja” stanowi wszystko, co człowiek nazywa *swoim*, czyli nie tylko elementy dotyczące fizys czy stanów psychicznych, ale również wszystkie inne. Elementami empirycznego „ja” są zatem nie tylko charakterystyki duchowe dotyczące myśli czy świadomości, ale także fizyczne (odnoszące się do ciała, ubrania, majątku) i społeczne wyrażające się w relacjach, rolach społecznych czy reputacji (James, 2002). „Ja” podmiotowe w ujęciu Jamesa organizuje aspekty „ja” przedmiotowego, stając się ujednoliczoną regułą systemu JA ujmowanego jako całość. James (2002) dostrzega jednak występowanie rywalizacji między danymi częściami „ja” przedmiotowego, nazywanymi odrębnymi empirycznie „ja”. Mówiąc o rywalizacji pomiędzy poszczególnymi częściami Jamesowskiego „ja”, można znaleźć analogię do poglądów Michaiła Bachtina (Hermans, 2002; Puchalska-Wasył, 2016).

Bachtin jest twórcą koncepcji powieści polifonicznej, będącej rezultatem wnikliwych analiz dzieł F. Dostojewskiego. Jak pisze Bachtin (1970), w działach Dostojewskiego myśli bohaterów bogate są w mnogość indywidualnych i niespójnych głosów, które nazywa *polifonią głosów równorzędnych*. Zasadą powieści polifonicznej jest to, że składają się na nią liczne, samodzielne, a nawet czasem opozycyjne punkty widzenia bohaterów, które pozostają ze sobą oraz autorem w relacji dialogowej (Puchalska-Wasył, 2016). Według Bachtina dialog – oś powieści polifonicznej umożliwia pokazanie jak bardzo urozmaicony i niejednorodny jest świat wewnętrzny człowieka, przyjmujący formę interpersonalnych relacji. Dlaczego tak jest? Bohater przekształcając wewnętrzne, osobiste myśli w wypowiedź, doprowadza do powstania relacji dialogu. Relacja ta nawiązuje się między wypowiedzią a wyobrażonym rozmówcą (Hermans 2001, 2003, 2004; Hermans i Hermans-Jansen, 2001; Hermans i in., 1992). Jak zauważa Bachtin (1970), w dziełach Dostojewskiego dostrzec można zabieg niezbędny do powstania autentycznego dialogu wewnętrznego, polegający na uzewnętrznianiu myśli głównego bohatera w postaci bohatera przestrzennie odrębnego. Istnienie dwóch autonomicznych punktów widzenia jest

konieczne do powstania sytuacji dialogowej, pojawienie się punktów widzenia natomiast, nie byłoby możliwe bez przestrzennej opozycji. W swoich dziełach, Dostojewski dokonuje transpozycji relacji czasowych na relacje przestrzenne (Hermans, 1996).

Aby lepiej zrozumieć koncepcję dialogu Bachtina, należy dokładniej omówić różnice pomiędzy relacją dialogową a logiczną. Relacja logiczna ma charakter „zamknięty”, z uwagi na to, iż wniosek, który z niej wypływa nie wychodzi poza zasady tejże relacji. Nazwać ją można apersonalną i wolną od kontekstu, ponieważ prowadzi ona do tych samych wniosków, bez względu na indywidualną postawę człowieka uwikłanego w proces rozumowania. Dialog natomiast jest procesem całkowicie „otwartym”, zważywszy, iż myśl w ujęciu Bachtina, ma zawsze zabarwienie polemiczne. Zdaniem autora, myśli jednostki wypełnione są antagonistycznymi siłami, będąc jednocześnie otwartymi na wszelkie inspiracje płynące ze świata zewnętrznego (Puchalska-Wasył, 2016). Ponadto wypowiedzi ludzkie, nie istnieją odrębnie od świadomości konkretnego bohatera. Każda wypowiedź w sposób faktyczny bądź wyobrazeniowy jest odpowiedzią na inną, określoną wypowiedź innego człowieka, dlatego też jej kontekst ma charakter wysoce indywidualny (Hermans i Hermans-Jansen, 2001; Hermans i Kempen, 1993).

Reasumując, James dostrzega, iż obok spójności i jedności struktury Ja, istnieje również jej złożoność (wielość), jednakże różnorodność struktury Ja, staje się szczególnie istotna w kontekście rozważań Bachtina odnośnie do polifonii głosów równorzędnych występujących u bohaterów w powieściach polifonicznych. Bachtin, wprowadzając pojęcie wielogłosowości, podkreśla znaczenie złożoności struktury Ja. James niewątpliwie przyjmuje istnienie społecznej natury Ja, ujmując ją jako rywalizujące ze sobą postaci Ja, Bachtin natomiast podkreśla istotę problematyki głosów postaci oraz ich relacji dialogowych (Puchalska-Wasył, 2016).

Rozważając teorię Ja dialogowego Hermansa, należącej do teorii *self*, warto wspomnieć o innej koncepcji z zakresu psychologii poznawczej, a mianowicie teorii rozbieżności Ja Higginsa (1987). Choć teoria Higginsa nie jest bezpośrednio teorią dialogowości, ukazuje różnorodność i wielość postaci Ja. Higgings z konstruktów Ja wyodrębnia trzy składowe: Ja realne (*the actual self*), Ja idealne (*the ideal self*) oraz Ja powinnościowe (*the ought self*). Ja idealne (*the ideal self*) oraz Ja powinnościowe (*the ought self*) nazywane są przez autora typami standardów Ja (*self-guides*). Ja realne jest reprezentacją poznawczą cech, którymi dana jednostka aktualnie się charakteryzuje, jest to obszar wiedzy o samym sobie, odpowiedź na pytanie „kim jestem? Jaki jestem?”. Treścią Ja idealnego są poznawcze reprezentacje, którymi człowiek chciałby się charakteryzować,

Ja idealne mówi o tym, jaki podmiot chciałby być, wiąże się ono z marzeniami, życzeniami czy też ambicjami, które dotyczą samego siebie. Ja powinnościowe, które podobnie jak Ja idealne wyznacza pewne standardy i cele, jest reprezentacją poznawczą cech, którymi człowiek powinien się charakteryzować, odnosi się do poczucia obowiązku, kompetencji czy odpowiedzialności (Kofta i Doliński, 2000). Według Higginsa (1987) rozbieżność między Ja realnym a Ja idealnym związana jest z doświadczaniem emocji depresyjnych. Osoby takie przejawiają skłonność do przeżywania smutku, przygnębienia, rozczarowania czy frustracji. Im większy rozdźwięk między Ja realnym a Ja powinnościowym z kolei, tym większa podatność na doznawanie emocji stricte lękowych (strachu, lęku, poczucia winy itp.) (Higgins, 1996). Mimo, iż teoria Higginsa została potwierdzona w licznych badaniach (np. Moretti i Higgins, 1990; Strauman i in., 1993), pojawiły się również prace wnoszące o uwzględnienie dodatkowych zmiennych (np. Carver i in., 1999; Gonnerman i in., 2000) lub wręcz krytycznie odnoszące się do trafności tej teorii Higginsa. Pomimo braku jednoznaczności, ukazują one nieścisłości centralnych tez teorii o związkach rozbieżności Ja realnego i Ja idealnego oraz ich związku z depresyjnością. Podobne wątpliwości pojawiają się w przypadku tezy rozbieżności między Ja realnym i Ja powinnościowym a występowaniem emocji lękowych (Bąk i Jankowski, 2011; Bruch i in., 2000; Gramzow i in., 2000). Część badań wykazała, że rozbieżności te wiążą się zarówno z odczuwaniem lęku, jak i stanami depresyjnymi. Z kolei w badaniach Bąka (2003), nie potwierdzono tezy mówiącej o związku rozbieżności między Ja realnym i Ja powinnościowym a lękiem.

Teoria Higginsa zdaje się mieć elementy wspólne z teorią dialogowości wewnętrznej, będącej przedmiotem niniejszej pracy. Próby integracji podejść poznawczych i dialogowych w kontekście wielości Ja, podjął Bąk (2009) prezentując całościową analizę obu koncepcji. Jak już wspomniano, Higgins ujmuje Ja w wymiarze przedmiotowym, gdzie treści tworzące dany stan Ja przyjmują trzy wartości, czyli: Ja realne, Ja idealne oraz Ja powinnościowe. W ujęciu Higginsa istnieje również drugi wymiar Ja – podmiotowy – dotyczący perspektywy, z jakiej człowiek definiuje treść określonego stanu Ja. Wymiar ten, ściśle związany jest z punktem widzenia, z którego jednostka patrzy na samego siebie (*standpoint on the self*). Wyróżnić można tutaj dwie możliwości: jedna określana jest jako własny punkt widzenia (*own standpoint*), dotyczy ona bowiem prywatnych, indywidualnych, osobistych wyobrażeń bądź przekonań jednostki na własny temat. Druga perspektywa to punkt widzenia innych ludzi (*other standpoint*), czyli wyobrażenia osoby na temat tego, w jaki sposób postrzegana

i oceniana jest przez innych, szczególnie przez tzw. znaczących innych (*significant others*), którymi są zazwyczaj osoby bliskie (rodzice, rodzeństwo, współmałżonek, przyjaciel itp.). Co istotne, aspekt ten nie odnosi się do przekonań i ocen rzeczywistych, a wyłącznie wyobrażeń osoby o tym, w jaki sposób jest postrzegana i oceniana przez innych ludzi. Oczywiście, wyobrażenia te mogą, lecz nie muszą okazywać się prawdziwe. Subiektywne przekonania jednostki w procesach samoregulacji, odgrywają większą rolę niż obiektywna prawda (Higgins, 1996). Podejmując próbę porównania poznawczego i dialogowego podejścia do Ja, dostrzec można wiele podobieństw (Bąk, 2009). Oba podejścia kładą szczególny nacisk na złożoność i mnogość konstruktów Ja. Zarówno w teorii Higginsa, jak i w teorii dialogowości wewnętrznej Ja ujmowane jest jako struktura wielowymiarowa, mimo różnic w nazewnictwie poszczególnych jej elementów. Podejście Hermansa mówi o wielości pozycji Ja, podejście poznawcze natomiast definiuje elementy takie jak Ja realne, idealne, powinnościowe. Oba podejścia podkreślają również istotę relacji zachodzących między określonymi elementami Ja, mimo iż znów pojawiają się różnice w ich nazewnictwie. Teoria dialogowego Ja odnosi się do metafory dialogu, w teoriach poznawczych zaś mówi się o rozbieżnościach Ja (Bąk, 2009). Sam Hermans zastanawiał się czy Ja realne, idealne, powinnościowe mogłyby funkcjonować w sposób dialogowy (Hermans, 1996). Zagadnienie to próbował wyjaśnić Oleś (2005b). Badaniu poddano Ja realne, idealne, powinnościowe, jednak relacje między nimi zoperacjonalizowano jako dialog, nie rozbieżność. Hipotezy sformułowano bazując na poznawczej teorii samoregulacji i choć nie wszystkie zostały potwierdzone, badanie to stało się trafnym przykładem dialogowego wyjaśnienia pojęć poznawczej psychologii self.

Innym podobieństwem, na które zwraca uwagę Bąk (2009) jest opisywanie Ja jako struktury dynamicznej, zmieniającej się pod wpływem kontekstu sytuacyjnego. W podejściu poznawczym zmienność ta opisywana jest poprzez pojęcie dostępności poznawczej (*accessibility*) (Higgins, 2000). Koncepcję siebie tworzy rozbudowany zbiór przekonań, spośród których aktywne są te odnoszące się w pewien sposób do konkretnego kontekstu sytuacyjnego (Markus i Wurf, 1987). W momencie wejścia w sytuację odmienną aktywizowane są inne elementy samowiedzy, co dotyczy zarówno poszczególnych przekonań, jak i ogólnych struktur (Bąk i Oleś, 2008). Widać tutaj wyraźne podobieństwo z teorią Hermansa (2002), który podkreśla znaczenie sytuacyjnej zmienności Ja oraz dominacji co niektórych jego elementów. Chociaż obie teorie są odmiennymi podejściami do konstruktów Ja, można zakładać, iż akcentują one podobne problemy jak i w sposób analogiczny dokonują deskrypcji właściwości systemu Ja. Zasadniczą różnicą między tymi

dwoma podejściami jest fakt, iż podejście dialogowe mówi o wielości podmiotowości pozycji Ja (*I-positions*), dopuszczając jednocześnie możliwość istnienia więcej niż jednego Ja podmiotowego u danej osoby, w podejściu poznawczym z kolei, uwagę zwraca się na wielość aspektów Ja przedmiotowego (*Me-aspects*). Wielość ja w teorii poznawczej skoncentrowana jest na odróżnianiu danych elementów bądź aspektów Ja przedmiotowego (Ja realne, idealne itd.) Aspekty te są wytwarzane i „identyfikowane” przez Ja podmiotowe. Zdaje się być to różnicą pierwszoplanową, nie dająca się wyjaśnić kwestią odmienności w stosowanym języku, czy odmiennego opisywania tych samych zjawisk (Bąk, 2009). Oznacza to, że nie tylko metoda, lecz również przedmiot badań oraz analizy teoretyczne prowadzone na bazie niniejszych teorii są istotnie odmienne.

Badania z zakresu rozbieżności Ja, okazują się być cenną wskazówką dla tematyki dialogowości wewnętrznej oraz jej związku z występowaniem schematów dezadaptacyjnych, które zaprezentowane zostaną w dalszej części pracy.

2.2. Teoria Ja dialogowego Huberta Hermansa

Problematyka dialogowości wewnętrznej człowieka zdaje się być zagadnieniem mającym bogatą historię swego istnienia. Platon (tłm.1845) myślenie określił „wewnętrzną mową duszy”, mowę wewnętrzną znaleźć można również w dziełach Świętego Augustyna (wyd.1987), gdzie doskonale widać, jak różne postaci i formy przybierać może Ja dialogowe człowieka. Wszyscy ludzie zdają się pozostawać w niejkiej rozmowie z samym sobą, jak zauważa Gadamer (2003), nawet w momencie prowadzenia rozmowy z inną osobą, dopóki pojawiają się u nich myśli, pozostają w wewnętrznym dialogu.

Teoria dialogowego Ja autorstwa Huberta Hermansa (2002, 2003) wywodzi się z psychologii narracyjnej (nurtu fenomenologicznego) oraz odwołuje się do konstruktywizmu społecznego. Teoria ta dokonuje deskrypcji Ja dzięki analogii między funkcjonowaniem jednostki w relacjach międzyludzkich a zinternalizowanym doświadczaniem siebie. Teoria Hermansa przyjmuje, że dialog jest fundamentem deskrypcji w odniesieniu zarówno do zewnętrznych interakcji jednostki, jak również wewnętrznych, intrapsychicznych relacji Ja. Autor, mówiąc o Ja jako społeczności umysłu (*a society of mind*), nawiązuje do strukturalnych i dynamicznych analogii prawidłowości społeczeństwa i dialogowości wewnętrznej (Hermans, 2002). Zgodnie z teorią dialogowego Ja, umysł człowieka zawiera w sobie „społeczność głosów”, które

charakteryzują się relacyjnością – między wewnętrznymi głosami dochodzi do nawiązywania dialogów zgody kontra niezgody, pojawiają się też próby uzgodnienia wewnętrznych lub zewnętrznych racji (Hermans i Kempen, 1993; Hermans, 1996, 2002). Ja dialogowe jest dynamiczną organizacją szeregu relatywnie niezależnych pozycji Ja, które występują w wyimaginowanej przestrzeni umysłu. Pozycje Ja posiadają indywidualne głosy, które splecione są we wzajemnych relacjach, podobnie jak w przypadku relacji społecznych (Hermans, 2003). Hermans (2002, 2003) przyjmuje, iż każdy człowiek posiada umiejętność personifikowania obieranych punktów widzenia czy też poglądów. Personifikacja ta wyraża się utworzeniem pozycji Ja (*I-positions*), które reprezentują zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne głosy, nazywane również punktami widzenia. Wewnętrzna pozycja Ja wyraża dane przekonania, uczucia, motywy istotne dla określonego punktu widzenia, a także tworzy wokół nich subiektywne narracje, wchodząc w dialog mający charakter sporu lub uzgodnienia, z inną (wewnętrzną lub zewnętrzną) pozycją Ja (Marková, 2003). Pozycje wewnętrzne człowiek interpretuje jako część siebie, a mowa tutaj o pozycjach typu „ja-matka”, „ja-pracownik” „ja-siostra” itp. Pozycje zewnętrzne natomiast odbierane są jako część otoczenia, środowiska, w którym jednostka egzystuje np. moi rodzice, mój mąż, moja córka. Wszystkie te pozycje stanowią strukturę Ja (która zawsze związana jest z otoczeniem jednostki) i odpowiada ona temu co człowieka nazywa „swoim” (Hermans, 2001, 2003, 2004).

Pozycje zewnętrzne dotyczą ludzi oraz obiektów otoczenia, będących istotnymi zdaniem jednostki z perspektywy określonych wewnętrznych pozycji Ja. Dzieje się tak w momencie, gdy osoba, z którą mamy styczność np. nauczyciel staje się elementem naszego Ja, ponieważ wchodzi w interakcję z wewnętrzną pozycją Ja-uczeń (Puchalska-Wasył, 2016). Teoria dialogowego Ja zakłada, iż dialog wewnętrzny ma możliwość zaistnienia dzięki temu, iż pozycje Ja dysponują własnym, niezależnym głosem – tyle ile jest pozycji Ja tyle też będzie głosów wewnętrznych (Hermans, 2000, 2002; Oleś, 2011). Każda pozycja Ja ma możliwość wejścia w dyskusję z inną pozycją (Puchalska-Wasył, 2006). Obecność tych różnorodnych punktów widzenia (pozycji Ja) nazywana jest wewnętrzną polifonicznością głosów (Oleś, 2012).

Co istotne, zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne pozycje, dzięki wzajemnym interakcjom otrzymują swoje znaczenie, a interakcje te mogą przyjmować postać rzeczywistej bądź też wyobrażonej zgody, konfliktu, kooperacji, negocjacji opozycji itd. (Hermans, 2001, 2003; Hermans i Hermans-Jansen, 2001). Istotność określonych pozycji nie ma charakteru stałego, jest zmienna, przekształca się wraz z czasem dostosowując się

do wymogów sytuacyjnych. To okoliczności, w jakich znajduje się jednostka są decydujące w związku z przebiegiem procesów dialogowych w obrębie Ja. Trafne przykłady przemieszczających się pozycji Ja podała Puchalska-Wasył (2016). Jeśli człowiek chce przekonać do czegoś swoich rodziców, przewagę zyskują pozycje „ja – córka” oraz matka i ojciec. Jeśli jednak pojawia się sytuacja, gdzie czeka na ważną rozmowę z przełożonym, pozycje te przechodzą na dalszy plan, a na plan pierwszy wysuwa się pozycja „ja-pracownik” oraz szef, między którymi dochodzi do wyobrazonego dialogu. Pozycje Ja przemieszczają się – kiedy jedna z nich jest aktywna, inne będące poza dialogową relacją, wyciszają się do momentu, gdy znów zostaną aktywowane. Dlatego też człowiek przez cały czas zaangażowany jest proces przemieszczania się pozycji (Hermans, 2001).

Jak już wspomniano, Ja zawiera w sobie całą gamę względnie niezależnych punktów widzenia, które nazywane są pozycjami Ja. Pomędzy danymi pozycjami Ja zachodzą wzajemne interakcje. Pozycje Ja są reprezentacjami głosów osób bliskich, mających znaczenie dla danej jednostki, mogą też wyrażać głosy kultury czy społeczeństwa. Powstają dzięki interakcjom społecznym, pod działaniem których dochodziło do rozwoju społecznego człowieka. Różnorodność relacji zachodzących między danymi pozycjami Ja trafnie obrazuje poniższy cytat:” *Ja, w jednej pozycji może zgadzać się, nie zgadzać się, rozumieć, nie rozumieć, zaprzeczać, przeciwstawiać się, kwestionować, a nawet wyśmiewać Ja w innej pozycji*” (Hermans in., 1992, s. 28-29). Pozycje Ja nierzadko tworzą pary o charakterze antagonistycznym, oznacza to, że cechująca je dynamiczna relacja może pomagać lub utrudniać funkcjonowanie człowieka w danej sferze życiowej np. towarzyskiej. Warto zaznaczyć, że istnienie dużej liczby punktów widzenia, które nazywamy pozycjami Ja oraz artykułowanie tych głosów wewnętrznych określamy *polifonią wewnętrzną*. Dialogowość natomiast dotyczy wzajemnych relacji pomiędzy poszczególnymi głosami. Mówiąc o relacji mówimy o wzajemnym odnoszeniu się do siebie. Dialogi wewnętrzne mogą przyjmować formę dialogów tożsamościowych, czyli zachodzących między danymi pozycjami Ja, mogą także dotyczyć dialogów z postacią wyobrażoną lub symulacji dialogów społecznych, które występują w postaci rozmów kreowanych lub dokańczanych w myślach. Teoria dialogowego Ja zakłada istnienie pozycji reprezentujących istotne dla tożsamości osobistej i społecznej człowieka elementów Ja. Istnieją również pozycje wyrażające głosy osób znaczących. Oznacza to, że tożsamość nie jest z góry ustalona, lecz negocjowana między poszczególnymi pozycjami Ja (Oleś, 2008). Mała liczba pozycji Ja zdaje się determinować

niewystarczającą różnorodność sposobów reagowania i doświadczania, pozostawiając tym samym jednostkę z nielicznymi strategiami radzenia sobie z życiem społecznym (Dimaggio i in., 2010).

Jak wskazuje Hermans (Hermans-Jensen, 2000), zdrowie w kontekście koncepcji wewnętrznej dialogowości rozumiane jest jako funkcjonowanie jednostki posiadającej zróżnicowaną a zarazem zintegrowaną strukturę Ja, cechującą się odpowiednią giętkością. *Giętkość Ja* umożliwia wypowiedanie się wszystkim pozycjom Ja w istotnych dla człowieka kwestiach, ale nie cały czas i w każdej sytuacji, byłoby to bowiem nieadaptacyjne i wyczerpujące (Oleś i Brygoła, 2011). Adaptacyjność dialogowości wewnętrznej polega na zdolności korzystania z dialogów wewnętrznych w sytuacjach dla jednostki korzystnych, kiedy ma ona nad nimi kontrolę. Człowiek powinien uruchamiać wymianę dialogową w dogodnym momencie i zatrzymać ją, kiedy zaczyna być ona dezorganizująca. Dialogowanie wewnętrzne może zakłócać utrzymanie koncentracji na zadaniu (Oleś i Brygoła, 2011) lub nie sprzyjać szybkiemu podejmowaniu decyzji pod presją czasu (Trzebińska i Dowgiert, 2005). Większe znaczenie jednak niż ilość pozycji Ja ma dla człowieka możliwość przechodzenia z jednej pozycji Ja do drugiej w zależności od wymogów sytuacyjnych. Osoby prawidłowo funkcjonujące mają świadomość dostępu do różnych form reagowania i doświadczania oraz w sposób swobodny przechodzą do różnych pozycji Ja w dialogu wewnętrznym (Hermans i Hermans-Jansen, 2000). Osoba o giętkim Ja patrzy na rzeczywistość z różnych perspektyw, potrafi w zależności od sytuacji przyjmować różne perspektywy i konfrontować je (Oleś i Brygoła, 2011). Należy zaznaczyć, iż zdrowa, pozbawiona dysfunkcyjności adaptacja człowieka do środowiska, zależna jest nie tylko od posiadania różnorodnych pozycji Ja, ale również od umiejętności uświadomienia sobie ich istnienia, wystąpienia metapozycji zapewniającej osobie poczucie „jedności” i spójności, która „prowadzi” inne pozycje Ja w celu efektywnego rozwiązywania konfliktów (Dimaggio i in., 2010) oraz zdolności wchodzenia pozycji Ja w relacje dialogowe z innymi, wyłaniającymi się pozycjami (Oleś i Brygoła, 2011).

Dialogowość Ja znajduje wyraz w tzw. głośnym myśleniu, mówieniu do siebie, może także przyjmować formę wypowiedania się w imieniu innych postaci, najbardziej jednak utożsamiana jest z prowadzonymi w myślach dyskusjami. Dialogowość dostrzec można u dzieci, które podczas zabaw nierzadko przyjmują stanowisko postaci zwierzęcej lub ludzkiej i mówią w jej imieniu. Adolescenci oraz dorośli przemawiają w myślach do nierealnych partnerów, postaci, odtwarzają także znane im głosy rodziców lub innych osób bliskich wchodząc z nimi w polemikę, zgadzając się lub ganiąc. Dialogowość przejawiać

może się również w zwracaniu się w myślach do osoby kochanej, tej którą utracono lub nienawidzono. Oleś (2011) zwraca uwagę, że każdy z wyżej wymienionych elementów sugeruje, iż aby doszło do dialogu wewnętrznego, wymagany jest istotny powód natury racjonalnej lub afektywnej. Badania Puchalskiej-Wasył (2005) pozwoliły na wyłonienie głównych, najczęściej występujących w wewnętrznej polemice interlokutorów. Autorka wyłoniła postaci Oddanego Przyjaciela, pełnego troski oraz ciepła; Dumnego Rywala będącego głosem pewnego siebie, autonomicznego, przekonanego o swej wyższości wewnętrznego rozmówcy; Bezradnego Dziecka, przepełnionego poczuciem osamotnienia, beznadziejności, wyczekującego pomocy z zewnątrz; oraz Ambiwalentnego Rodzica, którego cechuje ambiwalencja uczuć, będąca postacią kochającą, lecz jednocześnie krytyczną. Wyobrażeni rozmówcy i dialogi wewnętrzne zdają się być zjawiskiem powszechnym. W badaniach Davida Pearsona i współpracowników (2001), analizie poddano wyobrażanych rozmówców dzieci w wieku od 5 do 12 lat, okazało się, iż ponad 46% dzieci w tym wieku posiada lub posiadało wyobrażonego przyjaciela. Wyobrażone rozmowy, w powyższym kontekście, rozumiane są jako dialog z nierzeczywistym, wewnętrznym interlokutorem lub też z obiektem mającym cechy ludzkie, który prowadzony jest w czasie zabawy, kiedy to dziecko wchodzi w określone role.

W celu przybliżenia teorii dialogowego Ja, Oleś (2012) przytoczył główne jej założenia. Jedną z głównych przesłanek niniejszej teorii jest ujmowanie człowieka jako kreatora znaczeń. Ludzie w sposób niepowtarzalny i indywidualistyczny interpretują dotyczące ich zdarzenia i doświadczenia życiowe. Dzięki narracji dysponują wieloma sposobami interpretacji tychże zdarzeń, co umożliwia im spojrzenie na sprawy w inny sposób. Drugie założenie teorii dialogowego Ja, mówi o tym, że dzięki działaniu określonych dwóch sił (odśrodkowych i dośrodkowych), możliwa jest kategoryzacja systemu znaczeń osobistych. Za urozmaicenie systemu znaczeń, różnorodne interpretacje, akceptowanie nieściśłości lub niespójności odpowiedzialne są siły odśrodkowe. Siły dośrodkowe dążą do zintegrowania systemu, zmierzają do redukcji niezgodności oraz zespolenia treści niespójnych w koherentną całość. Ponadto, zgodnie z teorią Ja dialogowego system znaczeń osobistych ma charakter historyczny, co oznacza, że zawiera w sobie aktualny, przeszły i przyszły punkt widzenia (Hermans i Hermans-Jansen, 2000; Oleś, 2011).

Jak już wspomniano, kluczową kwestią w teorii dialogowości wewnętrznej jest podejście do konstruktów *self*. Hermans (1999, 2003; Hermans i in., 1993), podobnie jak

James, przyjął podział „ja” (*self*) na podmiotowe (*I*) oraz przedmiotowe (*me*). Ja podmiotowe (*I*) konstruuje przestrzenną reprezentację, w której dokonuje obserwacji Ja przedmiotowego (*me*), poruszającego się w tej przestrzeni (Botella in., 1997). Przyjmuje się, że w świadomości człowieka Ja podmiotowe (*I*), którym jest narrator i autor, postrzega Ja przedmiotowe (*me*) jako bohatera/postać. Postać ta działa w przestrzeni i czasie, a aktywność i działania Ja przedmiotowego (*me*) są skonsolidowane w opowieść o samym sobie. Rozróżnienie to jest charakterystyczne dla koncepcji polifonii w strukturze Ja, gdzie dochodzi do rozróżnienia autora i narratora. Pozycja podmiotowa (*I-position*) jest analogią do Ja podmiotowego (*I*); osoba zmieniając narratorów opowieści, przyjmuje odmienne pozycje Ja, jednakże autor pozostaje niezmienny (Stemplewska-Żakowicz, 2002). Dlatego też koncepcja polifonii Ja podkreśla, że człowiek nie jest konstruktem o charakterze jednolitym (nie tylko w kontekście pełnionych ról społecznych), ale również w sensie różnorodnych interpretacji podobnych lub tych samych życiowych doświadczeń (Blackman, 2005). W teorii umysłu dyskursywnego *self* ujmowane jest jako struktura kształtująca się ponad poziomem określonych pozycji podmiotowych, będąc wielowymiarowym, złożonym wzorem organizującym rozwijające się w czasie „głosy” (Stemplewska-Żakowicz, 2002). Stąd też założenie, iż samoświadomość w ujęciu Ja dialogowego, nie jest wiązana z jednolitym punktem widzenia, lecz konglomeracją uzupełniających się, czasem rywalizujących i antagonistycznych głosów. Założenia te stają się istotne w kontekście zdrowia psychicznego, które w tym ujęciu tożsame jest z „wewnętrznym porozumieniem” (Stone i Stone, 2004; von Thun, 2003), nie z jednolitą wersją samego siebie. W przypadku, gdy wewnętrzni interlokutorzy pozostają ze sobą w dialogiczności (relacji), występuje między nimi adresowalność (czyli wzajemne odnoszenie się do siebie), człowiek ma możliwość różnicowania swojego doświadczenia. Jeśli jednak uaktywnia się jedna, przeważająca nad innymi głosami pozycja Ja, osoba może pozostać w labilnej kakofonii różnorodnych pozycji podmiotowych, co prowadzić może do patologii w sferze osobowościowej (Lysaker i Lysaker, 2001).

Warto podkreślić, iż koncepcja dialogowego Ja Hermansa jest częścią jego teorii wartościowania. Zaprezentowanie całej teorii wartościowania przekracza jednak ramy niniejszej rozprawy, niemniej mówiąc o wewnętrznej aktywności dialogowej i przemieszczaniu *self*, należy wspomnieć o typach wartościowań wymienianych przez autora. Hermans określa je jako typy doświadczeń, gdzie Ja jest konstruktem poruszającym się między siłą, jednością, a bezsilnością i izolacją; niezależnością i sukcesem, a niespełnioną tęsknotą i agresją. Każdy z typów tych doświadczeń jest połączony

w każdej istocie ludzkiej (Oleś, 2009c). Wartościowanie jest procesem nadawania znaczenia osobistym doświadczeniom oraz związane jest z organizowaniem ich w zintegrowaną całość. Innymi słowy, wartościowanie ujmowane może być jako pewna narracja, tworząca swoistą, indywidualną historię danej osoby (Hermans i Oleś, 1996; Hermans-Jensen, 2000). Treść każdej narracji jest czysto subiektywna, intymna, odnosi się do konkretnego czasu i miejsca. Cechą charakterystyczną wartościowania jest posiadanie granic znaczeniowych, pozwala to na oddzielenie jednego wartościowania od kolejnego. Między danymi wartościowaniami zachodzą jednakże pewne relacje i każde z nich posiada wyższą lub niższą wartość w hierarchii człowieka, w zależności od historii jego życia. Hierarchiczność wartościowania może ulegać intensywnym przemianom w toku zmieniającej się sytuacji życiowej (Oleś, 2009c).

2.3. Dialogowe Ja w ujęciu Piotra Olesia

W literaturze polskiej tematyką Ja dialogowego w głównej mierze zajmuje się Piotr Oleś (2009a), który przytacza siedem rodzajów dialogów wewnętrznych.

Pierwszymi wymienianymi przez tego autora są dialogi nazywane *Czystą aktywnością dialogową* odnoszące się do spontanicznych dialogów wewnętrznych. Może oznaczać zarówno myślenie jak i analizowanie czy dążenie do rozwiązania problemów w formie dialogu. Drugim rodzajem dialogów są *Dialogi tożsamościowe*, oznaczające prowadzenie dialogowości wewnętrznej w celu poznania samego siebie. Osoby prowadzące dialogi tożsamościowe będą zadawać sobie pytania typu: kim jestem? Co jest sensem mojego życia? Jakie mam wartości? Kolejnym typem dialogów wymienianych przez autora są *Dialogi wspierające*, utwierdzające nas w swoich przekonaniach, są formą wewnętrznego oparcia, dają poczucie zrozumienia i akceptacji podjętych decyzji. *Dialogi wspierające* mogą pełnić formę realnych rozmów np. z osobami bliskimi, mogą również zawierać wydawanie instrukcji lub rad. *Dialogi ruminacyjne* związane są z myślami lękowymi, które prowadzone są na tematy nieprzyjemne, wywołujące poczucie frustracji, zmęczenia, mogą obejmować przywoływanie w myślach tematów stresujących i drażenia ich w formie wewnętrznego dialogu np. samooskarżania. *Dialogi dysocjacyjne* to dialogi prowadzone między dwoma skrajnie różnymi częściami własnego Ja np. w formie rozstrzygnięcia wewnętrznych konfliktów. Kolejnym typem dialogów są dialogi nazywane *Symulacją dialogów społecznych*. Ta forma wewnętrznych dialogów odnosi się do prowadzenia wyobrażonych rozmów z osobami, z którymi mamy styczność. Mogą

dotyczyć kontynuacji przerwane go dyskursu, jak również odnosić się do wyimaginowanego konfliktu, dyskusji czy wymiany spostrzeżeń z wyobrażonym, wewnętrznym interlokutorem. Ostatnim rodzajem dialogów jest *Przyjmowanie punktu widzenia*. Jest to dialog cechujący się skłonnością do przyjmowania odmiennego od własnego punktu widzenia. Może przybierać formę kwestionowania osobistych poglądów w celu oceny zdarzeń z perspektywy innej osoby. Typy dialogów wewnętrznych wymienianych przez Olesia (2009a, 2010) są przedmiotem zainteresowań badawczych w kontekście niniejszej pracy, dlatego też zwraca się na nie szczególną uwagę.

Analizując doniesienia z zakresu tematyki dialogowości wewnętrznej można wyciągnąć następujące wnioski:

Po pierwsze dialogowość wewnętrzna, zawierająca w sobie zarówno wewnętrzną polifonię jak i samą dialogowość występować może w trzech postaciach: monologu implikującego nierealistycznego wyobrazonego odbiorcę lub publiczność; wyobrazonej rozmowy/dialogu oraz zmiany perspektywy (punktu widzenia), o czym mówią Puchalska-Wasył, Chmielnicka-Kuter i Oleś (2008a). Dowiedziono również, że dialogi wewnętrzne mogą pełnić funkcje adaptacyjne oraz rozwojowe (Oleś, 2012).

Po drugie, dialogowość sprzyja poznaniu oraz pomaga zrozumieć różne punkty widzenia, przyczynia się do wyklarowania przekonań, okazuje się być pomocna przy rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, poprzez zdolność do rozumienia racji strony przeciwnej. Pozwala również poznawać nowe możliwości w zakresie aktywności własnej (Oleś, 2009b). Zdarza się jednak, iż dialogowość wewnętrzna staje się nieadaptacyjna. Nieadaptacyjność dialogów wewnętrznych przejawia się w zastępowaniu działania lub jego blokowania nadmiarem wątpliwości. Dialogi przestają być adaptacyjne, gdy pozbawione są elementu otwartości i poszukiwania, a przyczyniają się utrwaleniu jednego punktu widzenia, umacniają fałszywe przekonania lub stają się jedynie formą wyrazu myśli i uczuć, nie niosąc za sobą uzgodnień i uformowania się nowych idei. Także dialogi ruminacyjne, mające na celu przywoływanie i rozpamiętywanie spraw ciężkich i przykrych mają zazwyczaj charakter nieadaptacyjny. Podobnie jak stała przewaga jednej pozycji nad innymi bądź urwanie dialogu pomiędzy dwiema pozycjami Ja (Oleś, 2012).

Po trzecie, badania pozwoliły na wyłonienie siedmiu ogólnych funkcji dialogowości wewnętrznej, a są nimi: wsparcie, substytucja, eksploracja, więź, samodoskonalenie, wgląd i samosterowanie (Puchalska-Wasył, 2005, 2006). W sytuacji, gdy dialog jest źródłem nadziei, poczucia bezpieczeństwa czy sensu życia, wówczas spełnia funkcję wsparcia. Substytucja oznacza, że dialog wewnętrzny jest przede

wszystkim formą argumentacji lub oczyszczenia z negatywnych emocji. Funkcja eksploracyjna dialogów wewnętrznych związana jest z poszukiwaniem nowych doświadczeń oraz ucieczką od rzeczywistości. Dialog spełnia funkcję więzi, kiedy staje się źródłem głębokiej relacji z bliską osobą, samodoskonalenie natomiast oznacza, że dialog wewnętrzny przybiera formę ostrzeżenia przed błędem lub uczenia się na błędach innych. Funkcja wglądu oznacza, iż dialog umożliwia uzyskanie nowej perspektywy, służy uzyskaniu rady czy dystansu do problemu. Samosterowanie związane jest z dialogiem motywującym do rozwoju czy działania, dzięki tej funkcji dialogów, człowiek uzyskuje wskazówki w wyznaczaniu celów, jest też źródłem poczucia kontroli. Autorka podkreśla (Puchalska-Wasył, 2005), iż chociaż funkcje te w głównej mierze mają charakter adaptacyjny, funkcja eksploracyjna i substytucyjna mogą przybierać formę nieadaptacyjną, gdy człowiek nie mogąc w sposób konstruktywny poradzić sobie z danym problemem, ucieka do świata nierzeczywistego (eksploracja) lub gdy poczynia przygotowania do odparcia wymyślonych ataków (substytucja).

2.4. Badania nad dialogowym Ja

Oleś (2011) dokonał analizy wyników badań nad dialogowością wewnętrzną, klasyfikując je w trzy główne linie badawcze: fenomenologiczne, korelacyjne oraz eksperymentalne.

W ujęciu fenomenologicznym wykorzystuje się procedurę przestrzennej reprezentacji Ja, gdzie badany proszony jest o umieszczenie w narysowanym na kartce kole (o średnicy 10 lub 13 cm) kropki, która obrazować ma określone głosy wewnętrznego Ja, przypisuje im nazewnictwo, podaje typowe dla nich wypowiedzi bądź też łączy w pary w zależności od tego, które z nich są ze sobą w kontakcie. Proces ten umożliwia wyznaczenie przestrzeni dialogowej. Zazwyczaj osoby badane zaznaczają 10-12 pozycji Ja, w sytuacji gdy brakuje instrukcji (aby wyznaczyć pary), badani wpisują w koło dwukrotnie więcej pozycji pozytywnych lub negatywnych. Okazało się również, iż pozycje reprezentujące status społeczny badanych bądź poziom zaangażowania w realizację osobistych celów umiejscawiane są zazwyczaj w okolicach środka koła, pozycje mające związek z ideałami lub planowaniem po prawej stronie, natomiast te tożsame z porażką, rezygnacją bądź zawodem z reguły w dolnej części po lewej stronie. Ukazało to ciekawą tendencję umieszczanie pozycji pozytywnych bliżej środka koła, negatywnych zaś bliżej

obwodu (Oleś, 2011). Co więcej, odległości pomiędzy pozycjami o charakterze antagonistycznym są zazwyczaj mniejsze niż pomiędzy pozycjami o charakterze komplementarnym. Ponadto, przestrzeń dialogowa jest istotnie większa w przypadku osób, które mają za sobą potraumatyczne doświadczenia, jeśli porównać je z osobami, które nie doświadczyły rozwoju osobowości po traumie. W momencie porażki i osiągnięcia sukcesu, uaktywniają się głosy o odrębnej treści i funkcjach (Oleś, 2011).

Inne badania dowiodły z kolei, iż dialogi tożsamościowe wspierające i symulujące relacje społeczne z określoną postacią, mogą mieć charakter projekcyjny lub twórczy. Charakter projekcyjny związany jest z rzutowaniem własnych problemów, twórczy natomiast prowadzi do rozwiązań nowatorskich. Dialogi ruminacyjne, dysocjacyjne oraz zmiana punktu widzenia mają postać jedynie projekcyjną. Ludzie szukając rozwiązań dylematów natury egzystencjalnej preferują relacje z wyimaginowanymi postaciami, kwestie codziennych wyborów zaś rozważają pomiędzy wewnętrznymi pozycjami Ja (Oleś, 2011; Oleś i in., 2010).

W ramach prowadzenia badań korelacyjnych nad dialogowością wewnętrzną ustalono, iż funkcje adaptacyjne i rozwojowe dialogowości wewnętrznej, sprzyjają poznaniu, a przede wszystkim rozumieniu rozmaitych punktów widzenia, klasyfikują przekonania oraz pomagają w rozwiązywaniu konfliktów (Oleś, 2009b), podobnie jak zdolność do autorefleksji czy samoświadomość, opierające się w głównej mierze na dialogowości wewnętrznej, które są niezbędnym elementem prawidłowego funkcjonowania (Jankowski, 2011; Oleś, 2009a). Badania wykazują, że wyższej dialogowości wewnętrznej sprzyja wyższy niż przeciętny poziom neurotyczności i otwartości na doświadczenia, niepewność dotycząca relacji społecznych oraz przeciętna lub niska samoocena (Oleś i in., 2010). Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Talika i Bąka (2011), zgodnie z którymi wewnętrzna aktywność dialogowa związana jest z neurotycznością oraz z samooceną i klarownością koncepcji samego siebie (negatywnym obrazem siebie). Co ważne, nasilenie dialogowości wewnętrznej nie jest ujednocione i każdy człowiek cechuje się indywidualnym jej poziomem. Oznacza to, że istnieją predyspozycje psychiczne wyzwalające dialogowość wewnętrzną, które wynikają z przesłanek genetycznych konstrukcji osobowości: częściowo wrodzonych cech oraz samooceny. Okazało się również, iż istnieje zauważalna zależność między przyjmowaniem perspektywy a dialogami tożsamościowymi oraz odczuwaniem przykrości (dotyczącej cierpienia drugiego człowieka) a dialogami ruminacyjnymi. Dowiedziono, że im bardziej osoba zaabsorbowana jest wewnętrznymi dialogami, tym mniej jest skupiona na świecie

zewnątrznym (Oleś i in., 2010). Co interesujące, dialogowość wewnętrzna wiąże się ujemnie z integracją tożsamości, co oznacza, iż osoby z mniejszą integracją tożsamości cechują się wyższą dialogowością wewnętrzną (Oleś, 2011; Talik i Bąk, 2011).

Badania Walasek (2016) dowiodły, iż adolescenti i młodzi dorośli z cechami neurotycznymi i nerwicowymi deprivacjami emocjonalnymi przy rozważaniach nad ważnymi życiowymi wydarzeniami cechują się wzmożoną wewnętrzną aktywnością dialogową. Wracają myślami do problematycznych wydarzeń i uporczywie przepracowują je w formie wewnętrznego dialogu. Neurotyczne cechy takie jak zamartwianie się krytyką czy niepowodzeniami życiowymi znajdują odzwierciedlenie w dialogach wewnętrznych związanych z samokrytyką. Dla osób tych wewnętrzna dialogowość przybiera formę krytykowania siebie za napotkane życiowe trudności. Co istotne, w badaniach nie dowiedziono związku między psychotyzmem (jako cechą osobowościową) a dialogowością wewnętrzną.

W ujęciu eksperymentalnym prowadzono badania koncentrujące się na przypuszczalnych zmianach w stanie emocjonalnym, poczuciu sensu życia oraz sytuacyjnej samoocenie w przypadku uaktywnienia dialogów temporalnych (kiedy do Ja aktualnego adresowane są obecnie istotne treści z perspektywy przeszłości lub przyszłości). Badania te potwierdziły, iż dialogi temporalne wpływają korzystnie na poczucie sensu życia, redukują również negatywne stany emocjonalne, w szczególności lęk. W momencie, gdy dialog temporalny prowadzony jest między Ja przeszłym a Ja aktualnym, a także jeśli w efekcie tego dialogu osobie dialogującej uda się zespolić głosy z obu odległych w czasie pozycji Ja - efekt ten jest szczególnie wyraźny, co potwierdzili Oleś, Brygoła i Sibińska (2010). Również Staudinger i Baltes (1996) prowadzili badania eksperymentalne nad skutecznością oddziaływań myślenia dialogowego w kontekście analiz nad mądrością. Badacze zaprezentowali uczestnikom badań historię posiadającą w treści sytuację problemową, poprosili również o wygenerowanie możliwych rozwiązań. Badani mogli zrobić to od razu lub dokonać rozwiązania poprzedzając go realnym lub wyobrażonym dialogiem na ten konkretny temat z dowolną postacią. Okazało się, że dialog realnie przeprowadzony oraz dialog wyobrażony spowodowały, iż osoby badane wygenerowały więcej różnorodnych rozwiązań sytuacji problemowej (Oleś, 2011).

Z uwagi na problematykę podjętą w niniejszej dysertacji, dokonano również przeglądu badań w kontekście dialogowości i zaburzeń osobowości. Zdaniem Dimaggio i jego współpracowników charakterystycznym dla zaburzeń osobowości jest występowanie zubożałych dialogów (Dimaggio i in., 2003; Dimaggio i in., 2007). Zubożałe dialogi

nazywane również zubożalymi wzorcami relacji dialogowych (*impoverished dialogical relationship patterns*; Salvatore i in., 2005) związane są z zaburzoną formą dialogów między danymi pozycjami Ja, kiedy to głos niezmiennie zabiera kilka pozycji, co z kolei uniemożliwia wyłonienie się twórczych, adaptacyjnych dialogów. Związane jest to z ograniczoną giętkością Ja. Tematyka dialogowości wewnętrznej osób z zaburzeniami osobowości rozpatrywana była w szczególności pod kątem osobowości paranoicznej, która z uwagi na swoją specyfikę często ujawnia występowanie „wewnętrznych głosów”. Zasadniczo można przyjąć, iż u osób o osobowości paranoicznej istnieje pewien dialogowy wzorzec, w którym jedna z pozycji Ja czuje się zagrożona przez innych, których odbiera jako podstępnych, złośliwych oraz wrogo nastawionych. Reakcją osoby na wyimaginowane zagrożenie jest naprzemienne przyjmowanie negatywnych pozycji Ja, które mają na celu samoobronę (aktywacja silnych pozycji Ja), lub przyjęcie pozycji Ja słabych i niezdolnych do działania, gdy jednostka uzmysławia sobie, że podejmowanie wysiłku nie wystarczy, by czuła się ochrania. Uaktywnienie się głosów agresywnych, powoduje konkretne zachowanie paranoika, które wyzwała reakcję innych ludzi, którzy reagują kontratakiem (tym samym potwierdzając wyobrażenie osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości, że od początku byli do niego negatywnie nastawieni) albo wycofują się i ukrywają swoje prawdziwe uczucia, z obawy przed niewłaściwą interpretacją (potwierdzając w ten sposób, że są nieuczuci i niewiarygodni w ujęciu paranoika). W obu przypadkach dialog przebiega nieprawidłowo, w realnym życiu sytuacja pogarsza się, a paranoik popada w chaos społeczny (Dimaggio i in, 2006; Salvatore i in., 2005).

Badania Rosen, McCarthy-Jonson i współpracowników (2018) dowiodły z kolei, iż osoby z psychozą przejawiają wyższy poziom dialogowej mowy wewnętrznej niż osoby z grupy kontrolnej bez zaburzeń psychiatrycznych. Co ciekawe, do odmiennych wniosków doszli Lysaker i Lysaker (2002), którzy sposób doświadczania samego siebie i otaczającego świata przez pacjentów ze zdiagnozowaną psychozą określają jako zubożały, z powodu niewielu, mało rozwiniętych, niemogących wejść we wzajemny dialog pozycji Ja (Lysaker i Lysaker, 2008). Treści wyrażane przez pacjentów okazały się krótkimi, sztywnymi monologami, które rzadko ulegały modyfikacji w wyniku komunikacji z pozostałymi pozycjami.

Jak dotąd w literaturze przedmiotu nie poruszono kwestii dialogowości wewnętrznej w zaburzeniach osobowości (oprócz zaburzenia paranoicznego), również w kontekście zaburzenia antyspołecznego, narcystycznego, borderline. Niniejsze badania

będą miały na celu opisanie Ja dialogowego u osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz z zaburzeniami współwystępującymi z nim. Badaniom zostaną poddane osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami, odbywające karę pozbawienia wolności. W celu wyjaśnienia mechanizmów leżących u podłoża funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości zostanie przeanalizowana relacja pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dialogowością wewnętrzną tych osób.

ROZDZIAŁ 3. KONCEPCJE SCHEMATÓW DEZADAPTACYJNYCH

Samo pojęcie schematu w psychologii ma zasadniczo długą historię. Bartlett (1932/1958) oraz Piaget (1936/1952) używali terminu schematu w celu opisu struktur scalających oraz przypisujących znaczenie zdarzeniom. W tym ujęciu treść schematów odnosi się do relacji osobistych, dotyczących stosunku do siebie a także innych ludzi lub też kategorii interpersonalnych w tym obiektów nieożywionych. Obiekty te mogą mieć formę fizyczną (np. długopis) lub abstrakcyjną (np. przyjaźń) (Beck i in., 2005).

Schematy posiadają zróżnicowaną strukturę. Mają różny zakres (*breadth*), mogą być szerokie, wąskie, odrębne; mogą mieć zróżnicowaną elastyczność (*flexibility*); usztywnienie (*rigidity*), w tym rozumieniu podatność na zmianę; czy wyrazistość (*density*) – czyli pozycję w strukturach poznawczych. Schematy ujmować można również w kategoriach walencji – uaktywniane mogą być w różnym stopniu w zależności od zdarzenia pozytywnego lub negatywnego. Uaktywnienie schematów może też odbywać się na różnych poziomach od nieświadomych/utajonych do nadrzędnych w stosunku do innych schematów. W przetwarzaniu informacji nie biorą udziału *schematy utajone*, choć mogą w jakiś sposób wpływać na schematy uaktywnione. Natomiast *schematy uruchomione* operują procesami poznawczymi od najwcześniejszych etapów (Beck i in., 2005).

Psychopatologia pojęcie „schematu” odnosi do struktur posiadających wysoce zinternalizowane treści, które uruchamiane są i dominują w zaburzeniach takich jak depresja, napady paniki, stany lękowe, kompulsje/obsesje. W sytuacji, gdy indywidualne schematy ulegają silnemu uaktywnieniu, wypierają i zastępują inne schematy, nawet jeśli tamte okazałyby się bardziej adekwatne i adaptacyjne. W efekcie tego schematy przyczyniają się do tzw. konsekwentnej stronniczości (*systematic bias*) w procesie przetwarzania informacji (Beck i in., 1985; Beck i in., 2005). Schematy przybierają formę bezwarunkowych przekonań, niepodważalnych i dominujących. W zależności od ich siły, częstości aktywowania czy utrwalenia będzie zależał ich wpływ na codzienne funkcjonowanie (Leppänen i in., 2015). Jednak sama ich obecność nie jest przyczyną występowania zaburzenia, dodatkowe znaczenie mają bowiem inne determinanty skutkujące nieradzeniem sobie w codziennym życiu. Zgodnie z podejściem Wang i współpracowników (2010) schematy są trwałymi wzorcami reakcji, powtarzającymi się i podejmowanymi przez długi czas. Nieadaptacyjne schematy powstałe w okresie

wczesnego dzieciństwa uaktywniają się automatycznie, bez względu na wiek, nawet u osób po 65 roku życia (Obeid i in., 2015).

W zaburzeniach osobowości schematy stają się elementem codziennych procesów przetwarzania informacji. Zdaniem Becka i jego zespołu (2005), osobowość człowieka jest strukturą stosunkowo stabilną i spójną, składającą się z systemów i rodzajów schematów. Są one odpowiedzialne za łańcuch procesów (od rejestracji bodźca po reakcję behawioralną). Każdy z systemów schematów odpowiada za pamięć, poznanie, motywację, kontrolę, działanie i emocje, choć odrębne są ze sobą powiązane. Schematy będące fundamentalnymi jednostkami procesu przetwarzania informacji cechują się uporządkowaniem pod względem funkcji oraz treści. Różne typy schematów spełniają odmienne funkcje; schematy afektywne odpowiadają za wyzwalanie i przetwarzanie informacji dotyczących emocji, schematy kontroli dotyczą samokontroli, zahamowania i ukierunkowania aktywności, schematy poznawcze biorą udział w abstrahowaniu, interpretacji i przywoływaniu danych (informacji), schematy motywacyjne powiązane są z życzeniami oraz pragnieniami, schematy instrumentalne z kolei zajmują się przygotowaniem do działania. Co więcej, wybrane podsystemy zbudowane ze schematów poznawczych związane są z samooceną, inne z kolei odpowiadają za subiektywną ocenę otaczających ludzi, jeszcze inne służą przechowywaniu wspomnień (epizodycznych lub semantycznych), gwarantują też wgląd do nich. Jeszcze inne mają na celu przygotowanie człowieka na sytuacje mogące wydarzyć się w przyszłości, stanowiąc fundament oczekiwań, przewidywań i daleko idących prognoz. W momencie, gdy dany schemat jest silnie aktywny, próg uruchamiania kompozycji jego składowych jest na niskim poziomie. To oznacza, że łatwo uaktywnia je słaby lub mało istotny bodziec. Schemat taki jest dominujący i silny, podczas przetwarzania informacji dominuje nad innymi, nawet trafniejszymi schematami (Beck, 1967). Obserwacje dotyczące schematów, które poczyniono w praktyce klinicznej dowiodły, iż schematy silnie uaktywnione, dynamicznie hamują te właściwsze, adekwatniejsze do sytuacji wywołanej bodźcem (Beck i in., 1985).

3.1. Teoria ewolucyjno-poznawcza Aarona Becka

Teorie poznawcze kładą nacisk na znaczenie przetwarzania informacji w wyzwalaniu reakcji o charakterze poznawczym, afektywnym, motywacyjnym, behawioralnym, które biorą udział w tworzeniu adaptacyjnych i dezadaptacyjnych

wzorców funkcjonowania. Niniejsze wzorce opierają się na czynnikach genetycznych, ewolucyjnych, a kształtowane są przez temperament człowieka, jego doświadczenia rozwojowe oraz historie uczenia (Weishaar i Beck, 2006). Zaburzenia osobowości powstają w wyniku interakcji predyspozycji genetycznych, negatywnego wpływu osób ważnych istotnych z punktu widzenia jednostki oraz doznanych urazów. Wrodzone predyspozycje, a także ich interakcja z wpływami środowiska, w którym przebywa dany człowiek, stają się przyczyną powstawania zintegrowanych programów poznawczo-afektywno-behawioralnych, które stanowią wzorec osobowości (Weishaar i Beck, 2006). Zasadniczą rolę pełnią tutaj struktury poznawcze zwane schematami. Schematy przejawiają się w formie myśli automatycznych, odpowiadają za zniekształcenia informacyjne, błędne przetwarzanie informacji, wskutek czego dochodzi do wykształcenia dezadaptacyjnych wzorców osobowości. Schemat definiowany jest jako struktura o charakterze poznawczym. Przyjmuje się, iż funkcją schematów są: selekcja, ocenianie, kodowanie, interpretowanie oraz nadawanie znaczenia obiektom lub bodźcom (Weishaar i Beck, 2006). Model poznawczy zakłada, iż treść negatywnych myśli automatycznych jednostki wiąże się z treścią głębszych przekonań. Oznacza to, że człowiek odbierając otaczającą go rzeczywistość widzi ją przefiltrowaną przez pryzmat jego schematów poznawczych (*cognitive schemas*) lub przekonań kluczowych (*core beliefs*). Wydarzenia, z którymi spotyka się jednostka muszą zostać uporządkowane w umyśle, dlatego też są kategoryzowane i łączone, co umożliwia jej wygenerowanie słów bądź wspomnień w odpowiedzi na dany bodziec. Te swoiste sieci informacji Beck i współpracownicy (2004) nazywają schematami poznawczymi. Autor przyjmuje (Beck i in., 1990, 2004), iż to właśnie schematy poznawcze zniekształcają odbiór rzeczywistości przez jednostkę. Ludzie cechują się unikalnymi i indywidualnymi schematami poznawczymi, będącymi zapisem osobistych doświadczeń oraz interakcji. Schematy pełnią też istotną rolę w procesie poznawania oraz rozumienia świata: porządkują wiedzę i nadają sens doświadczeniom, niestety bywają w dużej mierze subiektywne, z uwagi na to, iż kształtowane są poprzez unikalne doświadczenia.

Dzięki schematom poznawczym ludzie łatwiej zauważają i zapamiętują informacje i zdarzenia będące tożsame z treścią schematu, jednak w sytuacji niezgodności z treścią schematu, odrzucają je lub dokonują ich przekształcenia (czyli dokonują interpretacji potwierdzającej dany schemat). W modelu poznawczym Beck i współpracownicy (2005) zwracają również uwagę na trzy poziomy przetwarzania informacji, pierwszym są

przekonania kluczowe (schematy bazowe), które zawierają bazową wiedzę o sobie samym, wiedzę o innych ludziach oraz otaczającym świecie, służą one rozpoznaniu **co** się dzieje. Przekonania te są fundamentalnymi, najgłębszymi, a zarazem najmniej świadomymi warstwami schematów poznawczych, zawierają podstawy do interpretacji wydarzenia, nie mówią jednak, w jaki sposób postępować i czego się spodziewać (Weishaar i Beck, 2006). Wiedza tego rodzaju zawiera się w przekonaniach pośredniczących, które przybierają formę założeń, postaw lub zasad (J.Beck, 2005). Treść założeń pośredniczących wynika z przekonań kluczowych i naprowadza jednostkę, w jaki sposób ma zareagować i postępować. Zarówno przekonania kluczowe jak i pośredniczące mają charakter nieuświadomiony, najbardziej dostępne (choć nie w pełni) w świadomości człowieka są natomiast myśli automatyczne, ujawniające się w momencie, kiedy schemat poznawczy zawierający przekonania kluczowe i pośredniczące zostaje aktywowany. Treść myśli automatycznych zależy od przekonań kluczowych i pośredniczących, jest również indywidualna i zależna od osoby oraz ewentualnego zaburzenia, które jej towarzyszy (mowa tutaj o zasadzie specyfiki poznawczej), nie zależy ona natomiast od sytuacji. Myśli automatyczne mogą występować w postaci werbalnej jak również w postaci wyobrażeń, mają formę krótkich, przelotnych, czasem sformułowanych skrótowo komunikatów. Myśli automatyczne są powszechne i występują u wszystkich ludzi, jednak w przypadku zaburzeń przybierają one formę nieprzystosowawczą, zazwyczaj negatywną. Mogą być zarówno zniekształcone (tym samym nieprawdziwe), mogą być również prawdziwe jednak prowadzące do nieprzystosowawczych wniosków bądź zgodne z rzeczywistością, ale nieprzydatne (Beck i in., 2005). Myśli automatyczne oddają nie tylko treść struktur poznawczych, ale również subiektywizm przetwarzania informacji. Mimo, iż błędy logiczne nazywane zniekształceniami poznawczymi są zjawiskiem powszechnym, w patologii ulegają utrwaleniu, co nie sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu. Do zniekształceń poznawczych należą np. myśli dychotomiczne, katastrofizacja, przewidywanie przyszłości, pomijanie informacji bądź zdarzeń pozytywnych, etykietowanie, wyolbrzymianie lub umniejszanie, selektywność uwagi, wnioskowanie arbitralne, nadmierne uogólnianie, myślenie jednotorowe, nadużywanie imperatywów, personalizowanie itd. (Górska, 2017a).

Schematy, automatyczne myśli i zniekształcenia poznawcze są aspektami poznania, które biorą udział w błędnej percepcji oraz interpretacji wydarzeń z życia codziennego. Pojedyncze i sporadyczne błędne interpretacje oraz konsekwencje z nich płynące mogą zostać naprostowane przez kolejne doświadczenia, w przypadku zaburzeń osobowości są

one jednak bardziej sztywne oraz systematyczne, co skutkuje utrwaleniem się reakcji nieprawidłowych (Pretzer i Beck, 2005).

Jak już wspomniano teorie poznawczo-behawioralne uznają osobowość za relatywnie stały system schematów (McGinn i Young, 1996). Schematy poznawcze pozwalają na abstrahowanie, przytaczanie danych oraz ich interpretowanie; schematy afektywne nawiązują do wytwarzania różnych doświadczeń emocjonalnych; schematy motywacyjne umożliwiają regulację dążeń oraz pragnień; schematy instrumentalne odpowiadają za przygotowanie do działania, schematy kontroli natomiast obejmują ukierunkowanie, korygowanie oraz hamowanie aktywności i działań (Beck i in., 2005). To właśnie schematy, w podejściu poznawczo-behawioralnym, warunkują przebieg procesów poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych oraz wykonawczych, są także podstawowymi strukturami osobowości (Chojnacka i in., 2009). Podstawą koncepcji poznawczo-behawioralnej jest założenie, iż zaburzenia psychiczne są efektem dysfunkcyjności schematów, które odpowiadają za zniekształcanie przekonań. W rezultacie prowadzą do rozwoju skłonności do popełniania konkretnych błędów natury poznawczej (Beck i in., 2005). Podejście poznawczo-behawioralne wyjaśnia genezę zaburzeń antyspołecznej osobowości poprzez zaakcentowanie istoty rozwoju dysfunkcyjnych przekonań. Nieprawidłowe, dysfunkcyjne przekonania są efektem współistnienia genetycznych skłonności z niepożądanym wpływem środowiska oraz powstałymi urazami psychicznymi (Pretzer i Beck, 1996). Fundamentalne przekonania o sobie, świecie i innych przechowywane są właśnie w schematach. Przekonania w ujęciu Becka nie są jednak schematami i nie należy pojęć tych używać zamiennie. Schematy odnoszą się do aspektów formalnych struktur poznawczych, przekonania natomiast – treściowe (J. Beck, 2005). W zaburzeniach emocjonalnych oraz osobowościowych występują przekonania dysfunkcyjne oraz dezadaptacyjne schematy. W zaburzeniach osobowości dezadaptacyjne schematy poznawcze są obecne przez całe życie jednostki przyjmując postać cech osobowościowych oraz strategii interpretacyjnych. Schematy te charakteryzują się stabilnością, sztywnością, są długotrwałe, cechują się odpornością na zmiany, łatwo też ulegają generalizowaniu. Warto pamiętać, iż w zaburzeniach osobowości występują również schematy pozytywne i adaptacyjne, jednak ich liczba jest zdecydowanie mniejsza, są również mniej dostępne, stąd też wynika trudność w modyfikowaniu dezadaptacyjnych przekonań i schematów (Beck i in., 1990, 2005).

Według poznawczej koncepcji osobowości antyspołecznej, schematy lub skrypty są główną przyczyną zachowań dysfunkcyjnych. Beck (1964) przyjął, iż nieprawidłowe

schematy są wynikiem stosowania przez ludzi błędnej logiki. Dobrym przykładem jest tutaj skłonność do nadmiernego uogólniania na podstawie pojedynczego przypadku lub dokonywanie selektywnego wyobrażenia cech negatywnych, dążąc tym samym do utrwalania dysfunkcyjnych przekonań (Gelder, 2006). Podtrzymywanie nieprawidłowych przekonań dotyczy nie tylko myślenia, ale również uwagi, pamięci i wyobraźni (Gelder, 2006; Rachman, 2006). Proces ten przebiega na rozmaitych poziomach przetwarzania informacji, opierając się na różnorodnych kodach, o czym mówi koncepcja Interaktywnych Podsystemów Poznawczych (Teasdale, 2006). Świadczy to o istnieniu wielopoziomowego systemu podtrzymującego dysfunkcyjne zachowania (Gawda, 2007b). Beck i współpracownicy (2005) podkreślają, iż schematy poznawczo-afektywne określają sposoby funkcjonowania. Swoiste, indywidualne strategie wyrażane mogą być w sposób werbalny przyjmując postać przekonań. W skryptach życiowych osób cechujących się osobowością antyspołeczną mogą przejawiać się w charakterystycznych sformułowaniach typu: „jestem lepszy od innych”, „inni to mięczaki” (Beck i in., 2005). Twierdzenia tego typu mogą wskazywać na wyjątkowo rozwinięte strategie wojowniczości, drapieżności i wykorzystywania, oraz na słabo rozwinięte strategie wrażliwości, wzajemności czy empatii (Gerstenfeld, 2004; Beck i in., 2005).

3.2. Model schematów dezadaptacyjnych Roberta Leahy

Jak już wspomniano, model Becka przyjmuje, iż problemy emocjonalne powstają w skutek zniekształceń w procesie myślenia, w tym poprzez myśli automatyczne, nieadaptacyjne założenia czy zasady (np. „Nie robię tego perfekcyjnie, więc jestem beznadziejny”, „wszyscy muszą mnie akceptować” itd.) oraz nieadekwatne schematy czy ogólne błędne przekonania na temat własny lub innych (Beck, 1979; Beck i in., 2005). Terapii poznawczej zarzucano, iż kładzie ona niewystarczający nacisk na rolę emocji. Lukę tę zapełnił Robert Leahy autor terapii schematów emocjonalnych. Leahy (2009) podkreśla, iż każdy człowiek doświadcza pełnego zakresu emocji „negatywnych” bezradności, złości, smutku, zawiści, braku nadziei, nudy, nie u wszystkich jednak emocje te rozwijają się w kierunku depresji czy zaburzeń lękowych. Nie chodzi bowiem o sam fakt wystąpienia danej emocji, ale o sposób, w jaki dany człowiek dokonuje jej interpretacji, jak interpretuje własne reakcje bądź strategie radzenia sobie z danymi emocjami. Autor przyjmuje, iż ludzie cechują się uprzedzeniami poznawczymi

w interpretacji emocji, a uprzedzenia te skutkują problematycznymi strategiami radzenia sobie z emocjami (Leahy, 2011). W pierwotnym Modelu Terapii Schematów Emocjonalnych (EST) Leahy zaproponował wyodrębnienie czternastu wymiarów, na których jednostki oceniają i określają jak radzą sobie z własnymi emocjami (Leahy, 2002; 2009). Do wymiarów tych należą m.in. czas trwania (emocje są tymczasowe, przychodzą i odchodzą); kontrola (emocje mogą być modyfikowane i kontrolowane przy pomocy różnych technik np. akceptacji, rozpraszania uwagi, wyobraźni, zachowania zorientowanego na cel, uważności i restrukturyzacji poznawczej); wstyd/wina (wskazuje, że emocje są uniwersalne, stanowią część ludzkiej egzystencji oraz, że posiadanie emocji jest całkowicie normalne chyba, że prowadzi do nieetycznego zachowania); tolerancja dla emocji mieszanych (ambiwalencja uczuć i emocji oznacza jedynie bogactwo sfery emocjonalnej człowieka oraz złożoność doświadczania emocji); akceptacja (zaznaczenie, że akceptacja szerokiej gamy emocji pozwala na eliminację walki z samym sobą); poczucie normalności (wskazanie, że emocje są częścią ludzkiej natury i wszystkie emocje są akceptowalne, nawet te nieprzyjemne); zrozumienie (mówi o tym, że wszystkie emocje mają sens, jeśli jednostka zda sobie sprawę, że ewolucja predysponowała ludzkość do reagowania określonymi emocjami); obwinianie (zamiast obwiniać innych za własne emocje należy zrozumieć, że emocje są osobistymi doświadczeniami i musimy nauczyć się sobie z nimi radzić, a obwinianie innych w tym nie pomoże); ruminacje (nadmierne myślenie i rozwodzenie się nad odczuwanymi emocjami zamiast zaakceptowania ich, jedynie utrzymuje jednostkę w autodestrukcyjnym schemacie); ekspresja (istnieją różne style wyrażania emocji – również nieadaptacyjne np. narzekanie, jednak wyrażanie i dzielenie się emocjami jest kluczową częścią doświadczania emocjonalnego); walidacja (przyjmuje, że możemy uzyskać zrozumienie od innych jak również możemy znaleźć prawdę w emocjach drugiego człowieka. Jest to zrozumienie czym są uczucia, jak sobie z nimi radzić, pozwolenie na mówienie o nich); odrętwienie (niemożność odczuwania, emocjonalne unikanie, które utrudnia jednostce egzystencję); potrzeba racjonalności (może przybierać formę całkowitego negowania emocjonalności, które prowadzi do błędnego przekonania, że człowiek jest istotą racjonalną lub dążącą do racjonalności); oraz stosunek do wartości wyższych (uznanie, że emocje mogą być związane z wartościami wyższymi, do których każdy człowiek dąży – zaangażowania, doskonałości, życzliwości, uczciwości) (Leahy, 2021). Przykładem może być problematyczne zestawienie negatywnych schematów emocjonalnych dotyczących zazdrości. Złożoność problemu polegałaby na tym, że uczucia te trwałyby przez nieograniczoną/nieokreśloną czas (czas trwania), były

poza kontrolną, osoba odczuwałaby wstyd lub poczucie winy z powodu swoich uczuć, miałaby trudności z tolerowaniem mieszanych emocji w stosunku do osoby, o którą jest zazdrosna. Ponadto nie akceptowałaby swoich uczuć, uważałaby je za nienormalne, niemające sensu, obwiniałaby innych za własne uczucia, rozmyślała nad swoją zazdrością jednocześnie nie potrafiąc wyrazić swoich emocji, czując się odrętwiała. Co więcej nieadaptacyjność schematów emocjonalnych polegałaby na przekonaniu, że osoba taka powinna być racjonalna, nie emocjonalna, a odczuwana przez nią zazdrość nie ma związku z wyższymi wartościami (np. monogamią i zaangażowaniem). Brak akceptacji i tolerancji emocji doprowadza do nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z nimi np. przez obwinianie partnera, przesłuchiwanie go, grożenie, szpiegowanie. Model EST próbuje doprowadzić do normalizacji emocji trudnych takich jak zazdrość, zawiść, złość czy niepokój. Leahy (2021) tworząc model EST opierał się na teorii ewolucji, przyjmując, że rozwinięcie szerokiego spectrum emocji w procesie ewolucyjnym, było spowodowane adaptacją. Model EST pomaga pacjentom zrozumieć, że emocje są uniwersalne i nierzadko odzwierciedlają wartości wyższe uznawane przez ludzi. Autor zaznacza, iż istnieje różnica między emocjami a zachowaniem, emocja nie jest bowiem głównym problemem, a właśnie problematyczne jest zachowanie wynikające z tej emocji (obwinianie, grożenie itp.).

Zgodnie z założeniami EST (Leahy, 2015) ludzie cechują się różnorodnością pod względem interpretacji i oceny sytuacji emocjonalnych. Oceny te mogą skutkować nieadaptacyjnymi reakcjami na doświadczane emocje i w rezultacie stać się czynnikami wystąpienia zaburzeń psychicznych. W terapii schematów emocjonalnych istotne jest skoncentrowanie na zmianie nieprawidłowych interpretacji razem z wiążącymi się z nimi nieefektywnymi sposobami regulacji emocji.

3.3. Wczesne schematy dezadaptacyjne według Jeffrey Younga

Mimo, iż teoria Younga (1994) zawiera wspólne elementy z teorią Becka, Young wychodzi z założenia, że teoria poznawcza wymaga pewnych przekształceń w odniesieniu do zaburzeń osobowości. Autor koncentruje się na samym procesie kształtowania dezadaptacyjnych schematów w czasie rozwoju człowieka, jednocześnie zwracając uwagę na inne (niż nieprawidłowości poznawcze) czynniki powodujące utrzymanie się schematów.

Zgodnie z teorią Younga (1994) schematy dezadaptacyjne wyznaczają nie tylko sposób funkcjonowania człowieka, lecz oddziałują również na sposób, w jaki odbiera on rzeczywistość. Zdaniem autora schematy te są emocjonalnymi oraz poznawczymi wzorcami, mającymi szkodliwy wpływ na człowieka. Young definiuje wczesne schematy dezadaptacyjne jako wzorce lub tematy, które rozwijają się już w okresie prewerbalnym. Ujmując je jako mocno zakorzenione modele mające istotną rolę w budowaniu się poczucia Ja, mające zazwyczaj charakter samoutrwalający się, aktywujące się w sytuacjach życiowych, które mają powiązania ze schematem. W strukturze schematów dezadaptacyjnych są obecne zarówno emocje jak i wspomnienia, doznania czy poglądy odnoszące się do jednostki oraz jej relacji z innymi ludźmi (Calvete i in., 2013; Young i in., 2014). Schematy dotyczą przekonań o sobie oraz o innych ludziach, mogą także zakłócać prawidłową percepcję sygnałów i informacji płynących z otaczającego środowiska (Pinto-Gouveia i in., 2006). Zgodnie z teorią Younga, wczesne schematy dezadaptacyjne w zaburzeniach osobowości powstają w wyniku trzech głównych czynników: poprzez niezaspokojenie co najmniej jednej z pięciu fundamentalnych potrzeb emocjonalnych; wydarzenia w okresie wczesnego dzieciństwa, które odzwierciedlają oddziaływanie rodziców; a także poprzez wrodzoną podatność na wystąpienie schematów dezadaptacyjnych (mowa tutaj o temperamencie emocjonalnym). Fundamentalne potrzeby emocjonalne, których niezaspokojenie może prowadzić do wystąpienia wczesnych schematów dezadaptacyjnych to: stabilna, trwała więź z osobami z otoczenia dziecka (zaspokojenie potrzeby bezpiecznego przywiązania, stabilności, opieki, akceptacji); poczucie niezależności, kompetencji, tożsamości; możliwość swobodnego wyrażania swoich potrzeb, emocji; możliwość spontanicznych zachowań i zabawy; ograniczenia dostosowane do wieku i umiejętności (stosowanie realistycznych granic), samokontrola (Rafaeli i in., 2011; Young i in., 2014). Schematy tego typu pojawiają się zazwyczaj w rodzinach nuklearnych, jednakże nie można pominąć istotnego wpływu oddziaływań rówieśniczych, szkolnych czy czynników kulturowych (w późniejszym okresie życia dziecka) w ich kształtowaniu. Należy podkreślić, iż schematy powstałe w okresie dzieciństwa, w środowisku rodzinnym są zdecydowanie bardziej uporczywe i utrudniające dorosłe funkcjonowanie, niż te powstałe w późniejszym okresie życia (Young i in., 2003; Young i Klosko, 2005). Young (1990, 1999) przyjmuje, że część schematów, w szczególności tych, które powstały w efekcie doświadczania traumy w okresie dzieciństwa, może stanowić fundament zaburzeń osobowościowych. Dzieci dorastające w rodzinach dysfunkcyjnych – przemocowych, chłodnych emocjonalnie, nadopiekuńczych

czy nadmiernie wymagających – doświadczają długotrwałej deprywacji jednej lub kilku wymienionych wyżej potrzeb rozwojowych (Mącik, 2016). W wyniku długotrwałości i/lub intensywności deprywacji tychże potrzeb, w dziecku wytwarzają się przekonania na własny temat związane z niezaspokojoną potrzebą (np. „nie można mnie kochać”, „nie można nikomu ufać” itd.), niosą za sobą również emocje lęku, wstydu, złości czy poczucia winy. Dążąc do unikania trudnych emocji, człowiek przyjmuje różne strategie zachowań, mające zmniejszyć powstałe napięcie. Strategie te jednak nie zawsze mają charakter adaptacyjny, a ulegają utrwaleniu i reaktywowaniu (Mącik, 2018a). Wykształcenie się danego schematu u konkretnej osoby, zależne jest więc od predyspozycji osobowościowych, specyfiki środowiska rodzinnego oraz rodzaju interakcji między członkami tego środowiska (Edwards i Arntz, 2015). Schematy podobnie jak cechy osobowości, są bezsprzecznym elementem sfery psychicznej, mające charakter bezwarunkowych przekonań, które w żaden sposób nie są kwestionowane przez człowieka. Siła, częstość uaktywnienia, umocnienie – od tego zależy wpływ, jaki wywierają na codzienne funkcjonowanie (Leppänen i in., 2015). Jednakże sama obecność schematów nie jest jedynym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia zaburzenia. Istnieją również inne znaczące czynniki, mające negatywny wpływ na radzenie sobie w określonych sytuacjach, które mogą przyczyniać się do ujawnienia zaburzenia (Mącik, 2016, 2018a).

Young oraz jego współpracownicy (2014) dokonali wyodrębnienia 18 schematów (w wersji ostatecznej), grupując je w pięć domen, które zależne są od rodzaju niezaspokojonej potrzeby.

Pierwsza domena nazwana *Brakiem więzi i odrzuceniem* lub *Rozłączeniem i odrzuceniem* zawiera w sobie następujące rodzaje schematów: *Derywację emocjonalną*; *Opuszczenie/Porzucenie*; *Nieufność/Skrzywdzenie*; *Izolację społeczną* oraz *Wadliwość/Wstyd*. Zgodnie z doniesieniami z badań Younga, Klosko (2005) oraz Arntza i van Genderena (2009) antyspołeczne zaburzenie osobowości w tym obszarze związane jest w szczególności ze schematami *Opuszczenia/Niestabilności więzi*, *Nieufności/Skrzywdzenia* oraz *Deprywacji emocjonalnej*. Dorośli z obszaru schematów *Rozłączenia i odrzucenia* najprawdopodobniej noszą w sobie ciężar traumatycznego dzieciństwa, w którym nie brakowało zachowań przemocowych, doświadczali chłodu emocjonalnego oraz braku stabilności. W wyniku doświadczeń życiowych, irracjonalnie wchodzą w destrukcyjne relacje interpersonalne (Young i in., 2014).

Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości ze względu na wczesne doświadczenia z okresu dzieciństwa nauczyły się, iż nie warto ufać innym i najlepiej jest

polegać na sobie. U osób tych dominujący wydaje się być strach przed poniżeniem i wykorzystaniem, przez co w kontaktach z innymi stają się agresywni i kłótlivi, przyjmując postawę obronną (Leue i in., 2004). Schematy Deprywacji emocjonalnej i Nieufności/Skrzywdzenia wynikają z niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych dziecka lub adolescenta w sferze miłości (poczucia bycia kochanym), poczucia bezpieczeństwa, opieki oraz stabilności (Sargin i in., 2017). Przyjmuje się zatem, iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości postrzegają siebie jako jednostki niegodne miłości, bardziej samotne i odrzucone niż osoby cechujące się prawidłową strukturą osobowościową. Myślenie takie doprowadza natomiast do zawyżonej kompensacji „Zranię zanim ktoś zdąży zranić mnie”. Badania Mącik (2016) pokazały, iż również zaburzenie osobowości typu borderline ma silny związek z występowaniem schematu *Porzucenie*.

Druga domena schematów nazwana *Ograniczoną autonomią i niskimi umiejętnościami* w literaturze tłumaczona również jako *Oslabiona autonomia i brak dokonań* obejmuje schematy *Zależności/Niekompetencji*; *Podatności na zranienie i zachorowanie*; *Porażki*; *Uwikłania emocjonalnego/Braku poczucia własnej odrębności*. Osoby kierujące się schematami z tego obszaru mają małą wiarę w swoją sprawczość i nierozwinięte poczucie samodzielności. Uważają one, że nie dadzą sobie rady same, nie przetrwają bez opieki i patronatu innych, nie wierzą, iż są zdolne do autonomicznego funkcjonowania (Young i in., 2014). Zaburzenie osobowości borderline wiąże się z uaktywnieniem schematu *Podatności na zranienie i zachorowanie* (Mącik, 2016).

Trzeci obszar/trzecia domena nazywana *Brakiem ograniczeń* lub *Uszkodzonymi granicami* zawiera w sobie schematy *Roszczeniowości/Wielkościowości* oraz *Niedostatecznej samokontroli*. Dwa powyższe schematy wiąże się z antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Arntz i Genderen, 2009; Young i Klosko, 2005), schemat *Wielkościowości* natomiast, również z zaburzeniem narcystycznym (Mącik, 2016). Badania Gilbert (2013), która analizowała populację przestępców, również potwierdziły znaczące korelacje ze schematem *Wielkościowości* a antyspołecznym zaburzeniem osobowości. Osoby z aktywnymi schematami z domeny *Uszkodzenie granic*, cechują się brakiem zahamowań czy wewnętrznych barier, nie poczuwają się do odpowiedzialności za innych, mają również trudności w respektowaniu praw innych ludzi, niechętnie z nimi współpracują czy podejmują zobowiązania. Rodzina pochodzenia najprawdopodobniej cechowała się permissywnością, nadmiernym pobłażaniem, brakiem kontroli i nadzoru. Brakowało w niej odpowiedniej komunikacji, dyscypliny i wyznaczania granic (Young i in., 2014).

Czwarty obszar schematów dezadaptacyjnych *Ukierunkowanie na innych* obejmuje następujące schematy: *Podporządkowania*, *Samopoświęcenia* oraz *Poszukiwania aprobaty i uznania*. Osoby kierujące się schematami z tego obszaru nadmiernie skupiają się na potrzebach, uczuciach, reakcjach innych ludzi. Pragnąc miłości, akceptacji, poczucia emocjonalnej stabilności zaniedbują własne potrzeby oraz umniejszają swoje pragnienia. Zdolne są do olbrzymich poświęceń dla innych, byle tylko uniknąć czyjeś zemsty, czy obojętności. Działania tego typu nierzadko wiążą się z tłumieniem i nieświadomością własnego gniewu (Young, i in., 2014). Schemat *Podporządkowanie* koreluje z zaburzeniem osobowości typu borderline, natomiast schemat *Poszukiwania aprobaty i uznania*, wiąże się z narcystycznym zaburzeniem osobowości. W tym przypadku człowiek dąży do aprobaty i podziwu w sposób wyolbrzymiony, kosztem własnym lub też (co jest charakterystyczne dla osób o rysach narcystycznych) dąży do podbudowania statusu poprzez karierę lub wygląd, jednak działania te mają znamiona dysfunkcyjności (Mącik, 2016).

Ostatnia domena definiowana jako *Nadmierna czujność i zahamowanie* mieści w sobie schematy *Zahamowania emocjonalnego*, *Nadmiernego wymagania/Nadmiernego krytycyzmu*, *Negatywizmu/Pesymizmu* oraz *Skłonności do karania* (nazywane także *Bezwzględna surowością*). Osoba taka tłumia własne spontaniczne uczucia czy impulsy. Przykłada dużą wagę do przestrzegania sztywnych wewnętrznych zasad, które sama ustaliła, kieruje się również oczekiwaniami dotyczącymi osiągnięć, które stają się jej napędem życiowym. Brakuje jej spontaniczności i naturalności zachowań, żyje wedle sztywnych zinternalizowanych zasad (również etycznych), nierzadko kosztem własnego szczęścia, relaksu, zdrowia czy bliskich relacji z innymi ludźmi (Young i in., 2014). Schemat *Nadmierny krytycyzm*, który determinuje u człowieka poczucie, iż nie jest wystarczająco dobry, doprowadzając jednocześnie do tego, iż osoba taka zaczyna rozpaczliwie starać się sprostać wyimaginowanym oczekiwaniom, stawiając sobie i innym wysokie, wręcz nierealne cele, które opłacone są przesadnym perfekcjonizmem i sztywnością zasad, wiązany jest z narcystycznym zaburzeniem osobowościowym, natomiast *Pesymizm* w głównej mierze z zaburzeniem borderline (Mącik, 2016).

Najnowsze badania potwierdzają, iż schematy dezadaptacyjne mogą wiązać się z depresją i obniżonym nastrojem (Bishop i in., 2021; Rezaei i in., 2016). Schematy dezadaptacyjne wiążą się również z doświadczeniem wydarzeń traumatycznych (Boudoukha i in., 2016). Na przykład zaburzenie osobowości borderline jest zaburzeniem bardzo często wiązany z doświadczeniem traumy (Oldham i in., 1996; Zanarini i in.,

1997), co oznaczać może, iż wczesne schematy dezadaptacyjne wiążą się istotnie z występowaniem zaburzeń osobowości. Dowiedziono również, iż pełnią rolę mediatora w stosunku do stresu potraumatycznego i zażywania substancji psychoaktywnych (nielegalnych) (Lecigne i Tapia, 2016). W badaniach dotyczących polskiej populacji nieklinicznej zauważono, iż schematy dezadaptacyjne wyjaśniają ujawnianie się cech osobowości dysfunkcyjnych (Mącik, 2016). Nie zawsze wiąże się to jednak z poczuciem dyskomfortu. Schematy dezadaptacyjne o małym nasileniu, mogą (ale nie muszą) związane być z funkcjonowaniem odbieranym subiektywnie jako niesatysfakcjonujący, na przykład przez zachwianie poczucia dobrostanu psychicznego. Schematy o dużym nasileniu mogą z kolei powodować poważny dyskomfort, w tym utratę sensu życia. Potwierdzają to badania Gubernaka i współpracowników (2018), które dowiodły, że im większe nasilenie schematów dezadaptacyjnych, tym niższe poczucie sensu życia i szczęścia wynikającego z posiadania bliskich, emocjonalnych relacji z innymi. W kontekście badań wczesnych schematów dezadaptacyjnych według Younga i zaburzeń osobowości potwierdzono związki pomiędzy tymi zmiennymi. Mają one następującą postać: im wyższe nasilenie schematów dezadaptacyjnych tym wyższy poziom cech zaburzeń osobowości (Bach i in., 2016; Bach i in., 2017; Mącik, 2016). Poza tym wykazano związki wczesnych schematów dezadaptacyjnych z emocjonalnymi i interpersonalnymi problemami człowieka (Thimm, 2013; Vanheule i in., 2007).

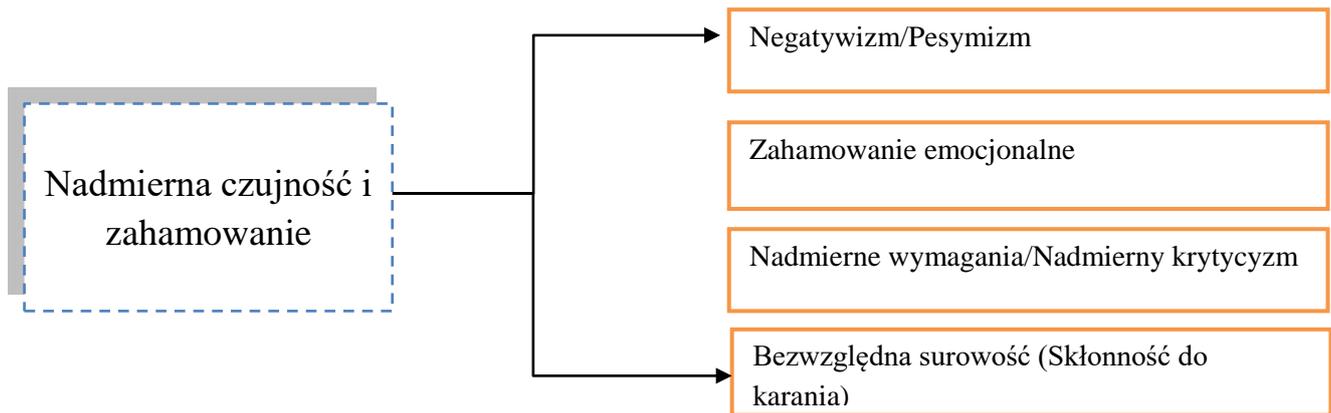
3.3.1. Rodzaje wczesnych schematów dezadaptacyjnych

W celu lepszego zobrazowania głównych domen wczesnych schematów dezadaptacyjnych, dokonano ich graficznej prezentacji. Poniżej zaprezentowano pięć głównych domen wczesnych schematów dezadaptacyjnych wg. Younga i jego zespołu (2014).

Rysunek 1

Podział wczesnych schematów dezadaptacyjnych na domeny główne (opracowanie własne za: Young i in., 2014)





Powyżej zaprezentowano sposób grupowania 18 schematów w 5 domen głównych, warto jednak dokonać ogólnej charakterystyki poszczególnych schematów dezadaptacyjnych, w celu lepszego ich zrozumienia. Mimo, iż nie wszystkie schematy dezadaptacyjne powstają w wyniku doświadczanych traum (np. schemat *Zależności/Niekompetencji*), każde są szkodliwe dla prawidłowego funkcjonowania człowieka i kształtują się w wyniku toksycznych doświadczeń, powtarzających się w sposób regularny w okresie dzieciństwa oraz dorastania, tym samym prowadząc do ich utrwalenia. Każde z toksycznych doświadczeń dziecka kumuluje się, prowadząc do ukształtowania się pełnoobjawowego schematu (Young i in., 2003).

Schematy z obszaru Rozłączenie i odrzucenie

Pierwszym wyłonionym przez Younga i współpracowników (2003) schematem dezadaptacyjnym jest schemat nazywany *Deprywacją emocjonalną*. Autor opisuje go jako wzorzec związany z przekonaniem, iż podstawowe potrzeby, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania i poczucia spełnienia, nie zostaną zaspokojone przez innych. Schemat ten odnosi się do wczesnodziecięcych doświadczeń niezaspokojenia przez rodziców lub opiekunów podstawowych potrzeb dziecka; potrzeby miłości, bliskości, przywiązania, potrzeby bycia wysłuchanym, potrzeby otrzymania ochrony i wsparcia. *Deprywacja emocjonalna* powstaje w rodzinach, w których rodzice są zimni lub nieobecni, przez co nie zaspakajają oni jego fundamentalnych potrzeb.

Schemat *Opuszczenia/Niestabilności więzi* wiąże się z oczekiwaniem odejścia osoby znaczącej. Jest to przekonanie, iż osoba, z którą jesteśmy związani emocjonalnie niebawem wycofa się z relacji, a nawiązana więź zakończy się doprowadzając tym samym wewnętrznej destrukcji oraz rozpacz. Osoby takie postrzegają osoby bliskie (najczęściej

członków rodziny) jako niestabilne, niepotrafiące zapewnić im wsparcia i bliskości, oczekują, iż osoby znaczące wkrótce umrą, opuszczą je lub porzucą dla kogoś innego. Schemat ten ma swoje źródło w doświadczeniu rozvodu rodziców lub śmiercią opiekuna. Może rozwinąć się również w sytuacji opuszczenia dziecka przez rodziców na dłuższy czas np. z powodu wyjazdu (Young i in., 2003, 2014).

Schemat nazwany *Nieufnością/Skrzywdzeniem* odnosi się do przekonania danej osoby, iż inni ludzie dążą do skrzywdzenia jej i wykorzystania. Ludzie z rozwiniętym schematem *Nieufności/Skrzywdzenia* obawiają się bliskości, nie potrafią w pełni zaufać i przewidują, iż inni mają wobec nich złe zamiary, zdradzą lub zamierzają skrzywdzić. To przeświadczenie wiąże się z wiarą w to, iż krzywda wyrządzona przez innych jest celowa i skrupulatnie zaplanowana bądź też jest rezultatem zaniedbania lub niesprawiedliwości. Schemat ten może rozwinąć się w sytuacji, gdy rodzice lub inne osoby znaczące wykorzystują lub niesprawiedliwie traktują dziecko, wzmacniając w nim poczucie niepewności i zawodu (Young i in., 2003, 2014).

Schemat *Izolacja/Wyobcowanie* wiąże się z poczuciem bycia wykluczonym przez społeczeństwo. Osoby z rozwiniętym schematem *Izolacji/Wyobcowania* są przekonane, iż różnią się od innych i przez to są wyalienowane, nie należą do żadnej grupy czy społeczności. Schemat ten rozwija się w sytuacji, gdy we wczesnodziecięcych doświadczeniach pojawia się poczucie bycia innym od rodziny lub otoczenia.

Wadliwość/Wstyd dotyczy wiary człowieka w to, iż jest on „wadliwy”, niedoskonały wewnętrznie, niepełnowartościowy, gorszy od innych, a każda osoba, z którą nawiązuje bliższe relacje wkrótce tę „niedoskonałość” odkryje i odejdzie. Odczucie bycia „wadliwym” często prowadzi do poczucia wstydu i niepewności. Odczucia te wiążą się z nadmierną wrażliwością na krytykę, prowadzą również do poczucia wstydu z powodu wymagowanych wad jawnych (np. fizjonomia) lub ukrytych (np. cechy charakteru, upodobania seksualne). Schemat ten rodzi się w sytuacji, gdy rodzice są wobec dzieci zbyt surowi i krytyczni, sprawiając, że czuje się ono mało wartościowe i niegodne miłości (Young i in., 2014).

Schematy z obszaru Osłabiona autonomia i brak dokonań

Kolejnym schematem wymienianym przez Younga i współpracowników (2014) jest *Porażka*. Osoba z rozwiniętym schematem *Porażki* wierzy, iż nie posiada żadnych zdolności czy umiejętności, często uważa siebie za głupią, mniej interesującą od innych, za osobę, która z góry skazana jest na niepowodzenie. Osoby takie rzadko podejmują

wyzwanie w celu osiągnięcia sukcesu, żyją w przeświadczeniu, iż z ich predyspozycjami możliwe jest jedynie porażka, unikają więc sytuacji, w których mogłyby rozczarować siebie i innych. Schemat tego typu rozwija się w rodzinach, w których dochodzi do poniżania dziecka, pokazywania mu, iż nie jest ono zdolne do osiągania sukcesów (w szkole lub innych sferach). Osoby powielające schemat *Porażki*, w dzieciństwie rzadko otrzymywały wsparcie i docenienie ze strony osób znaczących.

Schemat *Zależność/Niekompetencja* wiąże się z poczuciem, iż nie jest się osobą zdolną i kompetentną do samodzielnego funkcjonowania. Ludzie z rozwiniętym schematem *Zależności/Niekompetencji* zbyt mocno polegają na innych, nie są w stanie podjąć samodzielnej decyzji i z ochotą przystają na bycie biernym obserwatorem własnego życia. Czują się bezpiecznie w sytuacji, gdy są zależne od innych i nie muszą działać samodzielnie. Schemat ten rozwija się w rodzinach, w których rodzice nie zachęcali dzieci do samodzielności, a wyręczali je w obowiązkach i innych aktywnościach. Podejmowali decyzje nie uwzględniając opinii dziecka (Young i in., 2003, 2014).

Poczucie zagrożenia (tłumaczone również jako *Podatność na zranienie lub zachorowanie*) to schemat wiążący się z przekonaniem, iż dana osoba narażona jest na ciągłe niebezpieczeństwo (natury finansowej, naturalnej, medycznej itd.). Osoby takie żyją w permanentnym lęku przed zbliżającą się katastrofą, podejmują więc nadmierne środki ostrożności, utrudniające im codzienne funkcjonowanie. Dzieciństwo osób z rozwiniętym schematem *Poczucia zagrożenia* najprawdopodobniej przepełnione było nieadekwatnym lękiem rodziców, przelewających na dzieci swoje obawy i nieufność (Young i in., 2003).

Uwikłanie emocjonalne/Brak poczucia własnej odrębności jest schematem dotyczącym zbytniego zaangażowania emocjonalnego w stosunku do partnera lub rodziców. Osoby takie posiadają niepewną tożsamość własną, zbyt mocno identyfikują się z osobą znaczącą i pozbawiają własnej odrębności. Nierzadko zbytnie zaangażowanie emocjonalne, wiąże się z przekonaniem, iż osoba uwikłana emocjonalnie, nie da sobie rady, lub też będzie nieszczęśliwa bez ciągłego wsparcia drugiej osoby uwikłanej. Pojawia się uczucie przytłoczenia, braku odrębności, zagubienia, niedostatecznie ukształtowana tożsamość. Schemat ten uaktywnia się w sytuacji nadopiekuńczości lub zbytniej kontroli rodziców, prowadząc do nierozwinięcia u dziecka poczucia odrębności i samodzielności (Young i in., 2014).

Schematy z obszaru Ukierunkowanie na innych

Schemat *Podporządkowania się* wiąże się z wiarą danej osoby, iż ta musi poddać się kontroli innych, w celu uniknięcia nieporozumień lub negatywnych konsekwencji. Ludzie o rozwiniętym schemacie *Podporządkowania się* żyją w przeświadczeniu, iż muszą ulegać innym, umniejszając przy tym swoje potrzeby i uczucia. Podporządkowują się wierząc, że swoją niezależnością wywołają złość lub rozczarowanie a w konsekwencji zostaną przez to odrzuceni. Schemat ten rozwija się u dzieci, których rodzice prezentują mocno kontrolującą postawę, która nie toleruje niesubordynacji i własnego zdania.

Samoposwiecenie wiąże się z nadmiernym poświęcaniem dla innych, ignorując przy tym własne potrzeby i uczucia. Ludzie posiadający rozwinięty schemat *Samoposwiecenia* dążą do pomocy innym, swoim kosztem. Koncentrując się na sobie odczuwają poczucie winy, które „odkupują” absolutnym oddaniem siebie innym. Poświęcając się, doświadczają wzrostu samooceny. Schemat ten rozwija się w sytuacji, gdy dziecko bierze na siebie odpowiedzialność za dobrostan kogoś z opiekunów lub za nich obojga (Young i in., 2014).

Poszukiwanie aprobaty i uznania to schemat wiążący się ze przesadnym dążeniem do uzyskania aprobaty ze strony społeczeństwa. Osoby takie przykładają bardzo dużą wagę do tego, co myślą o nich inni ludzie, podkreślają swój status lub wygląd w celu osiągnięcia upragnionego uznania. Nieraz dążenia te stają się destrukcyjne, prowadząc do poczucia samotności i beznadziei. Osoby z rozwiniętym schematem *Poszukiwania aprobaty i uznania* są bardzo wrażliwe i chorobliwie boją się odrzucenia. Chcąc być podziwianym, usilnie starają się wzbudzić zainteresowanie oraz dopasować do innych. Schemat ten rozwija się w rodzinach, w których brakowało miłości i akceptacji w stosunku do dziecka (Young i in., 2003).

Schematy z obszaru Nadmierna czujność i zahamowanie

Zahamowanie emocjonalne odnosi się do całkowitego tłumienia spontanicznych emocji lub impulsów. Przekonanie to dotyczy w dużej mierze zahamowania emocji gniewu bądź złości, ale dotyczy również tłumienia impulsów pozytywnych, takich jak radość, czułość itd. U osób takich pojawiają się trudności w okazywaniu słabości, ukrywają, iż są wrażliwe i podatne na zranienie. Kładą silny nacisk na racjonalność, pomijając istotę znaczenia emocji. Osoby kierujące się schematem *Zahamowania emocjonalnego* uważają, iż jawne wyrażanie emocji prowadzi do skrzywdzenia innych, obniżenia samooceny, poczucia zażenowania lub wręcz możliwości porzucenia przez innych. Brakuje im

spontaniczności i poczucia bez troski. Schemat tego typu powstaje w sytuacjach, gdy rodzice karzą dzieci za okazywanie emocji i uczuć (Young i in., 2003).

Schemat *Nadmiernych wymagań/Nadmiernego krytycyzmu* (nazywany także schematem *Bezwzględnych standardów*) to wzorzec, według którego człowiek wierzy, że niezależnie od tego co robi, nigdy nie jest wystarczająco dobry. Osoby kierujące się tym schematem mają przeświadczenie, że obojętnie jak wiele uwagi i zaangażowania włożyłyby w dane zadanie, nie będzie ono wykonane nawet w połowie tak dobrze, jak gdyby zrobił to ktoś inny. Często przeświadczenie jest to mylne, ponieważ ludzie z rozwiniętym schematem *Bezwzględnych standardów* są wyjątkowo dokładni i rzetelni, a wykonywane przez nich zadania można stawiać za wzór, jednak sami dla siebie (ale również dla innych) są niebywale surowi i bezwzględni. Mają również upośledzoną zdolność odczuwania przyjemności oraz relaksowania się. Ich poczucie własnej wartości jest w dużej mierze zaburzone (zaniżone), nadmierne wymagania przyjmują zaś formę perfekcjonizmu, sztywnych reguł oraz zaabsorbowania czasem i wydajnością. Schemat ten powstaje w rodzinach, gdzie osiągnięcia dziecka nie są satysfakcjonujące dla rodziców, a uczucie i miłość okazywane było tylko w sytuacji spełniania przez dziecko określonych standardów (Young i in., 2014).

Pesymizm/Negatywizm odnosi się do utrwalanego wzorca koncentrowania się na negatywnych aspektach życia. Osoby o rozwiniętym schemacie *Pesymizmu/Negatywizmu* minimalizują pozytywne aspekty rzeczywistości, a obsesyjnie skupiają się na porażkach, niepowodzeniach oraz potencjalnych problemach. Nie potrafią cieszyć się drobnymi sukcesami, zdają się umniejszać te większe, a całą energię koncentrują na analizie tego, co się nie udało lub co może się nie udać. Osoby takie zamartwiają się przyszłością, rozważają potencjalne porażki niezależnie od obecnej sytuacji życiowej, która zazwyczaj jest poprawna lub dobra. Schemat ten powstaje w rodzinach, w których rodzice przejawiali nieuzasadniony niepokój (Young i in., 2003).

Ostatni wymieniony przez Younga i jego zespół (2003) schemat z obszaru *Nadmierna czujność i zahamowanie* nazwany *Skłonnością do karania (Bezwzględną surowością)* odnosi się do wewnętrznego przekonania, iż ludzie zasługują na karę za popełnione przewinienia lub błędy. Osoby takie są krytyczne dla siebie i innych, nie są skłonne do przebaczenia, wpadają w złość, gdy zachowanie innych ludzi odbiega od perfekcji lub jej osobistych założeń. Schemat ten powstaje w dzieciństwie, w rodzinach, w których opiekun lub opiekunowie prezentowali karzący styl wychowania, skupiali się na wynikach i przesadnej kontroli.

Schematy z obszaru Uszkodzone granice

Kolejnym wymienianym przez autora (Young i in., 2003, 2014) dezadaptacyjnym schematem jest *Roszczeniowość/Wielkościowość*. Osoby kierujące się tego typu schematem są przekonane, że mogą robić, mówić, posiadać wszystko, co tylko chcą, niezależnie od tego, czy wiązać będzie się to z krzywdzeniem innych czy nie. Osoby takie są zazwyczaj samolubne i egoistyczne w swoich postawach i poglądach. Potrafią umyślnie krzywdzić innych dla własnych korzyści i przywilejów, nie są empatyczne oraz nie zależy im na dobrych stosunkach z innymi ludźmi. Schemat tego typu powstaje w rodzinach, w których rodzice bezmyślnie ulegają wszelkim zachciankom dziecka, nie wyznaczając mu przy tym żadnych granic ani obowiązków. Dziecko takie dorasta w przeświadczeniu swojej wyjątkowości, nie szanując obowiązujących norm społecznych oraz uczuć otaczających ludzi. Young uważa, iż niektóre dzieci kształtują ten schemat wynagradzając sobie emocjonalną deprivację.

Niedostateczna samokontrola wiąże się z nietolerancją frustracji oraz nieumiejętnością hamowania ekspresji uczuć i impulsów. Osoby kierujące się schematem tego rodzaju nie są w stanie powstrzymać swoich reakcji emocjonalnych i nie odczuwają z tego powodu wyrzutów sumienia. W skrajnych przypadkach schemat ten ma związek z zachowaniami przestępczymi oraz uzależnieniami. W łagodniejszej wersji osoba taka przejawia wyolbrzymiony nacisk na unikanie wszelkiego dyskomfortu. *Niedostateczna samokontrola* kształtuje się w rodzinach, w których brakowało adekwatnej dyscypliny, rodzice nie potrafiąc przekazać właściwego modelu samokontroli swoim dzieciom, pozwalali na ich niekontrolowane wybuchy oraz nieświadomie je wzmacniali (Young i in., 2003, 2014).

3.3.2. Źródła wczesnych schematów dezadaptacyjnych

Jak już wspomniano wczesne schematy dezadaptacyjne kształtują się poprzez *niezaspokojone potrzeby emocjonalne dziecka*, a powyższa analiza pokazuje jak istotne w kształtowaniu się poszczególnych schematów dezadaptacyjnych jest środowisko rodzinne młodego człowieka. Niezaspokajanie podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka (*core needs*) przez osoby znaczące (rodziców lub opiekunów) w sposób permanentny i/lub dramatyczny, prowadzi do doświadczania przez dziecko frustracji, a tym samym skutkuje tworzeniem się dysfunkcyjnego sposobu pojmowania

i interpretowania świata oraz zachowań innych ludzi. Jak już wspomniano, okres powstania i rozwijania się wczesnych schematów dezadaptacyjnych przypada na dzieciństwo, rozwijają się one jednak przez całe życie (Thimm, 2013). Trwałość schematów dezadaptacyjnych związana jest z dążeniem ludzi do stałości i zgodności poznawczej, wskutek czego trudno jest je zmienić lub całkowicie usunąć. Schematy te mogą również oddziaływać w sposób destrukcyjny na zachowanie jednostki, jej wybory, nierzadko też prowadzą do pojawienia się zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń osobowości. Wszystkie schematy dezadaptacyjne mają negatywny wpływ na jakość życia psychicznego oraz utrudniają prawidłowe funkcjonowanie. Trudności związane z występowaniem schematów dezadaptacyjnych wiążą się nie tylko z podejmowaniem dysfunkcyjnych decyzji przez jednostkę, ale dotyczą również podejmowanych wyborów w życiu dorosłym.

Podstawowe potrzeby emocjonalne, których niezaspokojenie może prowadzić do kształtowania się wczesnych schematów dezadaptacyjnych to:

- 1) Potrzeba bezpiecznego przywiązania do innych (obejmująca potrzebę bezpieczeństwa, opieki, troski i akceptacji)
- 2) Potrzeba poczucia autonomii, niezależności, kompetencji oraz tożsamości
- 3) Potrzeba swobodnego wyrażania emocji i potrzeb
- 4) Potrzeba spontaniczności i zabawy
- 5) Potrzeba realistycznych granic i samokontroli (Young i in., 2014).

Wszystkie wymienione wyżej potrzeby są potrzebami uniwersalnymi, dotyczącymi wszystkich ludzi, jednak w różnym stopniu. W ujęciu psychologicznym, człowiek jest zdrowy wtedy, gdy w sposób adaptacyjny potrafi zaspokoić swoje podstawowe potrzeby.

Kolejnym źródłem schematów dezadaptacyjnych są **wczesnodziecięce traumatyczne doświadczenia jednostki**. Wczesne schematy dezadaptacyjne powstają zazwyczaj w rodzinach nuklearnych, w okresie wczesnego dzieciństwa, co sprawia, że są one najsilniej zakorzenione w późniejszym funkcjonowaniu jednostki. W momencie, gdy osoby znajdują się w sytuacjach aktywujących wczesne schematy dezadaptacyjne, przeżywają na nowo traumy z dzieciństwa, najczęściej dotyczące jednego z rodziców. Mimo, iż schematy dezadaptacyjne powstałe w środowisku rodzinnym są najsilniejsze i wszechobecne wraz z dorastaniem coraz większą rolę w życiu młodego człowieka zaczynają odgrywać rówieśnicy, szkoła, społeczność lokalna czy kultura, które również mogą stać się czynnikami prowadzącymi do ukształtowania się schematów

dezadaptacyjnych. Jednak schematy powstałe w późniejszym okresie rozwoju człowieka nie są tak silne i destrukcyjne jak te powstałe w okresie wcześniejszym.

Jak zauważa Young i jego współpracownicy (2014), wyróżnić można cztery rodzaje doświadczeń wczesnodziecięcych, przyczyniających się do powstania wczesnych dezadaptacyjnych schematów. Pierwszym wymienianym przez autora jest *toksyczna frustracja potrzeb*, powstająca w sytuacji, gdy dziecko nie posiada w swoich zasobach doświadczeń pozytywnych, prowadząc tym samym do wykształcenia się schematów takich jak Deprywacja emocjonalna czy Opuszczenie. *Frustracja potrzeb* ma ścisły związek z dorastaniem w otoczeniu dysfunkcyjnym, w którym brakuje miłości, poczucia bezpieczeństwa, stabilności, wyrozumiałości. Kolejnym rodzajem wczesnodziecięcych doświadczeń mających związek z kształtowaniem się schematów dezadaptacyjnych jest *traumatyzacja* lub *wiktymizacja*, które są efektem doświadczania przez dziecko przemocy ze strony osób znaczących (rodziców, opiekunów, członków rodziny). W wyniku przeżytych traum, dziecko wykształca schematy Nieufności/Skrzywdzenia, Wadliwości/Wstydu, Podatności na zranienie. Krańcowo różnym i przeciwstawnym do powyższego, doświadczeniem wczesnodziecięcym sprzyjającym formowaniu się schematów dezadaptacyjnych jest *doświadczanie przez dziecko zbyt dużo dobrego*. Rodzice obdarowują dziecko nadmiarem pozytywnych działań, poprzez rozpieszczanie oraz brak umiejętności odmawiania dziecku a młody człowiek zostaje tym samym pozbawiony własnej autonomii. Rodzice w tym przypadku, są albo nadopiekuńczy i nadmiernie zaangażowani w życie dziecka, lub też dają mu zbyt dużą swobodę i niezależność, bez wytyczonych realistycznych granic, które wprowadziłyby w jego życie poczucie stabilności. Działania takie prowadzą do kształtowania się schematów Zależności/Niekompetencji oraz Roszczeniowości/ Wielkościowości (Young i in., 2003).

Ostatnim wyróżnionym doświadczeniem wczesnodziecięcym przyczyniającym się do powstania schematów jest selektywna *internalizacja* lub *identyfikacja z ważnymi osobami*. Jest to identyfikacja i utożsamianie się z rodzicem oraz zinternalizowanie jego myśli, uczuć, zachowań. Co istotne, zarówno internalizacja jak i identyfikacja są selektywne, co oznacza, że dzieci nie identyfikują się ze wszystkim, co robią rodzice oraz nie wszystko co dotyczy rodziców internalizują. Częściowo od temperamentu zależy czy dane dziecko będzie identyfikowało się z innymi, czy dokonywało internalizacji. Przykładowo, młody człowiek z temperamentem dystymicznym, najprawdopodobniej nie dokona internalizacji optymistycznego stylu reakcji na przeciwności preferowanego przez

rodziców. Ma to związek z niezgodnością usposobienia dziecka z zachowaniem rodziców, przez co nie potrafi ono dokonać jego asymilacji (Young i in., 2014).

Prócz czynników egzogennych, związanych ze środowiskiem w jakim rozwija się dziecko, istnieją również czynniki endogenne, odgrywające istotną rolę w kształtowaniu się wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Determinantem warunkującym wystąpienie schematów dezadaptacyjnych jest *temperament emocjonalny/temperament trudny*. Dzieci, tak jak dorośli, różnią się od siebie osobowością i temperamentem. Są dzieci śmiałe, dążące do kontaktów, ekspansywne i ekspresyjne, są jednak również dzieci nieśmiałe, bardziej wycofane i introwertyczne. Badania Kagana i jego współpracowników (Kagan i in., 1988) pokazały, że temperamenty niemowląt wraz z upływem czasu pozostają w dużej mierze niezmiennie. Powstawanie schematów dezadaptacyjnych ma ścisły związek z temperamentem emocjonalnym/trudnym i jego interakcją z traumatycznymi bądź przykrymi wydarzeniami z dzieciństwa. Cechy temperamentalne mogą warunkować ekspozycję dziecka na różne sytuacje życiowe. Co więcej, różnice temperamentu powodują, że ludzie różnią się reakcjami na te same wydarzenia czy okoliczności. Skrajnie dysfunkcyjne lub skrajnie korzystne środowisko, w którym wychowuje się dziecko może doprowadzić do zneutralizowania wpływu wrodzonego temperamentu. Dziecko nieśmiałe, dorastające w rodzinie, w której czuje się bezpieczne, kochane, akceptowane w wielu sytuacjach okaże się być bardziej towarzyskie i otwarte. Wprost przeciwnie może wyglądać sytuacja, gdy to warszyskie dziecko doświadcza ze strony opiekunów szykan, odrzucenia, niepewności od najmłodszych lat, wtedy mogą się u niego pojawić cechy lęklności. Dlatego też, skrajny temperament emocjonalny może stać się determinatem symptomów psychopatologicznych, przewyższając wpływ środowiska rodzinnego (Strelau, 2014).

Podsumowując, wczesny schemat dezadaptacyjny w ujęciu Younga i jego współpracowników (2003), określany jest jako wzorzec/temat mający charakter trwały i wszechobecny, który obejmuje wspomnienia, emocje, procesy poznawcze, a nawet doznania cielesne. Zazwyczaj dotyczy własnej osoby oraz więzi lub relacji z innymi ludźmi, rozwija się w okresie dzieciństwa oraz w czasie adolescencji. Schemat dezadaptacyjny podlegać może przekształceniom w trakcie życia, ma jednak charakter dysfunkcyjny. Z dotychczas przeprowadzonych badań nad schematami dezadaptacyjnymi i ich związkiem z osobowością wynika, że zaburzenia osobowości mogą być ściśle powiązane z występowaniem wczesnych schematów dezadaptacyjnych (Bach i in., 2016; Bach i in., 2017; Mącik, 2016).

W szczególności zaburzenie osobowości typu borderline wiąże się z występowaniem wszystkich 18 schematów dezadaptacyjnych w różnym stopniu nasilenia (Bach i Farrell, 2018; Flink i in., 2018) lub z większością z nich (Kunst i in., 2020). W zaburzeniu antyspołecznym najczęściej występującymi schematami dezadaptacyjnymi są z kolei Nieufność/Skrzywdzenie, Podatność na zranienie, Zahamowanie emocjonalne (Ball i Cecero, 2001; Özdel i in., 2015) oraz Opuszczenie/Niestabilność więzi (Young i Klosko, 2005; Arntz i Genderen, 2009), aczkolwiek jak już wspomniano, niektóre doniesienia badawcze mówią o silnych związkach tego zaburzenia z występowaniem schematów z domeny Uszkodzonych granic: Niedostateczną samokontrolą (Arntz i Genderen, 2009; Corral i Calvete, 2014; Young i Klosko, 2005), oraz Wielkościowością (Corral i Calvete, 2014; Gilbert, 2013). Choć w narcystycznym zaburzeniu osobowości dominują głównie schematy z domeny Uszkodzonych granic tj. Wielkościowości oraz Niedostatecznej samokontroli, okazuje się, że ten typ osobowościowy będzie cechował się również schematami z obszaru Rozłączenia/Porzucenia tj. Deprywacji emocjonalnej (Young i Klosko, 2005; Arntz i Genderen, 2009). Badania Zeigler-Hill i współpracowników (2011) nad narcyzmem ukazały związki narcyzmu wrażliwego ze schematami Nieufności, Podporządkowania, Opuszczenia/Niestabilności więzi oraz Wielkościowości, okazało się natomiast, że narcyzm wielkościowy wiąże się ze schematami Nieufności, Samopoświęcenia, Wielkościowości oraz Bezwzględnych standardów. Doniesienia te wskazują na pewne trudności interpretacyjne z uwagi na szeroki zakres występowania schematów dezadaptacyjnych z różnych domen w powyższych typach zaburzeń osobowości..

Mając na uwadze, iż istnieją związki między występowaniem wczesnych schematów dezadaptacyjnych a stanami depresyjnymi, cechami osobowości borderline oraz zachowaniami eksternalizacyjnymi nacechowanymi impulsywnością oraz agresją (które wiążą się z podejmowaniem ryzyka oraz działaniami destrukcyjnymi, nierzadko przestępczymi) (Nicol i in., 2020), warto pochylić się nad kwestią występowania schematów dezadaptacyjnych w omawianych zaburzeniach osobowości oraz ich związkami z dialogowością wewnętrzną.

ROZDZIAŁ 4. PRZYJMOWANIE PERSPEKTYWY

W niniejszej pracy kluczowe jest także pojęcie przyjmowania perspektywy innego, ze względu na dane sugerujące istnienie wielu czynników potencjalnie mediujących aktywację schematów dezadaptacyjnych i dialogowość wewnętrzną. Stopień dostępności standardów poza-Ja (przyjmowania perspektywy innej osoby) może wyjaśnić istnienie zależności między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym. Wydaje się, że jeśli dostępność standardów poza-Ja jest większa, to osoby są w stanie przyjąć perspektywę drugiego człowieka w większym stopniu i prawdopodobnie może to modyfikować formę dialogowania wewnętrznego określonego typu. Ma to bowiem związek ze świadomością i wglądem osoby (Jankowski, 2011).

Termin ‘przyjmowanie perspektywy’ obecny jest w odniesieniu do wielu płaszczyzn funkcjonowania człowieka, dotyczy zarówno obszarów językowych, poznawczych, społecznych, jak również afektywnych (Stępień-Nycz, 2011). Dzięki językowi można artykułować różnorodne perspektywy odnosząc się do tego samego podmiotu lub obiektu, dlatego też perspektywa jest tak silnie umiejscowiona jest w obszarze komunikacyjnym (Clark, 1997). Zdolność przyjmowania perspektywy poznawczej (*cognitive perspective-taking*) wiąże się ze zdolnością do rekonstrukcji przekonań bądź rekonstrukcji perspektywy wizualnej (*visual perspective-taking*) drugiego człowieka, która polega na rozumieniu, jak osoba stojąca w innym miejscu, spostrzega konkretny obiekt (Flavell, 1992; Piaget i Inhelder, 1956). W szerszym zakresie rozumienia przyjmowania perspektywy w obszarze poznawczym, mówi się również o elastyczności poznawczej, będącej składowym elementem funkcji zarządzających (Blair i in., 2005; Lehto i in., 2003). Giętkość poznawcza sprowadza się do zdolności płynnego zmieniania punktów widzenia oraz umiejętności przestawiania się pomiędzy danymi aspektami sytuacyjnymi bądź zadaniami (Miyake i in., 2000). Giętkość poznawcza wiąże się również z umiejętnością równoległego ujmowania obiektu z różnych punktów widzenia (Jacques i Zelazo, 2001, 2005), staje się tym samym meritum umiejętności przyjmowania perspektywy. Jeśli chodzi o obszar społeczny, umiejętność przyjmowania perspektywy drugiej osoby jest konieczna, aby rozumieć odmienność opinii, przekonań, pragnień czy motywów podejmowanych decyzji lub działań (Perner, 2000).

Zdolność czy też skłonność do przejmowania perspektywy w tym obszarze jest również niezbędna do przewidywania zachowań innych ludzi w oparciu

o wiedzę o ich przekonaniach, pozwala też zrozumieć różnorodność i odmienność pragnień czy przekonań od naszych własnych. Kompetencje te należą do tak zwanej teorii umysłu, która przyjmuje istnienie perspektywy mentalnej, wiążącej się z umiejętnością rozumienia stanów umysłowych drugiej osoby (Putko, 2008). Przyjmowanie perspektywy na płaszczyźnie afektywnej, pozwala zrozumieć uczucia oraz doświadczenia otaczających ludzi (Denham, 1986). Co istotne, do przyswojenia prostych kompetencji afektywnych takich jak odczytanie i zinterpretowanie ekspresji emocjonalnej, nie jest konieczna umiejętność przyjmowania perspektywy. By odczytać emocje wystarczające są adekwatne wskazówki wzrokowe, odnoszące się do wcześniejszych doświadczeń. Tymczasem przyjmowanie perspektywy jest konieczne do zrozumienia, z jakich powodów dany człowiek przeżywa konkretną emocję, tym bardziej w sytuacji, gdy w podobnym położeniu, my sami przeżywamy coś diametralnie innego (Harwood i Farrar, 2006; Stępień-Nycz, 2011).

Zjawisko przyjmowania perspektywy poruszane było zarówno przez Meada (1962/1975), jak również Piageta (1966). Autorzy ci podkreślali, iż umiejętność przyjmowania perspektywy drugiego człowieka jest fundamentem kultury i języka, a przede wszystkim wyznacznikiem człowieczeństwa. Przyjmowanie perspektywy ma bez wątpienia znaczenie adaptacyjne: pozwala zrozumieć jakie oczekiwania mają inni wobec siebie czy celów zewnętrznych, jest również kwalifikatorem norm grupowych czy standardów zachowania (Szuster, 2019). Człowiek funkcjonujący w społeczeństwie, wchodzi w liczne relacje i interakcje społeczne, nawiązuje relacje, które różnią się zarówno treścią jak i czasem trwania. Efektem tychże relacji jest zdobycie wiedzy o innych ludziach oraz życiu w przestrzeni społecznej. Na podstawie zdobytej wiedzy, człowiek formułuje reprezentacje poznawcze, które tworzą podstawę do oceny i wartościowania innych oraz otaczającej rzeczywistości społecznej. Wartościowanie ujawnia się w umiejętności do tworzenia oraz wykorzystania swoistych standardów, które są jego podstawą, a mowa tutaj o standardach Ja oraz poza-Ja, których genezą jest struktura osobowości (Gołąb i Reykowski, 1985; Karyłowski, 1982; Reykowski, 1986).

Źródłem standardów Ja jest umiejętność asymilacji doświadczeń, które dotyczą własnej osoby i pochodzą z rozmaitych poziomów funkcjonowania. Wszelkie doświadczenia człowieka, stają się fundamentem powstawania kryteriów dotyczących oceny siebie oraz swoich relacji z innymi. Część z nich jest asymilowana nieświadomie, bez wysiłku, co wywodzi się z unikalnej pozycji struktury Ja. Wszelkie dane mające powiązania z Ja, dostrzegane są łatwiej (*efekt cocktail party*, Cherry, 1951) są również

lepiej zapamiętywane oraz szybciej przywoływane z pamięci (Markus, 1980). Uniwersalność tych zjawisk świadczy o dostępności standardów Ja oraz jednoczesnym nieznacznym intersubiektywnym rozróżnieniu ich dostępności (Górecka i Szuster, 2011). Ukształtowanie systemu standardów poza-Ja, które są odzwierciedleniem wiedzy o świecie społecznym i innych ludziach, wymaga swoistych umiejętności, które nabywane są w czasie rozwoju poznawczego. W szczególności rozumienia pojęcia stałości i niezmienności obiektu oraz zdolności decentracji, czyli umiejętności różnicowania Ja – Inni (Piaget, 1966).

Automatyczna i pozbawiona wysiłku dostępność własnej perspektywy, zasadniczo różni się od wymagającej zaangażowania oraz świadomości w kierowaniu uwagi, dostępności perspektywy innego. Skutkiem tego jest odmienna, refleksyjna przyczyna standardów poza-Ja. Posługiwanie się standardami poza-Ja w czasie oceny i wartościowania innych ludzi jest czynnością zdecydowanie bardziej skomplikowaną i angażującą w sposób poznawczy (Marus, 1980), co wiąże się z dłuższym czasem przywoływania z pamięci treści, które dotyczą innych ludzi. Przypuszcza się, iż ludzie tak bardzo różnią się stopniem dostępności standardów poza-Ja, z uwagi na wysiłek, który należy włożyć w ich uruchomienie. Zdecydowanie łatwiejsze jest posługiwanie się uniwersalnymi i automatycznymi standardami Ja niż złożonymi standardami poza-Ja (Górecka i Szuster, 2011).

Człowiek dysponujący systemem standardów poza-Ja zmienia swoje funkcjonowanie społeczne w zakresie zachowań prospołecznych (Rutkowska i Szuster, 2003; Szuster, 2005). Specyfika funkcjonowania osób o większej dostępności standardów poza-Ja, przejawia się również w zakresie percepcji społecznej, w szczególności ograniczenia asymetrii egocentrycznej (Szuster, 2005). Ponadto, zauważono różnice w procesach kategoryzacji innych, są one mniej nierozważne i powierzchowne (Szuster, 2005); osoby takie dokonują zróżnicowanego spostrzegania stanów emocjonalnych innych (Górecka i Szuster, 2011); oraz wykazują ograniczenia w przejawianiu infrahumanizacji (Górecka i Szuster, 2011). Ludzie dysponujący systemem standardów poza-Ja są mniej podatni na wpływy nieuświadomionego afektu (Szuster i Karwowska, 2007), jak również wpływy nastroju (Szuster, 2011).

4.1. Dostępność perspektywy innego a dialogowość wewnętrzna

Zgodnie z propozycją teoretyczną Góreckiej i Szuster (2011, s. 34) możemy mówić o swoistej „indywidualnej właściwości kształtowanej w toku rozwoju poznawczego i społecznego”, którą autorki nazywają „dostępnością perspektywy innego”. W wyniku rozwoju oraz decentracji (w ujęciu Piageta) pierwotna przewaga reprezentacji Ja ulega rozszerzeniu o standardy poza-Ja. Autorki niniejszej teorii przyjmują, iż istnieje swoista predyspozycja do trzymania się standardów Ja (kiedy Ja staje się punktem odniesienia, przez co pojawia się skłonność do kierowania się własnym punktem widzenia, są to strategie endocentryczne) bądź standardów poza-Ja (nieujmowanie Ja jako bazowego punktu odniesienia, gdzie jednostka przejawia skłonność do skupiania się na perspektywie innej niż własna, strategie egzocentryczne) (Dębska, 2016). Większa dostępność standardów poza-Ja, związana jest z wyższym poziomem zainteresowania i zaangażowania w działania prospołeczne, mniejszą powierzchowną kategoryzacją oraz większą różnorodnością w postrzeganiu innych ludzi. Co więcej, redukcji ulega asymetria egocentryczna, czyli postrzeganie innych jako tych, którzy posiadają mniej swoistych cech ludzkich (tzw. infrahumanizacja) (Dębska, 2016; Górecka i Szuster, 2011).

Spółeczne przyjmowanie perspektywy jest terminem szerokim, mającym wiele wspólnego z pojęciem decentracji oraz empatii. Oznacza umiejętność „oderwania się” od własnej perspektywy, rozumianej jako „wyjście poza Ja” w stronę refleksji na temat tego, co mogą myśleć, czuć, wiedzieć inni ludzie. Przyjmowanie perspektywy przejawia się w wielu procesach społecznych mających związek z teorią umysłu oraz empatią (Szuster i in., 2016). W tym ujęciu, społeczne przyjmowanie perspektywy nie jest działaniem (aktem), lecz swego rodzaju tendencją, skłonnością do przyjmowania odmiennego punktu widzenia. Dyspozycja ta będzie wpływać na przyjęcie perspektywy poznawczej drugiej osoby w określonej sytuacji.

Przyjmowanie perspektywy innego w naukach społecznych badane jest jako determinant intensyfikujący zachowania pozytywne wobec innych ludzi, wpływa bowiem na hamowanie asymetrii egocentrycznej, czyli oddalanie reprezentacji Ja od innych ludzi. Przeciwdziała tym samym stereotypizacji, dyskryminacji grup obcych, faworyzowaniu grupy własnej, a także blokuje infrahumanizację (Galinsky i Moskowitz, 2000; Górecka i Szuster, 2011). Proces przyjmowania perspektywy drugiego człowieka przejawia się w zachowaniach niewerbalnych, będących odpowiedzią na działania innych (Ambady i Rosenthal, 1993), w codziennym funkcjonowaniu, kiedy identyfikujemy stany mentalne

osób postronnych, ujawnia się również w opiniach na temat myśli i uczuć innych ludzi (Ames, 2004). Przyjęcie perspektywy znajduje odbicie również w sferze wrażliwości interpersonalnej (Hall i in., 2009), egocentryzmie stanowiącym rodzaj motywacji prospołecznej, której determinantem jest sytuacja lub stan drugiego człowieka (Szuster, 2005), a także empatii afektywnej, która określana jest jako wrażliwość empatyczna (Ickes, 1997) oraz empatii poznawczej związanej z rozumieniem innych (Decety i Jackson, 2004). Przyjmowanie perspektywy jest procesem, w którym osoba obserwująca dokonuje rejestracji myśli, uczuć oraz motywacji osoby bądź osób otaczających, jednocześnie zdolna jest do uznania odmienności ich punktu widzenia, dąży do zrozumienia jak inni widzą tę sytuację (Gehlbach i in., 2012; Szuster i in., 2016).

Model przyjmowania społecznej perspektywy stworzony przez Gehlbacha (2004) zakłada, iż przyjmowanie punktu widzenia drugiego człowieka wymaga zarówno zdolności poznawczych i afektywnych, jak również samej motywacji. Motywacja ta może związana być z czynnikami sprzyjającymi procesowi przyjmowania perspektywy jak np. chęć pomocy, wpływ społeczny, zaciekawienie, jednak może wynikać również z czynników niesprzyjających jak pycha, brak zaangażowania, energii (Hall i in., 2009). Ludzie różnicują się pod względem motywacji do wychodzenia poza własną perspektywę, skupiania się na punkcie widzenia innej osoby czy podejmowania tejże aktywności w celu udoskonalenia (Gehlbach i in., 2012). Co więcej, istnieją pewne osobowościowe właściwości sprzyjające przyjmowaniu perspektywy drugiego człowieka, a są nimi np. dokładność, zaufanie, ważność (Szuster, 2019).

Zdolność do przyjmowania perspektywy drugiego człowieka, zdaje się być istotnie powiązana z wewnętrzną aktywnością dialogową. Dialogowość wewnętrzna jest bowiem zdolnością do reprezentowania w myślach drugiej osoby bądź grupy, która przyjmuje postać wyimaginowanego odbiorcy. W przypadku wewnętrznej konwersacji z wyobrażonym partnerem, osoba dialogująca wchodzi niejako w jego „skórę”. Kontrast pomiędzy własnym a cudzym punktem widzenia wiążący się z ogólnym napięciem zostaje zredukowany, dzięki dochodzeniu do pewnych uzgodnień. Jednak by mogło dojść do wewnętrznego konsensusu, wymagana jest zdolność decentracji i przyjmowania perspektywy drugiej osoby. Także tęsknota lub różnica zdań w istotnej sprawie stają się motywacją do symulowania kontaktu, przyjmując formę mówienia do kogoś, monologu bądź odpowiadania na wyimaginowane zarzuty (Oleś, 2012).

Jak dowodzą badania, myślenie człowieka dorosłego ma charakter dialektyczny (Sternberg i in., 2001). Dialektyczność myślenia oznacza, że człowiek kreuje

w myślach różne punkty widzenia, spekuluje, rozważa ich następstwa, argumentuje i kontrargumentuje, poszukuje rozwiązań optymalnych, które wynikają z konfrontacji różnorodnych perspektyw poznawczych. Człowiek nie byłby zdolny do życia w szczęśliwym związku, wychowywania dzieci, gdyby nie potrafił, choć w pewnym stopniu postawić się w perspektywie drugiego człowieka, gdyby nie miał świadomości tego, w jaki sposób patrzą na świat bliskie mu osoby i jak bardzo ten punkt widzenia jest różny od jego własnego. Sposobność przedyskutowania istotnych kwestii w myślach, pozwala uniknąć konfliktów oraz zbytniego przywiązania do jednego sposobu pojmowania świata (Oleś, 2012). Dialogi wewnętrzne mają charakter adaptacyjny w sytuacji, gdy pomagają w rozumieniu innych, sprzyjając tym samym decentracji. Adaptacyjność dialogowości wewnętrznej ma związek z rozwojem samopoznania, kiedy to występuje zjawisko stawiania sobie pytań z perspektywy alter ego i odpowiadania na nie. Dialogi wewnętrzne są adaptacyjne również wtedy, gdy służą samoregulacji i kontroli, oraz pomagają przewidzieć skutki działań własnych dzięki umiejętności zmiany punktu widzenia oraz symulowaniu reakcji innych osób. Dialogi generując nowe rozwiązania i kwestionujące stereotypowe przekonania także określamy dialogami adaptacyjnymi (Oleś, 2012).

Zdarza się jednak, iż wewnętrzna aktywność dialogowa staje się nieadaptacyjna. Nieadaptacyjność dialogów wewnętrznych przejawia się w zastępowaniu działania lub jego blokowania nadmiarem wątpliwości, dialogi nie są adaptacyjne, gdy pozbawione są otwartości i poszukiwania, a przyczyniają się umocnieniu jednego punktu widzenia, utrwalają fałszywe przekonania lub stają się jedynie formą ekspresji myśli i uczuć, nie prowadząc do uzgodnień i uformowania się nowych treści. Także dialogi ruminacyjne, mające na celu rozpamiętywanie spraw ciężkich i przykrych są zazwyczaj nieadaptacyjne. Podobnie jak dominacja jednej pozycji nad innymi bądź urwanie dialogu pomiędzy dwiema pozycjami Ja (Oleś, 2012).

Poparciem dla proponowanej koncepcji badań jest teoria Huberta Hermansa (2003) zgodnie, z którą metapozycja Ja zapewnia integrację wielogłosowego Ja. Poprzez metapozycję Ja rozumie się zdolność do refleksyjnego podejścia wobec wewnętrznych interlokutorów, podziału priorytetów oraz rozeznania wobec sensowności różnicy zdań i punktów widzenia. Albert Bandura (2006) mówiąc o zdolności do metarefleksji (metapoznania), podkreślił, iż odgrywa ona znaczącą rolę w obrębie zdolności przypisywania innym ludziom określonych intencji, myśli, przekonań lub uczuć. Odnosi się ona do rzeczywistej projekcyjnej umiejętności wczuwania się w sytuację

drugiej osoby, przyjmowania jej punktu widzenia, a także aranżowania w myślach (wyobraźni) uczuć, których może doświadczać (Dimaggio i in., 2010). Następstwem takiej formy dialogowości jest mądrość, nierealna do osiągnięcia w momencie, gdy człowiek nie stosuje perspektyw poznawczych różniących się od jego własnych (Hermans i Oleś, 2013). Mądrość jest tożsama z wysokim poziomem wiedzy, świadomością jej niepewności oraz ograniczeń, oznacza zdolność brania pod uwagę i rozpatrywania wielu punktów widzenia (Richardson i Pasupathi, 2005). Mądrość determinuje także postawę relatywizmu wobec przekonań własnych (Staudinger i in., 2005). Jeszcze inny dialogowy aspekt mądrości to zdolność do przekraczania perspektywy osobistej dzięki odniesieniu do wartości wyższych (Kunzmann i Baltes, 2005).

Jak już wspomniano, rozwinięta dialogowość wewnętrzna obejmuje dość szerokie spektrum zjawisk. Dotyczy ona zarówno umiejętności przyjmowania różnych punktów widzenia (włączając zdolność do decentracji), jak również wewnętrznych monologów, które zakładają istnienie wyobrażonych interlokutorów oraz instruowanie samego siebie („uwważaj”, „spóźnisz się”), po dialogi wewnętrzne stanowiące syntezę wyżej zaprezentowanych form.

Dialogi wewnętrzne przyjmują postać 1) symulacji relacji społecznych, kiedy w myślach dochodzi do kontynuacji rozmowy/polemiki z osobą bliską – symulowanie relacji wymaga umiejętności przyjmowania innego punktu widzenia. Wewnętrzna aktywność dialogowa może mieć postać 2) wyobrazonego dialogu z osobą niedostępną np. zmarłym lub autorytetem lub 3) wymiany zdań, opinii między częściami własnego Ja, w sytuacji, kiedy człowiek waha się w istotnej dla niego sprawie osobistej lub próbuje dojść do pewnych uzgodnień (np. głos sumienia z ja-pragmatycznym, ja dobry kontra ja zły itp.) (Oleś, 2005a; Puchalska-Wasył, 2005, 2006; Puchalska-Wasył i in., 2008a).

W literaturze, umiejętność przyjmowania różnych punktów widzenia określana jest jako polifonia podmiotu (Bartmiński, 2008; Szymutko, 2006). Świadomość występowania odmiennego punktu widzenia determinuje próbę poznawczej kontroli nad tym, w jaki sposób osobiste zdanie, ekspresja, poglądy czy zachowania mogą zostać przyjęte i poddane ocenie z punktu widzenia osób postronnych. Ponadto świadomość ta implikuje, kto jest adresatem wewnętrznego komunikatu. Monolog wewnętrzny również posiada wyobrazonego odbiorcę bądź audytorium. Świadomość istnienia innego punktu widzenia umożliwia także zmianę punktu widzenia na inny niż własny. Zmiana punktu widzenia sprawia, że człowiek zaczyna patrzeć na dotyczącą go sprawę w innym świetle (np. ocenić wybór podjętej pracy z perspektywy rodziców oraz własnej). Ludzie dysponujący

właściwością umożliwiającą zmianę punktu widzenia potrafią wcielać się w pozycje interlokutora lub przyjąć perspektywę wyobrazonego krytyka, „bijać się w myślami”. Zjawisko to zdaje się być zrozumiałe, a wręcz konieczne do rzetelnej, wieloaspektowej oceny sytuacji, bądź dokonania wyboru podczas wystąpienia konfliktu dążeń (Oleś, 2012). Badania pokazują, iż empatia koresponduje z dialogowością. Traktowanie drugiej osoby jako kompana wewnętrznej rozmowy pozwala na przyjęcie jego punktu widzenia oraz prowadzenie rozbudowanego dialogu wewnętrznego (Oleś i in., 2010).

Hermans (2002) tworząc teorię Ja dialogowego posłużył się metaforą „społeczności umysłu”, która w obrazowy sposób dokonała charakterystyki dynamicznie zachodzących relacji w systemie Ja, w którego skład wchodzi mnogość punktów widzenia i wyrażających je głosów. Autonarracje powiązane we wzajemnych dialogach są podobne do relacji społecznych. Występują głosy wewnętrzne Ja utożsamiane jako własne (np. „Ja radosny i pełen nadziei” kontra „Ja sceptyczny”) oraz głosy będące symulacją lub powtórzeniem głosów społecznych (np. głos krytycznej matki, przełożonego, głos prezentujący punkt widzenia osoby bliskiej itd.). Podstawą tego rodzaju aktywności jest świadomość, iż własny punkt widzenia nie jest jedynym, a istnieją inne, często kontrastowe spojrzenia na daną kwestię czy problem. Samo pojęcie wewnętrznego dialogu sugeruje, iż dana osoba na przemian przyjmuje (co najmniej) dwa różne punkty widzenia, a jej wypowiedzi formułowane są z tychże punktów widzenia i odnoszą się do siebie wzajemnie (Hermans i Hermans-Jansen, 1995; Puchalska-Wasył, 2015).

Konsekwencją braku dialogowych relacji wewnątrz Ja jest uboga oraz ograniczona autorefleksja. Osoba niedialogująca nie ma możliwości konfrontowania i dyskusowania o sprzecznych i niespójnych informacjach o sobie, ponadto jej zdolność do rozumienia i kontaktowania się z innymi osobami jest znacznie ograniczona. Staje się tak, ponieważ drugi człowiek nie będący partnerem w dialogu wewnętrznym, nie posiada odpowiedniej reprezentacji wewnątrz Ja, w związku z czym jego racje można jedynie przyjąć lub nie, nie występuje jednak zjawisko dialogu z nim czy wewnętrznej dyskusji (Gadamer, 2003; Hermans, 2008; Markova, 2003).

ROZDZIAŁ 5: CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Zaburzenia osobowości są częstą dysfunkcją psychiczną, na co wskazują Fowler, O'Donohue i Linefield (2007) szacując, że 13%-18% społeczeństwa amerykańskiego cierpi na co najmniej jedno zaburzenie osobowości. Widiger i Weissman (1991) wykazali, że blisko u 85% pacjentów z diagnozą zaburzenia osobowości, współwystępują objawy spełniające warunki innego zaburzenia osobowości. Oznacza to, że uniwersalność niektórych symptomów zaburzeń osobowości wpływa na problem rozpoznania zaburzeń osobowości u badanej osoby (Shedler i Westen, 2004). Najogólniej ujmując, zaburzenie osobowości jest stanem klinicznym, wzorcem nieprawidłowych zachowań, mających tendencję do utrzymywania się, a które odbiegają od norm i ram kulturowych, utrudniając lub uniemożliwiają jednostce przystosowanie do życia społecznego (Aleksandrowicz, 2002; Chojnacka i Ustjan, 2009; Cierpiałkowska i Soroko, 2017). Zgodnie z definicją zaprezentowaną w DSM-5 (2018), zaburzenie osobowości jest trwałym wzorcem doświadczeń wewnętrznych obejmującym zachowania odbiegające od norm i oczekiwań społecznych i kulturowych (Kryterium A). Wzorzec ten ma charakter dominujący oraz nieelastyczny (Kryterium B), jest niezmienny, rozpoczyna się w okresie adolescencji bądź wczesnej dorosłości (Kryterium D) oraz prowadzi do cierpienia i upośledzenia funkcjonowania w kontekście życia społecznego, zawodowego lub innych ważnych obszarach życia człowieka (Kryterium C). Podkreślono również, iż wzorzec ten wyraża się w co najmniej dwóch z czterech obszarów: poznawczym, emocyjnym, interpersonalnym, a także związanym z kontrolowaniem impulsów. W DSM-5 (2013) zdecydowano się zachować uaktualniony opis wraz z kryteriami, które obowiązywały w DSM-4-TR (2000).

Należy zaznaczyć, iż w obecnym podejściu do diagnozy zaburzeń osobowości w DSM-5, prócz aktualnie obowiązujących kryteriów diagnostycznych, które zaprezentowane zostaną w niniejszym rozdziale, uwzględniono również *model alternatywny*. Umieszczenie obu modeli diagnozy w DSM-5 związane jest z decyzją Zarządu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego o zachowaniu ciągłości dotychczasowej praktyki klinicznej, podkreślając jednocześnie konieczność wprowadzenia alternatywnego podejścia, które umożliwi uniknięcia licznych niedoskonałości ujawnionych w obecnym podejściu. W modelu alternatywnym DSM-5, zaburzenia osobowości cechują się nieprawidłowościami w funkcjonowaniu osobowości, czyli zaburzeniami integracji tożsamości i poczucia Ja, zaburzeniami w funkcjonowaniu

interpersonalnym (związanymi ze słabą orientacją w motywach postępowania innych ludzi i osłabioną empatią) oraz patologicznymi cechami osobowości. Specyficznymi zaburzeniami osobowości, możliwymi do zdiagnozowania w tym modelu są m.in. zaburzenie antyspołeczne, graniczne oraz narcystyczne (DSM-5, 2013).

Ludzie z zaburzeniami osobowości przejawiają trudności w doświadczaniu emocji, ich rozumieniem i wyrażaniem, najczęściej doświadczają oni emocji nieadaptacyjnych, nie potrafią w sposób konstruktywny nad nimi zapanować. Ponadto obecne u nich zaburzenia sfery poznawczej prowadzą do wadliwej interpretacji siebie oraz innych ludzi, co nierzadko prowadzi do nawiązywania dysfunkcyjnych relacji i więzi. Zachowania odbiegające od normy, będące rezultatem zaburzeń osobowości, utrudniają a nawet uniemożliwiają adaptację w życiu społecznym, jednocześnie osoby cierpiące na zaburzenia osobowości mogą charakteryzować się przeciętnym lub ponadprzeciętnym poziomem inteligencji (DSM-4-TR, 2000).

Autorzy DSM-5 zachowali wymieniane dotąd w DSM-4-TR specyficzne zaburzenia osobowości. W roku 1980 opublikowano DSM-3, zgodnie, z którym specyficzne zaburzenia osobowości dzielone są na 3 grupy nazywane wiązkami. Mimo ogólnej krytyki za brak podstaw naukowych, autorzy nowej wersji DSM zdecydowali się zachować nazewnictwo wiązek i specyficznych rodzajów zaburzeń osobowości. Jednak zmienili metodykę diagnozowania zaburzeń, aktualnie nie ma ono charakteru kategoryjnego, a mówi się o nasileniu zaburzeń (Morrison, 2014). Proponuje się ocenę przejawów zaburzeń funkcjonowania według trzypunktowej skali: nie dotyczy (0 punktów), w pewnym stopniu dotyczy (1 punkt), wyraźnie dotyczy (2 punkty). Zmodyfikowany system w pewnym stopniu skłania się ku podejściu dymensjonalnemu (First i in., 2010, 2016).

W obszarze zaburzeń osobowości wymienia się zaburzenia niespecyficzne oraz specyficzne. Te ostatnie zostały pogrupowane w trzy główne wiązki (DSM-5, 2018):

Zaburzenia osobowości z grupy A, cechuje funkcjonowanie emocjonalne naznaczone ekscentrycznością i dziwacznością. Do zaburzeń osobowości z grupy A zalicza się:

- a) Osobowość schizoidalną – osoby cechujące się taką osobowością mają problem z ekspresją i odczuwaniem emocji, nie rozumieją też emocji i uczuć innych ludzi. Cechuje je płytkość emocjonalna, brak wyrazistości emocjonalnej, preferują samotność, nie pragną bliskich relacji z innymi. Osoby te są mocno skupione na sobie

i świecie wewnętrznym, który zastępuje im funkcjonowanie w świecie rzeczywistym, przy jednoczesnym oderwaniu od własnego „ja” (DSM-5, 2013; Marszał, 2017).

- b) Osobowość schizotypową – osoby o tym zaburzeniu przejawiają nieprawidłowości w funkcjonowaniu poznawczym. Osoby te cechują się skłonnością do izolowania się, myślenia paranoicznego oraz podejrzliwości. Zdarza się, iż zgłaszają one dziwne spostrzeżenia bądź doznania fizyczne, a osobliwość zachowań może wynikać z myślenia magicznego lub niekonwencjonalnych przekonań. Osoby o tym typie osobowościowym charakteryzują się ograniczoną uczuciowością: zawężeniem emocjonalnym, obojętnością, chłodem emocjonalnym (Morrison, 2014; Pasikowski, 2017).
- c) Osobowość paranoiczną – cechującą się nadwrażliwością na krytykę oraz nadmierną podejrzliwością. Emocjami dominującymi w tym zaburzeniu są: lęk, nieufność, złość oraz gniew (Morisson, 2014; Soroko, 2017).

Zaburzenia osobowości z grupy B charakteryzują się dramatycznością, emocjonalnością, lekceważeniem konsekwencji, do tej grupy zaburzeń zalicza się:

- a) Osobowość histrioniczną – cechującą się wybuchowością emocjonalną, osoby takie przejawiają silne, nieadekwatne reakcje emocjonalne na bodźce nawet o nieznacznym nasileniu. Przeżywają skrajne emocje, niestałość emocjonalną, łatwo przechodzą od emocji pozytywnych do negatywnych i odwrotnie. Cechują się płytką, chwiejną uczuciowością, poszukiwaniem wrażeń, skoncentrowaniem na sobie. Osoby te nie będąc w centrum uwagi doświadczają silnego dyskomfortu, który popycha je do podejmowania działań mających na celu wzbudzenie w innych zainteresowania lub podziwu. Często zachowują się w sposób teatralny, przerysowany, w relacjach społecznych przejawiają tendencję do uwodzenia i stosowania prowokacji o charakterze seksualnym (DSM-5, 2013; Groth, 2017).
- b) Osobowość narcystyczną – związaną z nieustanną potrzebą stawiania siebie w centrum uwagi, zaprzeczaniem uczuciom, uzależnieniem swojego stanu emocjonalnego od podziwu i aprobaty innych. Emocjami dominującymi u takich osób są: gniew, złość, lęk, nieufność (Gościński, 2017; Morrison, 2014).
- c) Osobowość borderline – osoby takie są wrażliwe na zranienie, przejawiają trudności w regulowaniu swoich emocji, co skutkuje doświadczaniem impulsywności, złości,

lęku, poczucia beznadziei, sprzecznych wzajemnie wykluczających się emocji miłości i nienawiści. Bywają niestabilne, nieprzewidywalne i pozbawione samokontroli, a impulsywność zachowań często przybiera formę autodestrukcyjną (Cierpiałkowska, 2017; Gunderson i in., 2018).

- d) Osobowość antyspołeczną – cechującą się słabą kontrolą emocjonalną, porywczością, gwałtownością. Przeżywanie zawodu, przegrana prowadzi do powstania silnych emocji i wytworzenia się reakcji gniewu, agresji (Gawda, 2018a; Morisson, 2014; Pastwa-Wojciechowska, 2017).

Zaburzenia osobowości z grupy C charakteryzują się doświadczaniem lęku i napięcia.

Do zaburzeń osobowości z grupy C zalicza się:

- a) Osobowość unikającą – osoba o cechach osobowości unikającej przeżywa intensywne uczucie lęku, strachu, niepokoju, osoby takie mają obniżone poczucie własnej wartości, przejawiają zbyt dużą wrażliwość na opinie i oceny innych. Emocjami dominującymi są: lęk przed odrzuceniem, smutek, cierpienie (DSM-5, 2013; Kwiecień, 2017).
- b) Osobowość obsesyjno-kompulsywną – związana jest z odczuwaniem lęku przed zmianą oraz ciągłą potrzebą kontrolowania wszystkiego. Osoby o tym zaburzeniu charakteryzują się nadmierną kontrolą ekspresji emocji. Ten typ zaburzenia osobowości charakteryzuje się nadmiernym perfekcjonizmem i tendencją do psychicznej sztywności (DSM-5, 2013).
- c) Osobowość zależną, która cechuje się nieświadomym poszukiwaniem bezpieczeństwa i wsparcia, lękiem przed samodzielnym podejmowaniem decyzji, podatnością na wpływy oraz lękiem przed porzuceniem i samotnością. Osoby takie doświadczają emocji negatywnych takich jak lęk, smutek, gniew, niezadowolenie, bezradność, wstyd (Górska, 2017b; Millon i in., 2005; Morisson, 2014).

Z uwagi na tematykę pracy szczególną uwagę skupiono na zaburzeniach osobowości z wiązki B, a w szczególności osobowości antyspołecznej, borderline oraz narcystycznej. Badania pokazują bowiem, iż wśród osób osadzonych w zakładach karnych trzy wyżej wymienione zaburzenia osobowości są zaburzeniami najczęściej występującymi (Gawda i Czubak, 2020).

5.1. Charakterystyka antyspołecznego zaburzenia osobowości

Antyspołeczne zaburzenie osobowości w populacji nieklinicznej nie jest zaburzeniem często występującym, zgodnie z szacunkami osobowość typu antyspołecznego występuje u 2-3 % mężczyzn i 1 % kobiet w populacji ogólnej (Volkert i in., 2018). Inne badania wykazały, iż dysproporcja ta jest jeszcze wyższa i wynosi 5:1 (Hare i in., 2012). Badania epidemiologiczne z roku 2007 wykazały z kolei, iż rozpowszechnienie tego zaburzenia oscyluje w granicach 1 % w populacji (Lenzenwenger i in., 2007). Jednak w populacjach penitencjarnych częstość antyspołecznego zaburzenia jest bardzo wysoka, sięga do nawet 50% (Torgersen i in., 2001) i jest najczęściej występującym zaburzeniem osobowości (Czubak i Gawda, 2020; DSM-5, 2013; Tyrer i in., 2010).

W odniesieniu do zaburzenia antyspołecznego istniało i istnieje wiele pojęć. Pierwsze wzmianki o istnieniu antyspołecznego zaburzenia osobowości można znaleźć w pracach Pinela (1801), lekarza francuskiego, uważanego za prekursora psychiatrii. Pinel podkreślał istnienie antyspołecznego zaburzenia osobowości „*manie sans delire*”, które polegać miało na doświadczaniu skrajnych, bezzasadnych emocji złości oraz gniewu, nie wykazując jednocześnie nieprawidłowości w funkcjonowaniu poznawczym. Prichard (1835) stwierdził, iż istotą tego zaburzenia osobowości jest to, że afekt ulega dysfunkcjom, zaś sfera poznawcza zostaje niezakłócona.

W literaturze przedmiotu istnieją różne pojęcia opisujące podobne wzorce funkcjonowania. Są to: osobowość antyspołeczna, asocjalna, dysocjalna, psychopatia, socjopatia. Odmienności pomiędzy tymi pojęciami zostały wyjaśnione m.in. w pracy Gawdy (2007c), która wskazuje, że pojęcia te częściowo mają wspólne zakresy, zaś najszerszym z nich jest pojęcie osobowości dysocjalnej. Pojęcia osobowości antyspołecznej i dysocjalnej to pojęcia traktowane synonimicznie w literaturze przedmiotu. W odniesieniu do istniejących rozbieżności terminologicznych pojęć psychopatia i antyspołeczne zaburzenie osobowości przyjmuje się, iż pojęcie psychopatii i antyspołecznego zaburzenia osobowości nie są pojęciami tożsamymi, chociaż posiadają elementy wspólne (Gawda, 2011; Pastwa-Wojciechowska, 2006). Mimo, iż z reguły jednostki psychopatyczne przejawiają antyspołeczne cechy osobowości, nie wszystkie osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości będą cechowały się psychopatią. Jednak kryterium antyspołeczności dla jednostek psychopatycznych nie zawsze jest obligatoryjne (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Należy zaznaczyć, iż jednostki z antyspołecznym

zaburzeniem osobowości mogą przejawiać różny poziom nasilenia cech psychopatycznych (Clarkin i in., 2013; Gawda, 2011).

Kryteria diagnostyczne dyssocjalnego i antyspołecznego zaburzenia osobowości obejmują w pewnym stopniu zbliżone aspekty. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F 60.2) osobowość dyssocjalna cechuje się przede wszystkim lekceważeniem i naruszaniem przez osobę praw innych ludzi oraz nieprzestrzeganiem norm społecznym w bardzo dużym nasileniu (Gawda, 2007c). Rozpoznanie tego zaburzenia powinno się opierać na stwierdzeniu co najmniej trzech z następujących kryteriów (ICD –10, 1994):

1. Bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych.
2. Silna i utrwalona postawa nieodpowiedzialności i lekceważenia norm, reguł i zobowiązań społecznych.
3. Niemożnością utrzymania trwałych związków z innymi, przy braku trudności w ich nawiązaniu.
4. Bardzo niska tolerancja na frustrację i niski próg wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych.
5. Niezdolność przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, a w szczególności – z doświadczeń kar.
6. Wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania pozornie możliwych do uznania racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.

Według DSM-5 (2013, 2018) antyspołeczne zaburzenie osobowości cechuje się wszechobecnym wzorcem lekceważenia i naruszania praw innych osób, rozpoznany już w okresie dzieciństwa lub adolescencji, który utrzymuje się również w dorosłości. Antyspołeczne zaburzenie osobowości diagnozuje się, jeśli osoba ma minimum 18 lat oraz w przeszłości (przed 15 rokiem życia) przejawiała objawy zaburzeń zachowania, które mieszczą się w jednej z czterech kategorii i dotyczą: agresji wobec ludzi i zwierząt, niszczenia mienia, oszustw, kradzieży bądź poważnego naruszenia przepisów prawa. Wzorce te utrzymują się również w dorosłości. Musi również spełnić co najmniej trzy z wymienionych kryteriów, w których:

1. Dopuszcza się naruszania norm społecznych, nie przestrzega zasad zachowań zgodnych z prawem, co objawia się ponawianiem zachowań i działań prowadzonych do pozbawiania wolności.

2. Jest nieuczciwa i dopuszcza się oszustw, na co wskazują notoryczne kłamstwa, posługiwanie się fałszywymi danymi osobowymi, oszukiwanie innych w celu zdobycia korzyści majątkowych.
3. Cechuje się impulsywnością i brakiem umiejętności planowania.
4. Jest drażliwa i agresywna, systematycznie bierze też udział w bójkach i napaściach.
5. Lekkoomyślnie lekceważy bezpieczeństwo swoje i innych osób.
6. Przejawia brak poczucia odpowiedzialności, na co wskazują wielokrotne niepowodzenia w utrzymaniu konsekwentności.
7. Cechuje się obojętnością wobec krzywdy innych ludzi oraz brakiem wyrzutów sumienia czy żalu.

Jednak by móc sformułować diagnozę, prócz powyższych kryteriów i wymogu, by pacjent miał ukończone 18 lat, diagnosta powinien potwierdzić występowanie zaburzeń zachowania przed 15 rokiem życia (zapoznać się z historią objawów zaburzeń zachowania), oraz upewnić się, że zachowania antyspołeczne nie stanowią przebiegu chorób typu schizofrenia czy choroby afektywnej dwubiegunowej (epizodu maniakalnego) (DSM-5, 2013).

Zgodnie z alternatywnym modelem zaburzeń osobowości DSM-5, w antyspołecznym zaburzeniu osobowości typowymi właściwościami tego zaburzenia są zachowania sprzeczne z zasadami norm prawnych i etycznych, a także egocentryzm, bezdusność, deficyty troskliwości wraz ze skłonnością do oszukiwania, nieodpowiedzialnością, tendencją do manipulacji i /lub podejmowania nadmiernego ryzyka. Specyficzne trudności zauważalne są w obszarach tożsamości, samosterowalności, empatii i/lub intymności, wraz ze charakterystycznymi, nieprzystosowawczymi cechami w domenach Antagonizmu i Rozhamowania. Poniżej przedstawiono proponowane kryteria diagnostyczne antyspołecznego zaburzenia osobowości zgodnie z modelem alternatywnym według DSM-5 (2013):

- A. Umiarkowane lub duże dysfunkcjonalność osobowości, która przejawia się szczególnymi trudnościami w dwóch lub więcej z czterech poniższych obszarach:
 1. Tożsamości: osoba cechuje się egocentryzmem; jej poczucie własnej wartości wynika z osiągniętych osobistych korzyści, władzy lub przyjemności.
 2. Samosterowalności: osoba ustala cele opierając się na osobistym zadowoleniu; przejawia brak prospołecznych wewnętrznych standardów, związanych z nieprzestrzeganiem etycznych zasad zgodnych z prawem lub daną kulturą.

3. Empatii: osoba nie przejawia troski o uczucia, potrzeby lub cierpienie innych; nie posiada wyrzutów sumienia po zranieniu lub znęcaniu się nad innymi.
 4. Intymności: osoba nie potrafi stworzyć obustronnie intymnych/bliskich relacji, gdyż podstawowym nastawieniem podczas nawiązywania relacji jest chęć wykorzystania drugiej osoby (w tym podstępem i przymusem); wykorzystuje dominację lub zastraszanie w celu kontrolowania innych.
- B. Sześć lub więcej z poniższych siedmiu patologicznych cech osobowości:
1. Manipulatywność (aspekt Antagonizmu): osoba często wykorzystuje podstęp do wpływania na innych i kontrolowania ich; wykorzystuje uwodzenie, wdzięk, elokwencję lub przymus do osiągnięcia własnych celów.
 2. Nieczułość (aspekt Antagonizmu): brak troski o uczucia lub problemy innych; deficyty w sferze poczucia winy lub wyrzutów sumienia z powodu negatywnego lub szkodliwego wpływu własnych działań; agresja; sadyzm.
 3. Podstępność (aspekt Antagonizmu): kłamliwość i nieuczciwość; fałszywe przedstawienie siebie lub wydarzeń, aby wypaść w dobrym świetle.
 4. Wrogość (aspekt Antagonizmu): uporczywe lub częste gniewne uczucia; złość lub drażliwość w reakcji na drobne urazy i zniewagi; złośliwe, mściwe zachowanie.
 5. Podejmowanie ryzyka (aspekt Rozhamowania): angażowanie się w niebezpieczne, ryzykowne i potencjalnie szkodliwe działania, niepotrzebnie i bez względu na konsekwencje; skłonność do odczuwania nudy i bezmyślne inicjowanie działań przeciwdziałających znudzeniu; brak troski o własne ograniczenia i lekceważenie niebezpieczeństwa.
 6. Impulsywność (aspekt Rozhamowania): działanie pod wpływem chwili w odpowiedzi na momentalne bodźce; działanie tymczasowe, bez planu lub uwzględnienia wyników; trudności z ustalaniem i realizacją planów.
 7. Nieodpowiedzialność (aspekt Rozhamowania): lekceważenie i niedotrzymywanie zobowiązań finansowych i innych; brak poszanowania dla porozumień i obietnic (DSM-5, 2013, 2018).

W sferze afektywnej osoby o osobowości antyspołecznej przejawiają problemy z wglądem we własne stany emocjonalne, nie potrafią one monitorować własnych emocji. Deficyty te przejawiają się w impulsywności zachowań, drażliwości i agresywności (Gawda, 2007, 2011; Pastwa-Wojciechowska, 2017). Klinicyści zajmujący się sferą

afektywną osób z tego typu osobowością podkreślają, iż osoby te cechują się „płytkością emocjonalną” oraz niekontrolowaniem zachowań. Zaburzenia w sferze dynamiki emocji mają postać labilności (niestałości), co oznacza, iż charakteryzuje się ona szybkimi, nieoczekiwanymi i skrajnymi oraz nieraz niezwiązanymi z sytuacją zmianami w reakcjach afektywnych (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Deficyty w zakresie kontroli impulsów wynikają z błędnego rozpoznawania walencji i treści emocji oraz zubożenia emocji złożonych, dzięki którym jednostka jest w stanie rozumieć specyfikę danego kontekstu sytuacyjnego oraz reagować na nią w sposób adekwatny. Brak rozwiniętych emocji złożonych uniemożliwia właściwą ocenę zdarzenia, co skutkuje dezorientacją w sferze intra- i interpersonalnej (Gawda, 2011).

Przy omawianiu zagadnienia emocji należy podkreślić szczególne trudności w zakresie regulacji emocjonalnej. Opisując ich sposób doświadczania emocji należy zwrócić uwagę na kwestię empatii, której osoby antyspołeczne nie doznają, koncentrując się na własnych potrzebach i przeżyciach. Problemy w odczuwaniu empatii, ograniczają ich zdolność wczuwania się w stany emocjonalne innych ludzi. Osoby o antyspołecznym zaburzeniu osobowości potrafią rozpoznawać emocje innych, nie potrafią jednak sformułować refleksji na temat drugiego człowieka i wyobrazić sobie, co czuje druga osoba. U osób tych dominuje powierzchowna uczuciowość i chłód emocjonalny (Gawda, 2008, 2015; Pastwa-Wojciechowska, 2017). W odniesieniu do odczuwania emocji mają również problemy z odczuwaniem i rozumieniem szacunku, miłości czy bliskości, a jednocześnie przejawiają tendencje do doświadczania emocji związanych z nienawiścią i wrogością (Brinkley i in., 2005; Hare, 2003, 2006). Osoby o osobowości antyspołecznej cechują się tendencją do przeżywania emocji destruktywnych, powiązanych z przemocą, dominuje u nich złość, pogarda, nienawiść (Book i Quinsey, 2004; Gawda, 2011), przez nadmierną drażliwość i tendencję do reagowania agresją niejednokrotnie biorą udział w bójkach lub dopuszczają się fizycznych ataków również na osoby bliskie (DSM-5, 2013). Nastroj takich osób jest chwiejny i płytki, często również popadają one w różnego rodzaju konflikty (DSM-5, 2013). Antyspołeczne zaburzenie osobowości cechuje się zubożeniem emocjonalnym, a tym samym niedoznawaniem emocji takich jak współczucie czy lęk. Ludzie o tym typie osobowościowym nie rozumieją cierpienia innych, dlatego też tak łatwo przychodzi im znęcanie się zarówno psychiczne jak i fizyczne. Niektóre jednostki antyspołeczne potrafią maskować brak empatii i poczucia winy, poprzez stosowanie pożądanej i dobrze przysposobionej komunikacji słownej. Nikłe poczucie lęku sprawia, że osoby te nie obawiają się kary, dlatego też nie działa ona jako czynnik

hamujący zachowanie (Hare, 2003; Millon i in., 2005; Pastwa-Wojciechowska, 2004). Istotną cechą ujawniającą się w osobowości antyspołecznej jest nieadekwatny rozwój emocji moralnych np. poczucia winy/sumienia. Rozwój poczucia winy jest zagadnieniem często poruszonym i nie zawsze ujmowanym jednoznacznie. Badania Millona, Davisa oraz ich współpracowników (2005) wykazały, iż u osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, wbrew powszechnym poglądom, występuje poczucie winy, jednak zdolność ta jest niewątpliwie zaburzona i nie w pełni rozwinięta.

Deficyty emocji złożonych osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości odnoszą się również do uczuć społecznych (nie tylko moralnych), osoby te przejawiają deficyty w emocjach takich jak miłość, serdeczność, szacunek czy wzajemność (Gawda, 2011), co prowadzi do nawiązywania powierzchownych, pozbawionych głębszej uczuciowości relacji z innymi (Patrick, 2007c). Według teorii poznawczej osobowość antyspołeczna posiada rozwinięte strategie wojowniczości, dążenia do dominacji i wykorzystywania, słabo rozwinięte są natomiast empatia i wrażliwość społeczna. Dominacja schematów wrogości oraz ograniczone schematy miłości i szacunku wpływają na sposób myślenia, formułowania sądów i wyrażanie emocji osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości. Emocje towarzyszące temu zaburzeniu to przede wszystkim złość i poczucie niesprawiedliwości (Beck i in., 2005).

Jak już wspomniano zaburzenie antyspołeczne należy do wiązki B, co oznacza, że osoby takie przejawiają tendencję do **zachowań** teatralnych, przerysowanych, mogą w sposób przesadzony okazywać emocje oraz zabiegać, w sposób niekonwencjonalny, o uwagę i zainteresowanie innych. Osoby takie cechują się egocentryzmem i wysoką skłonnością do ryzyka, mimo dobrej znajomości norm społecznych mają problem z ich przestrzeganiem (Kaplan i Sadock, 2000). Osoby z wyżej wymienionym zaburzeniem osobowości przejawiają trudności w rozumieniu i akceptowaniu norm oraz wartości etycznych. Łamiąc przyjęte normy nie odczuwają winy, mają przeświadczenie, iż prawa i ustalenia społeczne nie dotyczą ich bezpośrednio, lecz odnoszą się do innych ludzi. Na poziomie werbalnym mogą deklarować przestrzeganie prawa, choć nie ma to związku z prezentowaną przez nich postawą i zachowaniem (Salekin, 2006). Nieprzestrzeganie norm zdaje się mieć związek z ich niewystarczającą internalizacją. Antyspołeczne zaburzenie osobowości cechuje się nieustanym naruszaniem lekceważeniem praw innych ludzi przez agresywne, antyspołeczne zachowania, deficytem wyrzutów sumienia w związku z tymi zachowaniami, a także brakiem poczucia lojalności w stosunku do innych (Butcher i in., 2018). Ponadto osoby takie posiadają ograniczoną umiejętność

znoszenia napięcia, przez co dążą do jego natychmiastowego rozładowania, nie potrafią też odraczać gratyfikacji oraz kontrolować swoich zachowań. Nie biorą pod uwagę mogących ich spotkać konsekwencji, jak również się ich nie obawiają. Osoby o antyspołecznym zaburzeniu osobowości nie podejmują także działań długotrwałych wymagających podejmowania wysiłku i znoszenia odroczenia, są raczej wygodne i dążą do osiągnięcia celu jak najmniejszym kosztem własnym. Przejawiają skłonności do podejmowania ryzyka, działają impulsywnie, ich zachowania mogą cechować się dewiacyjnością lub niekonwencjonalnością (Patrick, 2007c). Zachowania osób z tym typem osobowości są pozbawione odpowiedzialności i konsekwencji. Osoby te mogą np. cyklicznie nie pojawiać się w miejscu pracy (bez usprawiedliwienia), mogą również uchylać się od spłacania zobowiązań finansowych czy wspierania bliskich (DSM-5, 2013). Często też angażują się w ryzykowne zachowania seksualne lub zażywają substancje niosące ryzyko konsekwencji zdrowotnych (DSM-5, 2013). Mogą sprawiać wrażenie czarujących i elokwentnych, posiadają też umiejętność manipulowania innymi i prezentowania siebie w lepszym świetle. Cechą charakterystyczną osobowości antyspołecznej jest skłonność do zachowań agresywnych, drażliwość i niekonwencjonalność zachowania; osoby takie nie mają problemu z kłamaniem w celu nabycia korzyści, z powodu dysfunkcji w sferze odczuwania wyrzutów sumienia, nie potrafią w sposób konstruktywny dokonać autoanalizy własnych działań i decyzji (DSM-5, 2018).

Analizując **sferę poznawczą** osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, można zauważyć, iż występują w niej nieprawidłowości związane z umiejętnością planowania oraz podejmowaniem działań realnych do spełnienia czy też długoterminowych (DSM-5, 2013; Pastwa-Wojciechowska, 2017). Z umiejętnością planowania wiąże się intencjonalność oraz zdolność obrania konkretnego kierunku czy optymalizacja działań celowych. U jednostek antyspołecznych kierunek oraz celowość podejmowanych działań mogą przebiegać w sposób zaburzony (Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2008). Jak podkreśla Shapiro (1965/1999) funkcjonowanie poznawcze osób z tym zaburzeniem osobowościowym określa się mianem dewiacyjnego, wysoce egocentrycznego oraz impulsywnego. Osoby o tym typie osobowości działają pod wpływem impulsu, nie zważają na konsekwencje swoich decyzji i zachowań. Nie potrafią również rozwiązywać problemów w sposób konstruktywny, wybierając zemstę jako formę zadośćuczynienia za doznane według nich krzywdy (Millon i in., 2005). Podkreśla się również, iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości posiadają

nieadekwatnie wysokie poczucie własnej wartości, cechują się zawyżonym mniemaniem o swoich zdolnościach i talentach, jak również prezentują postawę wyższości wobec innych ludzi (DSM-5, 2013; Sędek, 2019).

Symptomami typowymi dla osobowości antyspołecznej jest również brak swoistej autorefleksyjności, osoby takie cechują się niedostateczną orientacją zewnętrzną i wewnętrzną, w wyniku czego ich umiejętność refleksyjnego spojrzenia na siebie, własne działania oraz otaczające środowisko jest wysoce zaburzona (DSM-5, 2013, 2018). Jak podkreśla Hare (1993), osoby antyspołeczne cechują się wyrachowaniem i swoistą racjonalnością, nie traktują jednak innych jak istot ludzkich, a obiekty mające spełniać ich potrzeby. Jednostki antyspołeczne nie rozumieją cierpienia innych ludzi, dlatego też przejawiają trudności w przyjmowaniu perspektywy innej niż własna (Millon i in., 2005; Pastwa-Wojciechowska, 2004). Inteligencja osób z tym typem osobowości zdaje się być kwestią ujmowaną niejednoznacznie. Badania pokazują, iż grupa ta jest pod tym względem wysoce różnorodna, ponieważ zdarzają się jednostki antyspołeczne z wysokim IQ, przeciętnym oraz oscylujące w granicach niepełnosprawności intelektualnej (Gawda, 2011; Millon i in., 2003; Patrick, 2007a). Niższe wyniki w zakresie inteligencji słownej, mogą wpływać na zdolności komunikacyjne (Brzeziński i Hornowska, 1998), skłonność do autorefleksyjności i autokrytycyzmu oraz trudności w adekwatnym formułowaniu ocen (Gawda, 2011).

5.1.2. Geneza antyspołecznego zaburzenia osobowości

Problematyka etiologii zaburzeń osobowości w literaturze poruszana jest dość często, jednakże nie jest jednoznacznie rozstrzygnięte, jakie czynniki odpowiadają za etiologię antyspołecznego zaburzenia osobowości. Badacze koncentrują się na trzech obszarach przyczyn i mechanizmów odpowiadających za genezę antyspołecznego zaburzenia osobowości. Należą do nich czynniki biologiczne/konstytucjonalne, środowiskowe oraz psychologiczne.

Czynniki biologiczne

Podejście konstytucjonalne nawiązuje do teorii biologicznych, które wyjaśniają funkcjonowanie człowieka w oparciu o mechanizmy biologiczne. Zgodnie z tym podejściem, zachowanie człowieka jest zdeterminowane jego biologicznymi

predyspozycjami, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania układu nerwowego. W tym podejściu zwraca się też uwagę na podłoże dziedziczne zaburzeń antyspołecznych. W odniesieniu do wątku dziedziczności prowadzone są dwojaki badania: badania bliźniąt (porównania wskaźników zgodności u bliźniąt jedno i dwujajowych) oraz badania adopcyjne (porównywano wskaźniki zachowań przestępczych dzieci, których rodzice biologiczni dopuszczali się czynów karalnych, ze wskaźnikami zachowań przestępczych dzieci, które zostały adoptowane, ale których rodzice biologiczni nie przejawiali zachowań przestępczych). Wyniki tych badań pokazały umiarkowaną dziedziczność zachowań przestępczych lub antyspołecznych (Sutker i Allain, 2001; Hare i in., 2012) oraz umiarkowane wskaźniki dziedziczności w odniesieniu do antyspołecznego zaburzenia osobowości (Waldman i Rhee, 2006). Warto podkreślić jednak, iż badania te akcentują też istotną rolę interakcji czynników dziedzicznych z czynnikami środowiska wychowawczego. Badania Blonigena, Carlsona i współpracowników (2003) oraz innych badaczy (Blonigen i in., 2006; Hare i in., 2012) wykazały, iż cechy psychopatyczne mogą być w umiarkowanym stopniu dziedziczone. Z kolei inne badanie ponad 3000 par kilkuletnich bliźniąt wykazało, iż oznaki cech skrajnych psychopatii (brak empatii) są wysoce dziedziczne (Viding i in., 2005). Można mieć jednak wątpliwości odnośnie tego badania do diagnozy skrajnych cech psychopatii u kilkuletnich dzieci. Nieco starsze badania nad bliźniętami monozygotycznymi wykazały, iż korelacja między cechami psychopatycznymi u nich wyniosła 0,70. Porównanie bliźniąt jednojajowych w zakresie cech antyspołecznych wykazało 55% zgodności (Cooke i in., 1998).

Badanie przeprowadzone przez Cadoreta i współpracowników (Cadoret i in., 1995; Riggins-Caspers i in., 2003) wykazało, iż u dzieci adoptowanych, których rodzice biologiczni przejawiali symptomy zaburzenia antyspołecznego, istnieje większe prawdopodobieństwo rozwijania się osobowości antyspołecznej, jeśli dzieci te będą wychowywane w środowisku dysfunkcyjnym, niż jeśli umieszczone zostaną w rodzinie spełniającej kryteria rodziny prawidłowej. Środowisko dysfunkcyjne cechowało się przede wszystkim konfliktami między rodzicami, psychopatią opiekunów, przemocą, problemami z prawem. Do podobnych wniosków doszedł Jaffee i jego zespół (2005). Pokazali, iż istnieje interakcja między czynnikami genetycznymi a środowiskiem wychowawczym w zakresie kształtowania się cech antyspołecznych. Badając bliźnięta, które przejawiały wysokie lub niskie ryzyko pojawiania się zaburzeń behawioralnych (będących preludium antyspołecznego zaburzenia osobowości) czynnikiem ryzyka okazało się być maltretowanie fizyczne (Jaffee i in., 2005).

Kolejna kwestia natury biologicznej to układ nerwowy osób z omawianym zaburzeniem. Zjawisko niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego osób o antyspołecznej osobowości jest często podkreślane w badaniach. Okazuje się, że opóźnione dojrzewanie mózgu (niedostateczna mielinizacja) zachodzi w obszarze kory skroniowej i przedczołowej (Gawda i in., 2016). U psychopatów dochodzi do późniejszego dojrzewania dendrytów w obszarach czołowych, przedczołowych oraz skroniowych (Blair i Frith, 2000; Raine i in., 1997). Badania pokazują także, iż zachowania antyspołeczne mogą być wynikiem uszkodzeń w obszarze układu limbicznego, będącego odpowiedzialnym za regulowanie emocji i motywacji (Blair, 2008; Hare, 2003; Newman, 1998).

W zaburzeniu antyspołecznym występują nie tylko strukturalne nieprawidłowości neurobiologiczne, ale również czynnościowe, które dotyczą konkretnych obszarów mózgu. Liczne badania neuroobrazowania pracy mózgu wskazują na strukturalne dysfunkcje np. ubytek istoty szarej w korze przedczołowej (Gregory i in., 2012; Yang i in., 2005), istnieją jednak też prace wskazujące na nieprawidłowości funkcjonalne innych części mózgu np. przedniej części kory zakrętu obręczy, ciała migdałowatego hipokampa (Laakso i in., 2001; Yang i in., 2009; Viding i McCrory, 2012). Fallon (2016) wykonał skany PET mózgow osób przejawiających symptomy psychopatii oraz osób bez takich zaburzeń. Okazało się, iż to właśnie nieprawidłowe funkcjonowanie systemu grzbietowo-przedczołowego, jak i brzuszno-przedczołowego może powodować trudniejsze opanowanie zachowań czy też wręcz niezdolność kontrolowania. Wadliwe funkcjonowanie tych rejonów mózgu może prowadzić do nieumiejętności oceny konsekwencji swoich działań, braku samokrytycyzmu, niekontrolowania własnych emocji, gwałtowności reakcji czy prowadzić do oschłości uczuciowej. Pokazano, iż u osób z osobowością antyspołeczną, aktywność mózgu w rejonach odpowiedzialnych za emocje, jest znacznie niższa niż u pozostałych badanych. Z kolei badania Kiehla i Hare'a (2001) osób z cechami psychopatycznymi, z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego pokazały, iż system limbiczny odpowiadający za uczucia, jest w dużym stopniu u tych osób dysfunkcyjny.

Już w latach 60. wskazywano, iż zapis EEG u przestępców cechuje się krótkotrwałą napadowością fal mózgowych (iglice dodatnie) (Kurlend i in., 1963). Rezultatem tego rodzaju napadowości i nieprawidłowej częstotliwości fal mózgowych jest impulsywność zachowania, a tego typu zapis nawet u osób bez zaburzeń osobowościowych wiązany jest z występowaniem zachowań agresywnych oraz wyłączenie poczucia winy i lęku (Gawda,

2011). Współczesne badania elektroencefalograficzne nad poziomem aktywności fal mózgowych osób popełniających zbrodnie wskazują, iż u osób tych pojawiają się wolne fale mózgowo, mogące sugerować brak dojrzałości mózgowej (Calzada-Reyes i in., 2012; Patrick, 2008). Badania elektroencefalograficzne skazanych za przestępstwa z użyciem przemocy oraz ze zdiagnozowanym antyspołecznym zaburzeniem osobowości wykazały wysoką częstość występowania nieprawidłowości w zapisie EEG. Stwierdzono osłabiony rytm fal alfa oraz wzrost aktywności fal theta i delta w obszarze czołowo-skroniowym i lewym obszarze skroniowo-ciemieniowym. Sprawcy z antyspołecznym zaburzeniem osobowości cechowali się zwiększoną aktywnością fal theta (5.08 Hz) w obrębie lewej okolicy skroniowej i ciemieniowej, w porównaniu z grupą bez zdiagnozowanej osobowości antyspołecznej (Calzada-Reyes i in., 2012), co więcej, późniejsze analizy QEEG wykazały również nadmierną aktywność fal beta (17.18 Hz) w lewej okolicy ciemieniowo-skroniowej i obustronnie okolicy potylicznej oraz spadek fal alfa w lewym obszarze środkowo-skroniowym i ciemieniowo-centralnym u osób z psychopatią (Calzada-Reyes i in., 2013). Wyniki te mogą wskazywać, iż nieprawidłowości w zapisie EEG u osadzonych stosujących przemoc powinny odzwierciedlać dysfunkcje mózgowo związane z zachowaniami antyspołecznymi (Reyes i Amador, 2009).

Niektórzy przestępcy wykazują obustronną aktywność fal theta płatów czołowych oraz skroniowych, które są normą dla dzieci, u dorosłych są objawem dysfunkcjonalności i niedojrzałości mózgu (Kiehl i in., 2006; Gawda, 2007b). Okazuje się, że wysoki poziom częstotliwości theta i delta koreluje z wysokimi wynikami w skali psychopatii, co jest interesującą przesłanką, biorąc pod uwagę, że fale theta wiążą się ze stanami senności (Ortega-Noriega, Pérez-López i Ostrosky-Shejet, 2015). Badania te jednak, nie zawsze wykazują jednakową postać i specyfikę aktywności mózgu rejestrowanej przez EEG (Kiehl i in., 2006). Mimo braku jednoznacznych wyników badań nad funkcjonowaniem układu nerwowego osób z zaburzeniami osobowościowymi, część badaczy podkreśla znaczenie nieprawidłowego przebiegu impulsów fal mózgowych w obrazie EEG. U większości osób z rysem psychopatycznym ujawnia się obniżona amplituda fal mózgowych, wiążąca się z obniżeniem pobudzenia korowego, co w efekcie prowadzi do niższej niż normalnie reaktywności na działanie bodźców zewnętrznych (Hare, 2006). Analizując powyższe badania, można dojść do wniosków, iż niedojrzałość mózgu osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości powinna ulegać zmianie i wraz upływem czasu mózg powinien przejść proces dojrzenia, w związku z czym psychopaci winni

popęłniać mniej czynów zabronionych niż wcześniej w ontogenezie. Tezę tę w pewnym stopniu popierają badania Hare'a (1998) mówiące o tym, że część socjopatów wraz z upływem czasu dokonuje mniejszej liczby wykroczeń i przestępstw.

Obecnie na podstawie licznych badań nad mózgiem psychopatów, przyjmuje się, iż antyspołeczne zaburzenie osobowości wiąże się z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu w regionach limbicznych, w tym wyspie i ciałach migdałowatych oraz korze czołowej i przedczołowej (Blair, 1995; Blair i Cipolotti, 2000; Blair i Frith, 2000; Ermer i in., 2012; Muller i in., 2008; Yang i in., 2009). Zmiany tego rodzaju mogą warunkować specyfikę reagowania na alkohol (niewielkie dawki alkoholu mogą wywoływać np. silne reakcje agresywne).

Uwarunkowania środowiskowe

Czynniki mikrospołeczne – rodzinne

Znaczenie środowiska rodzinnego w kontekście kształtowania się zaburzeń osobowości ukazywane jest w literaturze jako jeden z najistotniejszych i najszerzej analizowanych. Farrington i Welsh (2007) podkreślają, iż brak moralności występujący u osób antyspołecznych związany jest ze środowiskiem, w jakim przyszło dorastać i egzystować młodemu człowiekowi. Szczególnie podkreśla się znaczenie rodziny w kształtowaniu się zinternalizowanych standardów moralnych człowieka. Wychowywanie się w rodzinach dysfunkcyjnych może prowadzić do ukształtowania się nieprawidłowych osobowości, w tym osobowości antyspołecznej (Millon i in., 2003). Innymi potencjalnymi przyczynami powstawania antyspołecznego zaburzenia osobowości wymienianymi w literaturze są doświadczenia traumatyzujące jak rozwody, separacje rodziców, przemocowe i aspołeczne zachowania ojców oraz dorastanie w rodzinie, w której doszło do rozpadu poprzez odejście rodzica (Patrick, 2007b). Należy pamiętać jednak, że wystąpienie pojedynczych, z wyżej wymienionych determinantów nie przyczynia się do ukształtowania zaburzeń osobowościowych (Hare, 2006; Millon i in., 2005).

Dorastanie w rodzinie dysfunkcyjnej, niezaspakajającej podstawowych potrzeb dziecka wpływa w znaczący sposób na rozwój jego osobowości i prowadzić może do wystąpienia osobowości antyspołecznej (Blatt, 1995; Main, 1996). W szeroki sposób opisują tę tendencję teorie psychoanalityczne, modele relacji z obiektem, przywiązania czy teorie poznawczo-behawioralne (Gawda, 2007c). Badania nad kryminogenezą zachowań antyspołecznych przestępców pokazują, że u większości z nich w historii życia pojawia się

wątek utraty matki bądź separacji od niej, nieprawidłowości w opiece nad dzieckiem, częstej zmiany osób mających sprawować opiekę nad dzieckiem, dorastanie w instytucjach, w których brak jest ciepła i miłości rodzicielskiej, nieprawidłowe postawy rodzicielskie i chłód emocjonalny rodziców (Pospiszyl, 2000).

Mechanizm odpowiedzialny za ukształtowanie się zaburzeń antyspołecznych może opierać się na uczeniu się i doświadczeniu. Doświadczenie przez dziecko przemocy werbalnej i/lub fizycznej, może doprowadzić do ukształtowania się rysów psychopatycznych poprzez proces uczenia się i naśladownictwo (Farrington i Bergström, 2018; Farrington i Welsh, 2007; Hare, 1998, 2006). Dziecko doświadczające kar cielesnych, przejawiać będzie tendencję do zachowań impulsywnych oraz społecznie nieakceptowanych (Frączek i Zumkley, 1992). Napięcia psychiczne mające miejsce w domu rodzinnym dziecka, przejawiana przez rodziców lub opiekunów wzajemna i zorientowana na dziecko wrogość, działania agresywne, pozbawione empatii i zrozumienia, są istotnymi czynnikami mogącymi prowadzić do kształtowania osobowości psychopatycznych (Hare, 1998, 2006).

Jak już wspomniano, uczenie się pewnych zachowań antyspołecznych zachodzi poprzez naśladowanie wzorców wynoszonych z najbliższego środowiska, najczęściej rodzinnego. Badania pokazują jednak, że nie jest to regułą, a nie każde dziecko doświadczające zachowań przemocowych dokonuje ich internalizacji (Farrington i Welsh, 2007). Determinantami, mogącymi sprzyjać, a nawet bezpośrednio prowadzić do pojawienia się zachowań antyspołecznych jest przede wszystkim niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa, będąca kluczową do nabycia umiejętności kontrolowania emocji oraz prawidłowego funkcjonowania (Kirwil, 2006); ponadto tendencja dziecka do przeżywania silnych, negatywnych emocji (Frączek i Malak, 1980); autorytarność rodziców i ich dążenie do restrykcyjności i represji wobec dziecka, zbytnie skoncentrowanie rodziców na własnej emocjonalności, konflikty małżeńskie, atmosfera gniewu w środowisku rodzinnym mogą prowadzić do ukształtowania się osobowości nieprawidłowej, w tym antyspołecznej (Frączek, 2002; Frączek i Zumkley, 1992). Jak pokazują badania, jednym z kluczowych determinantów powstania osobowości antyspołecznej jest okrucieństwo oraz okazywanie wrogości bądź obojętności dziecku przez głównych opiekunów (rodziców). Postawy nacechowane niechęcią, agresją, zubożeniem dostarczają dziecku niewłaściwych wzorców zachowania, które zostają powtarzane w kontaktach międzyludzkich w późniejszych okresach życia (Wysocka i Ostafińska-Molik, 2014). Badacze podkreślają ogromne znaczenie odrzucenia dziecka, wykorzystywania, maltretowania, zaniedbywania

oraz braku konsekwencji w wychowywaniu czy rozpadu życia rodzinnego w kształtowaniu się osobowości psychopatycznej i późniejszymi działaniami przestępczymi (Farrington i Bergstrøm, 2018). Skłonności antyspołeczne nierzadko ujawniają się u jednostek, którym przyszło dorastać w niesprzyjającym środowisku rodzinnym, prezentującym niewłaściwe modele zachowań, gdzie dziecko zostawało pozostawiane bez opieki i czułości ze strony opiekunów, doświadczało zaniedbywania i pozbawione zostało prawidłowych wzorców. Dziecko w takim środowisku wychowawczym może opierać się na modelach przypadkowych, nie zawsze konstruktywnych, które obserwuje w najbliższym środowisku (Wysocka i Ostafińska-Molik, 2014).

Cechy zachowań antyspołecznych pojawiać mogą się już w dzieciństwie, pozwala to przewidzieć, czy dziecko jako osoba dorosła może otrzymać diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości (Butcher i in., 2018). Badania pokazują, iż rokowania, co do wystąpienia zaburzenia są tym gorsze, im wcześniej pojawią się zachowania dysocjalne. Predyktorami wystąpienia osobowości antyspołecznej są m.in. zaburzenia behawioralne, ADHD, agresja, trudność w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich lub brak kontaktu, a także kontakty rówieśnicze z adolescentami związanymi z grupami przestępczymi (Juszczak i Korzeniewski, 2016).

Czynniki makrospołeczne

Czynniki środowiskowe mogące mieć wpływ na ukształtowanie się osobowości antyspołecznej, to nie tylko mikrostruktury społeczne takie jak rodzina, ale również struktury makrospołeczne ujmowane w szerszym kontekście. Do makrostruktur zaliczamy szeroko ujęte środowisko, którym jest świat współczesny, a w którym to przyszło dorastać dziecku. Świat obfitujący w intensywność bodźców akustycznych, wizualnych ukierunkowany jest na dostarczanie mocnych wrażeń, a działania te wzmacniane są przez mass media i emitujące przez nie przekazy (Gawda, 2007c). Współczesność, w której człowiek zasypywany jest zewsząd informacjami oraz wszelkiego rodzaju bodźcami, prowadzi do tzw. psychopatyzacji gatunku *homo sapiens* (Harrington, 1972). Zdaniem Harringtona (*ibid.*) współczesny człowiek wytworzył system nerwowy, będący jednocześnie silnym i cechującym się obniżoną wrażliwością. Z uwagi na rzeczywistość, w jakiej przyszło nam egzystować, jedynie systemy nerwowe odporne na lęk i nadmiar bodźców zdolne są do przetrwania. Dokonując analizy tendencji kulturowych w społecznościach zachodnich, Harrington zauważył, iż społeczności te charakteryzuje konsumpcyjny styl życia obejmujący dążenie do gromadzenia jak największej liczby

materialnych, przedmiotów uważanych za cenne, silną potrzebę osiągnięć i bycia najlepszym oraz poczucie, że liczyć można tylko na samego siebie. Tego rodzaju czynniki mogą według autora tej idei stać się przyczyną rozwoju osobowości psychopatycznych. Co więcej, podkreśla się negatywne znaczenie mass mediów na kształtowanie się osobowości u dzieci. Obecnie rodzice przestają być autorytetami w życiu dziecka, a rolę tę przejmują media, sterując zachowaniem dziecka (Gawda, 2011). Taki sposób postrzegania genezy antyspołecznych zaburzeń osobowości czy psychopatii oznaczałoby, że we współczesnych społeczeństwach wskaźnik tych zaburzeń jest wyższy niż we wcześniejszych. Harrington (1972) nie przeprowadził jednak badań międzygeneracyjnych potwierdzających jego tezę. Pomimo tego niektóre badania dowodzą, że psychopatia, mimo iż obecna była w różnych miejscach i epokach historycznych, w czasach współczesnych, szczególnie w kulturach promujących poczucie niezależności, samodoskonalenie i szeroko rozumiany rozwój osobisty, może ujawniać się częściej i w sposób bardziej nasilony (Cooke, 1996; Cooke i in., 2005; Cross i Marcus, 1999).

Koncepcje psychologiczne

Teorie psychodynamiczne

W ujęciu psychodynamicznym podkreśla się, iż do ukształtowania się antyspołecznego zaburzenia osobowości dochodzi w momencie, gdy rozwój jednostki zatrzymuje się na ego, jak i rozwój superego zostaje wstrzymany. Osobowość zdominowana przez *Id* i zasadę wzajemności, wymaga natychmiastowych gratyfikacji oraz cechuje się niską tolerancją na frustrację (Millon i in., 2005). *Ego* kieruje się zasadą realizmu. *Superego* formuje się przez internalizację zasad moralnych i norm. Gdy brakuje superego (czyli również sumienia), inne otaczające jednostkę osoby stają się przedmiotami (Millon i in., 2005). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości potrafią jednak wykorzystywać ludzi w sposób nierzający społecznie, a ma to związek ze stopniem rozwinięcia ego. Im bardziej rozwinięte ego, tym działania jednostek antyspołecznych są dyskretniejsze i subtelne. W takim ujęciu przestrzeganie norm społecznych stanowi konieczność wynikającą z chęci uniknięcia kary, nie z moralności (Millon i in., 2005). Nierozwinięte *superego* może wynikać z braku osoby, z którą dziecko mogłoby się identyfikować oraz osoby, od której mogłoby przejąć zasady moralne (Gawda, 2007b). Inną przyczyną jest tzw. przerost superego. Przerost superego związany jest z ciągłym wzbudzaniem poczucia winy oraz zwiększaniem wymagań w stosunku do dziecka. Koncepcja „wybiórczych braków superego” stworzona przez Szurka (1942 za: Gawda,

2007a) oraz Johnsona (1949 za: Gawda, 2007b) mówi o postawach rodziców, jako podstawowym czynnikiem warunkującym powstanie deficytów *superego*. Luki w *superego* niektórzy badacze określili psychopatycznym rysem osobowości (Gawda, 2007b).

Inny z przedstawicieli nurtu psychodynamicznego, Draughon (1977) wyszedł z założenia, iż rozwój słabego ego u psychopatów związany jest z infantylizmem emocjonalnym, przejawiającym się w egocentryzmie i braku empatii, impulsywnością, niską samooceną i brakiem tolerancji na frustrację. Słaby rozwój *superego* utożsamiany został z psychopatią, czynami przestępczymi i pogardą wobec innych (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Kernberg (2001) uznał osobowość antyspołeczną za ostrą postać patologicznego narcyzmu o nierozwiniętym *superego*. Osobowość antyspołeczna według Kernberga jest pozbawiona wydolnego, zintegrowanego *superego*, podczas gdy self, w tym typie osobowościowym, przybiera patologicznie przerośniętą formę o charakterze agresywnym.

Noshpitz (1984) inspirowany teorią self Kohuta (1982) przyjął, iż w wyniku niezaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa w okresie dzieciństwa powstaje agresja, co w ostateczności wpływa na dysfunkcje w strukturze „ja”. Zgodnie z podejściem Noshpitz, psychopatia cechuje się nieposkromioną potrzebą wykorzystywania i zastraszania innych. Właśnie poprzez agresje i akty przemocy osoba o osobowości psychopatycznej dokonuje eksploatacji innych ludzi oraz ich podporządkowania, próbując w ten sposób utrzymać poczucie „ja”, podtrzymać uczucie sprawstwa, odrębności czy kontroli (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Z uwagi na to, iż antyspołeczne zaburzenie osobowości wiąże się z zasadą przyjemności, ten typ osobowościowy posiada stosunkowo niewiele mechanizmów obronnych. Wynika to ze specyfiki funkcjonowania tego zaburzenia, osoby z osobowością antyspołeczną nie przejawiają bowiem potrzeby ochrony własnych uczuć. Osoby bez zaburzeń osobowości np. racjonalizacją swoje zachowania, jednostki antyspołeczne nie czują takiej konieczności (Millon i in., 2005).

Teorie poznawcze

W ujęciu poznawczym osobowość uznaje się za stosunkowo stabilną i zorganizowaną strukturę, która składa się z systemów i schematów (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Poznanie schematów poznawczych i ich usprawnienie pozwala poprawić zachowania społeczne i moralne przez wzmocnienie samokontroli, krytyczne myślenie o sobie czy panowanie nad atakami gniewu oraz poprzez zrozumienie położenia i przeżyć ofiar. Terapia w nurcie poznawczym ma na celu przeanalizowanie

dysfunkcyjnych przekonań (*ibid.*), które stanowią genezę antyspołecznego zaburzenia osobowości. Dysfunkcyjne, wadliwe przekonania powstają w wyniku współwystępowania genetycznych skłonności z destrukcyjnym wpływem środowiska oraz urazami psychicznymi (Pretzer i Beck, 1996). W przypadku psychopatycznego zaburzenia osobowości, przekonania kluczowe skoncentrowane są na potrzebie czuwania nad realizacją własnych pragnień, ponieważ (w ich mniemaniu) to świat i inni ludzie są wrogo nastawieni oraz zagrażają ich interesom. Agresja w ocenie osób psychopatycznych jest bardziej pożądana, ponieważ wiąże się z kontrolą i dominacją. Bycie agresorem niesie w ich opinii więcej korzyści niż bycie ofiarą, stąd też tendencja do usprawiedliwiania zachowań przemocowych. Charakterystycznymi kluczowymi przekonaniami osób psychopatycznych są twierdzenia typu „troszczę się o własne interesy, nikt za mnie tego nie zrobi”, „muszę atakować, jeśli nie chcę stać się ofiarą” (Beck i in., 2005). W relacjach interpersonalnych przekonania kluczowe dotyczące innych ludzi opierają się na lekceważeniu i nieufności: „inni to mięczaki”, „ludzie są fałszywi, oszukują i wykorzystują, ja też mam prawo oszukiwać i wykorzystywać”. Przekonania warunkowe wynikające z przekonań kluczowych brzmią: „jeśli nie będę atakować/wykorzystywać innych, nigdy nie osiągnę tego, czego chcę”, natomiast przekonania instrumentalne przyjmujące formę nakazów „pokonaj go, zanim on pokona ciebie”, „bierz, należy ci się to” itp. (Beck i in., 2005; Pastwa-Wojciechowska, 2017). Osoby o antyspołecznej strukturze osobowości przekonane są o własnej wyjątkowości, dlatego też mogą stać ponad prawem, a inni ludzie powinni to zaakceptować. Takie postrzeganie siebie powstaje w wyniku dominujących schematów, w których zawierają się wyżej wymienione przekonania (Beck i in., 2005). Schematy osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mają wpływ na ich samoocenę, system wartości, obraz innych oraz afektywność. Struktury te rzutują na interpretacje zdarzeń oraz relacje interpersonalne, odpowiadają również za doświadczanie uczuć (Gawda, 2007b).

5.2. Charakterystyka zaburzenia osobowości typu borderline

Zaburzenie osobowości typu borderline (*borderline personality disorder*, BPD), nazywane również zaburzeniem z pogranicza, jest często występującym zaburzeniem. Badania pokazują, iż zaburzenie osobowości borderline dotyka około 6 % pacjentów opieki podstawowej (DSM-5, 2013; Gross, Olfson i Gameroff, 2002) oraz od 1,6% do 5,9% osób z populacji ogólnej (DSM-5, 2013). U chorych umieszczanych w szpitalach

psychiatrycznych oraz poradniach przyszpitalnych odsetek ten wynosi 15-20% (Gunderson i Links, 2008). Zgodnie z najnowszymi doniesieniami ten typ zaburzeń osobowości dotyka 7% populacji ogólnej w Polsce (Gawda i Czubak, 2017). Statystyki szpitalne dowodzą, iż około 75 % pacjentów ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości typu borderline to kobiety, jednak w populacji ogólnej odsetek ten jest mniejszy (Grant i in., 2008). Wśród więźniów populacji polskiej zaburzenie borderline występuje bardzo często (Gawda i Czubak, 2020).

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-5 (2013, 2018) zaburzenie osobowości borderline wiąże się z wszechobecnym wzorcem niestabilności w relacjach międzyludzkich, chwiejnym i zaburzonym obrazem siebie oraz zaburzonym afektem z wyraźną impulsywnością, który rozpoczyna się we wczesnej dorosłości i obecny jest w wielu płaszczyznach funkcjonowania jednostki. Diagnozując zaburzenie osobowości typu borderline, spełnione muszą zostać co najmniej pięć z poniższych kryteriów, kiedy osoba:

1. Podejmuje nadmierne, desperackie wysiłki w celu uniknięcia realnego lub wyimaginowanego porzucenia.
2. Nawiązuje niestabilne, intensywne relacje międzyludzkie cechujące się niestabilnością i wahaniem między skrajnym idealizowaniem a dewaluacją.
3. Cechuje się zaburzonym poczuciem tożsamości; posiada wyraźny i trwały niestabilny obraz siebie lub nieadekwatne poczucie własnej wartości.
4. Cechuje się impulsywnością w co najmniej dwóch sferach życia, które potencjalnie mogą stać się autodestruktywne (np. nadużywanie substancji odurzających, rozrzutność, seks, nieostrożna jazda, objadanie się).
5. Powtarzają się u niej zachowania suicydalne, gesty, groźby samobójcze, samookaleczenia.
6. Cechuje się niestabilnością emocjonalną, spowodowaną reaktywnością nastroju (np. nasilonymi epizodami dysforii, drażliwością, lękami, które trwają zazwyczaj kilka godzin, rzadziej dłużej niż kilka dni).
7. Pojawia się przewlekłe poczucie bezsensu i pustki.
8. Cechuje się intensywnymi, nieadekwatnymi wybuchami gniewu lub przejawia trudności w panowaniu nad gniewem.
9. Pojawiają się przemijające (związane ze stresem) myśli paranoiczne lub objawy dysocjacyjne (DSM-5, 2013).

W modelu alternatywnym DSM-5, charakterystycznymi właściwościami zaburzenia

borderline są: niestabilny, chwiejny obraz siebie, relacji interpersonalnych, celów osobistych oraz labilność uczuć, z którymi współwystępuje impulsywność oraz tendencja do podejmowania ryzyka oraz/lub wrogość. Specyficzne trudności występują w obszarach: tożsamości, samosterowalności (kierowania sobą), empatii i/lub intymności (bliskości) wraz ze specyficznymi nieadaptacyjnymi cechami w domenach Negatywnego Afektu, Antagonizmu i/lub Rozhamowania. Poniżej przedstawiono proponowane kryteria diagnostyczne osobowości granicznej według DSM-5 (2013) w modelu alternatywnym:

- A. Umiarkowana lub duża dezadaptacyjność w funkcjonowaniu osobowości, która przejawia się trudnościami w dwóch lub więcej z poniższych obszarów:
 - 1. Tożsamość: zubożały, nierozwinięty lub labilny obraz siebie, który wiąże się z nadmierną samokrytyką i permanentnym poczuciem pustki. Mogą pojawiać się stany dysocjacyjne w sytuacjach stresowych.
 - 2. Samosterowalność: brak stabilności w sferze celów osobistych, aspiracji, moralności lub planów zawodowych.
 - 3. Empatia: częściowa zdolność do zidentyfikowania i zrozumienia uczuć i potrzeb innych ludzi, która wiąże się z nadmierną wrażliwością na swoim punkcie w kontekście relacji międzyludzkich. Występuje przewrażliwienie i szczególna podatność na odczucie obrazy lub zniewagi. Postrzeganie innych ma charakter selektywnego zniekształcenia w stronę negatywnych cech lub słabości.
 - 4. Intymność (bliskość): chwiejne, burzliwe, intensywne relacje interpersonalne, cechujące się nieufnością, frustracją, niespełnieniem oraz lękiem przed rzeczywistym lub wyimaginowanym porzuceniem.
- B. Cztery lub więcej spośród siedmiu patologicznych cech osobowości, z których przynajmniej jedną musi być (5) impulsywność, (6) tendencja do nadmiernego ryzyka lub (7) wrogość.
 - 1. Niestabilność emocjonalna (aspekt Negatywnego Afektu): zmienność nastroju wraz z niestabilnymi doświadczeniami emocjonalnymi; łatwość wzbudzania emocji, które są intensywne i/lub nieadekwatne do sytuacji i okoliczności,
 - 2. Niepokój (aspekt Negatywnego Afektu): silne doświadczanie uczucia niepokoju, napięcia lub ataków paniki w momencie wystąpienia sytuacji stresowej w obszarze relacji interpersonalnych; skłonność do zamartwiania się konsekwencjami płynącymi z wydarzeń z przeszłości oraz możliwością pojawienia się ich w przyszłości; uczucie strachu i niepewności; strach przed utratą kontroli.

3. Lęk separacyjny (aspekt Negatywnego Afektu): dotyczy lęku przed porzuceniem, odrzuceniem i/lub odizolowaniem od osoby znaczącej, który wiąże się z obawą przed utratą niezależności i nadmiernym uzależnieniem.
4. Depresyjność (aspekt Negatywnego Afektu): związana z poczuciem przygnębienia, beznadziejności, brakiem szczęścia. Osoba przejawia trudności w pokonaniu obniżonego nastroju, ma skłonności do pesymistycznego myślenia o przyszłości, przejawia tendencje do trwałego i uogólnionego przeżywania poczucia wstydu i/lub winy, ma niskie poczucie własnej wartości i miewa myśli samobójcze oraz przejawia zachowania związane z autoagresją oraz tendencjami suicydalnymi.
5. Impulsywność (aspekt Rozhamowania): podejmowanie działań natychmiastowych, pod wpływem bodźca bez rozważenia możliwych konsekwencji, działanie bez planu. Osoba ma trudność w ułożeniu i realizacji planów, odczuwa przymus niezwłocznego podjęcia działań, przejawia również tendencję do samouszkodzeń w sytuacji napięcia emocjonalnego.
6. Tendencja do podejmowania nadmiernego ryzyka (aspekt Rozhamowania): niepotrzebne i pozbawione refleksji na temat konsekwencji, podejmowanie niebezpiecznych, ryzykownych i przypuszczalnie destrukcyjnych działań. Osoba nie bierze pod uwagę własnych ograniczeń i zaprzecza możliwości zaistnienia zagrożenia.
7. Wrogość (aspekt Antagonizmu): chroniczne lub często ujawniające się uczucia gniewu, złości bądź irytacji, które uaktywniają się w momencie odczucia lekkiego lekceważenia lub obrazy ze strony innych (DSM-5, 2013).

Cechą charakterystyczną dla osób z BPD jest zaangażowanie trwający lub też zakończony związek interpersonalny, będący powodem przeżywania niezwykle intensywnych oraz ambiwalentnych emocji i uczuć. Osoby z zaburzeniem osobowości typu borderline przeżywają permanentny strach przed wyimaginowanym porzuceniem przez partnera lub bliskich (DSM-5, 2013; Gunderson i Lyons-Ruth, 2008). Strach ten staje się determinantem nieustannych wysiłków podejmowanych w celu zniwelowania lub uniknięcia porzucenia. Samo przeczuwanie i wyobrażanie sobie rozłąki, doprowadza jednostkę do głębokich zmian w strukturze własnego ja, uczuć, procesów poznawczych i behawioru (Linehan, 2007). Doświadczenie silnego strachu przed opuszczeniem skutkuje atakami agresji w momencie rzeczywistego rozstania. Agresję u osób o osobowości

borderline wywołują również trudne do uniknięcia zmiany w ustalonych planach lub harmonogramach (Cierpiałkowska, 2017), a także tendencja do przypisywania nawet błahym wydarzeniom i sytuacjom wyolbrzymionego znaczenia, co doprowadza do zachowań wysoce agresywnych przyjmujących postać gróźb lub samookaleczania (Starus i Soroko, 2023).

Inną znamioną cechą osób z BPD jest nawiązywanie niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych (DSM-5; 2018). Już w początkowym stadium nawiązywania znajomości idealizują potencjalnych partnerów, pragną spędzać z nimi każdą chwilę, dzielą się intymnymi szczegółami z życia. Etap idealizowania szybko jednak przeobraża się w etap dewaluowania partnera. Osoba z BPD przekonana jest, że kochanek/opiekun nie stara się wystarczająco mocno, nie jest wystarczająco zaangażowany i oddany. Osoby z BPD cechują się skłonnością do nieprzewidywalności w ocenie innych ludzi, których odbierają jako wspierających, by po chwili widzieć w nich surowych sędziów i egzekutorów kar (Hastrup i in., 2019; Broadbear i in., 2020). Osoby te przechodzą od absolutnego uwielbienia i odbioru drugiego człowieka jako mocno wspierającego, do niechęci a nawet nienawiści z powodu domniemanego braku wsparcia lub surowości. Zmiana tego typu jest odzwierciedleniem zaprzestania idealizowania partnera/opiekuna lub jest też rezultatem odrzucenia z jego strony (Lieb i in., 2004). Badania potwierdzają, iż istnieje związek między odbieranym przez osoby z BPD odrzuceniem a gwałtowną, niekontrolowaną złością (Berenson i in., 2011).

Nieustająca potrzeba przebywania z innymi i lęk przed samotnością związane są z przekonaniem, że w pojedynkę nie podolają trudom życia codziennego, podejmują więc chaotyczne działania w celu „zatrzymania” przy sobie obiektu uczuć (Lieb i in., 2004, Livesley, 2008). Co istotne, osoby z osobowością borderline, nie są pozbawione empatii, jednak ich zdolność do współodczuwania i przyjmowania perspektywy innych ludzi jest w znacznym stopniu ograniczona. Empatia i opiekuńczość ujawniają się na zasadzie wzajemności – obdarzają opieką, współczuciem w zamian za bezwarunkowe spełnianie ich wymagań i potrzeb (Cierpiałkowska, 2017). Istnieje wiele badań potwierdzających występowanie deficytów empatii u osób z tym typem osobowości (Harari i in., 2010; Petersen i in., 2016; Yeh i in., 2017), przy czym niektórzy badacze podają, iż osoby z osobowością borderline mogą cechować się wyższą empatią emocjonalną niż poznawczą w sytuacji przeżywania dystresu (Dziobek i in., 2011; Flasbeck i in., 2017).

Innym charakterystycznym dla tego zaburzenia symptomem są zaburzenia tożsamości, które cechują się niestabilnością. Poczucie własnej wartości również

charakteryzuje się chwiejnością, oscylując od wysokiego do niskiego (DSM-5, 2013, 2018; Livesley, 2008). Poprzez niestabilność i ciągłe przeobrażenia w obrazie siebie, zachwianiu i zmianom ulegają również system wartości, cele życiowe czy też poglądy (także w sferze osobistej dotyczącej np. kariery zawodowej jak i światopoglądowe) a w skrajnych przypadkach nawet preferencje czy orientacja seksualna. W relacjach interpersonalnych osoby z osobowością borderline łatwo przyjmują rolę ofiary potrzebującej pomocy, by w niedalekiej perspektywie czasu zmienić się w mścicieli, karzących osoby bliskie za zaniedbania i działania na ich szkodę. W momencie, gdy w otoczeniu brakuje bliskich relacji społecznych oraz wsparcia, osoby o tym typie osobowości postrzegają siebie jako złe lub mają poczucie, że nie istnieją (Lieb i in., 2004). Mogą kierować się przeświadczeniem, iż nieobecność osoby znaczącej lub odmowa pomocy ma związek ze zrobieniem przez nie czegoś złego lub że są po prostu złymi, mało cenionymi ludźmi. Stan ten doprowadza do ich mniejszej wydajności w sferze zawodowej bądź szkolnej – gorzej radzą sobie z obowiązkami. Co znamienne dla osób z zaburzeniem osobowości borderline, symptomem współwystępującym z powyższymi jest nagłe poddawanie się tuż przed osiągnięciem sukcesu. Osoby te na przykład przerywają naukę przed samym uzyskaniem dyplomu/świadectwa, zaczynają działać destrukcyjnie na dobrą relację partnerską, w momencie, gdy zaczyna ona rokować i rozwijać się poprzez nawiązanie bliskości i oddania. Ludzie o tym typie osobowości ponoszą porażki, w sytuacjach, które zapowiadają sukces (Cierpiątkowska, 2017; DSM-5, 2018).

Kolejnym charakterystycznym symptomem jest chaotyczność i intensywność zachowań, które związane są z impulsywnością. Impulsywność przejawia się poprzez gwałtowne reakcje na dane zdarzenie oraz brak refleksji czy dbałości o możliwe konsekwencje własnych decyzji czy działań (Paris, 2007). Impulsywność ujawniania się również przez autodestrukcyjne zachowania/działania ryzykowne lub chroniczne, uporczywe podejmowanie prób samobójczych i samookaleczanie (DSM-5, 2018; Paris, 2007; Paris, 2019), przy czym ok. 10% pacjentów z osobowością borderline umiera w wyniku śmierci samobójczej (Paris i Zweig-Frank, 2001).

Zachowaniami wysoce ryzykownymi podejmowanymi przez osoby z osobowością borderline jest na przykład uprawianie hazardu, daleko idąca rozrzutność i nieumiejętność gospodarowania pieniędzmi, nawiązywanie niezobowiązujących relacji seksualnych cechujących się niebezpieczną aktywnością seksualną czy nadużywanie substancji psychoaktywnych (DSM-5; 2013). Samookaleczanie, groźby targnięcia się na własne życie, podjęte akty suicydalne najczęściej wiążą się z nieradzeniem sobie

z doświadczanymi emocjami. Wszelkie działania zmierzające do samouszkodzenia na ogół związane są z poczuciem odrzucenia, straty lub żądaniem wzięcia przez najbliższych odpowiedzialności za efekty własnych zachowań. Akty samookaleczania nierzadko wywołane są przez doświadczenia dysocjacyjne, przynosząc swego rodzaju odprężenie i ulgę, związane z uświadomieniem sobie zdolności odczuwania. Samouszkodzenia mogą też wyrażać chęć zadośćuczynienia, pokuty za bycie „złym” czy „niegodnym” (Cierpiałkowska, 2017; Paris, 2007).

Niestabilność emocjonalna, będąca jednym z kryteriów diagnostycznych tegoż zaburzenia osobowości, spowodowana jest głębokimi reaktywnymi zaburzeniami w sferze afektywnej. Mowa tutaj o intensywnych epizodach dysforii, rozdrażnienia, lęku które trwać mogą od kilku do kilkunastu godzin, nie dłużej jednak niż kilka dni (DSM-5, 2018). Stan ten mogą przerywać epizody intensywniejszego gniewu, ataków paniki lub rozpacz, rzadziej w tym czasie pojawiać się mogą uczucia takie jak zadowolenie czy ogólne dobre samopoczucie. To właśnie skrajna reaktywność na sytuacje stresowe jest przyczyną wyżej wymienionych epizodycznych reakcji. Niestabilność emocjonalna przyjmuje również formę intensywnych reakcji afektywnych na wybrane zdarzenie, po którym powrót do ustabilizowanego stanu emocjonalnego następuje po dłuższym czasie. Niestabilność ta cechuje się także skrajnym i raptownym przejściem od jednej emocji do drugiej (Livesley, 2008). Co znamienne, osoby o tym typie osobowości doświadczają permanentnego poczucia pustki i bezsensu. Szybko dopada je znudzenie, dlatego też zdają się bez przerwy szukać nowych doznań oraz aktywności. Intensywność przeżywania złości przez osoby z osobowością borderline nierzadko jest nieadekwatna do sytuacji, co więcej osoby te z oczywistych względów, mają problem z jej kontrolowaniem. Zachowania opierają się na niestabilności i nieprzewidywalności, a tym samym niedostatecznej samokontroli (Gawda, 2018a). Złość pojawia się w momencie, gdy podejrzewają, iż osoby bliskie (partnerzy, opiekunowie) pragną wycofać się z relacji, dopuszczają się zaniedbania lub planują odejście. Eskalacja złości nierzadko powoduje późniejsze poczucie winy czy wstydu, przyczyniając się do utrwalenia poczucia bycia „złym”. Osoby o takich cechach osobowości mogą cechować się nie tylko sztywnością myślenia, ale również myślami paranoidalnymi, irracjonalnymi przekonaniami i objawami dysocjacji w okresie wzmożonego stresu, symptomy te jednak trwają kilka minut lub godzin. Epizody tego rodzaju ujawniają się z reguły jako reakcja na odrzucenie (rzeczywiste lub urojone). Fikcyjny bądź też realny powrót osoby bliskiej może doprowadzić do remisji objawów (Cierpiałkowska, 2004; Cierpiałkowska, 2017; DSM-5, 2018).

5.2.1. Geneza zaburzenia osobowości typu borderline

Czynniki biologiczne

Analizy badań wskazują, iż istotną rolę w genezie powstawania zaburzenia osobowości borderline odgrywać mogą czynniki genetyczne (Distel i in., 2010; Livesley, 2008). Szacuje się, że 42-68% wariacji tego zaburzenia, związane są z czynnikiem genetycznym (Distel i in., 2010). Doniesienia te mogą mieć związek z dziedzicznością cech osobowościowych takich jak impulsywność i labilność emocjonalna, mających duże znaczenie w zaburzeniu osobowości borderline (Hooley i in., 2012). U rodziny chorego obserwuje się symptomy swoiste dla zaburzeń tego typu, takie jak: nadwrażliwość w relacjach interpersonalnych, impulsywność, destabilizację emocjonalną (Gunderson, 2011). Co więcej, wstępnie potwierdzono, iż pewne części genu 5-HTT, które związane są z powstawaniem stanów depresyjnych, mają związek z rozwojem borderline (Lis i in., 2007). Z kolei badania bliźniąt monozygotycznych pokazały, iż zgodność występowania zaburzenia osobowości borderline wynosi w tej grupie 35%, u bliźniąt dwuzygotycznych natomiast 7%, co może wskazywać na istotną rolę dziedziczenia w rozwoju tego zaburzenia (Torgensen i in., 2000).

Badając specyfikę funkcjonowania mózgu osób z BPD z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego oraz pozytronowej tomografii emisyjnej, podczas wykonywania przez badanych zadań polegających na kontemplowaniu zdjęć twarzy, a tym samym mimiki, która wyrażała różnorakie emocje, wypowiedaniu słów o różnym natężeniu afektywnym oraz sprawdzaniu zdolności do współdziałania z innymi wykazano, iż podczas wyżej wymienionych czynności występuje nadaktywność ciała migdałowatego, a także osłabienie czynności kory przedczołowej (Donegan i in., 2003; King-Casas i in., 2008; Silbersweig i in., 2007). Okazało się również, iż stężenie neurohormonów oksytocyny i opioidów ma znaczący wpływ na odczuwanie nadmiernego i nieadekwatnego do sytuacji strachu przed opuszczeniem i samotnością (Stanley i Siever, 2010). Analizując strukturę i funkcje mózgu z wykorzystaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego wykazano, iż aktywność jądra migdałowatego (odpowiedzialnego za uaktywnianie emocji lęku) jest zwiększona. Zauważono również nietypowość w aktywności obszarów kory czołowo-oczodołowej, odpowiadających za zdolność planowania działań. Badania dotyczące objętości poszczególnych struktur mózgu wykazały zmniejszenie objętości elementów układu limbicznego – jądra migdałowatego i hipokampu, co związane może być z zaburzeniami regulowania stanów afektywnych – łatwo wzbudzone, nie podlegają

kontroli (Emmelkamp i Kamphuis, 2007; Mauchnik i Schmahl, 2010). Osoby z zaburzeniem borderline posiadają obniżony poziom serotoniny, mającej udział w procesach hamowania reakcji behawioralnych. Sugeruje się, iż niedobór tegoż neuroprzekaźnika może wiązać się z wykazywaniem przez te osoby zachowań impulsywno-agresywnych np. autoagresji w postaci samookaleczania (Schmahl i Bremner, 2006).

Czynniki środowiskowe

Poza czynnikami biologicznymi, istotną rolę w kształtowaniu się zaburzeń osobowości borderline przypisuje się czynnikom środowiskowym i psychologicznym. Zaburzone więzi rodzinne, zaniedbywanie, traumy i urazy doświadczane w dzieciństwie, a także problemy małżeńskie rodziców lub inne zaburzenia natury psychicznej występujące w rodzinie mogą wpływać na ukształtowanie się osobowości typu borderline (Gunderson i Links, 2008; Millon i Grossman, 2005). Doznawanie urazów, zaniedbań, doświadczanie molestowania i wykorzystywania seksualnego w okresie dzieciństwa, są podkreślane jako znaczące w kształtowaniu się zaburzeń osobowości, w tym osobowości borderline (Widom i in., 2009; Zanarini i in., 1997).

Koncepcje psychologiczne:

Nurt psychodynamiczny: Teoria poziomów organizacji osobowości

Kernberg (1984, 1996), przedstawiciel nurtu psychodynamicznego przyjął, iż wyróżnić można 3 zasadnicze poziomy organizacji osobowości – psychotyczny, borderline lub neurotyczny, wskazał również wymiary funkcji psychicznych, którymi są kolejno: stopień integracji tożsamości (*identity diffusion*), dojrzałość mechanizmów obronnych (*primitive defenses*) oraz zdolność testowania rzeczywistości (*reality testing*) (Izdebska i Pastwa-Wojciechowska, 2013). Stopień integracji tożsamości dotyczy zdolności człowieka do utworzenia spójnego, złożonego obrazu siebie oraz osób znaczących. Osoby cechujące się słabo rozwiniętym poziomem integracji tożsamości prezentują fragmentaryczny, niepełny obraz siebie i innych ludzi. W przypadku wysokiego stopnia integracji obraz siebie i innych cechuje się zróżnicowaniem, wysoką spójnością oraz szczegółowością. Dojrzałe mechanizmy obronne wiążą się z takim poziomem organizacji. Z kolei rozszczepienie i projekcję zalicza się do mechanizmów o niskim poziomie dojrzałości, zaś wyparcie i reakcja upozorowana do bardziej dojrzałych. Testowanie rzeczywistości dotyczy zdolności odróżniania self od „nie-self”. Jeśli osoba posiada

wysoki poziom, testowania rzeczywistości potrafi odróżnić pobudzenia zewnętrzne od wewnętrznych, jest również zdolna o wyczuwania i posługiwania się kryteriami realności (Kernberg, 1975, 1984, 1996). Poziom organizacji osobowości jest zależny od pozycji osoby w wyżej wspomnianych dymensjach, które warunkują funkcjonowanie intra i interpersonalne jednostki (Izdebska i Pastwa-Wojciechowska, 2013). Według Kernberga osoby ze strukturą osobowości borderline cechują się wysoką niestałością w poczuciu tożsamości, co wyraża się w doświadczaniu pustki oraz sprzecznościami w obrazie siebie oraz innych osób. Kernberg (1970a, 2004) zauważył, iż osoby o strukturze osobowości borderline cechują się także niską zdolnością testowania rzeczywistości, co wiąże się z dysfunkcjami w zakresie myślenia logicznego, wyrażać może się myśleniem życzeniowym, zachowaniami impulsywnymi oraz spostrzeganiem świata rzeczywistego pod kątem własnych potrzeb (Cierpiałkowska, 2004). Trudności w funkcjonowaniu osób o organizacji osobowości borderline dotyczą niedojrzałości stosowanych mechanizmów obronnych oraz wynikającej z nich słabości ego. Tendencja do przeżywania lęku, niski poziom tolerancji frustracji czy niezdolność do kontrolowania doświadczanych impulsów prowadzą do znaczących trudności adaptacyjnych. Akty agresji, autodestruktywność, nadużywanie substancji czy intensywne, destrukcyjne relacje międzyludzkie związane są z ciągłym napięciem oraz nieumiejętnością radzenia sobie z nim osób o strukturze osobowości borderline (Izdebska i Pastwa-Wojciechowska, 2013).

Nurt psychodynamiczny: Model konfliktu

Zaburzenie osobowości borderline jest zdaniem Kernberga (2004) specyficzną strukturą o charakterze intrapsychicznym, kształtującą się podczas rozwoju relacji z obiektem. Ten typ osobowości powstaje w wyniku fiksacji w fazie różnicowania reprezentacji self od reprezentacji obiektu. Konflikt wewnętrzny tego typu powstaje w wyniku silnej dziecięcej agresji (która może wynikać z predyspozycji genetycznych, biochemicznych lub psychospołecznych). Zdaniem Kernberga agresja ta jest efektem lęku człowieka przed unicestwieniem swojej reprezentacji dobrego self i obiektu. Z tego też powodu dokonuje utrwalenia mechanizmów obronnych opierających się na rozszczepieniu pomimo, iż uniemożliwiają one nawiązanie trwałych, dojrzałych relacji międzyludzkich. W wyniku wymienionych procesów dochodzi do dominacji wczesnych antylibidalnych pochodnych popędu nazywanych pregenitalną agresją (zwłaszcza oralną). Projektowane na rodziców impulsy agresywne (oralno-sadystyczne i analno-sadystyczne) związane są z postrzeganiem opiekunów jako zagrażających, niezaspokajających potrzeb oralnych,

pełnych nienawiści oraz pogłębiających lęki oralne (Górska, 2006). Kernberg uważał również, iż osobowość borderline wiąże się z bardzo słabo zintegrowanym superego. W jego ujęciu rozszczepieniu ulegają ego idealne oraz sadystyczny rdzeń superego, stąd też pojawia się niemożność zbudowania realistycznego superego przez osoby z pogranicznym zaburzeniem osobowości, co wynika również z braku możliwości internalizacji wymagań rodziców. Co więcej ten typ osobowościowy cechuje się słabym ego z powodu dominowania prymitywnych mechanizmów obronnych (rozszczenia, prymitywnej idealizacji, identyfikacji projekcyjnej, zaprzeczania dewaluacji) (Kernberg, 1978, 1998).

Nurt psychodynamiczny: Model deficytu

W modelu deficytu zaburzenie osobowości borderline rozumiane jest jako efekt deficytów, czyli swego rodzaju braków wybranych elementów osobowości. Mowa tutaj o nierozwiniętym ego, zakłóconych relacjach z obiektem oraz deficytach self (Goldstein, 2003). W modelu tym mieści się np. koncepcja Heinza Kohuta (1984), który uważa, iż zaburzenie osobowości borderline wiąże się ze znaczącymi deficytami w strukturze self oraz budowaniem struktur obronnych, chroniących przed tworzeniem bliskich relacji z innymi, mogących stać się przyczyną fragmentacji ja. Adler i Buie (1979) przyjmują z kolei, iż przyczyną formowania się osobowości borderline jest niedostateczna opieka macierzyńska, a tym samym traumatyczne doświadczenia w okresie wczesnego dzieciństwa. W wyniku zaniedbań rodzicielskich nie wykształca się pozytywna psychiczna reprezentacja matki dającej ukojenie (Kłatkiewicz, 2008), wskutek czego jednostki z osobowością z pogranicza nie nabywają umiejętności samouspokojenia. Adler i Buie (1979) podważają rolę rozszczenia w zaburzeniu z pogranicza, skłaniają się natomiast ku podejściu, iż jednostka borderline doświadcza dylematu między lękiem przed zniszczeniem i opuszczeniem a potrzebą relacji z dobrym obiektem. Konflikt wewnętrzny tego rodzaju powoduje albo unikanie nawiązania relacji albo wycofywanie się z nich w momencie, gdy istnieje szansa na ustabilizowanie się. Negowanie doświadczeń pozytywnych, „uciekanie” z relacji ma na celu uniknięcie kolejnego rozczarowania i spełnia funkcję zabezpieczającą przed porzuceniem i związanym z nim cierpieniem (Cierpiałkowska, 2017).

Teorie poznawcze

Ciekawym podejściem w kontekście niniejszej rozprawy, zdaje się być koncepcja poznawczo-behawioralna zaburzeń osobowości w tym osobowości z pogranicza (Arntz, 1994; Beck i in., 2005). Autorzy wysuwali pytanie, czy zaburzenia osobowości u swego podłoża mogą mieć specyficzne przekonania, czy też schematy poznawcze mające związek z traumatycznymi doświadczeniami z okresu wczesnego dzieciństwa. Arntz (1994) był zwolennikiem teorii o specyficznych schematach poznawczych dotyczących każdego typu zaburzeń osobowości. Wnioskował on, iż zaburzenia osobowości są rezultatem nakładania się cech temperamentalnych i określonych oddziaływań wychowawczych (środowiskowych) – rodzinnych oraz pozarodzinnych. Co więcej, oddziaływania te oraz indywidualne cechy temperamentu mogą być genezą budowania dezadaptacyjnych wzorców zachowań. Fundamentalne i zarazem fałszywe przekonania o sobie oraz świecie zewnętrznym współistnieją z przekonaniem warunkowymi, podtrzymywanymi przez specyficzne zniekształcenia w przetwarzaniu informacji (Beck i in., 2005). Przyczyną zaburzeń osobowości borderline są według Becka i jego zespołu (2005) specyficzne interakcje cech temperamentu i wczesnodziecięce traumy, do których zaliczyć można np. niestabilne relacje z opiekunami, doświadczanie przez dziecko zaniedbań, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej), stające się determinantem fundamentalnych przekonań i indywidualnych zniekształceń w sferze poznawczej. Beck i jego współpracownicy (2005) wychodzili z założenia, iż nie ma przesłanek by wyodrębnić specyficzne przekonania dla zaburzenia borderline, jednak ostatecznie przyjęto, iż w rzeczywistości należą do nich: „świat jest niebezpieczny”, „świat jest wrogi”, „jestem słaby i łatwo mnie zranić”, „jestem nie do zaakceptowania” (Beck i in., 2005; Pretzer, 1990). Osoby z osobowością borderline w efekcie funkcjonowania zgodnie z wyżej wymienionymi przekonaniem, cechują się nadmierną czujnością, słabym poczuciem tożsamości oraz myśleniem skrajnym, dychotomicznym (czarno-białym). Young (i in., 2003) twierdził, iż dezadaptacyjne przekonania mają swój początek w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy dziecko nie posiada jeszcze umiejętności werbalizacji własnych potrzeb. Zdaniem Younga, przekonania te są raczej wspomnieniami, wyobrażeniami, emocjami, tworzącymi fundament „ja” człowieka. W celu uniknięcia silnych negatywnych emocji aktywowanych przez owe schematy, ujawniają się reakcje, mające na celu adaptację do danej sytuacji, które polegają na walce, ucieczce lub uległości.

W podejściu Younga i współpracowników (2003, 2005) podkreślano, iż w zaburzeniu osobowości borderline w wyniku deprivacji najistotniejszych potrzeb

dziecka oraz interakcji tego stanu z jego właściwościami temperamentalnymi, powstaje dziewięć wczesnych dezadaptacyjnych schematów (*Early Maladaptive Schemas – EMS*), a mowa tutaj o: opuszczeniu/niestabilności więzi, wadliwości/wstydu, zależności, podporządkowaniu, braku zaufania, niedostatecznej samodyscyplinie, emocjonalnym zahamowaniu, bezwzględnej surowości i emocjonalnej deprawacji. W okresie dorastania i dorosłości w wyniku niezaspokojonych potrzeb wykształcić może się styl schematu opuszczonego dziecka, który związany jest z występowaniem silnych emocji takich jak rozpacz czy lęk. Osoba taka żyje w przekonaniu, iż ludzie dążą jedynie do wykorzystywania innych i nie można im ufać. Oczekują porzucenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy na kimś bardzo im zależy. Uaktywnienie stylu karzącego rodzica wiąże się z ujawnieniem schematu niepełnowartościowości, wtedy też pojawia się silna agresja, oskarżenia i karanie samego siebie (Young i in., 2003, 2005).

Teoria biospołeczna

Inną ciekawą teorią jest biospołeczna teoria Linehan (1993), będącą jedną z najlepiej opisanych modeli etiologicznych zaburzenia borderline. Linehan przyjmuje, iż zaburzenie osobowości typu borderline jest w głównej mierze zaburzeniem rozregulowania emocji wynikającym ze swoistego połączenia czynników biologicznych i osobowościowych z określonymi wpływami toksycznego środowiska rodzinnego. Dysfunkcyjność jednostek z osobowością borderline polega na rozregulowaniu we wszystkich aspektach reakcji emocjonalnych, w wyniku czego osoby z tym typem osobowościowym cechują się podwyższoną wrażliwością emocjonalną, niezdolnością do regulowania intensywnych reakcji emocjonalnych oraz powolnym powrotem do optymalnego poziomu emocjonalnego. Biologicznie podatne dzieci cechują się wyższą wrażliwością na bodźce emocjonalne, wolniej też powracają do równowagi emocjonalnej. Nadwrażliwość temperamentalna w połączeniu z unieważniającym środowiskiem (*invalidating environment*), powoduje wystąpienie dysfunkcji w systemie regulacji emocji. Nadwrażliwość ta przyjmując postać podatności na zranienie czyni osobę niestabilną emocjonalnie, poznawczo, interpersonalnie czy tożsamościowo (Cierpiałkowska, 2017). Rozregulowanie emocji doprowadza do powstania dysfunkcyjnych wzorców reakcji podczas trudnych emocjonalnie wydarzeń. Istnieje wiele możliwych biologicznych przyczyn dysregulacji emocjonalnej, a jedną z nich jest dysfunkcja układu limbicznego (Linehan, 1993). Rozwój zaburzenia borderline w głównej mierze wynika z dorastania w unieważniającym środowisku, które charakteryzuje się brakiem tolerancji wobec

wyrażanych przez dziecko przeżyć emocjonalnych, szczególnie emocji, które nie są poparte obserwowalnymi wydarzeniami. Dziecko komunikujące osobiste przeżycia, spotyka się z ignorowaniem, ośmieszaniem oraz karaniem. Rodzic nie pomaga w rozpoznaniu doświadczanych przez dziecko emocji, a prezentuje postawę lekceważącą, zaprzecza lub redefiniuje przeżycia emocjonalne młodego człowieka (Cierpiałkowska, 2017). Mimo, iż środowisko unieważniające incydentalnie może wzmacniać skrajne przejawy emocji, najczęściej przekazuje dziecku, że takie reakcje emocjonalne są bezzasadne i należy radzić sobie z nimi wewnątrz, bez wsparcia rodziców czy opiekunów. W efekcie dziecko nie uczy się jak rozpoznać, nazywać, regulować, wyrażać a w końcu redukować dane reakcje emocjonalne, a zaczyna balansować między emocjonalnym zahamowaniem a labilnością emocjonalną. Brakuje mu również wiedzy i umiejętności jak rozwiązywać problemy, przyczyniające się do tych skrajnych reakcji emocjonalnych (Crowell in., 2009). Unieważniający opiekunowie lekceważą średni poziom pobudzenia emocjonalnego dziecka, a skupiają się na silnych reakcjach emocjonalnych (Cierpiałkowska, 2017).

5.3. Charakterystyka narcystycznego zaburzenia osobowości

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (2018), aby można było mówić o narcystycznym zaburzeniu osobowości, powinny być spełnione określone kryteria diagnostyczne. Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości cechują się zaburzeniami tożsamościowymi, które wyrażają się poprzez zaburzenia funkcjonowania *self*. Osoby takie nadmiernie odnoszą się do innych, aby określić własną tożsamość, w ten sposób regulują również własną samoocenę, która może być zarówno zawyżona jak i zaniżona, co zależy od zachowania osób z otoczenia. Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości cechują się więc niestabilną samooceną. Szacuje się, iż rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji amerykańskiej oscyluje w granicach 0-6,2% oraz w głównej mierze dotyka mężczyzn (DSM-5, 2013). W próbach klinicznych częstość występowania narcystycznego zaburzenia osobowości wynosi od 1% do 17% (Ronningstam, 2009), badania na gruncie polskim podają natomiast, iż ten typ zaburzenia osobowości dotyka ok. 7% osób populacji ogólnej i jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń osobowościowych (Gawda i Czubak, 2017). W populacji więźniów zaburzenie to również występuje dość często (Gawda i Czubak, 2020).

Narcystyczne zaburzenie osobowości obecne we wcześniejszych klasyfikacjach zaburzeń DSM-3 i DSM-4-TR, zostało uwzględnione również w najnowszej DSM-5 (2013). Jest to stały wzorzec zachowań i reakcji emocjonalnych związanych z przekonaniem o własnej wyższości, potrzebą bycia podziwianym oraz brakiem zdolności do współodczuwania. Wzorzec ten rozpoczyna się już u młodych dorosłych i występuje w różnych warunkach, charakteryzuje się co najmniej pięcioma z poniższych właściwości, którymi są:

1. Wielkościowe przekonanie co do swojej wartości (np. wyolbrzymianie swoich talentów i osiągnięć).
2. Pochłonięcie wyobrażeniami o nieograniczonych sukcesach, władzy, doskonałości, pięknie, itp.
3. Przekonanie o byciu kimś wyjątkowym i niepowtarzalnym.
4. Nadmierna potrzeba bycia podziwianym.
5. Poczucie bycia uprzywilejowanym.
6. Wykorzystywanie innych osób do osiągnięcia swoich celów.
7. Brak zdolności do współodczuwania, niechęć do rozpoznawania i identyfikowania się z potrzebami innych.
8. Częste poczucie zazdrości lub przekonanie, że inni są zazdrośni.
9. Aroganckie, wyniosłe zachowanie się lub postawa (DSM-5, 2013, s.742).

W DSM-5 (2013), podobnie jak w przypadku zaburzenia antyspołecznego i borderline, zaproponowano alternatywny model diagnozy, który podkreśla, iż narcystyczne zaburzenie osobowości posiada następujące charakterystyczne dla tego zaburzenia osobowości właściwości: labilne i podatne na zranienie poczucie własnej wartości, które wiąże się z próbami jego regulacji poprzez uwagę i aprobatę innych ludzi oraz jawne bądź utajone poczucie wielkościowości. Specyficzne trudności ujawniają się w obszarze tożsamości, samosterowalności, empatii, oraz/lub intymności/bliskości wraz z cechami z domeny Antagonizmu. Poniżej przedstawiono proponowane przez alternatywny model zaburzeń osobowości, kryteria diagnostyczne:

- A. Średnia lub duża dezadaptacyjność w funkcjonowaniu osobowości, przejawiająca się określonymi trudnościami w dwóch lub więcej z poniższych domen:
 1. Tożsamość: osoba w sposób nadmierny uzależnia definicje siebie oraz regulacje poczucia własnej wartości od aprobaty innych ludzi; posiada zawyżoną lub

zaniżoną samoocenę, może również cechować się wahaniami między skrajną zawyżoną lub zaniżoną samooceną.

2. Samosterowalność: aprobata innych ludzi warunkuje wyznaczanie celów życiowych; osoba posiada nierealne, ciężkie do zrealizowania standardy osobiste, pozwalające na postrzeganie siebie jako istoty wyjątkowej; zaniżone standardy osobiste wiążą się z roszczeniowością; osoba ma zawężoną świadomość własnych motywacji.
3. Empatia: brak umiejętności rozpoznawania lub identyfikowania się z uczuciami i potrzebami innych; osoba jest wyraźnie wyczulona na opinie i reakcje innych ludzi, ale tylko w momencie, gdy osoby te są postrzegane jako znaczące; przejawianie tendencji do przeceniania lub niedoceniania własnego oddziaływania na innych.
4. Intymność/Bliskość: nawiązywane relacje cechują się wysoką powierzchownością, istnieją w celu podniesienia poczucia własnej wartości; relacje międzyludzkie mają ograniczoną wzajemność z powodu braku lub niewielkiego zainteresowania uczuciami i doświadczeniami innych; po nawiązaniu relacji osoba kieruje się korzyścią własną.

B. Obie patologiczne cechy osobowości:

1. Wielkościowość (aspekt Antagonizmu): osoba żywi przekonanie, iż posiada specjalne prawa, okazuje to w sposób jawny lub utajony; jest nadmiernie skupiona na sobie; posiada bezwzględne przekonanie, iż jest lepsza niż inni ludzie; prezentuje protekcyjną postawę wobec innych.
2. Poszukiwanie aprobaty/uwagi (aspekt Antagonizmu): osoba w sposób przesadny dąży do przyciągnięcia uwagi innych ludzi lub znalezienia się w centrum zainteresowania; dąży do bycia podziwianą (DSM-5, 2013, s 929).

Ludzie o cechach osobowości narcystycznej zazwyczaj posiadają pozornie wysokie poczucie własnej wartości. Mają również utrwalony wzorzec poczucia, iż są lepsi niż inni, fantazjują o tym, jak również dają temu wyraz w realnych zachowaniach. Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości przejawiają tendencję do wyolbrzymiania własnych osiągnięć, talentów czy też sukcesów. Mają przeświadczenie, iż są istotami wyjątkowymi oraz przewyższającymi innych intelektem, zdolnościami, statusem czy też wyglądem. Poświęcają dużo czasu na fantazjowanie o własnych nietuzinkowych umiejętnościach, talentach lub mocach (DSM-5, 2013; Gościński, 2017). Co istotne, osoby

te często zazdroszczą innym odnoszonych sukcesów, żyjąc jednocześnie w przeświadczeniu, że sami są obiektami zazdrości. Oczekują również, że otoczenie uzna ich wyższość i wyjątkowość, wyrażając przy tym podziw dla ich osiągnięć i nich samych. Żyją więc w przeświadczeniu, że należą im się szczególne względy i powinni być traktowani inaczej, z uwzględnieniem specjalnych uprawnień niż inni, „mniej wyjątkowi”. Osoby o tym typie osobowości cechują się skłonnością do potwierdzania własnej wartości czy też statusu (Chojnacka i Ustjan, 2009; Gawda, 2018a), co związane jest z ich kruchym poczuciem własnej wartości, będącym katalizatorem nadmiernej wrażliwości na jakiegokolwiek podejrzenia co do zachwiania własnej pozycji w obszarze interpersonalnym (Starus i Soroko, 2023). Spostrzeżenia dotyczące poczucia niższości, pogardy lub lekceważenia ze strony innych ludzi wywołują lęk uaktywniający systemy obronne. W obszarze relacji międzyludzkich systemy te mogą przyjmować postać pretensjonalnej postawy, megalomanii lub dominacji, co z kolei powoduje irytację u drugiej osoby będącej uczestnikiem interakcji, potwierdzając tym samym pierwotne założenie narcyza (Starus i Soroko, 2023).

Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości nie znoszą sprzeciwu, dążą do tego, by inni bezkrytycznie wykonywali ich polecenia lub spełniali określone wymagania. Mają poczucie, iż ze względu na własną nietuzinkowość zrozumieć mogą je jedynie osoby wybitne, popularne lub zajmujące wysoką pozycję społeczną. Do reszty ludzi odnoszą się w sposób arogancki, nonszalancki, wyniosły, chcąc odnieść jak największą korzyść z nawiązanej relacji. Osoby takie cechują się deficytem empatii, mają problemy z identyfikacją i zrozumieniem stanów emocjonalnych innych ludzi, nie potrafią utożsamić się z nimi i uwzględniać ich emocje, uczucia czy potrzeby, przez co przejawiają trudności w przyjmowaniu perspektywy drugiego człowieka (Chojnacka i Ustjan, 2009).

Co istotne, na przestrzeni ostatnich dwudziestu pięciu lat, wyniki badań (Hendin i Cheek, 1997; Dickinson i Pincus, 2003; Rose, 2002; Jauk i in., 2017) pokazują, iż zaburzenie narcystyczne nie jest konstruktem o strukturze homogenicznej, a występować może w dwóch podtypach. Według DSM-5 (2018) istnieją następujące podtypy narcyzmu: narcyzm wielkościowy i wrażliwy/nadwrażliwy. Narcyzm wielkościowy (*grandiose narcissism*), przejawia się w przesadnym poczuciu własnej wartości i wyższości. Osoby takie cechują się dużą pewnością siebie, dominuje u nich agresywność i dominacja. Osoba jest przekonana o szczególnych uprawnieniach, swojej wyjątkowości, mówi nieustannie o swoich osiągnięciach i domaga się upragnionego uznania. Ten typ

narcyizmu wiąże się też z ekshibicjonizmem i postawami roszczeniowymi (Miller i in., 2010).

Drugi typ nazywany narcyzmem nadwrażliwym (*vulnerable narcissism*) wydaje się polegać na prezentowaniu poczucia wyższości i niezwykłości, co ma stanowić barierę ochronną dla wewnętrznego poczucia bycia gorszym, lęku przed porzuceniem, zaniżonej faktycznej samooceny, niewiary w siebie czy przekonaniu o niskich kompetencjach własnych (Krizan i Johar, 2015). Ten typ narcyzmu określany jest jako nieadaptacyjny. Postać wrażliwa narcyzmu nie została dokładnie opisana. Klinicyści wskazują, iż takie osoby są szczególnie kruche, niestabilne emocjonalnie, przejawiają przesadną wstydlivość, są pochłonięte fantazjami na temat swoich osiągnięć i jednocześnie wstydzą się tych ambicji. Według modelu pięcioczynnikowego istnieją kluczowe odmienności pomimo szeregu podobieństw; osoby przejawiające wielkościowy typ narcyzmu wykazują niski poziom niektórych komponentów neurotyczności i wysoką ekstrawersję, zaś osoby z podtypem wrażliwego narcyzmu opisywane są jako zgorzkniałe, nietolerancyjne, okrutne, pełne napięcia, martwiące się. Kwestia diagnozy typu narcyzmu komplikuje się jeszcze bardziej, gdyż osoby mogą oscylować pomiędzy jednym i drugim podtypem narcyzmu (Jauk i Kaufman, 2018; Miller i in., 2010; Wink, 1991). Krizan i Herlache (2017) podają, iż cechą charakterystyczną dla narcyzmu wielkościowego jest śmiałość, będąca podstawą arogancji i roszczeniowości. Śmiałość ta odpowiada za cechy takie jak potrzeba dominacji, skupienie na poszukiwaniu korzyści, poczucie wielkościowości czy asertywność. Według tych autorów z kolei narcyzm wrażliwy cechuje się w głównej mierze reaktywnością (zarówno emocjonalną jak i behawioralną) oraz nadwrażliwością. Osoby z tym typem narcyzmu nadmiernie koncentrują się na analizowaniu porażek oraz zwalczaniu realnych bądź wyimaginowanych zagrożeń. Za cechy charakterystyczne dla tego podtypu narcyzmu takie jak lękliwość, chwiejność emocjonalna, społeczne wycofanie czy skupienie na obronie siebie odpowiada właśnie reaktywność emocjonalna i behawioralna (Krizan, 2018).

Oba wymiary narcyzmu są niezależne od siebie, co potwierdzają analizy badawcze uzyskane za pomocą popularnych skal do mierzenia narcyzmu, pokazujące brak lub niewielkie korelacje pomiędzy wynikami (Jauk i in., 2017). Samoocena osób przejawiających cechy narcyzmu wielkościowego stabilizowana jest przez jej samowzmacnianie, osoby takie ostentacyjnie zaprzeczają swoim słabościom, wymagają od innych okazywania szacunku i zachwyty, reagują agresywnie w momencie niespełnienia ich oczekiwań. Wypierają też ze świadomości istnienie rozbieżności między własnymi

wyobrażeniami o sobie, a stanem rzeczywistym, co umożliwia im utrzymanie samooceny na wysokim poziomie (Dickinson i Pincus, 2003; Rauthmann, 2012). Osoby cechujące się narcyzmem nadwrażliwym posiadają mniejszy potencjał w wzmacnianiu samooceny, bazują głównie na informacjach zwrotnych wysyłanych przez otoczenie, dlatego też częściej doświadczają wewnętrznych konfliktów, bywają sfrustrowane i niepewne (Dickinson i Pincus, 2003; Krizan i Johar, 2015). Okazuje się, że to właśnie wysoka samoocena pełni funkcję ochronną przed negatywnymi myślami czy emocjami, a narcyzm nadwrażliwy koreluje dodatnio z depresyjnością (Erkoreka i Navarro, 2017) oraz lękiem (Miller i in., 2010). Ludzie z tym podtypem narcyzmu posiadają bardzo niestabilne poczucie własnej wartości. Pod arogancją i protekcjonalnością ukrywają wysoką wstydlivość oraz nadwrażliwość w szczególności na krytykę i odrzucenie (Pincus i Lukowitsky 2010; Ronningstam, 2012). Fantazjują o swoich wybitnych osiągnięciach, jednocześnie wstydząc się własnych ambicji. Mimo, iż zarówno osoby z narcyzmem wielkościowym, jak i nadwrażliwym charakteryzują się pewnymi specyficznymi cechami takimi jak apodyktyczność, nietolerancja, roszczeniowość czy arogancja, to jedynie wielkościowi przejawiają tendencję do agresywności, asertywności i silnego zdeterminowania. Wrażliwi z kolei opisywani są jako zamartwiający się, pełni napięcia, ze skłonnością do narzekania oraz nastawieniem na obronę (Caligor i in., 2015; Wink, 1991). Drożek (2019) podkreśla, iż osoby z narcyzmem patologicznym nie potrafią w sposób bezwarunkowy cenić siebie ani też przypisywać bezwarunkowej wartości innym ludziom, dlatego też nie są otwarte na podmiotowe podejście do drugiego człowieka. Cenią one cechy takie jak podziw, zależność od siebie, jednak siebie również oceniają w sposób warunkowy (np. uzależniając swoją wartość od umiejętności).

Cechą charakterystyczną dla osób osobowością narcystyczną jest nieumiejętność przyjmowania perspektywy drugiej osoby. W sytuacji, gdy nie uzyskają oczekiwanej aprobaty czy uznania, przejawiają skłonności do działań odwetowych (Rasmussen, 2005). Badania nad narcyzmem pokazały, iż w przypadku odrzucenia przez osobę, która interesowała je w kontekście seksualnym, osoby takie przejawiają większą skłonność do przemocy seksualnej niż osoby bez nasilonych cech narcystycznych (Bushman i in., 2003). Co istotne, wielkościowe „ja” osób o narcystycznym zaburzeniu osobowości nierzadko wywiera pozytywne wrażenie na osobach postronnych, przynajmniej w początkowych stadiach znajomości. Ich niefrasobliwość i spokój odbierane są jako siła, arogancja czy snobizm ujawnia się w późniejszym czasie. Osoby takie sprawiają wrażenie beztroskich, pełnych pewności siebie, a ich osiągnięcia i sukcesy są rezultatem nie tyle włożonej pracy,

co wysokiej inteligencji (Millon i in., 2005). Pokazując innym swoją władzę, dążą do wzbudzenia podziwu i szacunku, w środku są jednak szczególnie wyczuleni na najdelikatniejsze przejawy lekceważenia. Należy pamiętać, że u podłoża poczucia wyjątkowości leży nieuświadomiony lęk przez własną niższością (Dessauant, 2007; Millon i in., 2005). Osoby takie mają zaburzoną zdolność rozpoznawania lub identyfikowania się z uczuciami i potrzebami innych ludzi, są nadmiernie wyczulone na reakcje osób otaczających, w szczególności, gdy osoby te postrzegają jako lepsze od siebie (Pincus i Lukowitsky, 2010). Mają również tendencję do przeceniania lub niedoceniaenia własnego wpływu na środowisko. Relacje osób z narcystyczną osobowością są zazwyczaj powierzchowne i mają na celu regulowanie poczucia własnej wartości. Cechują się niewielkim zainteresowaniem doświadczeniami innych, są skoncentrowane na osiągnięciu osobistego zysku. Inną znaną cechą dla tego zaburzenia osobowości jest egocentryzm i przekonanie, że jest się lepszym od innych. Osoby te lubią być w centrum uwagi i ciągle poszukują podziwu (Caligor i in., 2015; DSM-5, 2018).

Należy podkreślić, iż zaburzenie narcystyczne może posiadać wysoce zróżnicowaną charakterystykę, szeroki zakres nasilenia oraz odmienność symptomów. Osoby z osobowością narcystyczną mogą cechować się wyniosłością lub wręcz niechęcią do siebie, maskowaną wysokim mniemaniem o sobie, mogą być ekscentryczne lub społecznie odizolowane, mogą również cechować się przedsiębiorczością, lub wręcz przeciwnie, być niezdolne do utrzymania stałego zatrudnienia, stanowić wzór obywatela bądź przejawiać skłonności aspołeczne. Heterogeniczność tego zaburzenia bez wątpienia utrudnia proces diagnostyczny (Caligor i in., 2015). Kryteria DSM-5 (2013, 2018) podają definicje narcystycznego zaburzenia osobowości, które mówią o wszechobecnym wzorcu wielkości (w fantazjach lub zachowaniu), pragnieniu bycia podziwianym oraz deficytach empatii. Badacze zjawiska podnoszą jednak, iż definicja ta jest zbyt wąska i niewystarczająca dla szerokiej populacji osób otrzymujących diagnozę (Shedler i Westen, 2004; Ronningstam, 2009; Caligor i in., 2015), gdyż pomija psychologiczne cechy zaburzenia takie jak poczucie własnej wartości, poczucie niższości, pustki, znudzenia, reaktywności afektywnej i dystresu (Ronningstam, 2009).

5.3.1. Geneza narcystycznego zaburzenia osobowości

Czynniki biologiczne

Etiologia narcystycznego zaburzenia osobowości ma bez wątpienia charakter wieloaspektowy. Niektóre badania podkreślają znaczenie czynnika genetycznego w dziedziczeniu predyspozycji do tego zaburzenia (Jang i in., 1996). Podkreśla się znaczenie cech takich jak agresja, niska tolerancja na czynniki stresogenne, dysfunkcje w zakresie regulacji stanów emocjonalnych, które są cechami znaczącymi w zaburzeniu narcystycznym, a które mogą przekazywane być pokoleniowo (Weinberg, 2006). Badania nad aspektami strukturalnymi mózgu osób z narcystycznym zaburzeniem osobowości pokazały, iż u osób tych występują deficyty istoty szarej w lewej przedniej części wyspy oraz obustronnie w górnych i środkowych zakrętach czołowych oraz korze zakrętu obręczy (Schulze i in., 2013). Późniejsze badania potwierdziły występowanie deficytów istoty szarej w obszarach czołowych i przedczołowych oraz korze zakrętu obręczy, a także zmniejszoną anizotropię frakcyjną w istocie białej prawego płata czołowego (Nenadic i in., 2015). Zmiany te mogą mieć związek z deficytami empatii emocjonalnej, charakterystycznymi dla osób z narcystycznym zaburzeniem osobowości (Roepke i Vater, 2014).

Czynniki środowiskowe

Czynnikiem mogącym przyczynić się do powstania narcystycznego zaburzenia osobowości są niewątpliwie czynniki środowiskowe takie jak dorastanie w niesprzyjającym rozwojowo środowisku rodzinnym. Odrzucenie doświadczone w okresie dzieciństwa, niskie poczucie własnej wartości mogą stać się predyktorami wystąpienia narcystycznego zaburzenia osobowości w dorosłości (Otway i Vignoles, 2006; Zwelc, 2010). Należy podkreślić jednak, iż powszechnie nie wiąże się narcyzmu wielkościowego z wykorzystywaniem, zaniedbaniem w dzieciństwie lub też ze złym stylem rodzicielstwa. Badania nad możliwymi czynnikami przyczyniającymi się do wystąpienia narcystycznego zaburzenia osobowości wskazują, iż podtyp wielkościowego zaburzenia osobowości może wystąpić w efekcie nadmiernie opiekuńczej i wychwalającej postawy rodziców. Podtyp wrażliwy z kolei może związany być z wykorzystywaniem emocjonalnym, fizycznym i seksualnym dziecka, jak również ze stylem rodzicielstwa cechującym się kontrolą i zimnem emocjonalnym (Miller, 2011; Miller i Campbell, 2008).

Koncepcje psychologiczne:

Teorie psychodynamiczne

Jak wynika z powyższych rozważań nad genezą powstania różnych typów zaburzeń osobowości, w teoriach psychodynamicznych nie występuje jedna spójna linia wyjaśniająca proces kształtowania się zaburzeń osobowościowych. Podejście to jest raczej zestawieniem rozmaitych koncepcji, które łączą się kilkoma pierwotnymi założeniami dotyczącymi procesów nieświadomych, konfliktów wewnętrznych oraz formach mechanizmów obronnych psychiki. Przyczyną powstania tak wielu nurtów współczesnej psychoanalizy, była próba przekształcania pierwotnych założeń Freuda i odniesienia ich do różnych wymiarów rozwoju oraz funkcjonowania psychiki ludzkiej. Jak już wspomniano koncepcje psychoanalityczne akcentują znaczenie procesów nieświadomych, mechanizmów przeniesienia oraz konfliktów wewnętrznych w kształtowaniu się zaburzeń osobowości. Poniżej przedstawione zostaną dwie teorie dotyczące genezy powstawania narcystycznego zaburzenia osobowości.

Pierwszą będzie to teoria Kernberga, która zaliczana jest do nurtu teorii relacji z obiektem, o której wspomniano już w kontekście rozwoju osobowości borderline i antyspołecznej. Drugą jest koncepcja autorstwa Kohuta (1984), reprezentuje psychologię *self*. W nurcie psychodynamicznym te dwa podejścia uznawane są za najistotniejsze jeśli chodzi o problematykę zaburzeń osobowości (Chojnacka i in., 2009). To, co charakteryzuje teorie relacji z obiektem oraz psychologię *self* to akcentowanie znaczenia relacji interpersonalnych dziecko-opiekun dla rozwoju zaburzeń. Mimo aprobowania trójdzielonego systemu osobowości (id, ego, superego) stworzonego przez Freuda (1900/1996), Kernberg i Kohut wyraźniej podkreślają istotę wczesnodziecięcych relacji dziecka z matką. Autorzy obu tych teorii zakładają, że zaburzenia psychiczne to przejaw wadliwie ukształtowanej struktury osobowości. W osobowości nieprawidłowo ukształtowanej nie wykształcają się dojrzałe i rozwinięte mechanizmy psychiczne, które odpowiadają za prawidłową adaptację do rzeczywistości. Przyczyną tychże deficytów są dysfunkcjonalne relacje dziecka z ważnymi obiektami (opiekunami) ukształtowane we wczesnym dzieciństwie (Chojnacka i in., 2009; Gościński, 2017).

Kernberg (1996) przyjmował, że negatywny afekt, sprzyjający utrzymywaniu się mechanizmu rozszczepienia, prowadzący do dezintegracji struktur oraz kształtowania się agresji i tożsamości dyfuzyjnej, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się zaburzeń osobowości, w tym osobowości narcystycznej. Zdaniem autora zaburzenia psychiczne (włączając zaburzenia osobowości) są wynikiem nieprawidłowej organizacji osobowości.

Przyczyną patologii osobowościowych są nieprawidłowości w procesie internalizacji doświadczeń emocjonalnych powstałych w okresie wczesnodziecięcym (Kernberg, 1996, 2004). Internalizacja relacji z obiektem jest podstawowym czynnikiem rozwoju psychicznego człowieka. Swój początek ma od momentu narodzin, sprowadza się zaś do uwewnętrzniania, czyli zapisywania i włączania w obecne komponenty psychiczne, subiektywnie istotnych z punktu widzenia dziecka doświadczeń z osobami ważnymi, w formie reprezentacji umysłowych *self*, reprezentacji obiektów, a także afektów. Rezultatem internalizacji jest wyłonienie się swego rodzaju wzorca, który zawiera uogólnioną wersję siebie oraz drugiego człowieka, jak również więzi z nim. Matryca ta od chwili powstania ma wpływ na sposób, w jaki człowiek przeżywa świat, jak myśli, odczuwa, czy zachowuje się. Najczęściej treść tego wzorca jest nieuświadomiona i tylko fragmentarycznie poddawana jest refleksji. Proces internalizacji relacji z obiektem, w którym powstaje psychika dziecka, zachodzi od absolutnej zależności do relatywnej niezależności. Zdaniem autora (Kernberg, 1996) proces ten zawiera pięć faz: fazę autyzmu (1 miesiąc życia), fazę symbiozy (2-6/8 miesiąc życia), fazę różnicowania (6-36 miesiąc życia), fazę integracji reprezentacji *self* i reprezentacji obiektu (3-5 rok życia), fazę ostatecznej konsolidacji superego i integracji ego (5-7 rok życia). Głównym czynnikiem etiologicznym ukształtowania się osobowości zaburzonej, jest zdaniem Kernberga, wysoki poziom agresji przeżywanej przez dziecko znajdujące się w trzeciej fazie internalizacji relacji z obiektem (faza różnicowania). Przyczynami przeżywanej przez dziecko nadmiernej agresji mogą być zarówno wrodzone predyspozycje do doświadczania uczuć agresywnych (agresja pierwotna), wynikające z nieprawidłowości funkcjonowania systemów biochemicznych neuroprzekaźników, jak również wczesnodziecięce traumatyczne doświadczenia (agresja wtórna). Traumami tymi są chroniczne i bolesne choroby fizyczne, doświadczenia dziecka w roli ofiary lub obserwatora nadużyć seksualnych, bycie ofiarą przemocy fizycznej i psychicznej, utarta osób znaczących, porzucenie czy dorastanie w rodzinie chaotycznej. Wystąpienie wyżej wymienionych czynników uniemożliwia dziecku przejście trzeciego etapu internalizowania relacji z obiektem. Efektem czego jest zatrzymanie rozwoju osobowości dziecka na poziomie pogranicznym (Kernberg, 1996).

Najprościej ujmując Kernberg wyszedł z założenia, iż osobowość narcystyczna powstaje w wyniku zakłóceń w rozwoju dziecka, na bardzo wczesnym etapie życia. Zdaniem Kernberga *self*, będące strukturą intrapsychiczną składa się ze zbioru reprezentacji, będących odzwierciedleniem percepcji samego siebie w kontekście relacji

interpersonalnych. W procesie rozwoju zaburzeń osobowości główne znaczenie odgrywa negatywny afekt, prowadzący do utrzymania się rozszczepienia oraz dezintegracji struktur i tworzenia się tożsamości dyfuzyjnej oraz agresji (Gawda, 2018b). W związku z tymi zakłóceniami dochodzi do wykształtowania się prymitywnych mechanizmów obronnych, ponieważ kształtująca się osobowość dziecka, w celu ochrony siebie przed poczuciem odrzucenia oraz by nadać sobie wartość, stwarza wyidealizowany oraz narcystyczny obraz siebie. Stosuje wówczas mechanizmy obronne takie jak prymitywna idealizacja, zaprzeczenie, identyfikacja projekcyjna czy dewaluacja idealizowanego obiektu (Gawda, 2011). Osobowość narcystyczna związana jest z niedojrzałym ego, niezdolnym do rozróżnienia aspektów własnego self oraz self innych. Narcyzm w tym ujęciu jest niczym innym jak mechanizmem obronnym. Kernberg podkreśla, iż w rozwoju zaburzeń osobowości istotny jest wadliwy rozwój self, niekoniecznie jego idealizacja (Gawda, 2018b). Narcystyczne zaburzenie osobowości powstaje w wyniku chłodu emocjonalnego opiekunów, autorytaryzmu, odrzucenia, nadmiernych wymagań oraz braku wsparcia ze strony najbliższych (*ibid.*).

Innym przedstawicielem nurtu psychodynamicznego był Heinz Kohut (1977), prezentujący koncepcję psychologii *self* podejmującej próbę wyjaśnienia powstawania zaburzeń osobowościowych. Kohut (1977) *self* rozumiał jako emocjonalno-motywacyjny rdzeń osobowości. Self w podejściu Kohuta to proces umysłowy, organizujący subiektywne doświadczenie jednostki. Self to również fundamentalny konstrukt psychiczny, który wyłania się i rozwija w zależności od obecności osób ważnych dla dziecka, które zaspokajają jego podstawowe potrzeby rozwoju (Wolf, 1988). Autor potrzeby te nazywał potrzebami „selfobiektu”, dotyczą one bowiem utrzymania *self* oraz zaspokajane są przez inne osoby nazywane obiektami. Kohut zakładał, że *self* istnieje (w formie fragmentarycznej) od momentu narodzenia dziecka. Spójną strukturę nabywa wraz upływem czasu, a wpływają na nie powtarzające się doświadczenia dziecka w relacji z rodzicami. Pojęcie „selfobiektu” oznacza powstające dzięki empatii wspólne przeżycie emocjonalne dziecka i opiekuna, pokazuje sposób, w jaki ludzie „łączą się” psychicznie i obdarzają się zaufaniem (Mermelstein, 2003; Oleś, 2009c). Selfobiekt jest zatem reprezentacją umysłową procesu afektywnego zachodzącego pomiędzy dzieckiem i opiekunem (Schore, 1994; Chojnacka i in., 2009). Zdaniem Kohuta (1977) powstanie spójnej struktury *self* wymaga zdrowej interakcji dziecka z jego opiekunami, którzy z racji wzajemnej empatii mogą spełniać jego potrzebę selfobiektów. Według tego autora zaburzenia osobowości są wynikiem pierwotnych zaburzeń w *self*. Nieprawidłowości

w rozwoju struktury *self* są efektem porażki opiekunów w empatycznym zapewnieniu selfobiektów, zdaniem autora przyczyną zaburzeń osobowości, w tym osobowości narcystycznej jest brak zdolności opiekuna do akceptującego odzwierciedlania niezależności dziecka oraz uszkodzenie struktur narcystycznych, czyli wielkościowego *self* bądź wyidealizowanego rodzica (Gościński i Mocek, 2008). Kohut rozróżnia narcystyczne zaburzenie osobowości od narcystycznych zaburzeń zachowania. Narcystyczne zaburzenia zachowania cechują się pragnieniem podbudowania niespójnego *self* przez perwersyjność zachowań, dopuszczanie się czynów przestępczych i uzależnienia. Narcystyczne zaburzenia osobowości natomiast, przejawiają się objawami hipochondrycznymi, depresyjnymi, anhedonią, skłonnościami do irytacji i wpadania w złość, poczuciem bezsensowności. Geneza powstania narcystycznego zaburzenia osobowości leży w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy dochodzi do powstania defektów w strukturze *self* oraz ich przeformowania w struktury obronne i kompensacyjne. Struktury obronne powstają, by ukryć pierwotny defekt *self*, struktury kompensacyjne zaś tworzą się w celu podtrzymania *self* i ochrony jednostki przed depresją (Kohut, 1977). Według Kohuta to właśnie zaburzenia w strukturze *self* stanowią genezę narcystycznych zaburzeń osobowości. Spójna struktura *self* wiąże się z trzema osiami: wielkościowości, idealizacji oraz związku z *alter ego*. W sytuacji, gdy rozwój *self* przybiera postać obronną i kompensacyjną dochodzi do zaburzeń w strukturze osobowości. Taki zaburzony rozwój jest, jak już wielokrotnie tutaj wspomniano, efektem zaburzonych relacji dziecka z osobami znaczącymi/opiekunami, powoduje tym samym niewłaściwe ukształtowanie struktury *self*. Kohut wychodzi z założenia, że narcyzm jest dysfunkcją *self*, mającą postać wyolbrzymienia i nierealistyczności (Gawda, 2018b; Gościński, 2017).

Teorie poznawcze

Osobowość narcystyczna w podejściu poznawczym ujmowana jest w kontekście przekonań poznawczych oraz specyficznych zniekształceń przekształcania informacji. Osoba narcystyczna funkcjonuje w wyidealizowanym świecie, którym zastępuje świat rzeczywisty. Przekonana jest o swojej wyjątkowości, wyolbrzymia sukcesy, pomija i bagatelizuje niepowodzenia w celu ochrony samooceny (Beck i in., 2003). Pragnienie bycia osobą ponadprzeciętną doprowadza do powstawania licznych zniekształceń poznawczych. Ludzie z narcystycznym zaburzeniem osobowości widzą siebie i innych w sposób kategoryczny: idealizują lub dokonują bezwzględnej dewaluacji. Schematami poznawczymi charakterystycznymi dla osobowości narcystycznej są np. „jestem kimś

wyjatkowym”, „powinienem być traktowany inaczej niż inni, należą mi się przywileje” (Beck i in., 2003, 2005). Przekonania kluczowe w tym typie osobowościowym związane są poczuciem niższości i bezwartościowości, aktywują się w szczególności w sytuacjach, gdy zagrożona zostaje samoocena osoby narcystycznej (Gościński, 2017). Znamienne dla tego typu osobowości są również kompensacyjne przekonania, które wiążą się z poczuciem wyższości, a których treść odnosi się do wzmacniania samooceny np. „jestem lepszy od innych”, „jestem inny, ponadprzeciętny”. Beck wraz ze współpracownikami (2005) sformułował listę kluczowych narcystycznych przekonań opisując osobowość narcystyczną, do których należą stwierdzenia typu: „jestem kimś niezwykłym, wyjątkowym, dlatego powinienem być specjalnie traktowany, należą mi się przywileje”, „nie muszę przestrzegać zasad tak jak inni”, „jestem lepszy od innych i powinni oni to zrozumieć” (Gościński, 2017). Przekonania warunkowe bazują więc na twierdzeniach: „muszę odnosić sukcesy, aby udowodnić, że jestem najlepszy”, „jeśli ponoszę porażkę, jestem nic nie warty”. Należy podkreślić, iż osiągnięcia i szeroko pojęty sukces dla osób o osobowości narcystycznej są uwarunkowane reakcjami innych ludzi np. podziwem, szacunkiem czy respektem, dlatego też przekonania warunkowe najczęściej mają następującą formę, „aby być podziwianym i zachować swój status, inni powinni być mi ulegli”, „osoby nie uznające mojej wyższości i pozycji należy ukarać”. Narcystyczne zaburzenie osobowości cechuje się więc przekonaniem instrumentalnym o treści „zawsze zaznaczaj swoją dominację i nadrzędność”. Cechą charakterystyczną dla osób z tym typem zaburzenia jest przedmiotowe traktowanie innych, którzy odbierani są jako narzędzia mogące posłużyć zdobyciu korzyści. Narcyz będzie dążył do nawiązania kontaktu z osobą, która w jego mniemaniu może pomóc w osiągnięciu określonych celów. Jeśli w jego opinii jest ona „przydatna” może ją idealizować, szacować jej wartość oraz porównywać z sobą lub innymi ludźmi. To przedmiotowe traktowanie uwarunkowane jest przekonaniem, że wartość drugiego człowieka zależna jest od jego „użyteczności”, co dotyczy również osób najbliższych narcyzowi, dziecka, partnera czy innych członków rodziny („moje dziecko/żona/partner musi być moją wizytówką”). W sytuacji, gdy bliscy nie spełniają wymagań, nie wzbudzają podziwu lub nie odnoszą wystarczających sukcesów zostają ukarani lub ośmieszani. Osoby o tym typie osobowościowym szukają pochwał, podziwu u innych, nie mają jednak skłonności do rozważania nad własnymi odczuciami związanymi z poczuciem niższości (Gościński, 2017).

Dokonując analizy schematów poznawczych osób narcystycznych, można dostrzec, iż przybierają one kompensacyjną postać wobec poczucia bezwartościowości

i niższości. W celu pokazania swojej wyższości, zdobycia uznania i podziwu oraz ochrony przed cierpieniem związanym z zachwianiem poczucia własnej wartości, ludzie z narcystycznym zaburzeniem osobowości podejmują liczne strategie, które umożliwiają wzmocnienie i utrzymanie swojej samooceny. Mogą np. dewaluować inne osoby lub poszukiwać za wszelką cenę pochlebnych opinii lub pochwał. Jak podkreśla Beck wraz ze swoim zespołem (2005), jedną z cech narcystycznego stylu poznawczego jest dychotomiczne ocenianie siebie i innych. Ocenianie to ma zazwyczaj charakter skrajny – od idealizacji po całkowitą dewaluację, w zależności od tego, jak bardzo inni są skłonni do podziwu i schlebiana. Osoby narcystyczne będą szukały różnic między sobą a innymi ludźmi, w celu wzmocnienia przekonania o własnej niezwykłości i niebywałych zdolnościach czy predyspozycjach.

Kształtowanie się osobowości narcystycznej w ujęciu Becka i jego współpracowników (2005), uwarunkowanie jest radzeniem sobie dziecka z poczuciem porażki i frustracjami. Dziecko, które nie przyzwyczaja się do znoszenia niepowodzeń czy rozczarowań, uruchamia mechanizmy adaptacyjne, które umożliwiają osiągnięcie stabilności emocjonalnej (Gościński, 2017). Utrzymanie wysokiej samooceny wymaga rozwinięcia strategii wyolbrzymiania własnej wartości, co umożliwia jedynie powtarzające się potwierdzanie tej wartości przez innych ludzi (Beck i in., 2005).

ROZDZIAŁ 6: METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

6.1. Synteza zagadnień teoretycznych

We wcześniejszych rozdziałach opisana została problematyka zagadnień wewnętrznej aktywności dialogowej, schematów dezadaptacyjnych, zaburzeń osobowości, jak i przyjmowania perspektywy, poniżej dokonano syntezy powyższych zagadnień w celu wprowadzenia do części metodologicznej niniejszej dysertacji.

Jak już wspomniano, Hermans i jego zespół (1992) dokonując syntezy oraz przekształceń różnych wątków obecnych w filozofii i psychologii, stworzył własną teorię rozumienia Ja. Jego zdaniem *self* należy pojmować jako dynamiczną mnogość względnie niezależnych i autonomicznych pozycji Ja, uaktywniających się w przestrzeni wyobrażonej umysłu. Ja porusza się od jednej pozycji do innej, w zależności od sytuacji i czasu, migruje między różnymi, a nawet przeciwstawnymi pozycjami, mając możliwość oddania głosu każdej z nich. To przemieszczanie daje możliwość wystąpienia dialogu między pozycjami Ja. Między owymi głosami, które funkcjonują poniekąd jak bohaterowie pewnej historii, dochodzi do określonych interakcji. Każda z pozycji ma własną narrację, a jako postaci wymieniają między sobą informacje na temat koncepcji siebie lub świata, co skutkuje powstaniem ustrukturalizowanego i złożonego *self*. Podejście Hermansa opisuje Ja (*self*) jako strukturę dynamicznych, stosunkowo autonomicznych pozycji Ja. Self cechuje się polifonicznością, obdarzone jest głosami, a wiążą je wzajemne relacje, podobne do relacji społecznych (Hermans, 2003). Pozycje Ja są zinternalizowanymi w procesie socjalizacji sposobami wartościowania doświadczeń i zdarzeń. Wszystkie pozycje Ja wywodzą się ze zróżnicowanego dialogu, cechując się indywidualną perspektywą odbioru i interpretacji zdarzeń, posiadają również własne wspomnienia, cele oraz wzorce emocjonalne czy myślowe (Hermans, 2002; Stemplewska-Żakowicz, 2002). Pozycja aktywna, obdarzona głosem, chwilowo wpływa na funkcjonowanie jednostki. W momencie wyciszenia się jednej pozycji, dominację przejmuje inna, tym samym zmianie ulega subiektywny odbiór zdarzeń człowieka, jego emocje, myśli, dążenia, zachowania, a w niektórych przypadkach również reakcje fizjologiczne (Hermans i Kempen, 1993; Stiles, 1999).

Kolejnym istotnym w kontekście niniejszej pracy zagadnieniem są wczesne schematy dezadaptacyjne rozumiane jako wzorce lub motywy o charakterze ogólnym, w skład których wchodzi wspomnienia, emocje, przekonania a nawet doznania cielesne osoby, czy też jej relacje społeczne (Young, 1999; Young i in., 2014). Wczesny schemat dezadaptacyjny kształtuje się w okresie dzieciństwa i adolescencji, rozwija się natomiast

przez całe życie człowieka i cechuje się dysfunkcyjnością. Genezą powstania wczesnych schematów dezadaptacyjnych jest deprivacja przynajmniej jednej z pięciu fundamentalnych potrzeb emocjonalnych dziecka, potrzebami tymi są: bezpieczne przywiązanie; niezależność (autonomia); wolność wyrażania emocji i potrzeb; spontaniczność i zabawa; realne granice i samokontrola. W wyniku wyżej wymienionych deficytów emocjonalnych powstają wczesne schematy dezadaptacyjne (*early maladaptive schemas – EMS*) (Young i in., 2014). Young i współpracownicy (2014) opisali 18 wczesnych schematów dezadaptacyjnych, grupując je w pięć kategorii, w zależności od rodzaju niezaspokojonych potrzeb, a są nimi kolejno: Rozłączenie i odrzucenie; Osłabiona autonomia i brak dokonań; Uszkodzone granice; Ukierunkowanie na innych; Nadmierna czujność i zahamowanie. Wczesne schematy dezadaptacyjne mimo, iż kształtują się w dzieciństwie, rzutują na życie dorosłe i ulegają utrwaleniu. Są podstawą rozumienia określonych sytuacji oraz podjęcia reakcji na dane sytuacje lub wydarzenia, mogą wywołać również określone emocje. Kiedy schematy aktywują się, człowiek przyjmuje je bez kwestionowania ich słuszności, działają jak swoiste automatyzmy, dlatego też są tak trudno podatne na zmiany. Osoba taka powtarza reakcje, emocje, zachowania zgodne ze schematem, ponieważ jest to dla niej znany i wyuczony sposób reagowania i radzenia sobie w określonych sytuacjach, nierzadko uznawany za jedyny słuszny i bezpieczny (Arntz i Genderen, 2016).

W niniejszej pracy istotne jest także zagadnienie przyjmowania perspektywy innego. Przyjmowanie perspektywy ma charakter wielowymiarowy, jego źródłem są procesy rozwojowe, dalszy jego progres związany jest z kolei z czynnikiem motywacyjnym (Gehlbach i in., 2012). Proces przyjmowania perspektywy uwarunkowany jest społeczną naturą ludzkiego umysłu, który skoncentrowany jest na przetwarzaniu informacji mających charakter społeczny (Firth i Firth, 2007). Przyjmowanie perspektywy jest procesem, podczas którego osoba obserwująca dokonuje rejestracji myśli, uczuć, motywacji innej osoby lub grupy ludzi. Co istotne, uznaje ona różnorodność punktów widzenia, podejmuje też próbę zrozumienia, jak dane zdarzenie odbierane jest przez innych (Gehlbach i in., 2012). Dostępność przyjmowania standardów poza-Ja traktowana jest jako ogólna zdolność przejmowania perspektywy innych (*role taking* – Batson, 1991; Hoffman, 1990). Używanie wyrażenia *dostępności standardów poza-Ja* związane jest z motywacyjną naturą tej dyspozycji (Szuster i Górecka, 2011). Ludzie dorośli wykazują umiejętność decentracji, która umożliwia wyjście poza własną perspektywę. Nie wszyscy jednak korzystają z niej w jednakowym stopniu. W literaturze zjawisko to opisywane jest

jako wynik zmian rozwojowych, które wyrażają się w zróżnicowanym poziomie zdolności decentracji (Piaget, 1966; Hoffman, 1990) lub jako zmienna sytuacyjna, manipulowana (Batson, 1991). Szuster i Górecka (2011) wskazują na zróżnicowaną i zindywidualizowaną naturę przyjmowania perspektywy i nazywają ją *dostępnością standardów poza-Ja*. Dokonując ekspozycji sytuacji dotyczącej innej osoby oraz umożliwiając spontaniczną reakcję na nią (poprzez zaznaczanie kryteriów, jakimi kierowałby się badany podczas podejmowania decyzji) zdaniem autorek, określić można dostępność standardów poza-Ja.

W niniejszej dysertacji kluczowe będzie poszukiwanie relacji pomiędzy wczesnymi dezadaptacyjnymi schematami, dialogowością wewnętrzną i przyjmowaniem perspektywy (rozumianej tutaj jako dostępność standardów poza-Ja) u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniami najczęściej z nim współwystępującymi tj. zaburzeniem borderline i narcystycznym. Stąd, wcześniej dokonano charakterystyki wymienionych zaburzeń. Podkreślono, iż osoby przejawiające takie zaburzenia charakteryzują się licznymi dysfunkcjami sfery emocjonalnej, poznawczej, jak i behawioralnej. Interesujące wydaje się, jaki charakter ma dialogowanie wewnętrzne w tych zaburzeniach, jak jest powiązane ze schematami dezadaptacyjnymi oraz przyjmowaniem perspektywy (dostępnością standardów poza-Ja).

6.2. Cel badań, pytania badawcze, hipotezy badawcze

Badania do niniejszej dysertacji miały charakter ilościowy.

Jak dotąd w literaturze przedmiotu kwestia dialogowości wewnętrznej w zaburzeniach osobowości była poruszana pobieżnie i dotyczyła jedynie zagadnienia głosów wewnętrznych w zaburzeniu paranoicznym. Dialogowości wewnętrznej w zaburzeniach osobowości nie łączono również ze schematami dezadaptacyjnymi. Niniejsze badania posłużą zrozumieniu, jak manifestuje się dialogowość wewnętrzna u osób z antyspołecznym, narcystycznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniem osobowości typu borderline, odbywających karę pozbawienia wolności, a także w jaki sposób schematy dezadaptacyjne wyjaśniają Ja dialogowe tych osób. Ponadto chciano sprawdzić czy związek między schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym osób osadzonych w zakładzie karnym mediowany jest przez dostępność standardów Ja – poza Ja.

W związku z powyższym uznano za słuszne wyjaśnienie czy schematy dezadaptacyjne są predyktorami Ja dialogowego osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniami z nim współwystępującymi, dlatego też **celem niniejszych badań** jest:

1. Opisanie wewnętrznej aktywności dialogowej więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami współwystępującymi tj. narcystycznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniem osobowości borderline.
2. Opisanie, w jaki sposób schematy dezadaptacyjne wyjaśniają dialogowość wewnętrzną tych osób.
3. Wyjaśnienie, czy i w jaki sposób związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym osób osadzonych w zakładzie karnym jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja.
4. Wyjaśnienie, czy i w jaki sposób rodzaj zaburzenia osobowości moderuje efekt relacji schematy dezadaptacyjne i dostępność standardów Ja – poza Ja oraz relacji dostępności standardów Ja – poza Ja i dialogowania wewnętrznego osób osadzonych.

Pojawia się więc pytanie, które jednocześnie jest **głównym problemem badawczym** niniejszej rozprawy: *Czy schematy dezadaptacyjne są predyktorami Ja dialogowego osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i z zaburzeniami osobowości z nim współwystępującymi?*

Tak sformułowany główny problem implikuje następujące szczegółowe pytania badawcze:

Pytania badawcze:

- P₁. Czy istnieje i na czym polega związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych a nasileniem dialogowania wewnętrznego u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami osobowości z nim współwystępującymi?
- P₂. Czy związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja?

P₃. Czy rodzaj zaburzenia osobowości moderuje relację pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dostępnością standardów Ja – poza Ja? Czy rodzaj zaburzenia osobowości moderuje relację między dostępnością standardów Ja – poza Ja i dialogowością wewnętrzną osób badanych?

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:

H₁. Istnieje związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych a nasileniem dialogowania wewnętrznego u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniami osobowości z nim współwystępującymi.

Zakłada się, że im większe nasilenie schematów dezadaptacyjnych (z grupy „Uszkodzenie granic”) u więźniów tym niższe nasilenie dialogowania wewnętrznego. Im większe nasilenie schematów dezadaptacyjnych (z grup „Rozłączenie i odrzucenie”, „Osłabiona autonomia i brak dokonań”, „Ukierunkowanie na innych”, „Nadmierna czujność i zahamowanie”) u osób osadzonych tym wyższe nasilenie dialogowania wewnętrznego.

Funkcje adaptacyjne i rozwojowe dialogowości wewnętrznej sprzyjają poznaniu, a przede wszystkim rozumieniu rozmaitych punktów widzenia, kategoryzują przekonania oraz pomagają w rozwiązywaniu konfliktów (Oleś, 2009b), podobnie jak zdolność do autorefleksji czy samoświadomości, opierające się w głównej mierze na dialogowości wewnętrznej, które są niezbędnym elementem prawidłowego funkcjonowania (Jankowski, 2011; Oleś, 2009b). Zgodnie doniesieniami badawczymi, wewnętrzna aktywność dialogowa związana jest z neurotycznością oraz z obniżoną samooceną i klarownością koncepcji samego siebie (negatywnym obrazem siebie) (Talík i Bąk, 2011). Borawski (2011) podkreśla jednak, że niższy poziom samooceny oraz negatywność emocji związane są z dialogami typu konfrontacyjnego. Dialogi integrujące natomiast wiążą się z wyższym poziomem samooceny i pozytywnością myślenia. Oznacza to, że istnieją predyspozycje psychiczne wyzwalające dialogowość wewnętrzną, które wynikają z konstrukcji osobowości: częściowo wrodzonych cech oraz samooceny. Badania Olesia i Puchalskiej-Wasył (2010, 2012, 2018) pokazały, że do predyspozycji wystąpienia dialogowości wewnętrznej nie należy niski poziom ekstrawersji. Wewnętrzna aktywność dialogowa ma natomiast związek z neurotycznością i negatywną emocjonalnością, w szczególności

takimi jej komponentami jak niezadowolenie i strach (Oleś i in., 2010). Co istotne, doniesienia badawcze mówią o tym, iż teoria wewnętrznej aktywności dialogowej nie wiąże aktywności dialogowej *stricto* z konkretnymi cechami osobowościowymi, ale z zaangażowaniem w relacje z „innym”, co zdaje się być istotną przesłanką w kontekście niniejszej pracy (Puchalska-Wasył i Oleś, 2012).

Jednym z determinantów wystąpienia wewnętrznej aktywności dialogowej zdaje się być niepokój (Oleś i in., 2010). Ponadto, Ja dialogowe ma ujemny związek z nie tylko z samooceną, ale też poczuciem satysfakcji z życia – okazało się, że im wyższa jest samoocena i satysfakcja życiowa, tym mniejsze jest nasilenie wewnętrznej aktywności dialogowej (Oleś, 2011). Wrażliwość emocjonalna, mająca związek ze słabszym autonomicznym układem nerwowym, koreluje z nasileniem wewnętrznych dialogów, natomiast zrównoważenie emocjonalne, aktywność, stabilność oraz towarzyskość mogą wewnętrzną aktywność dialogową w znacznym stopniu ograniczać. Znamiennym jest fakt, iż dialogi wewnętrzne nie są powiązane z uczuciami pozytywnymi (Oleś i in., 2010). Doniesienia te mogą sugerować, iż schematy dezadaptacyjne są predyktorami wewnętrznej aktywności dialogowej. Schematy dezadaptacyjne determinują bowiem sposób doświadczania emocji (Young, 1999; Young i in., 2014).

Jak wskazują badania, dialogowe Ja ma dodatni związek z przywiązaniem lękowym, ujemny natomiast z unikowym. Świadczy to o tym, iż niepewność i lęk związany z nawiązywaniem relacji interpersonalnych sprzyja dialogowości wewnętrznej, a konkretnie dialogom ruminacyjnym (Oleś, 2012). Co istotne, niepewność w kontaktach blokuje wystąpienie określonego rodzaju dialogowości wewnętrznej (poza dialogami ruminacyjnymi), w szczególności dialogów wspierających oraz przyjmowaniu punktu widzenia (Oleś i in., 2010). Dialogowość wewnętrzna, szczególnie integrująca (nie kontrastująca), wpływa pozytywnie na samoocenę i stan emocjonalny. Jest to powiązane z wysoką złożonością Ja, powoduje przyrost emocji pozytywnych, obniża emocje negatywne, przyczyniając się tym samym do poprawy samooceny rozumianej jako stan (Borawski, 2011). Dialogi kontrastujące (mające swój odpowiednik w dialogach ruminacyjnych i dysocjacyjnych), polegające na konfrontowaniu ze sobą antagonistycznych punktów widzenia, korelują dodatnio z poczuciem osamotnienia i lękiem (Oleś, 2012). Co więcej, związek pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a samooceną i poczuciem satysfakcji z życia okazuje się być ujemny, oznacza to, że im wyższa jest samoocena i satysfakcja życiowa, tym nasilenie dialogowości wewnętrznej jest mniejsze (Oleś, 2011). Ponadto, wczesne schematy dezadaptacyjne związane są w sposób

negatywny z poczuciem sensu i szczęścia, wynikającego z posiadania satysfakcjonujących, nacechowanych zażyłością emocjonalną relacji społecznych (Gubernak i in., 2018).

Badania mające na celu sprawdzenie, które cechy osobowości (*NEO-PI-R*) mają związek z wystąpieniem wewnętrznych dialogów, a które w większym stopniu determinują wewnętrzne monologi (definiowane jako sytuacja, w której aktywna jest tylko jedna pozycja Ja, druga zaś jest jedynie cichym słuchaczem) wykazały, że osoby preferujące wewnętrzne dialogi uzyskują wyniki wyższe w skali Otwartości oraz jej komponentach (Fantazji, Estetyce i Uczuciach), Samoświadomości jako składnika neurotyzmu, natomiast niższe w Asertywności jako składnika Ekstrawersji niż osoby preferujące monologi wewnętrzne (Puchalska-Wasył, 2006, 2011). Ja dialogowe ma ujemny związek z integracją tożsamości – osoby o mniejszej integracji tożsamości mają większą aktywność dialogową, niż osoby o zintegrowanej i pewnej tożsamości (Talik i Bąk, 2011). Potwierdza to tezę Hermansa (Hermans i Hermans-Konopka, 2010), iż dialogowości wewnętrznej sprzyja niepewność, w tym przypadku również niepewność tożsamości. Także nieśmiałość jest czynnikiem determinującym wystąpienie dialogowości wewnętrznej, zwłaszcza pojawienia się dialogów ruminacyjnych i wspierających (Oleś, 2011). Analizując powyższe doniesienia badawcze przypuszcza się, iż **H1: Istnieje związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych a nasileniem dialogowania wewnętrznego u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami osobowości z nim współwystępującymi. Im większe nasilenie schematów dezadaptacyjnych (z grupy „Uszkodzenie granic”) u więźniów tym niższe nasilenie dialogowania wewnętrznego kontrastującego (dialogi dysocjacyjne, ruminacyjne) i integrującego (czysta aktywność dialogowa, dialogi tożsamościowe, wspierające, symulacja dialogów społecznych, przyjmowanie punktu widzenia). Im większe nasilenie schematów dezadaptacyjnych (z grup „Rozłączenie i odrzucenie”, „Osłabiona autonomia i brak dokonań”, „Ukierunkowanie na innych”, „Nadmierna czujność i zahamowanie”) u osób osadzonych tym wyższe nasilenie dialogowania wewnętrznego kontrastującego (dialogi dysocjacyjne, ruminacyjne) i integrującego (czysta aktywność dialogowa, dialogi tożsamościowe, wspierające, symulacja dialogów społecznych, przyjmowanie punktu widzenia).**

H₂. Związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym więźniów jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja.

W niniejszej pracy przyjęto, że dostępność standardów poza-Ja (przyjmowania perspektywy innej osoby) wyjaśnia istnienie zależności między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym. Przypuszcza się, że większa dostępność standardów poza-Ja idzie w parze z większą możliwością stawiania siebie w perspektywie kogoś innego i "rozmawiania z nim". Wyższa dostępność standardów poza Ja prawdopodobnie oznacza wyższą skłonność do dialogowania wewnętrznego.

Górecka i Szuster (2011) przyjmują istnienie „indywidualnej właściwości”, która kształtuje się podczas rozwoju poznawczego i społecznego człowieka. Właściwość tę nazywają „*dostępnością perspektywy innego*”. Społeczne przyjmowanie perspektywy jest terminem szerokim mającym wiele wspólnego z pojęciem decentracji. Przyjmować perspektywę drugiej osoby oznacza zdolność „oderwania się” od własnej perspektywy, tj. „wyjście poza Ja” i próba zrozumienia tego, co mogą myśleć, czuć, wiedzieć inni. W ujęciu Góreckiej i Szuster (2011), społeczne przyjmowanie perspektywy nie jest aktem, a tendencją. Jest to skłonność do uwzględniania punktu widzenia innego człowieka.

Zdolność do przyjmowania perspektywy (dostępność standardów poza-Ja) zdaje się być istotnie powiązana z możliwościami w zakresie wewnętrznej aktywności dialogowej, która oznacza zdolność do reprezentowania w myślach drugiej osoby bądź grupy, przyjmującej formę wyimaginowanego odbiorcy. Jak już wspomniano, podczas wewnętrznego dialogu z wyobrażonym partnerem, stajemy się niejako nim samym. Niezgodność między własnym punktem widzenia, a punktem widzenia „innego”, która zazwyczaj związana jest z przeżywaniem napięcia, staje się zminimalizowana, dzięki dochodzeniu do pewnego konsensusu. Jednak, aby do tej zgody mogło dojść konieczne jest pojawianie się decentracji, a tym samym przyjmowania perspektywy drugiego człowieka (Oleś, 2012).

Jak pokazują badania, myślenie człowieka dorosłego ma charakter dialektyczny (Sternberg i in., 2001), co oznacza, że kreuje on w myślach różne punkty widzenia, rozważa ich następstwa, dokonuje argumentacji i kontrargumentacji, szuka rozwiązań. Adaptacyjność dialogowości wewnętrznej wiąże się ze rozumieniem innych. Dialogi wewnętrzne są adaptacyjne tylko wtedy, gdy sprzyjają decentracji, a tym samym są katalizatorem przyjmowania odmiennych punktów widzenia. Dialogowość wewnętrzna służy także samoregulacji i kontroli, pozwala na przewidywanie skutków podjętych

działań poprzez zdolność zmiany punktów widzenia oraz symulowanie reakcji innych (Oleś, 2012).

Nie zawsze jednak dialogi wewnętrzne będą miały charakter adaptacyjny. Nieadaptacyjność dialogowości wewnętrznej przejawiać się będzie w blokowaniu aktywności życiowej lub jej całkowitej modyfikacji przez nadmiar wrażliwości. Ponadto działania człowieka pozbawione będą otwartości i chęci poszukiwania, przyczyniając się tym samym do umocnienia jednego punktu widzenia oraz dokonując utrwalenia fałszywych przekonań. Deadaptacyjne będą również dialogi ruminacyjne, które służą rozpamiętywaniu przykrych przeżyć. Także przewaga jednej pozycji Ja nad innymi ma znamiona dezadaptacyjności (Oleś, 2012). Istotną kwestią jest świadomość istnienia odmiennego punktu widzenia. Świadomość ta pozwala bowiem na przewidywanie w jaki sposób osobiste poglądy, ekspresja, zachowania zostaną przyjęte i zinterpretowane przez osoby postronne. Co więcej, świadomość istnienia odmiennego punktu widzenia determinuje, kto jest adresatem wewnętrznego komunikatu, umożliwia też zmianę własnego punktu widzenia na inny. Umiejętność zmiany punktu widzenia pozwala człowiekowi spojrzeć na dotyczący go problem w innym kontekście, umożliwia np. dokonanie oceny wyboru podjętej pracy z perspektywy własnej oraz najbliższych. Osoby dysponujące właściwościami umożliwiającymi zmianę punktu widzenia, potrafią przyjmować perspektywę wyimaginowanego krytyka oraz wcielać się w inne pozycje wewnętrznego interlokutora i np. „bić się z myślami”, dzięki czemu dokonują wieloaspektowej oceny sytuacji (Oleś, 2012). Ponadto wykazano, że z dialogowością wewnętrzną wiąże się empatia. Dzięki traktowaniu drugiego człowieka jako potencjalnego towarzysza do wewnętrznego dialogu, możliwe jest przejście jego punktu widzenia oraz prowadzenie wewnętrznego dialogu (Oleś i in., 2010).

Duże znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania człowieka ma istnienie świadomości jednostki, co do dostępu do różnych pozycji Ja właściwych w kontekście okolicznościowym. Osoba funkcjonująca w sposób prawidłowy rozumie, że doświadczając i reagować może na różne sposoby w zależności od wymogów sytuacyjnych. Umiejętność ta nazywana jest giętkością Ja, która polega na płynnym przechodzeniu między pozycjami Ja, czyli sposobami wartościowania zdarzeń (Hermans i Hermans-Jansen, 2000). Giętkość Ja wiązać będzie się ze zdolnością przyjmowania różnych punktów widzenia i konfrontowania ich. Wszystkie pozycje Ja osoby zdrowej (posiadającej zróżnicowane i zarazem zintegrowane struktury Ja, cechującej się giętkością) mogą być obdarzone głosem, nawet te związane z doświadczaniem negatywnych stanów

afektywnych, jeśli wymaga tego sytuacja. Ludzie o giętkim Ja zdolni są do empatii, elastyczności, adekwatnego zachowania czy doświadczania różnych przeżyć (Gabińska i in., 2012). Oleś (2009b) podkreśla, iż cechą znaną dla dialogowej tożsamości jest sposobność negocjowania oraz integrowania odmiennych punktów widzenia istotnych dla jednostki kwestiach życiowych. Jeśli dialogowość wewnętrzna jest adaptacyjna (zdrowa), osoba dialogująca będzie przyjmować wyobrażeniowo różne stanowiska w stosunku do danego zdarzenia oraz dokonywać ich konfrontacji (Oleś i Brygoła, 2011).

Oleś i Brygoła (2011) zaznaczają, że zaburzenia zdrowia są związane nie tyle z brakiem dialogowości wewnętrznej, co z ograniczeniem ogólnej predyspozycji do dialogowania. Czasowe zaniki dialogów wewnętrznych nie są symptomem zaburzenia. Dopiero stała nieobecność lub ograniczenie dialogowości jest sygnałem ostrzegawczym, doprowadza ona bowiem do niemożności uwzględnienia różnych punktów widzenia a tym samym podejmowania decyzji.

Hermans (2002) mówiąc o Ja dialogowym, posługuje się sformułowaniem „społeczności umysłu”. Jest to metafora niezwykle trafna, ukazuje bowiem dynamikę relacji w systemie Ja, w skład którego wchodzi różnorakie punkty widzenia oraz wyrażające je głosy. Głosy te podobne są do relacji społecznych, zawierają się w nich głosy wewnętrzne Ja, określane jako własne (np. „Ja zezłoszczony” kontra „Ja spokojny”) oraz głosy symulujące lub będące powtórzeniem głosów społecznych (np. głos krytycznego nauczyciela). Fundamentem takiej aktywności jest świadomość, iż istnieją inne (niż własny) punkty widzenia nierzadko kontrastowe, ujmujące spojrzenie na dany problem czy okoliczność całkowicie inaczej. Jak już wspomniano, samo pojęcie wewnętrznej aktywności dialogowej sugeruje, że dany człowiek przyjmuje naprzemiennie przynajmniej dwa różne punkty widzenia, a jego wypowiedzi wywodzą się z tych punktów widzenia i wzajemnie się do siebie odnoszą (Puchalska-Wasył, 2015; Hermans i Hermans-Jansen, 1995).

Brak dialogowych relacji wewnątrz Ja staje się determinantem ubogiej oraz ograniczonej autorefleksji. Osoby niedialogujące mają ograniczoną zdolność rozumienia i kontaktowania się z innymi ludźmi, nie mają również możliwości dokonywania konfrontacji i dyskusji o sprzecznych informacjach o sobie samych. Jest to konsekwencja braku partnera w dialogu wewnętrznym, kiedy to brakuje odpowiedniej reprezentacji wewnątrz Ja. U osób takich nie występuje zjawisko wewnętrznej dyskusji (Gadamer, 2003; Markova, 2003; Hermans, 2008), dlatego też przyjęto iż, **H2: Związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym osób osadzonych**

w zakładzie karnym jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja.

H₃. Rodzaj zaburzenia osobowości moderuje efekt schematów dezadaptacyjnych na dostępność standardów Ja – poza Ja oraz moderuje efekt dostępności standardów Ja – poza Ja na poziom dialogowania wewnętrznego.

Mówiąc o skłonnościach do wewnętrznej aktywności dialogowej oraz jej związku z występowaniem standardów Ja oraz standardów poza Ja (czyli skłonnością do przyjmowania perspektywy innych osób), warto zastanowić się czy rodzaj zaburzenia osobowościowego może być moderatorem tych zjawisk. Na przykład osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości są jednostkami impulsywnymi, nieodpowiedzialnymi, prezentującymi postawę hedonistyczną (DSM-5, 2013). Osoby takie rzadko odczuwają wyrzuty sumienia lub poczucie winy, mają ograniczoną empatię oraz przejawiają trudności w przyjmowaniu perspektywy drugiego człowieka, mimo często prawidłowo rozwiniętej inteligencji. Posiadają zdolność mimicznego wyrażania stanów emocjonalnych, jednak ich związki społeczne i interpersonalne mają charakter powierzchowny (Hare, 1980, 2003). Osoby te opisuje się jako nieodpowiedzialne, niezdolne do prawidłowego rozpoznawania intencji, celów, posiadające braki w prawidłowym odczytywaniu sytuacji afektywnych (Gawda, 2015). Możemy przypuszczać, iż standardy dostępności poza-Ja u osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości będą mało rozwinięte, a przez to ich wewnętrzna aktywność dialogowa może być uboga.

Na zubożoną refleksyjność, a tym samym prawdopodobnie dialogowość wewnętrzną osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości wskazuje także chłód emocjonalny, który związany jest z deficytami w doświadczaniu takich emocji jak poczucie winy czy współczucie. Osoby takie nie rozumieją cierpienia innych, dlatego też tak łatwo przychodzi im znęcanie się psychiczne i fizyczne. Nierzadko maskują swój brak skrępowań i empatii poprzez stosowanie określonego rodzaju komunikacji słownej (Gawda, 2022). Koncentracja na własnych potrzebach i doświadczeniach ogranicza możliwość wczucia się w położenie lub stany emocjonalne innych osób (Millon i in., 2005). Wskazuje się, iż osoby antyspołeczne umieją rozpoznawać emocje i potrzeby innych ludzi, nie potrafią jednak wyobrazić sobie, co może czuć druga osoba (Gawda, 2023). Ludzie o takim rysie osobowościowym cechują się silną koncentracją na własnej osobie, słabymi zdolnościami empatycznymi oraz wykazują trudności w przyjmowaniu

punktu widzenia innych ludzi (Beck i in., 2015). Nieumiejętność wczuwania się w pozycje innych, a także przyjmowania perspektywy innej niż własna sugeruje niską refleksyjność i w konsekwencji niski poziom dialogowości wewnętrznej (Hare, 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Millon i in., 2005). Badania pokazują, iż u osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości występują następujące schematy dezadaptacyjne: (1) deprywacji emocjonalnej, (2) izolacji społecznej, (3) porzucenia/niestabilności więzi, (4) wadliwości/wstydu, (5) zahamowania emocjonalnego, (6) nieufności/skrzywdzenia, (7) podporządkowania się, (8) podatności na zranienie lub zachorowania, (9) roszczeniowości/wielkościowości (Özdel i in., 2015). Wydaje się zatem interesujące, w jaki sposób obecność takich schematów dezadaptacyjnych powiązana jest z dialogowością wewnętrzną u tych osób. Co więcej, powszechność schematów z domeny Uszkodzonych granic w tym typie zaburzeń osobowości, może sugerować, iż dostępność standardów poza-Ja będzie w tej grupie badanej obniżona, jednak kwestia ta wymaga wyjaśnienia z uwagi na występowanie również innych schematów dezadaptacyjnych w zaburzeniu antyspołecznym.

Podobne zależności mogą wystąpić w przypadku narcystycznego zaburzenia osobowości. Badania pokazują, iż istnieją dwa podtypy narcyzmu – wielkościowy i wrażliwy (Ronningstam, 2005, 2012). Z uwagi na specyfikę grupy badanej, jaką są osoby osadzone w zakładach karnych, przewiduje się, iż występować będą u nich cechy osobowości narcystycznej podtyp wielkościowy, który charakteryzuje się zawyżonym poczuciem własnej wartości, agresją oraz dominacją. Osoby narcystyczne będą przeceniać swoje możliwości czy umiejętności, nie doceniając jednocześnie innych ludzi. Ponadto mają poczucie wyjątkowych uprawnień, budząc tym dezorientację u otoczenia (Exline i in., 2004). Osoby z narcystyczną osobowością przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym, polegające na problemach z odczuwaniem empatii czy rozpoznawaniem uczuć i potrzeb innych ludzi. Mają zaburzoną zdolność przyjmowania perspektywy innych osób, a ich relacje są powierzchowne i pozbawione głębszych uczuć, służą jedynie podtrzymaniu ich samooceny oraz zaspokajaniu własnych potrzeb (Gościński, 2017). Mogą także przejawiać skłonność do przeceniania lub niedoceniania własnego wpływu na zachowania innych, nie preferują też autentycznego zainteresowania doświadczeniami otaczających je osób (Krizan i Herlache, 2017; Millon i in., 2005). O nieumiejętności przyjmowania perspektywy innych ludzi przez osoby narcystyczne mówił także Rasmussen (2005), podkreślając, iż nie są one zdolne do ujęcia rzeczywistości z innego punktu widzenia niż własny, cechując się jednocześnie wysoką skłonnością do

działań odwetowych i nadmiernej krytyki w sytuacji, gdy nie zdobędą odpowiedniej aprobaty i uznania. Co więcej, ludzie z osobowością narcystyczną cechują się nadmiernym koncentrowaniem na własnej osobie (Gościński, 2017), dlatego też możemy przypuszczać, iż osoby takie, nie potrafiąc przyjąć perspektywy innych, będą miały niższą refleksyjność, niższy poziom standardów poza-Ja, a co za tym idzie niższe natężenie wewnętrznej dialogowości. Przypuszczenia te uzasadnia też główna charakterystyka osobowości narcystycznej, do której należy poczucie wielkościowości, nadmierna koncentracja na sobie, brak empatii oraz brak zainteresowania osobami postronnymi (ich uczuciami i położeniem) (DSM-5, 2018). Mimo, iż osoby narcystyczne posiadają olbrzymią potrzebę uznania i aprobaty, pragną też być kochane i podziwiane przez innych, nie występuje u nich uczucie wdzięczności. Pochwały traktują jako coś oczywistego i należnego im (Kernberg, 1970b, 1974, 2002).

Innym zaburzeniem osobowości, ważnym z punktu widzenia niniejszej rozprawy jest osobowość typu borderline, często współwystępująca z antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Gawda, 2018c; Gawda i Czubak, 2017; Widiger i Trull, 1993). Zaburzenie to jest ujmowane jako trwały wzorec niestabilności interpersonalnych, obrazu siebie, afektu oraz impulsywności, ujawniający się w okresie dorastania, ulegający utrwaleniu w wieku wczesnej dorosłości (Hooley i in., 2012). Zaburzenia w zakresie obrazu siebie i funkcjonowaniu Ja obejmują zubożony, niepełny bądź niestabilny obraz siebie. Osoby z rysami osobowości typu borderline są dla siebie bardzo krytyczne, cechują się chronicznym odczuwaniem pustki (DSM-5, 2018). Zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym dotyczą zubożonej zdolności rozpoznawania uczuć oraz potrzeb innych ludzi, co wiąże się z interpersonalną nadwrażliwością osób z zaburzeniem osobowości typu borderline. Osoby takie mają zaburzoną percepcję innych, przypisując im negatywne cechy (DSM-5, 2018). Często też skupione na własnych przeżyciach wewnętrznych, nie potrafią przyjąć perspektywy innych osób. Ciekawą kwestią zdaje się być wewnętrzna aktywność dialogowa osób z typem osobowości borderline. Jak pokazują badania, Ja dialogowe ma ujemny związek z integracją tożsamości – osoby o mniejszej integracji tożsamości mają większą aktywność dialogową niż osoby o zintegrowanej i pewnej tożsamości (Oleś, 2011). Potwierdza to tezę Hermansa (Hermans i Hermans-Konopka, 2010), iż dialogowości wewnętrznej sprzyja niepewność, w tym przypadku również niepewność tożsamości. Motywacja do prowadzenia wewnętrznych dialogów wynika z niepewności w relacjach z ludźmi oraz niejasności i niepewności w zakresie samowiedzy i/lub samooceny (Hermans i Hermans-Konopka, 2010; Oleś i in., 2010). Także nieśmiałość

jest czynnikiem determinującym wystąpienie dialogowości wewnętrznej, zwłaszcza pojawienie się dialogów ruminacyjnych i wspierających (Oleś, 2011). Biorąc pod uwagę powyższe można przypuszczać, iż dialogowość wewnętrzna ruminacyjna czy konfrontująca u osób o tym typie osobowości będzie podwyższona. Z drugiej strony skłonność do nadmiernej koncentracji na własnych odczuciach, trudności z przyjmowaniem perspektywy innych osób, sugerują, że dialogowość integrująca w osobowości borderline będzie obniżona. Ponadto niektóre zaburzenia psychiczne blokują pojawianie się mowy wewnętrznej; na przykład dialogowość wewnętrzna jest znacznie ograniczona w depresji (Oleś, 2011). Warto odnotować, że depresja jest zaburzeniem współwystępującym z zaburzeniem osobowości borderline. Kwestia ta wymaga eksploracji i wyjaśnienia. Interesujące wydaje się również pytanie o moderującą rolę zaburzenia osobowości borderline na efekt schematów dezadaptacyjnych na dostępność standardów Ja – poza Ja, z uwagi na różnorodność schematów dezadaptacyjnych powszechnych w tym zaburzeniu osobowości (Bach i Farrell, 2018; Flink i in., 2018). Okazuje się bowiem, iż zaburzeniu borderline powszechne są zarówno schematy mogące sprzyjać przyjmowaniu perspektywy innej osoby, jak i te, które mogą obniżać tę skłonność. W związku z powyższym przypuszcza się, iż **H3: Rodzaj zaburzenia osobowości moderuje relację pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dostępnością standardów Ja – poza Ja oraz pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja i dialogowaniem wewnętrznym.**

Podsumowując, należy podkreślić, iż dialogowość wewnętrzna cechuje się co najmniej dwiema ogólnymi funkcjami: paliatywną i transgresyjną. Funkcja paliatywna (obronna) opiera się na dążeniu do wniknięcia w myśli i poglądy innych ludzi, w celu poznania ich opinii (o samym sobie), by ubiec ich negatywne reakcje, czy też zrozumieć skąd wynika ich krytyczne nastawienie względem siebie. Wnioski te można wysunąć na podstawie badań nad powiązaniem wewnętrznej aktywności dialogowej z neurotycznością, emocjami negatywnymi oraz lękowym stylem przywiązania. Funkcja transgresyjna (rozwojowa) natomiast, związana jest z wychodzeniem poza egocentryczną perspektywę Ja, umożliwia empatyczne spojrzenie na innych, pozwala na poznawanie i odkrywanie nowych idei, kształtowanie własnej tożsamości, poprzez otwieranie jednostki na relacje, nawiązywanie kontaktów i zmiany, co oparte na powiązaniu dialogowości z otwartością na zmiany oraz empatią (Oleś, 2009a; Oleś, 2012; Oleś i in., 2010). Z uwagi

na te właśnie funkcje dialogowość wewnętrzna osób z zaburzeniami osobowości może przyjmować zróżnicowaną postać.

6.3. Badane zmienne i ich operacjonalizacja

Zmienną wyjaśniającą w badaniu są schematy dezadaptacyjne, zmienną wyjaśnianą z kolei, dialogowość wewnętrzna osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami współwystępującymi. Moderatorem jest rodzaj zaburzenia osobowości, mediatorem zaś dostępność standardów Ja i poza-Ja.

Wskaźnikami zmiennej wyjaśniającej (schematów dezadaptacyjnych) są wysokie wyniki w obszarach **Rozłączenia i Porzucenia** (do którego włączamy podskale: Deprywacji emocjonalnej, Porzucenia, Nieufności/Skrzywdzenia, Izolacji społecznej, Wadliwości/Wstydu); **Oslabionej autonomii** (do której zaliczamy podskale: Porażki, Zależności/Braku kompetencji, Podatności na zranienie, Uwikłania emocjonalnego); Obszaru **Ukierunkowania na innych** (gdzie zaliczamy Podskale: Podporządkowania, Samopoświęcenia, Poszukiwania aprobaty); Obszaru **Nadmiernej czujności i zahamowania** (do którego włączamy podskale: Zahamowania emocjonalnego; Bezwzględnych standardów/Bezlitosnych norm; Pesymizmu; Samokarania); niskie wyniki w obszarze **Uszkodzonych Granic** (do których zaliczamy podskale: Roszczeniowość/Wyższość, Niewystarczająca samokontrola).

Wskaźnikami zmiennej wyjaśnianej (dialogowości wewnętrznej) będzie wynik w skali **Wewnętrzna aktywność dialogowa**, oraz wyniki w podskalach: Czysta aktywność dialogowa; Dialogi tożsamościowe; Dialogi wspierające; Dialogi ruminacyjne; Dialogi dysocjacyjne; Symulacja dialogów społecznych; Przyjmowanie punktu widzenia.

W celu bardziej przejrzystego zobrazowania badanych zmiennych, zaprezentowano je również w tabeli poniżej.

Tabela 1

Badane zmienne

Zmienne wyjaśniające (predyktory)	Zmienne wyjaśniane
Wczesne schematy dezadaptacyjne	Dialogowość wewnętrzną
Domena Rozłączenie i Porzucenie: Deprywacja emocjonalna, Porzucenie, Nieufność/Skrzywdzenie, Izolacja społecznej, Wadliwość/Wstyd,	Czysta aktywność dialogowa, Dialogi tożsamościowe, Dialogi wspierające, Dialogi ruminacyjne, Dialogi dysocjacyjne, Symulacja dialogów społecznych, Przyjmowanie punktu widzenia.
Domena Osłabiona autonomia: Porażka, Zależność/Brak kompetencji, Podatność na zranienie/chorobę, Uwikłanie emocjonalne,	
Domena Ukierunkowanie na innych: Podporządkowanie, Samopoświęcenie, Poszukiwanie aprobaty,	
Domena Nadmierna czujność i zahamowanie: Zahamowanie emocjonalne, Bezwzględne standardy/Bezlitosne normy, Pesymizm, Samokaranie,	
Domena Uszkodzone Granice: Roszczeniowość/Wyższość, Niewystarczająca samokontrola.	
Moderatory (zmienne dychotomiczne w analizie moderacji)	Mediator
Rodzaj zaburzenia osobowości: Antyspołeczne zaburzenie osobowości	Dostępność standardów Ja – poza Ja Wynik w kwestionariuszu „Wpadek w górach”
Wynik w SCID-5 (występuje/nie występuje)	

Narcystyczne zaburzenie osobowości
Wynik w SCID-5 (występuje/nie występuje)
Zaburzenie osobowości typu borderline
Wynik w SCID-5 (występuje/nie występuje)
**Moderatory (zmienne ilościowe
w analizie regresji)**
Antyspołeczne zaburzenie osobowości
Poziom nasilenia zgodnie z SCID-5
Narcystyczne zaburzenie osobowości
Poziom nasilenia zgodnie z SCID-5
Zaburzenie osobowości typu borderline
Poziom nasilenia zgodnie z SCID-5

6.4. Charakterystyka metod badawczych

Badania miały charakter samoopisowy i polegały na wypełnieniu przez osoby osadzone w zakładach karnych pięciu kwestionariuszy. Trzy narzędzia wypełniane były samodzielnie przez osoby osadzone, narzędzie SCID-5 oraz Skala MMSE, były wypełniane przy współdziałaniu osoby badanej i badacza. Kwestionariusz SCID-5 pozwolił na dokonanie diagnozy zaburzeń osobowości, Skala MMSE posłużyła wyłonieniu osób bez dysfunkcji mózgowych. Poniżej zaprezentowano charakterystykę narzędzi badawczych. Pierwszym zastosowanym narzędziem była:

SKALA MINIMENTAL - Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), autor: Folstein, w polskiej adaptacji Stańczak (2010)

MMSE zawiera 30 pytań/zadań, które umożliwiają badaczowi na ilościową ocenę różnorodnych aspektów w funkcjonowaniu poznawczym osób badanych. Obszarami poddanymi ocenie są: Orientacja w czasie, Orientacja w miejscu, Zapamiętywanie, Uwaga i liczenie, Przypominanie, Nazywanie, Powtarzanie, Rozumienie, Czytanie, Pisanie i Rysowanie. Badania kliniczne nad skalą, prowadzone były w odniesieniu do osób chorych z diagnozą otępienia i łagodnych zaburzeń poznawczych, choroby Parkinsona, depresji, zaburzeń nastroju o podłożu organicznym, schizofrenii, padaczki, cukrzycy (Staćzak, 2010).

Rzetelność narzędzia określana jest jako wysoka – występuje wysoka zgodność wewnętrzna dla całej próby klinicznej (zróznicowane współczynniki dla poszczególnych grup osób chorych; współczynnik alfa Cronbacha w przedziale 0,31-0,96) oraz bardzo wysoka stabilność wyników określona na podstawie dwukrotnego badania w odstępie od trzech dni do powyżej dziewięciu tygodni (współczynnik korelacji Pearsona w zakresie 0,38-0,99). Niższe współczynniki uzyskano w próbie osób zdrowych (Stańczak, 2010). W badaniu własnym rzetelność była odpowiednia; alfa Cronbacha = 0,703.

Kolejnym wykorzystanym kwestionariuszem był:

SCID-5-PD Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości (SCID-5-SPQ)

Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości według DSM-5 (SCID-5-PD) jest to wywiad diagnostyczny półustrukturalizowany, stosowany przez klinicystów i badaczy. Narzędzie służy diagnozie dziesięciu zaburzeń osobowości (wiązki A, B i C) uwzględnionych w DSM-5 (First i in., 2016).

Dzięki SCID-5 możliwa jest diagnoza cech zaburzeń osobowości:

- Unikowego zaburzenia osobowości
- Zależnego zaburzenia osobowości
- Obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości
- Paranoicznego zaburzenia osobowości
- Schizotypowego zaburzenia osobowości
- Schizoidalnego zaburzenia osobowości
- Histrionicznego zaburzenia osobowości
- Narcystycznego zaburzenia osobowości
- Zaburzenia osobowości typu borderline (graniczne)
- Antyspołecznego zaburzenia osobowości

Z uwagi na specyfikę pracy zdecydowano się zastosować Przesiewowy Kwestionariusz Osobowości SCID-5-SPQ, będący skróconą wersją SCID-5-PD, które jest narzędziem samoopisowym przeznaczonym dla pacjentów lub osób badanych. SCID-5-SPQ wykorzystywany jest w badaniach przesiewowych, czas jego wypełnienia zajmuje osobie badanej około 20 minut. Zarówno SCID-5-PD, jak i jego skrócona wersja SCID-5-SPQ są rzetelnym narzędziem, umożliwiającym przeprowadzenie trafnej i precyzyjnej diagnozy zaburzeń osobowości (First i in., 2016). Mimo przeprowadzenia wielu badań potwierdzających rzetelność i trafność poprzedniej wersji niniejszego narzędzia SCID-II

dla DSM-III-R oraz SCID-II dla DSM-IV, w momencie przeprowadzania niniejszych badań, brakowało danych dotyczących rzetelności i trafności SCID-5 dla DSM-5. Rzetelność dla poszczególnych zaburzeń osobowości określono przez współczynnik kappa, który jest statystyką przyjmującą poprawkę z uwagi na przypadkową zgodność. Współczynnik kappa powyżej 0,70 wskazuje na dobrą zgodność; między 0,50 a 0,70 na przeciętną, natomiast poniżej 0,50 słabą. Wartości współczynnika kappa dla poszczególnych zaburzeń osobowości plasują się następująco (Lobbestael i in., 2011): dla unikowego, obsesyjno-kompulsywnego, zależnego zaburzenia osobowości powyżej 0,80, dla borderline 0,91, natomiast antyspołecznego 0,78. Dla zaburzenia paranoidalnego, schizotypowego, schizoidalnego, histrionicznego i narcystycznego opracowano zgodność diagnostyczną dla oceny profilowej zaburzeń osobowości przy wykorzystaniu współczynnika korelacji wewnątrzklasowej (ICC). Autorzy zaznaczają (First i in., 2016), że aby obliczyć współczynnik kappa, prawdopodobieństwo populacyjne musi znajdować się powyżej minimalnego progu. ICC (dla cechy, czyli liczby pozytywnie ocenionych kryteriów w danym zaburzeniu) dla zaburzenia paranoidalnego wynosi 0,85; schizotypowego 0,62; schizoidalnego i histrionicznego powyżej 0,70; dla narcystycznego natomiast 0,67. Należy zaznaczyć, iż w przypadku osób, u których występują zaostrzone objawy zaburzeń (np. u osób hospitalizowanych) SCID-5-PD wykazuje większą rzetelność niż u osób z objawami łagodnymi oscylującymi w granicach normy (First i in., 2016). W badaniu własnym rzetelność była odpowiednia; wartość alfa Cronbacha wynosiła dla poszczególnych zaburzeń powyżej 0,700.

Kolejno badani poproszeni zostali o wypełnienie:

Kwestionariusza Schematów Younga (J. Young Schema Questionnaire, YSQ – S3, w adaptacji J. Oettingen, 2017)

Kwestionariusz ten bada 18 wczesnych schematów dezadaptacyjnych, składa się z 90 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się na sześciostopniowej skali Likerta (1 to twierdzenie „zupełnie nieprawdziwe”, 6 – „doskonale mnie opisuje”). W kwestionariuszu zawarte są zdania dotyczące przekonań osoby badanej na własny temat, na temat świata, relacji z innymi, uwzględniony został także aspekt emocjonalny. Wszystkie twierdzenia skonstruowane zostały na podstawie doświadczenia klinicznego w kontakcie z osobami z zaburzeniami osobowości. Bazując na wypowiedziach tych osób dotyczących ich funkcjonowania w relacjach z osobami znaczącymi (rodzicami/opiekunami) w okresie dzieciństwa, a także powtarzających się w dorosłości,

dokonano ujęcia przekonań o sobie i świecie. Twierdzenia te, będące odwołaniem do przeświadczeń i odczuć, tłumaczą dane cechy zachowania, przypisywane konkretnym zaburzeniom osobowości. Opisywana metoda pozwala odpowiedzieć na pytanie, skąd biorą się określone dysfunkcjonalne zachowania. Zakres teoretyczny wyników dla schematu wynosi 5-30, dla całej skali 90 – 540. Im wyższe wyniki, tym siła przekonań tworzących schemat jest wyższa, a schemat sztywniejszy. Autorką polskiej adaptacji jest Justyna Oettingen (2017), dysponująca prawami do skali. Współczynnik alfa-Cronbacha mierzący rzetelność skali wyniósł 0,513 w przypadku schematu Wielkościowego, wartości te, dla pozostałych schematów oscylowały od 0,619 dla Podporządkowania do 0,836 dla Utraty zaufania. Wartości Composite Reliability (CR) wahają się między 0,680 dla Wielkościowości do 0,884 dla Utraty zaufania. Powyższe wskaźniki pozwalają przyjąć, że narzędzie jest rzetelne (Oettingen i in., 2017). W badaniu własnym rzetelność była odpowiednia; wartość alfa Cronbacha wynosiła dla skali ogólnej 0,784.

Kolejnym wypełnianym przez osoby badane kwestionariuszem była:

Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD), autor: Piotr K. Oleś

Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej ma formę kwestionariusza, jest metodą należącą do osobowościowych metod psychologicznych (Oleś, 2009a). Wykorzystywać można ją do badania osób od 16 roku życia, o średnim lub wyższym wykształceniu. Skala składa się 47 twierdzeń, przy czym pierwsze pełni rolę bufora, wszystkie pozostałe mają charakter diagnostyczny. Twierdzenia użyte w SWAD pogrupowane są w osiem podskal: Wewnętrzna aktywność dialogowa (WD), Czysta aktywność dialogowa (AD), Dialogi tożsamościowe (DT), Dialogi wspierające (DW), Dialogi ruminacyjne (DR), Dialogi dysocjacyjne (DD), Symulacja dialogów społecznych (SD), Przyjmowanie punktu widzenia (PW).

Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia na skali 5-stopniowej. Przyjmuje się, że im wyższy uzyskany wynik, tym większe natężenie wewnętrznej aktywności dialogowej u danej osoby (Oleś, 2009a; Oleś i in., 2010; Oleś i Brygoła, 2011; Talik i Bąk, 2011). Współczynnik alfa-Cronbacha mierzący rzetelność skali w przypadku Czystej aktywności dialogowej wyniósł 0,76; kolejno dla skali Dialogów tożsamościowych wyniósł 0,82; dla Dialogów wspierających 0,7; w przypadku Dialogów ruminacyjnych 0,69; Dialogów dysocjacyjnych 0,75; natomiast dla Symulacji dialogów społecznych 0,71; dla skali Przyjmowanie punktu widzenia 0,64 (Oleś, 2009a). Zatem w badaniu własnym rzetelność była odpowiednia.

Ostatnim wykorzystanym w badaniach narzędziem był:

Kwestionariusz „Wypadek w górach”, autor: Anna Szuster

Kwestionariusz „Wypadek w górach” (Szuster, 2005) oparty jest na opisie sytuacji osoby, która potrzebuje pomocy. Osoby badane mają na zadanie dokonać wyboru z gotowej listy argumentów i wybrać te, które są im najbliższe, jeśli znalazłyby się w opisanej sytuacji. Przytoczone argumenty są zróżnicowane i optują zarówno przeciwko jak i za udzieleniem pomocy. Argumenty za udzieleniem pomocy podzielone są na takie, które związane są z koncentracją na sobie (standardy Ja – np. „złe bym się czuł, gdybym nie pomógł”) oraz będące wynikiem koncentracji na perspektywie drugiego człowieka (standardy poza Ja – „chłopaka mogło spotkać jakieś nieszczęście”). Różnica liczby wskazanych argumentów skoncentrowanych na Innym i Ja stanowi wskaźnik dostępności standardów poza-Ja. Im większa jest wartość wskaźnika, tym wyższy jest poziom dostępności standardów poza-Ja. Podział na grupy o niskiej i wysokiej dostępności został dokonany w oparciu o medianę rozkładu. Do określenia rzetelności narzędzia, obliczono wskaźnik korelacji dla pomiaru dwukrotnego (w odstępie trzech miesięcy), próba badana dotyczyła 42 osób. Autorka wykazała, iż uzyskany współczynnik korelacji między wynikami obu pomiarów wyniósł $r=0,52$ ($p<0,01$), okazał się więc akceptowalny (Szuster, 2005). W badaniu własnym rzetelność była odpowiednia.

6.5. Procedura badawcza

Grupę badaną stanowiły osoby dorosłe osadzone w Zakładach Karnych. Zdecydowano na badanie grupy osób osadzonych ze względu na dane wskazujące na wysoką częstość występowania zaburzenia antyspołecznego w populacji więźniów płci męskiej (Czubak i Gawda, 2020; Tyrer i in, 2010). Badania przeprowadzono w latach 2021-2022 w Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych w obrębie województwa lubelskiego i podlaskiego. W celach selekcyjnych najpierw dokonano analizy akt osób skazanych biorąc pod uwagę rodzaj popełnionego przestępstwa, wiek, opinie psychologiczno-psychiatryczne (wyselekcjonowano osoby o minimum przeciętnej inteligencji). Następnie osoby badane przebadano Skalą MINIMENTAL w celu wyłonienia osób bez dysfunkcji mózgowych z uwagi na to, iż mają one istotny wpływ na sposób odpowiadania na pytania.

Kolejno, mężczyźni osadzeni w ZK zostali poproszeni o wypełnienie Kwestionariusza Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości według DSM-5 (SCID-5-SPQ), który przeznaczony jest do diagnozy dziesięciu zaburzeń osobowości (wiązki A, B i C) uwzględnionych w DSM-5. SCID-5-PD można stosować do rozpoznawania zaburzeń osobowości i diagnozowania ich w sposób kategoryalny (występuje/nie występuje) lub profilowy. Z uwagi na charakter badań, zastosowano Przesiewowy Kwestionariusz Osobowości SCID-5-SPQ, narzędzie samoopisowe dla badanych. SCID-5-SPQ może służyć do badań przesiewowych, istotnych z punktu widzenia niniejszej pracy. Wypełnienie kwestionariusza zajęło badanym około 20 minut, po których badacz przeprowadził wywiad skupiając się jedynie na twierdzących odpowiedziach osób badanych.

W drugiej części badań, ci sami osadzeni poproszeni zostali o wypełnienie Kwestionariusza Schematów Younga (Young Schema Questionnaire, YSQ – S3), w celu określenia, jakimi schematami dezadaptacyjnymi się charakteryzują. Ostatnia część badań dotyczyła pomiaru dialogowości wewnętrznej osadzonych. Skazani poproszeni zostali o wypełnienie Skali Wewnętrznej Aktywności Dialogowej autorstwa P. Olesia oraz Kwestionariusza „Wypadek w górach” A. Szuster celu określenia ich standardów Ja – poza Ja.

Badanie przeprowadzone zostało w obecności badacza, miało charakter anonimowy, o czym uczestnicy zostali uprzednio poinformowani. W każdym z etapów badań, obecny był badacz, w celu udzielania wsparcia lub wyjaśnienia kwestii niezrozumiałych dla osób badanych.

Metody statystyczne

W celu przeprowadzenia analiz statystycznych zastosowano język programowania R w wersji 4.2.2 oraz środowiska RStudio w wersji 2022.12.0. Za statystycznie istotny przyjęto poziom $\alpha < 0,05$.

W celu opisu wyników uzyskanych przy pomocy kwestionariuszy „Wypadek w górach”, SWAD, SCID-5, YSQ-S3 posłużono się średnią i odchyleniem standardowym, medianą, wskaźnikami kurtozy oraz skośności. W celu oceny rozkładu badanej zmiennej w populacji posłużono się testem Shapiro-Wilka (Yap i Sim, 2011).

Opis danych socjodemograficznych przedstawiono posługując się rozkładami procentowymi oraz medianą.

W celu weryfikacji hipotez posłużono się analizami regresji wielozmiennowej. Zweryfikowano przy tym czy dane spełniały jej założenia, sprawdzając normalność rozkładu reszt modelu (test Shapiro-Wilka, analiza wizualna histogramu oraz wskaźników skośności i kurtozy), zależność liniową między zmiennymi oraz brak obserwacji odstających (analiza wizualna wykresów rozrzutu, odległość Cooka, test Harvey-Collier), homoskedastyczność reszt (test Harrisona-McCabe'a), występowanie nadmiernej korelacji predyktorów (współczynnik współliniowości VIF i Tolerancji) oraz autokorelację składnika resztowego (test Durбина-Watsona). W przypadku moderowanej mediacji przeprowadzono analizy w oparciu o regresje wielozmiennowe. Posłużono się w tym celu macrem Process stworzonym przez Hayes'a. W celu weryfikacji zależności posłużono się w nim modelem numer 58. Do oszacowania parametrów regresji użyto metod bootstrapowych, odpornych na złamanie założenia dotyczącego normalności rozkładu. Bootstrap w każdym przypadku został przeprowadzony w oparciu o 5000 losowań. Analizy przeprowadzono trzykrotnie, z każdym razem dla innego moderatora (zaburzenia anty społeczne, borderline i narcystyczne). Moderator zdefiniowany jest zgodnie z Bedyńską i Książek (2012) jako „*zmienna wchodząca w interakcje z predyktorem. Interakcja ta polega na tym, że relacja między predyktorem a zmienną zależną jest inna, jeśli chodzi o znak i/lub kierunek na różnych poziomach moderatora. Gdy moderator jest dychotomiczny to interakcja wskazuje, że w jednej grupie relacja ma inny kierunek niż w drugiej lub jest silniejsza niż w drugiej*” (Bedyńska i Książek, 2012, s. 128). Na podobne rozumienie moderacji i interakcji zwraca uwagę również Hayes (2018). Ponieważ moderator był dychotomiczny zakodowano go jako -1, gdy dane zaburzenie nie wystąpiło, lub 1 gdy zaburzenie wystąpiło. Zgodnie z zaleceniami Bedyńskiej i Książek (2012) stworzono składnik interakcyjny przemnażając wartości predyktora przez wartości moderatora i włączono do analizy regresji. Samo testowanie mediacji wykonano w klasycznym modelu Barona i Kenny'ego (1986), gdzie poza testowaniem związków pomiędzy predyktorem a mediatorem oraz mediatorem a zmienną objaśnianą, przetestowano bezpośredni związek zmiennej objaśnianej z predyktorem, bez uwzględniania mediatora.

Graficznie wyniki przedstawiano na wykresach rozrzutu, wykresach słupkowych oraz na histogramach.

6.6. Charakterystyka grupy badanych

W celu dokonania charakterystyki osób biorących udział w badaniu, poza narzędziami psychometrycznymi, grupa badanych otrzymała do wypełnienia krótką ankietę socjodemograficzną. W badaniu wzięło udział 182 mężczyzn osadzonych w zakładach karnych. W poniższym podrozdziale przedstawiono charakterystykę badanych osób osadzonych w zakładach karnych pod względem wieku, stanu cywilnego wykształcenia, liczby wyroków oraz rodzaju popełnionego przestępstwa.

W tabeli 2 przedstawiono wiek badanych osób.

Tabela 2

Wiek osób badanych

Zmienna wiek	20-30 lat	31-40 lat	41-50 lat	powyżej 50	Mediana
N (%)	44 (24,18%)	68 (37,36%)	51 (28,02%)	19 (10,44%)	3

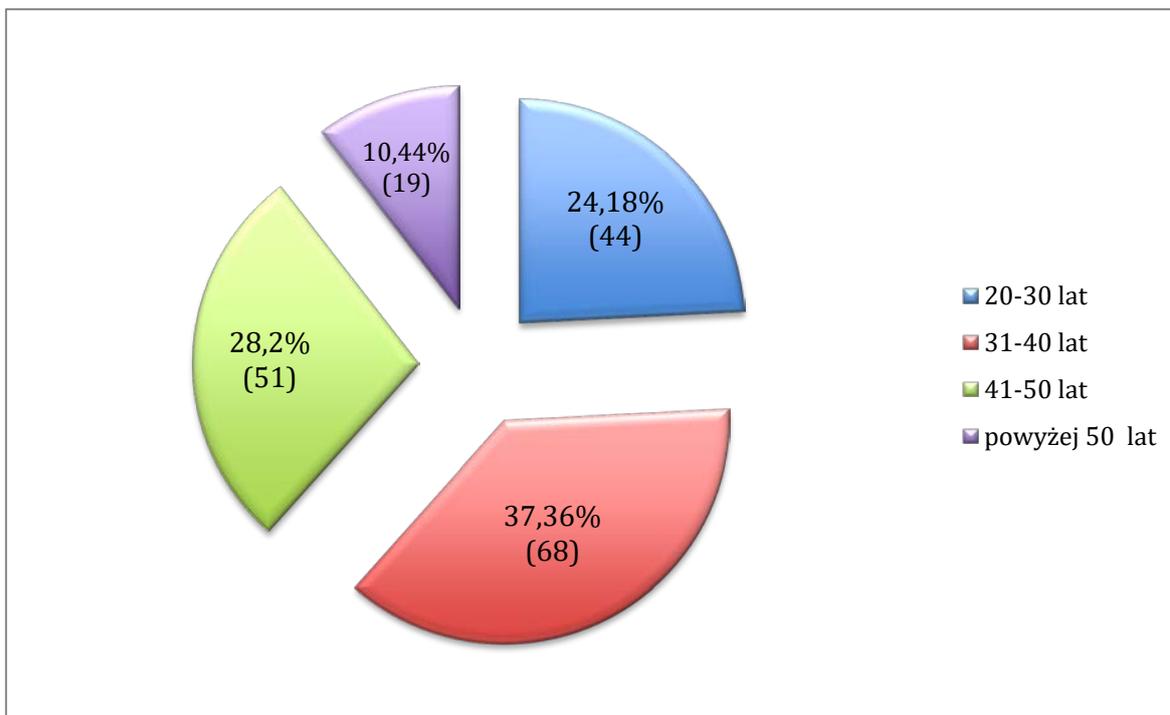
N – liczba obserwacji: % - procent

Rozkład wieku badanych wyglądał następująco, co czwarty badany miał między 20-30 lat, około 40% badanych miało między 31-40 lat, co trzeci 41-50 lat, a co dziesiąty badany miał wiek powyżej 50. Mediana wieku znajdowała się w przedziale między 31-40 lat.

Na wykresie 1 przedstawiono wiek badanych osób.

Wykres 1

Wiek osób badanych



W tabeli 3 przedstawiono wykształcenie osób badanych.

Tabela 3

Wykształcenie osób badanych

Zmienna wykształcenie	podstawowe	gimnazjalne	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe	Mediana
N(%)	12 (6,59%)	59 (32,42%)	57 (31,32%)	47 (25,82%)	7 (3,85%)	3

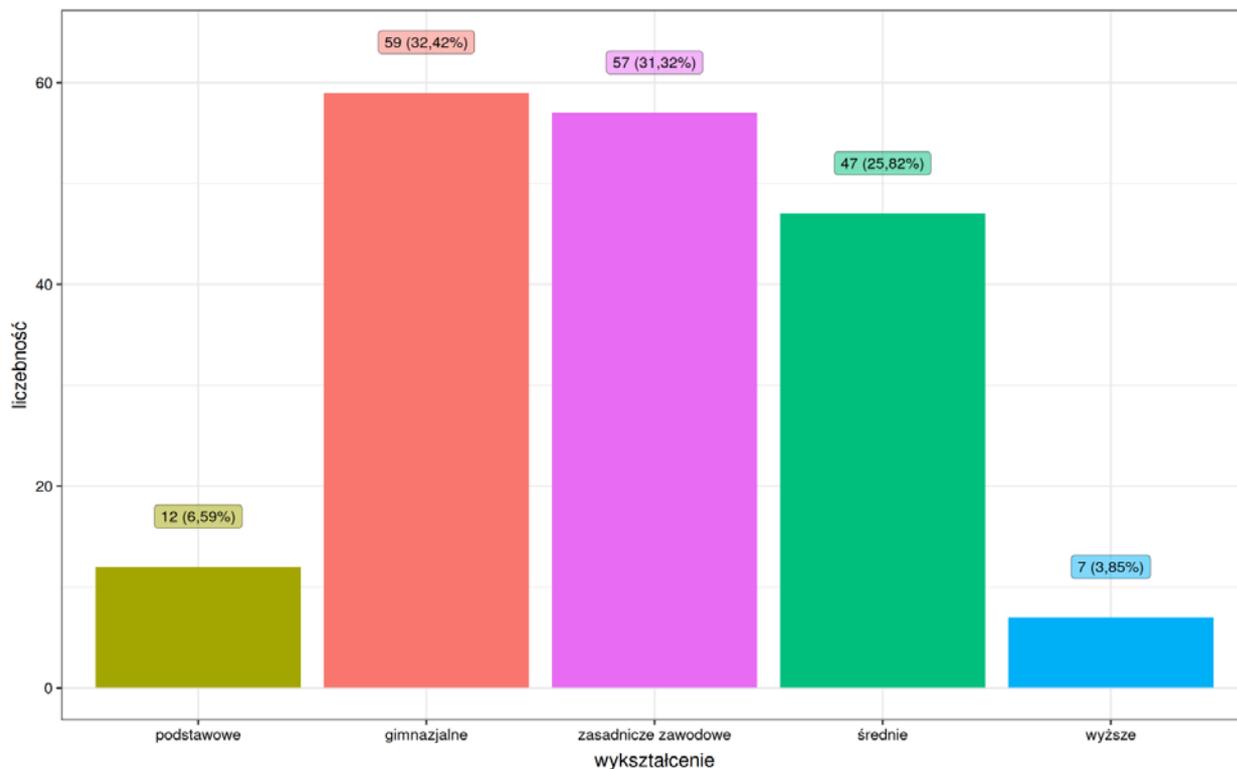
N – liczba obserwacji: % - procent

Niewielu badanych posiadało wykształcenie podstawowe, co trzeci miał wykształcenie gimnazjalne, co trzeci zasadnicze zawodowe, co czwarty średnie, a niewielu posiadało wykształcenie wyższe. Mediana wykształcenia badanych znajdowała się w przedziale wykształcenia zasadniczego.

Na wykresie 2 przedstawiono wykształcenie badanych.

Wykres 2

Wykształcenie osób badanych



W tabeli 4 przedstawiono stan cywilny osób badanych.

Tabela 4

Stan cywilny osób badanych

Zmienna	Grupa	n	%
stan cywilny	kawaler	67	36,81
	rozводnik	34	18,68
	w konkubinacie	40	21,98
	w separacji	8	4,40
	wdowiec	2	1,10
	żonaty	31	17,03

n – liczba obserwacji: % - procent

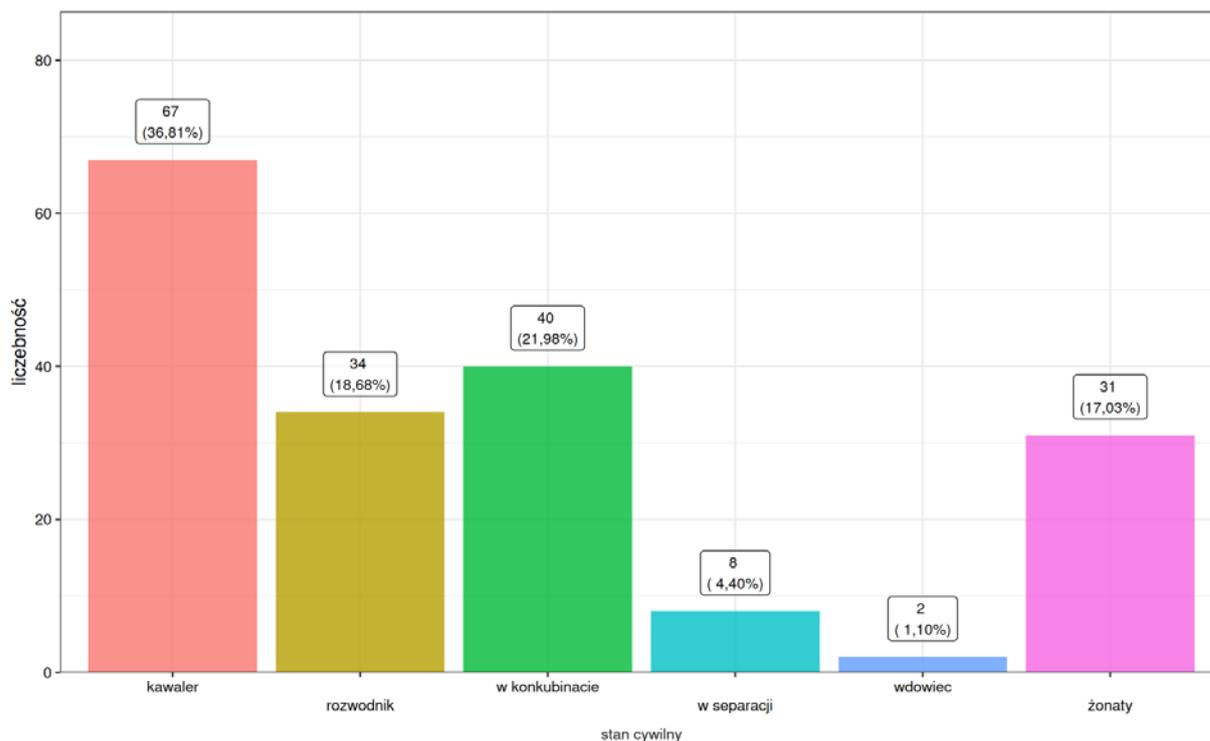
Największą grupę (co trzecia osoba) stanowili kawalerowie, mniejszą (co piąta osoba) badani żyjący w konkubinacie, kolejno (co piąta osoba) była rozwiedziona,

następnie, co piąta osoba była w związku małżeńskim, niewiele osób w separacji, a najmniej liczną grupę stanowili wdowcy (1,10%).

Na wykresie 3 przedstawiono stan cywilny osób badanych.

Wykres 3

Stan cywilny osób badanych



W tabeli 5 przedstawiono liczbę wyroków odbywanych przez osoby badane.

Tabela 5

Liczba wyroków odbywanych przez osoby badane

Zmienna ilość kar	1 raz	2 razy	3 razy	4 lub więcej	Mediana
N(%)	37 (20,33%)	44 (24,18%)	59 (32,42%)	42 (23,08%)	3

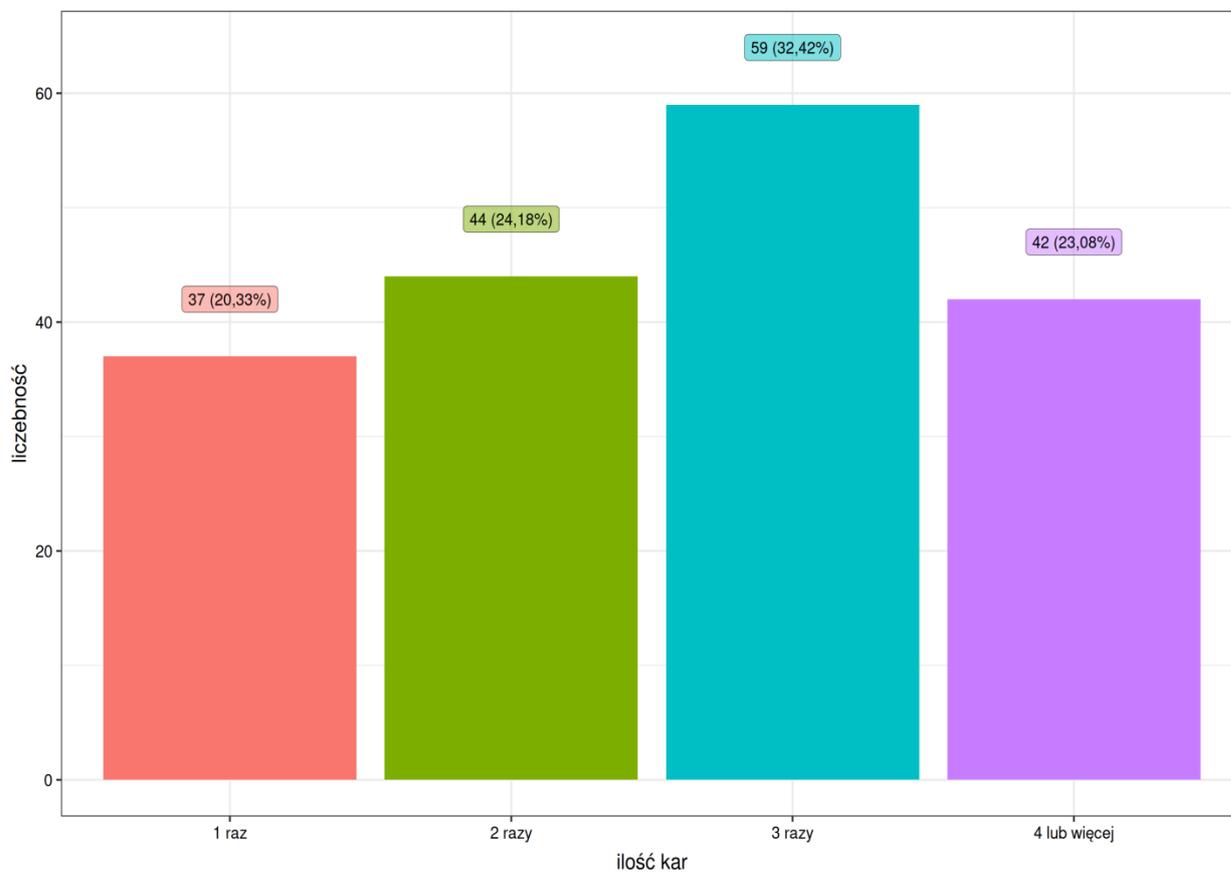
N – liczba obserwacji: % - procent

Co piąty badany była karany raz, co czwarty dwa razy, co trzeci badany trzy razy, a co czwarty cztery lub więcej razy. Mediana liczby kar wynosiła trzy razy.

Na wykresie 4 przedstawiono liczbę odbywanych kar.

Wykres 4

Liczba wyroków odbywanych przez osoby badane



W tabeli 6 zostały zaprezentowane rodzaje przestępstw popełnionych przez osoby badane.

Tabela 6

Rodzaj przestępstwa popełnionego przez osoby badane

Rodzaj przestępstwa	n	%
brak danych	44	24,18
kradzież	31	17,03
rozbój	20	10,99
znęcanie się	13	7,14
oszustwo	10	5,49
jazda pod wpływem alkoholu	10	5,49
uchylanie się od alimentacji	8	4,4
kradzież z włamaniem	7	3,85
udział w grupie przestępczej	6	3,3
zabójstwo	6	3,3
pobicie	5	2,75

Rodzaj przestępstwa	n	%
posiadanie narkotyków	4	2,2
prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości	4	2,2
usiłowanie zabójstwa	3	1,65
udział w bójce	3	1,65
napad	3	1,65
naruszenie nietykalności funkcjonariusza	2	1,1
zniszczenie mienia	2	1,1
posiadanie środków odurzających	2	1,1
gwałt	2	1,1
sutenerstwo	2	1,1
wyłudzenie	2	1,1
niszczenie mienia	1	0,55
posiadanie broni	1	0,55
groźby karalne	1	0,55
pobicie ze skutkiem śmiertelnym	1	0,55
spowodowanie wypadku samochodowego	1	0,55
rozbój, oszustwo	1	0,55
spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	1	0,55
poświadczenie nieprawdy	1	0,55

n – liczba obserwacji: % - procent

Co czwarty badany nie udzielił odpowiedzi na zadane pytanie o powód przebywania w zakładzie karnym. Najczęściej wymienianym przez badanych przestępstwem była kradzież. Co dziesiąty osadzony dopuścił się rozboju. Rzadziej powodem odbywania kary było znęcanie się. Co dwudziesty badany był osadzony ze względu na oszustwo, jazdę pod wpływem alkoholu lub uchylanie się od alimentacji. Jeszcze rzadziej badani jako powód odbywania kary podawali kradzież z włamaniem, udział w grupie przestępczej, zabójstwo, pobicie, posiadanie narkotyków, prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości, usiłowanie zabójstwa, udział w bójce lub napad. Pozostałe wymienione przestępstwa zostały popełnione przez nie więcej niż dwóch badanych.

ROZDZIAŁ 7: ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

7.1. Opisy statystyczne wyników kwestionariuszy

W poniższym rozdziale przedstawiono opisy statystyczne wyników kwestionariuszy wykorzystanych w niniejszych badaniach. Opracowano opis statystyczny skali SWAD dotyczącej aktywności dialogowej w grupie osób osadzonych, kwestionariusza YSQ-S3 pozwalającego na wyłonienie schematów dezadaptacyjnych, kwestionariusza „Wypadek w górach” określającego dostępność standardów Ja – poza Ja oraz narzędzia SCID-5 umożliwiającego dokonania diagnozy zaburzeń osobowości.

7.1.1. Opis statystyczny wyników skali SWAD dotyczącej aktywności dialogowej osób badanych

Poniżej przedstawiono wyniki kwestionariusza SWAD, mierzącego nasilenie wewnętrznej aktywności dialogowej w badanej grupie. Opis statystyczny wyników zawarto w tabeli 7.

Tabela 7

Opis statystyczny wyników kwestionariusza SWAD uzyskanych w grupie osób badanych

Zmienna	n	M	SD	Me	Min	Max	Skew	Kurt	Test Shapiro – Wilka	
									W	P
Czysta aktywność dialogowa	182	15,94	5,07	16	6	28	0,031	-0,445	0,985	0.051
Dialogi tożsamościowe	182	15,97	5,54	16	6	30	-0,074	-0,580	0,976	0.003
Dialogi wspierające	182	18,26	5,39	19	7	30	-0,174	-0,430	0,982	0.021
Dialogi ruminacyjne	182	22,53	6,98	22	9	41	0,141	-0,570	0,987	0.088
Dialogi dysocjacyjne	182	12,70	4,62	13	5	24	0,096	-0,780	0,971	0.001
Symulacja dialogów społecznych	182	18,85	5,97	20	7	34	-0,054	-0,336	0,982	0.018
Przyjmowanie punktu widzenia	182	14,71	4,47	15	6	26	-0,035	-0,567	0,982	0.022
Wewnętrzna aktywność dialogowa WO	182	118,97	32,06	122	51	201	-0,312	-0,432	0,977	0.004

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; WO – wynik ogólny

W badanej grupie osób osadzonych w zakładzie karnym przeciętna *Czysta aktywność dialogowa* wynosiła 15,94, z odchyleniem standardowym 5,07, a mediana 16,00. Wyniki zawierały się w przedziale między 6,00 a 28,00. Wartość skośności i kurtozy wskazywały, że rozkład *Czystej aktywności dialogowej* w tej grupie był w przybliżeniu symetryczny, o podobnej do rozkładu normalnego koncentracji wyników przy średniej (SKEW = 0,031; KURT -0,445). Test Shapiro-Wilka (Yap i Sim, 2011) nie wykazał statystycznie istotnych różnic pomiędzy rozkładem *Czystej aktywności dialogowej* w grupie osób badanych a porównywanym z nim rozkładem normalnym ($W = 0,985$; $p = 0,051$).

W badanej grupie przeciętny poziom *Dialogów tożsamościowych* wynosił 15,97 ze standardowym odchyleniem 5,54, a mediana 16,00. Wyniki zawierały się w przedziale między 6,00 a 30,00. Współczynniki kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Dialogów tożsamościowych* w grupie był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (SKEW = -0,074; KURT -0,580). Test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy rozkładem *Dialogów tożsamościowych* w grupie badanych a normalnym rozkładem ($W = 0,976$; $p = 0,003$).

Przeciętny poziom *Dialogów wspierających* wynosił 18,26 z odchyleniem standardowym 5,39, a mediana 19,00. Wyniki zawierały się w przedziale między 7,00 a 30,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Dialogów wspierających* w grupie badanej był w przybliżeniu symetryczny, o podobnej do rozkładu normalnego koncentracji wyników przy średniej (SKEW = -0,174; KURT -0,430). Test Shapiro-Wilka wykazał różnice statystycznie istotne pomiędzy uzyskanym w badaniach rozkładem *Dialogów wspierających* w grupie a normalnym rozkładem ($W = 0,982$; $p = 0,021$).

Kolejno, przeciętny wynik *Dialogów ruminacyjnych* wynosił 22,53 z odchyleniem standardowym 6,98, a mediana 22,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 9,00 a 41,00. Współczynniki skośności i kurtozy wskazywały, że rozkład *Dialogów ruminacyjnych* w tej grupie był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (SKEW = 0,141; KURT -0,570). Wykonany test Shapiro-Wilka nie wykazał statystycznie istotnych różnic pomiędzy rozkładem *Dialogów ruminacyjnych* w grupie osób badanych a rozkładem normalnym ($W = 0,987$; $p = 0,088$).

W badanej grupie osób osadzonych w zakładzie karnym przeciętny poziom *Dialogów dysocjacyjnych* wynosił 12,70 ze standardowym odchyleniem 4,62, a mediana 13,00. Wyniki zawierały się w przedziale między 5,00 a 24,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Dialogów dysocjacyjnych* w grupie był w przybliżeniu

symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (SKEW = 0,096; KURT -0,780). Test Shapiro - Wilka wykazał statystycznie istotne różnice pomiędzy uzyskanym rozkładem *Dialogów dysocjacyjnych* w grupie badanych a normalnym rozkładem ($W = 0,971; p = 0,001$).

Przeciętny wynik podskali *Symulacji dialogów społecznych* wynosił 18,85 z standardowym odchyleniem 5,97, a mediana wynosiła 20,00. Wyniki zawierały się w przedziale od 7,00 do 34,00. Kurtoza i skośność wskazywały, że rozkład *Symulacji dialogów społecznych* w badanej grupie był w przybliżeniu symetryczny, o podobnej do rozkładu normalnego koncentracji wyników przy średniej (SKEW = -0,054; KURT = -0,336). Test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy rozkładem *Symulacji dialogów społecznych* w grupie osób osadzonych a normalnym rozkładem ($W = 0,982; p = 0,018$).

W badanej grupie przeciętny wynik *Przyjmowania punktu widzenia* wynosił 14,71, z odchyleniem standardowym 4,47, a mediana 15,00. Uzyskane wyniki mieściły się w przedziale 6,00-26,00. Wartość skośności i kurtozy wskazywała, że rozkład *Przyjmowania punktu widzenia* w tej grupie był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (SKEW = -0,035; KURT = -0,567). Test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice między uzyskanym w badaniach rozkładem *Przyjmowania punktu widzenia* a rozkładem normalnym ($W = 0,982; p = 0,022$).

Przeciętny poziom *Wewnętrznej aktywności dialogowej* wynosił 118,97 przy standardowym odchyleniu 32,06, a mediana równała się 122,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 51,00 a 201,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Wewnętrznej aktywności dialogowej* w grupie osób osadzonych w zakładzie karnym był w przybliżeniu symetryczny, o podobnej do rozkładu normalnego koncentracji wyników przy średniej (SKEW = -0,312; KURT = -0,432). Przeprowadzony test Shapiro-Wilka wykazał statystycznie istotne różnice pomiędzy uzyskanym rozkładem *Wewnętrznej aktywności dialogowej* w grupie osób osadzonych a porównywanym z nim rozkładem normalnym ($W = 0,977; p = 0,004$).

Ogólnie wyniki w zakresie aktywności dialogowej wskazują, że poziom różnego rodzaju dialogowania jest niski lub przeciętny w badanej grupie.

7.1.2. Opis statystyczny wyników kwestionariusza YSQ-S3 dotyczącego wczesnych schematów dezadaptacyjnych

W poniższym podrozdziale przedstawiono wyniki kwestionariusza YSQ-S3, mierzącego nasilenie schematów dezadaptacyjnych w badanej grupie. Opis statystyczny niniejszych wyników zawarto w tabeli 8.

Tabela 8

Opis statystyczny wyników kwestionariusza YSQ-S3 uzyskanych w grupie osób badanych

Zmienna	M	SD	Me	Min	Max	Skew	Kurt	Test Shapiro – Wilka	
								W	p
Rozłączenie i odrzucenie	59,33	20,67	59	26	113	0,29	-0,87	0,96	0.000
Deprywacja emocjonalna	2,43	0,98	2,4	1	5,8	0,448	0,039	0,960	0.000
Opuszczenie	2,65	1,08	2,6	1	5,2	0,172	-0,861	0,964	0.000
Nieufność	2,51	1,04	2,6	1	6,0	0,534	0,136	0,958	0.000
Izolacja społeczna/Wyobcowanie	2,45	1,14	2,4	1	6,0	0,486	-0,391	0,943	0.000
Wadliwość/Nie zasługujący na miłość	2,13	1,02	2,0	1	5,0	0,588	-0,753	0,903	0.000
Oslabiona autonomia	42,45	16,88	39	20	93	0,56	-0,66	0,94	0.000
Porażka	2,25	0,96	2,2	1	5,4	0,515	-0,381	0,944	0.000
Brak kompetencji/Zależność	2,13	1,01	2,0	1	5,0	0,614	-0,595	0,911	0.000
Podatność na zranienie lub chorobę	2,34	1,11	2,2	1	6,0	0,474	-0,657	0,926	0.000
Uwikłanie emocjonalne	2,09	0,92	2,0	1	4,4	0,600	-0,582	0,923	0.000
Ukierunkowanie na innych	39,82	11,66	39	15	68	0,24	-0,73	0,98	0.000
Podporządkowanie	2,28	0,97	2,2	1	4,6	0,377	-0,899	0,943	0.000
Samopoświęcenie	2,83	0,95	2,8	1	6,0	0,529	0,295	0,977	0.004
Poszukiwanie aprobaty i uznania	2,80	1,12	2,8	1	6,0	0,036	-0,683	0,967	0.000
Nadmierna czujność	51,56	15,87	53	23	96	0,23	-0,73	0,97	0.001

Zmienna	M	SD	Me	Min	Max	Skew	Kurt	Test Shapiro – Wilka	
								W	p
Nieustępliwość w standardach (bezlitosne normy)	2,88	0,91	2,8	1	5,8	0,300	-0,147	0,985	0,042
Skłonność do karania	2,77	1,09	2,8	1	5,6	0,230	-0,624	0,976	0,003
Pesymizm/Zamartwianie się	2,84	1,11	2,8	1	6,0	0,346	-0,202	0,975	0,003
Zahamowanie emocjonalne	2,36	1,02	2,2	1	5,2	0,355	-0,797	0,946	0,000
Uszkodzone granice	28,88	6,43	29	13	49	0,04	-0,22	0,99	0,173
Roszczeniowość/Wyższość	2,97	0,81	3,0	1	5,0	0,187	-0,286	0,988	0,112
Niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina	2,62	0,92	2,6	1	4,8	0,064	-0,772	0,977	0,005

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

W grupie osób badanych przeciętne *Rozłączenie i odrzucenie* wynosiło 59,33 przy standardowym odchyleniu 20,67, natomiast mediana 59,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 26,00 a 113,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Rozłączenia i odrzucenia* w tej grupie był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (wyniki w mniejszym stopniu skupione przy średniej niż w rozkładzie normalnym) (SKEW = 0,285; KURT -0,869). Przeprowadzony test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanym w badaniach rozkładem *Rozłączenia i odrzucenia* w tej grupie a rozkładem normalnym (W = 0,964; p = 0,000).

Przeciętna *Oslabiona autonomia* w badanej grupie wynosiła 42,45 przy standardowym odchyleniu 16,88, a mediana równała się 39,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 20,00 a 93,00. Współczynniki kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Oslabionej autonomii* w grupie osób osadzonych był w małym stopniu prawostronnie skośny (z przewagą wyników niskich), nieznacznie platokurtyczny (wyniki w mniejszym stopniu skupione przy średniej niż w rozkładzie normalnym) (SKEW = 0,563; KURT -0,662). Przeprowadzony test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanym w badaniach rozkładem *Oslabionej autonomii* w badanej grupie a rozkładem normalnym (W = 0,938; p = 0,000).

W grupie osób osadzonych w zakładzie karnym przeciętne *Ukierunkowanie na innych* wynosiło 39,82 przy standardowym odchyleniu 11,66, a mediana wynosiła 39,00.

Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 15,00 a 68,00. Wartości kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Ukierunkowania na innych* w grupie badanych był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (wyniki w mniejszym stopniu skupione przy średniej niż w rozkładzie normalnym) (SKEW = 0,239; KURT -0,727). Test Shapiro-Wilka wykazał statystycznie istotne różnice pomiędzy rozkładem *Ukierunkowania na innych* w tej grupie a rozkładem normalnym ($W = 0,979$; $p = 0,009$).

Przeciętny wynik w skali *Uszkodzonych granic* wynosił 28,88 z odchyleniem standardowym 6,43, a mediana równała się 29,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 13,00 a 49,00. Współczynniki kurtozy i skośności wskazywały, że rozkład *Uszkodzone granice* w grupie osób osadzonych był w przybliżeniu symetryczny, o podobnej do rozkładu normalnego koncentracji wyników przy średniej (SKEW = 0,042; KURT -0,220). Wykonany test Shapiro-Wilka nie wykazał istotnych statystycznie różnic pomiędzy rozkładem *Uszkodzone granice* w grupie osób badanych a rozkładem normalnym ($W = 0,989$; $p = 0,173$).

Przeciętny poziom *Nadmiernej czujności i zahamowania* wynosił 51,56 przy standardowym odchyleniu 15,87, mediana 53,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 23,00 a 96,00. Wartość skośności i kurtozy wskazywały, że rozkład *Nadmiernej czujności i zahamowania* w badanej grupie więźniów był w przybliżeniu symetryczny, nieznacznie platokurtyczny (wyniki w mniejszym stopniu skupione przy średniej niż w rozkładzie normalnym) (SKEW = 0,234; KURT -0,727). Wykonany test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanym rozkładem *Nadmiernej czujności i zahamowania* w grupie osób badanych a normalnym rozkładem ($W = 0,971$; $p = 0,001$).

7.1.3. Opis statystyczny wyników kwestionariusza "Wypadek w Górach" określającego dostępność standardów Ja – poza Ja

W tabeli 9 przedstawiono opis statystyczny wyników kwestionariusza "Wypadek w Górach" uzyskanych w grupie badanych. Wyższe wyniki wskazują na silniejszą dostępność standardów poza-Ja (egzocentrycznych, przyjmowania punktu widzenia innych osób).

Tabela 9

Opis statystyczny wyników kwestionariusza Wypadek w górach uzyskanych w grupie osób badanych

Zmienna	n	M	SD	Me	Min	Max	Skew	Kurt	Test Shapiro – Wilka	
									W	p
Dostępność standardów Ja- poza Ja	182	-0,09	2,09	0	-8	6	0,27	1,234	0,957	0.000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

W badanej grupie osób osadzonych w zakładzie karnym przeciętna dostępność standardów Ja – poza Ja wynosiła -0,09 z standardowym odchyleniem 2,09, a mediana 0,00. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między -8,00 a 6,00. Wartość skośności i kurtozy wskazywała, że rozkład dostępności standardów Ja – poza Ja w grupie osób osadzonych w zakładzie karnym był w przybliżeniu symetryczny i leptokurtyczny (duża ilość wyników skupiona przy średniej) (SKEW = 0,270; KURT 1,234). Test Shapiro-Wilka wykazał istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanym w badaniach rozkładem dostępności standardów Ja – poza Ja w grupie osób osadzonych w zakładzie karnym a rozkładem normalnym ($W = 0,957$; $p = 0,000$).

7.1.4. Opis statystyczny wyników SCID – 5 dotyczącego zaburzeń osobowości

W tabeli 10 przedstawiono spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości przez badanych. Zbadano je za pomocą kwestionariusza SCID – 5.

Tabela 10*Spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości przez osoby badane*

Zmienna	Grupa	<i>n</i>	%
narcystyczne	nie spełnia kryteriów	151	82,97
	spełnia kryteria	31	17,03
borderline	nie spełnia kryteriów	138	75,82
	spełnia kryteria	44	24,18
antyspołeczne	nie spełnia kryteriów	86	47,25
	spełnia kryteria	96	52,75

n – liczba obserwacji: % - procent

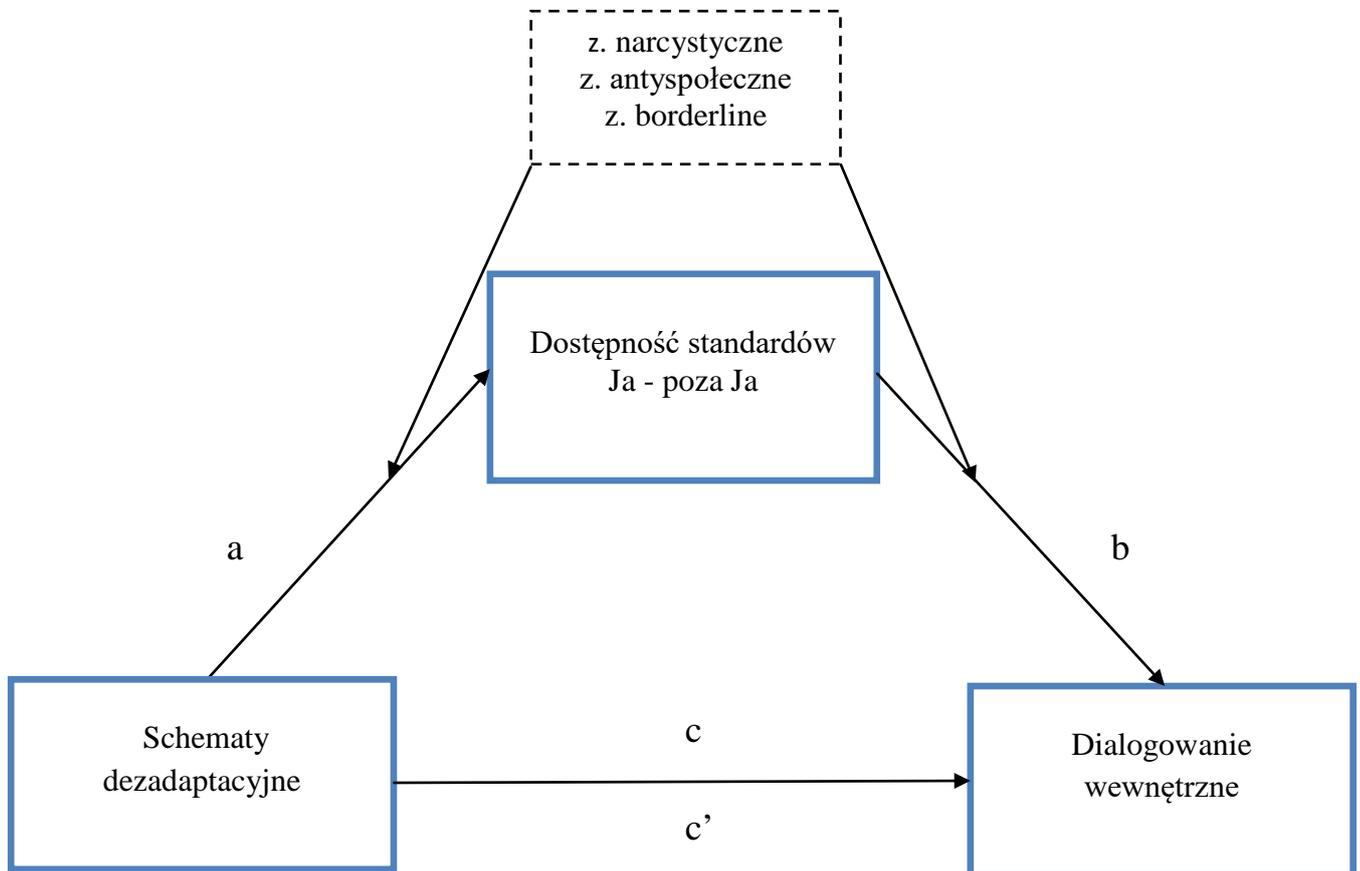
W przypadku narcystycznego zaburzenia osobowości, znaczna większość osób nie spełniała jego kryteriów, natomiast co piąta osoba je spełniała. W przypadku zaburzeń borderline większość osób nie spełniała kryteriów diagnostycznych, natomiast co czwarta osoba je spełniała. Kryteria antyspołecznego zaburzenia osobowości spełniała natomiast większość badanych (Tabela 10).

7.2. Weryfikacja hipotez: Moderowana mediacja związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym

W poniższym podrozdziale przedstawiono model moderowanej mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym. Jego schematyczną prezentację przywołano na rycinie 2.

Rysunek 2

Schemat moderowanej mediacji związku między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym



W analizowanym modelu mediatorem była dostępność standardów Ja – poza Ja. Moderatorami było występowanie cech zaburzenia osobowości (narcystyczne, antyspołeczne, borderline, gdzie każde z nich zostało zakodowane w bazie danych jako oddzielna zmienna dychotomiczna o wartościach 1, -1). Spełniały one rolę moderatora związku schematów dezadaptacyjnych z dostępnością standardów Ja – poza Ja, a także moderowały związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym. W celu weryfikacji powyższego modelu zastosowano analizy regresji posługując się macrem Process autorstwa Hayes’a. Analizę przeprowadzono trzykrotnie w oparciu o schemat 58, za każdym razem moderatorem było inne zaburzenie osobowości. Metoda bootstrapowa oparta była o 5000 losowań. W pierwszym przypadku moderatorem było zaburzenie osobowości antyspołeczne, w drugim borderline, natomiast w trzecim

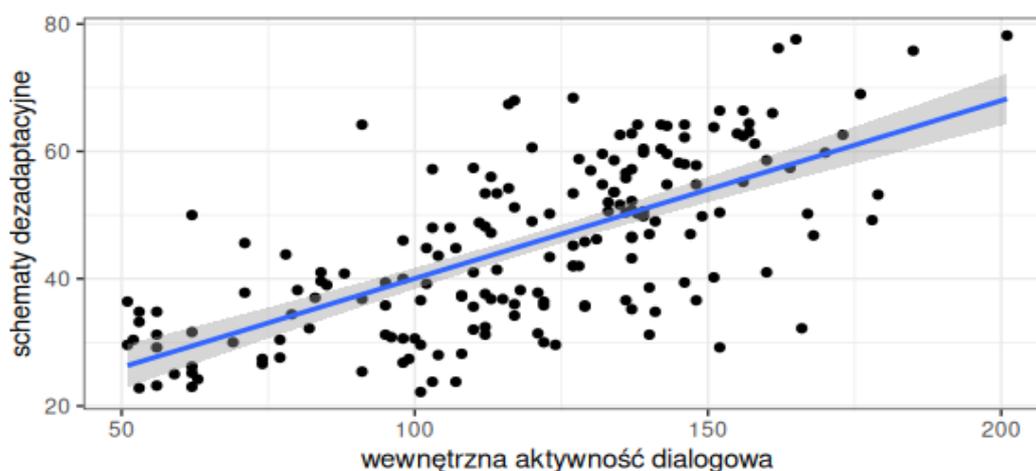
narcystyczne. Przed opisaną analizą zbadano ścieżkę „c”, gdzie sprawdzano związki pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym, bez uwzględnienia mediatora i moderatora.

7.2.1. Bezpośredni związek pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a nasileniem schematów dezadaptacyjnych – analiza ścieżki „c”

W pierwszej kolejności przetestowano związki pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a wewnętrzną aktywnością dialogową (bez uwzględnienia mediatora i moderatorów) – ścieżkę „c”. Wykres 5 prezentuje te zależności w formie graficznej, w tabeli 10 przedstawiono natomiast oszacowane współczynniki modelu.

Wykres 5

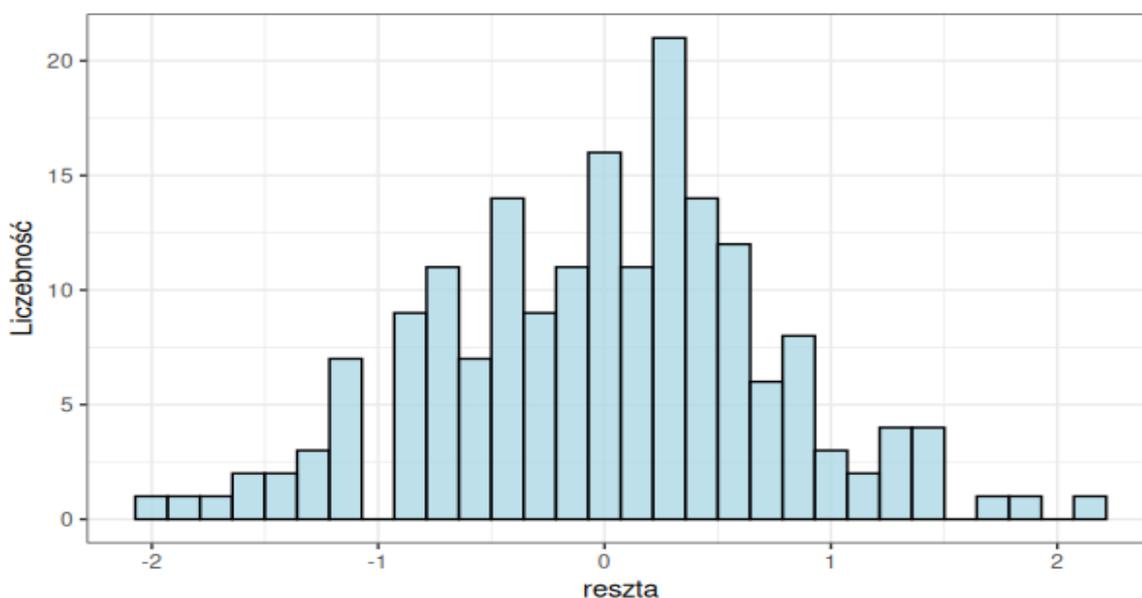
Schematy dezadaptacyjne a wewnętrzna aktywność dialogowa



Zależność pomiędzy zmiennymi była liniowa, obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Wykonany test Harrisona-McCabe’a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,525$; $p = 0,676$), a test Shapiro-Wilka (Yap i Sim, 2011) istotnych statystycznie odchylen rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,995$; $p = 0,806$), co przedstawiono graficznie na wykresie 6.

Wykres 6

Rozkład reszt modelu predykcyjnego dotyczącego nasilenia wewnętrznej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne



Współczynniki skośności (SKEW = -0,063) i kurtozy (KURT = 0,051) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 11 przedstawiono oszacowane parametry modelu dla ścieżki „c”.

Tabela 11

Model predykcyjny nasilenia wewnętrznej aktywności dialogowej (WO) w oparciu o schematy dezadaptacyjne

Predyktory	β	SE	t	p	R	R^2	F(180,1)
Schematy dezadaptacyjne WO	0,674	0,055	12,229	0,000	0,674	0,454	149,500 ***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

Sprawdzono, jakie istnieją związki pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a schematami dezadaptacyjnymi. Przeprowadzona analiza regresji dla ścieżki „c” wykazała silne związki pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a schematami dezadaptacyjnymi. Model wyjaśniał 45% zmienności dialogowania. Wyższy o jedno odchylenie standardowe poziom schematów dezadaptacyjnych był związany średnio z wyższym o 0,674 odchylenia standardowego poziomem dialogowania. Co oznaczało, że

skazani, którzy charakteryzowali się wyższym poziomem schematów dezadaptacyjnych ogólnie, częściej dialogowali wewnętrznie.

7.2.2. Moderowana mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową – analiza ścieżki a, b i c'

Poniżej przedstawiono analizy moderowanej mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a wewnętrzną aktywnością dialogową. Analizę przeprowadzono trzykrotnie w oparciu o schemat numer 58 macra Process. W pierwszej kolejności przedstawiono analizę moderowanej mediacji, gdzie moderatorem było występowanie antyspołecznych zaburzeń osobowości. W przypadku ścieżki „a” (moderowany związek schematów dezadaptacyjnych z dostępnością standardów Ja – poza Ja) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe’a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,432$; $p = 0,084$), test Shapiro-Wilka wykazał jednak istotne statystycznie odchylenia rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,973$; $p = 0,001$). Współczynniki skośności ($SKEW = 0,285$) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, jednak jak wskazywała kurtoza ($KURT = 1,154$) wyraźnie skupiony przy wartości średniej. W przypadku analizy ścieżki „b i c'” (moderowany związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe’a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,520$; $p = 0,608$), test Shapiro-Wilka nie wykazał statystycznie istotnego odchylenia rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,993$; $p = 0,561$). Współczynniki skośności ($SKEW = -0,027$) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, o zbliżonej do rozkładu normalnego koncentracji wyników ($KURT = 0,257$).

Tabela 12

Moderowana przez antyspołeczne zaburzenie osobowości mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową

Predyktory	Ścieżka „a” (zmienna objaśniana – Ja – poza Ja)			Ścieżka „b,c” (zmienna objaśniana – wewnętrzne dialogowanie)		
	β [95% CI]	SE	t	β [95% CI]	SE	t
Schematy dezadaptacyjne WO	0,0356 [-0,113, 0,184]	0,075	0,474	0,664 [0,556, 0,773]	0,055	12,090 ***
ZO antyspołeczne	-0,0650 [-0,213, 0,083]	0,075	-0,867	-0,074 [-0,182, 0,035]	0,055	-1,345
Schematy dezadaptacyjne WO: ZO antyspołeczne	0,0307 [-0,118, 0,179]	0,0752	0,408	-	-	-
Ja – poza Ja	-	-	-	0,090 [-0,018, 0,199]	0,055	1,647
Ja – poza Ja: ZO antyspołeczne	-	-	-	-0,076 [-0,184, 0,033]	0,055	-1,376
Podsumowanie modelu	R ² = 0,007; F(3, 178) = 0,419; p = 0,740			R ² = 0,473; F(4, 177) = 39,700; p < 0,001		

ZO – zaburzenie osobowości, *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001;

Schematy dezadaptacyjne: ZO antyspołeczne; Ja – poza Ja: ZO antyspołeczne – efekty interakcyjne (moderatory)

Przeprowadzona analiza ścieżki „a” nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, tym samym nie wykazano by standardy Ja – poza Ja spełniały mediacyjną rolę pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym. Ponadto przyjęty w modelu moderator (antyspołeczne zaburzenie osobowości) nie moderwał relacji pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, ani nie był istotnie statystycznie związany z dostępnością standardów Ja – poza Ja.

Analiza ścieżki „b i c” wykazała, że przyjęty model był statystycznie istotnie dobrze dopasowany do danych. Wyjaśniał 47% zmienności wewnętrznego dialogowania. Istotnie statystycznie związany z wewnętrzną aktywnością dialogową był jedynie wynik ogólny schematów dezadaptacyjnych. Nie wykazano, by z wewnętrzną aktywnością dialogową związane było występowanie antyspołecznych zaburzeń osobowości lub standardy Ja – poza Ja, bądź by związek między standardami Ja – poza Ja i dialogowością wewnętrzną moderowany był przez występowanie antyspołecznych zaburzeń osobowości.

Poniżej (tabela 13) przedstawiono analizę moderowanej mediacji, gdzie moderatorem było występowanie zaburzeń osobowości typu borderline.

W przypadku ścieżki „a” (moderowany związek schematów dezadaptacyjnych z dostępnością standardów Ja – nie Ja) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na

występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu (HMC = 0,429; $p = 0,089$), test Shapiro-Wilka wykazał jednak istotne statystycznie odchylenia rozkładu reszt od rozkładu normalnego (SKEW = 0,313). Współczynniki skośności (SKEW = 0,218) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, jednak jak wskazywała kurtoza (KURT = 1,195) wyraźnie skupiony przy wartości średniej.

W przypadku analizy ścieżki „b i c” (moderowany związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu (HMC = 0,562; $p = 0,889$), test Shapiro-Wilka wykazał statystycznie istotne odchylenia rozkładu reszt od rozkładu normalnego (SW = 0,983; $p = 0,025$). Współczynniki skośności (SKEW = -0,274) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, o zbliżonej do rozkładu normalnego koncentracji wyników (KURT = -0,129).

Tabela 13

Moderowana przez zaburzenie osobowości borderline mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową

Predyktory	Ścieżka „a” (zmienna objaśniana – Ja – poza Ja)			Ścieżka „b,c” (zmienna objaśniana – wewnętrzne dialogowanie)		
	β [95% CI]	SE	t	β [95% CI]	SE	t
Schematy dezadaptacyjne WO	-0,013 [-0,184, 0,158]	0,087	-0,151	0,664 [0,549, 0,779]	0,058	11,377***
ZO borderline	0,175 [-0,230, 0,581]	0,206	0,852	0,030 [-0,241, 0,302]	0,138	0,221
Schematy dezadaptacyjne WO: ZO borderline	0,139 [-0,273, 0,550]	0,208	0,665	-	-	-
Ja – poza Ja	-	-	-	0,080 [-0,042, 0,202]	0,062	1,291
Ja – poza Ja: ZO borderline	-	-	-	0,040 [-0,235, 0,315]	0,139	0,287
Podsumowanie modelu	$R^2 = 0,014$; $F(3, 178) = 0,819$; $p = 0,485$			$R^2 = 0,462$; $F(4, 177) = 38,027$; $p < 0,001$		

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Schematy dezadaptacyjne: ZO borderline; Ja – poza Ja: ZO borderline – efekty interakcyjne (moderatory)

Przeprowadzona analiza ścieżki „a” nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, tym samym nie wykazano by standardy Ja – poza Ja spełniały mediacyjną rolę pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym. Ponadto przyjęty w modelu moderator (zaburzenie osobowości typu borderline) nie moderował relacji pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, ani nie był istotnie statystycznie związany z dostępnością standardów Ja – poza Ja.

Analiza ścieżki „b i c” wykazała, że przyjęty model był statystycznie istotnie dobrze dopasowany do danych. Wyjaśniał 46% zmienności wewnętrznego dialogowania. Istotnie statystycznie związane z wewnętrzną aktywnością dialogową był jedynie wynik ogólny schematów dezadaptacyjnych. Nie wykazano, by z wewnętrzną aktywnością dialogową związane było występowanie zaburzeń osobowości typu borderline lub standardów Ja – poza Ja, bądź by związek między standardami Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym moderowany był przez występowanie zaburzeń osobowości typu borderline.

Poniżej (tabela 14) przedstawiono analizę moderowanej mediacji, gdzie moderatorem było występowanie narcystycznych zaburzeń osobowości.

W przypadku ścieżki „a” (moderowany związek schematów dezadaptacyjnych z dostępnością standardów Ja – poza Ja) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe’a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,437$; $p = 0,125$), test Shapiro-Wilka wykazał jednak istotne statystycznie odchylenia rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,971$; $p = 0,001$). Współczynniki skośności ($SKEW = 0,218$) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, jednak jak wskazywała kurtoza ($KURT = 1,437$) wyraźnie skupiony przy wartości średniej.

W przypadku analizy ścieżki „b i c” (moderowany związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym) obliczona odległość Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była krzywoliniowa. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe’a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,529$; $p = 0,714$), test Shapiro-Wilka nie wykazał statystycznie istotnego odchylenia rozkładu reszt od rozkładu

normalnego (SW = 0,995; p = 0,764). Współczynniki skośności (SKEW = -0,086) wskazywał, że rozkład reszt był w przybliżeniu symetryczny, o zbliżonej do rozkładu normalnego koncentracji wyników (KURT = 0,090).

Tabela 14

Moderowana przez narcystyczne zaburzenie osobowości mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową

Predyktory	Ścieżka „a” (zmienna objaśniana – Ja – poza Ja)			Ścieżka „b,c” (zmienna objaśniana – wewnętrzne dialogowanie)		
	β [95% CI]	SE	t	β [95% CI]	SE	t
Schematy dezadaptacyjne WO	0,153 [-0,066, 0,373]	0,111	1,380	0,671 [0,562, 0,781]	0,055	12,122 ***
ZO narcystyczne	-0,246 [-0,438, -0,054]	0,097	2,533 *	-0,060 [-0,218, 0,098]	0,080	-0,746
Schematy dezadaptacyjne WO: ZO narcystyczne	0,143 [-0,438,-0,054]	0,111	1,283	-	-	-
Ja – poza Ja	-	-	-	0,071 [-0,100, 0,242]	0,087	0,822
Ja – poza Ja: ZO narcystyczne	-	-	-	-0,014 [-0,184, 0,158]	0,087	-0,155
Podsumowanie modelu	R ² = 0,044; F(3, 178) = 2,754; p = 0,044			R ² = 0,464; F(4, 177) = 38,225; p < 0,001		

ZO – zaburzenie osobowości, *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001;

Schematy dezadaptacyjne: ZO narcystyczne; Ja – poza Ja: ZO narcystyczne – efekty interakcyjne (moderatory)

Przeprowadzona analiza ścieżki „a” wykazała, że zaproponowany model związku był statystycznie dobrze dopasowany do danych, wyjaśniał jednak jedynie 4% wariacji dostępności standardów Ja – poza Ja. Nie wykazano przy tym, by schematy dezadaptacyjne były istotnie statystycznie związane ze standardami Ja – poza Ja, bądź by związek ten był moderowany przez narcystyczne zaburzenia osobowości. Wykazano jednak związek występowania narcystycznych zaburzeń osobowości z dostępnością standardów Ja. Osoby badane, u których występowały narcystyczne zaburzenia osobowości charakteryzowały się niższym poziomem dostępności standardów poza Ja.

Analiza ścieżki „b i c” wykazała, że przyjęty model był statystycznie istotnie dobrze dopasowany do danych. Wyjaśniał 46% zmienności wewnętrznego dialogowania. Istotnie statystycznie związane z wewnętrzną aktywnością dialogową był jedynie wynik ogólny schematów dezadaptacyjnych. Nie wykazano, by z wewnętrzną aktywnością

dialogową związane było występowanie narcystycznych zaburzeń osobowości lub standardów Ja – poza Ja, bądź by związek między standardami Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym moderowany był przez występowanie narcystycznych zaburzeń osobowości.

7.2.3. Podsumowanie

Podsumowując powyższe analizy ścieżek „a”, „b”, „c” i „c’”, wykazano, że najlepszym predyktorem dialogowania wewnętrznego są schematy dezadaptacyjne (wynik ogólny: ścieżka „c”). Nie wykazano natomiast, aby pomiędzy dialogowaniem wewnętrznym a schematami dezadaptacyjnymi mediującą rolę spełniała dostępność standardów Ja – poza Ja (ścieżki „a” i „b”). Dostępność standardów Ja – poza Ja nie była istotnie związana zarówno ze schematami dezadaptacyjnymi, jak i z dialogowaniem wewnętrznym. Co więcej, nie wykazano, aby związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, oraz związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym był moderowany przez występowanie zaburzeń osobowości takich jak zaburzenia borderline, antyspołeczne oraz narcystyczne. Dodatkowo warto zauważyć, że analizując związki pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja wykazano, że ze standardami Ja – poza Ja związane było jedynie występowanie zaburzeń narcystycznych. Wykazano, że osoby z zaburzeniami narcystycznymi charakteryzowały się niższą dostępnością standardów poza – Ja.

7.3. Szczegółowe zależności pomiędzy wymiarami schematów dezadaptacyjnych a aktywnością dialogową osadzonych

W poniższym podrozdziale pogłębiono analizy zależności pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a aktywnością dialogową osadzonych. W tym celu przeprowadzono szereg analiz regresji wielokrotnej, w których predyktorami były domeny/wymiary schematów dezadaptacyjnych a zmiennymi wyjaśnianymi wymiary/rodzaje aktywności dialogowej badanych.

Współczynniki tolerancji i VIF wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Ze względu na to wykonano analizę czynnikową dla domen schematów dezadaptacyjnych

(KMO = 0,818, test sferyczności Bartletta = 600,283, $p < 0,001$) Analiza wykazała istnienie 2 czynników nieskorelowanych ze sobą. Jeden obejmuje takie domeny jak *Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabioną autonomię*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierną czujność i zahamowanie* (czynnik 1). Drugi to *Uszkodzone granice* (czynnik 2). Te dwa czynniki będą predyktorami różnych rodzajów aktywności dialogowej w analizach regresji wielozmiennej (tabela 15).

Tabela 15

Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej obejmującej domeny wczesnych schematów dezadaptacyjnych

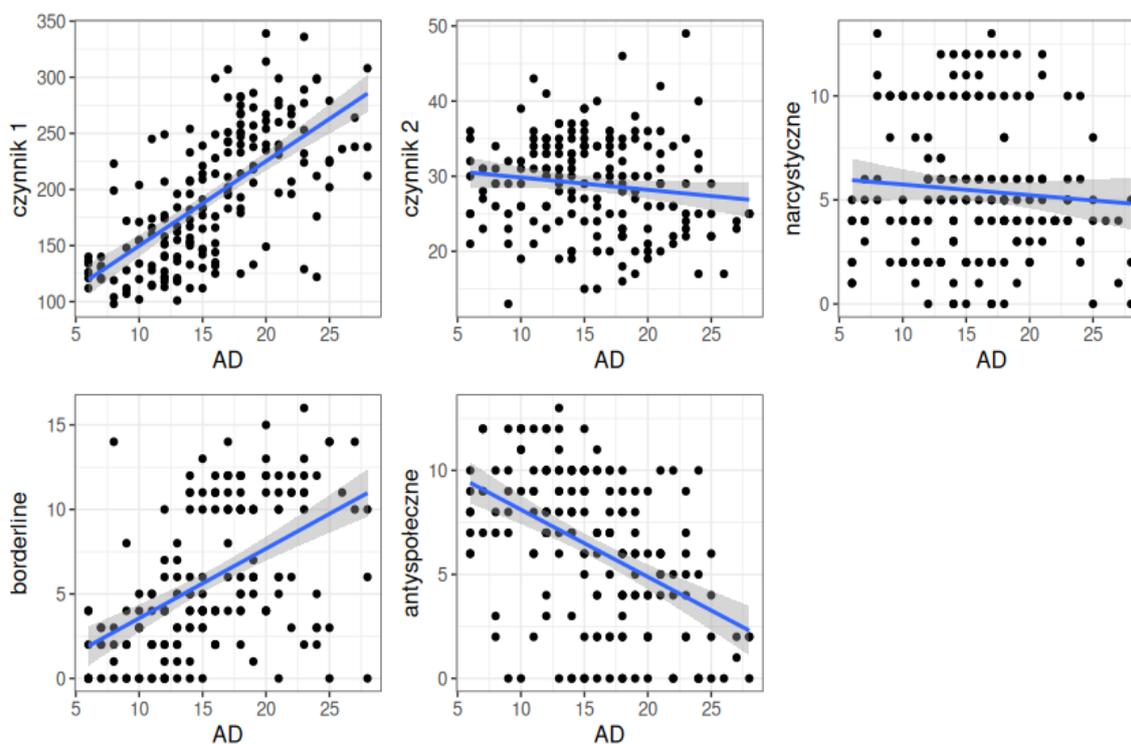
Macierz struktury		
Zmienna	Czynniki	
	1	2
Rozłączenie i odrzucenie	0,914	-0,056
Oslabiona autonomia	0,914	0,060
Ukierunkowanie na innych	0,878	0,095
Uszkodzone granice	0,048	0,998
Nadmierna czujność i zahamowanie	0,927	0,067

7.3.1. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Czysta aktywność dialogowa

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Czystej aktywności dialogowej* były dwa czynniki tj. jeden obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych (*Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie*), drugi obejmujący schematy z domeny *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości. Zmienne reprezentujące zaburzenia osobowości były zmiennymi ilościowymi, czyli do modelu włączano nasilenie cech danego rodzaju zaburzenia. W przypadku schematów dezadaptacyjnych ich związki ze zmienną wyjaśnianą przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres 7

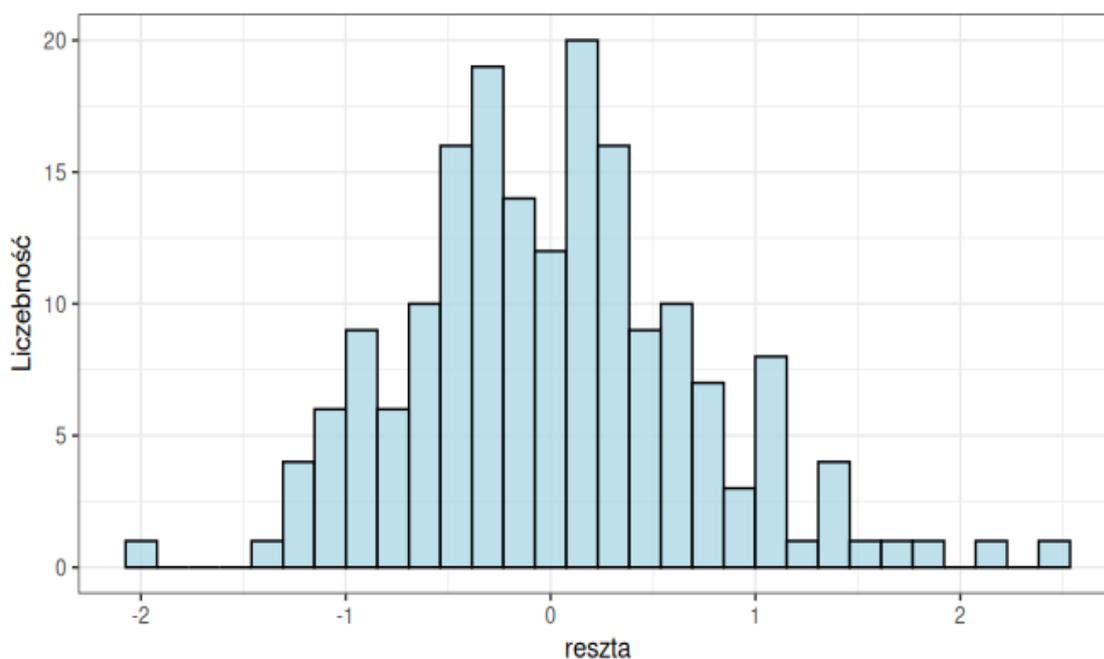
Czysta aktywność dialogowa a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,553$; $p = 0,863$), test Shapiro-Wilka nie wykazał istotnych statystycznie odchyień rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,986$; $p = 0,080$), co przedstawiono graficznie na wykresie 8.

Wykres 8

Rozkład reszt modelu predykcyjnego Czystej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności (SKEW = 0,439) i kurtozy (KURT = 0,528) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 16 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność Czystej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 16

Model predykcyjny Czystej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R^2	F(175,5)
czynnik 1	0,504	0,082	6,136	0,000	0,704	0,482	34,441***
czynnik 2	-0,065	0,064	-1,010	0,314			
ZO narcystyczne	-0,059	0,055	-1,070	0,286			
ZO borderline	0,130	0,071	1,826	0,070			
ZO antyspołeczne	-0,173	0,072	-2,414	0,017*			

ZO-zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ***

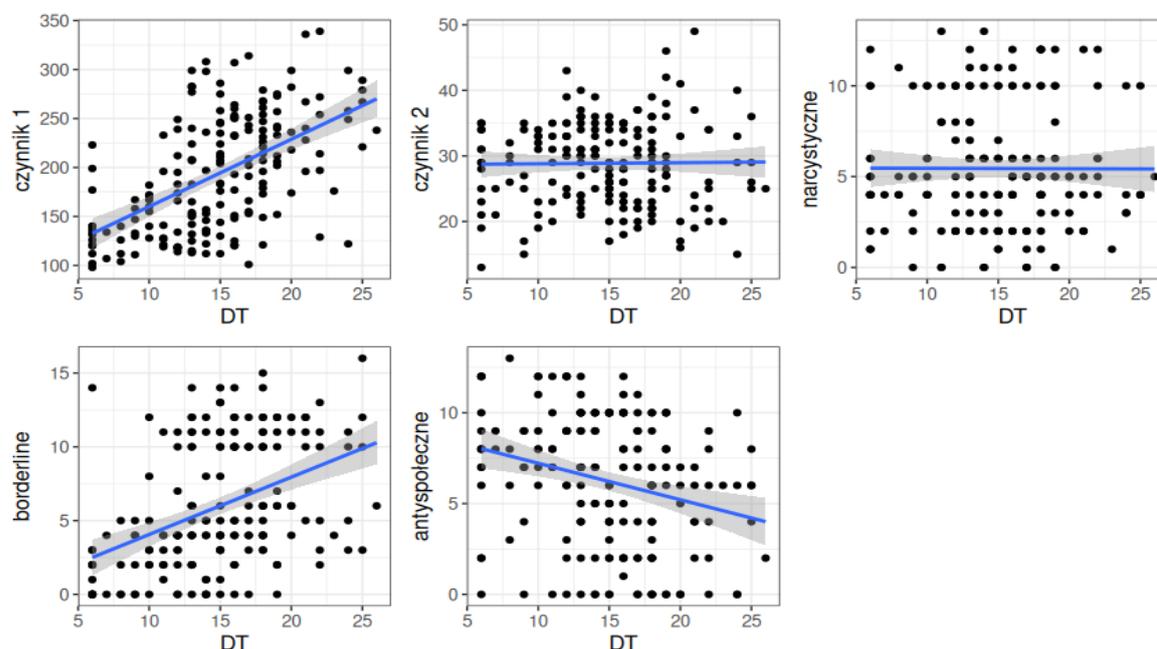
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 48% zmienności *Czystej aktywności dialogowej*, z czego statystycznie istotnie związany z *Czystą aktywnością dialogową* był Czynniki 1, oraz występowanie cech antyspołecznych zaburzeń osobowości. Im bardziej nasilone schematy składające się na Czynniki 1 tj. *Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie* tym wyższe nasilenie *Czystej aktywności dialogowej*. Wyższe o jedno odchylenie standardowe występowanie zaburzeń antyspołecznych było związane z niższą o 0,173 odchylenia standardowego *Czystą aktywnością dialogową*. Oznacza to, że występowanie cech osobowości antyspołecznej związane było z niższym poziomem czystego dialogowania wewnętrznego.

7.3.2. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi tożsamościowe

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Dialogów tożsamościowych* był Czynniki 1 obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych (*Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie*), Czynniki 2, czyli *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości.

Wykres 9

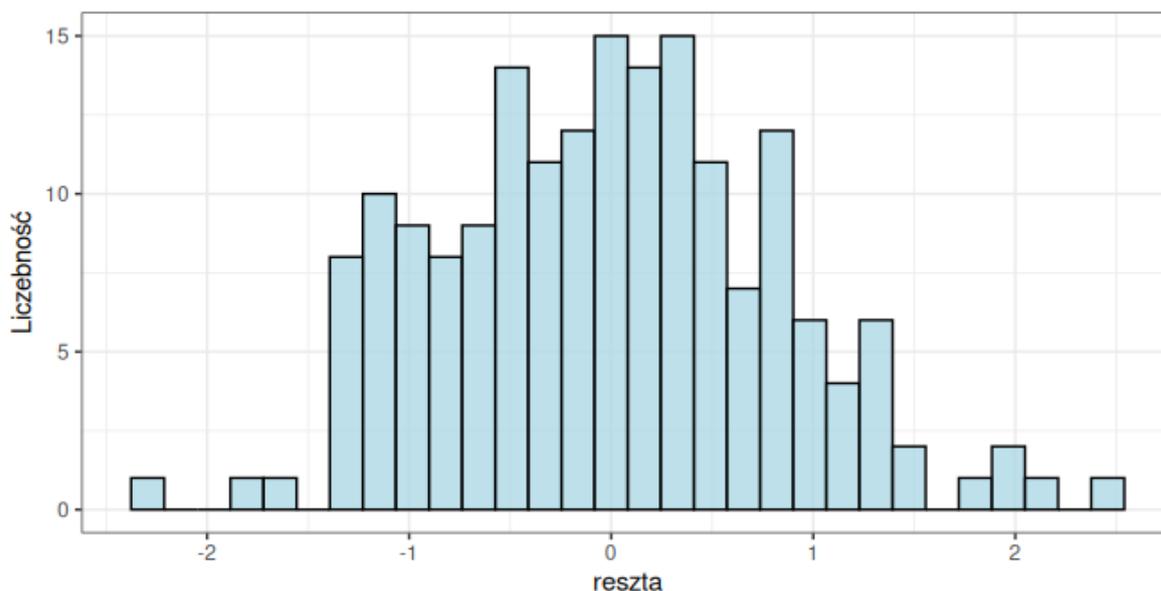
Dialogi tożsamościowe a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,517$; $p = 0,643$), a test Shapiro-Wilka istotnych statystycznie odchyień rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,993$; $p = 0,566$), co przedstawiono graficznie na wykresie 10.

Wykres 10

Rozkład reszt modelu predykcyjnego Dialogów tożsamościowych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności ($SKEW = 0,220$) i kurtozy ($KURT = -0,100$) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 17 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność nasilenia *Dialogów tożsamościowych* w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 17

Model predykcyjny Dialogów tożsamościowych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

Predyktory	β	SE	t	p	R	R ²	F(175,5)
czynnik 1	0,459	0,096	4,783	0,000	0,559	0,293	15,885***
czynnik 2	0,008	0,075	0,110	0,912			
ZO narcystyczne	0,010	0,064	0,149	0,881			
ZO borderline	0,132	0,083	1,588	0,114			
ZO antyspołeczne	-0,015	0,084	-0,176	0,861			

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ***

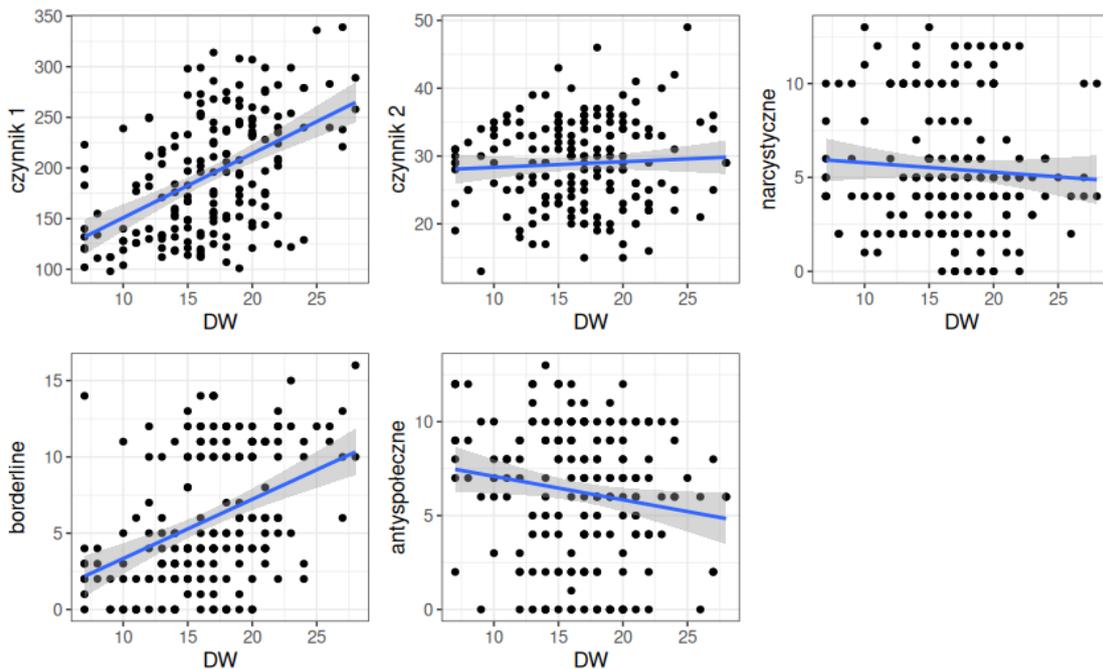
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 29% zmienności *Dialogów tożsamościowych*, przy czym statystycznie istotnie był z nimi związany jedynie Czynniki 1. Im wyższe nasilenie Czynnika 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*) tym wyższe nasilenie *Dialogów tożsamościowych*. Wzrost Czynnika 1 o jedno odchylenie standardowe związany był średnio ze wzrostem nasilenia *Dialogów tożsamościowych* o 0,459 odchylenia standardowego. Występowanie zaburzeń osobowości nie wyjaśniało statystycznie istotnie nasilenia *Dialogów tożsamościowych*.

7.3.3. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi wspierające

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Dialogów wspierających* były jak poprzednio czynniki obejmujące domeny schematów dezadaptacyjnych tj. Czynniki 1, w którym zawierają się schematy z domen *Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*, Czynniki 2, czyli *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości.

Wykres 11

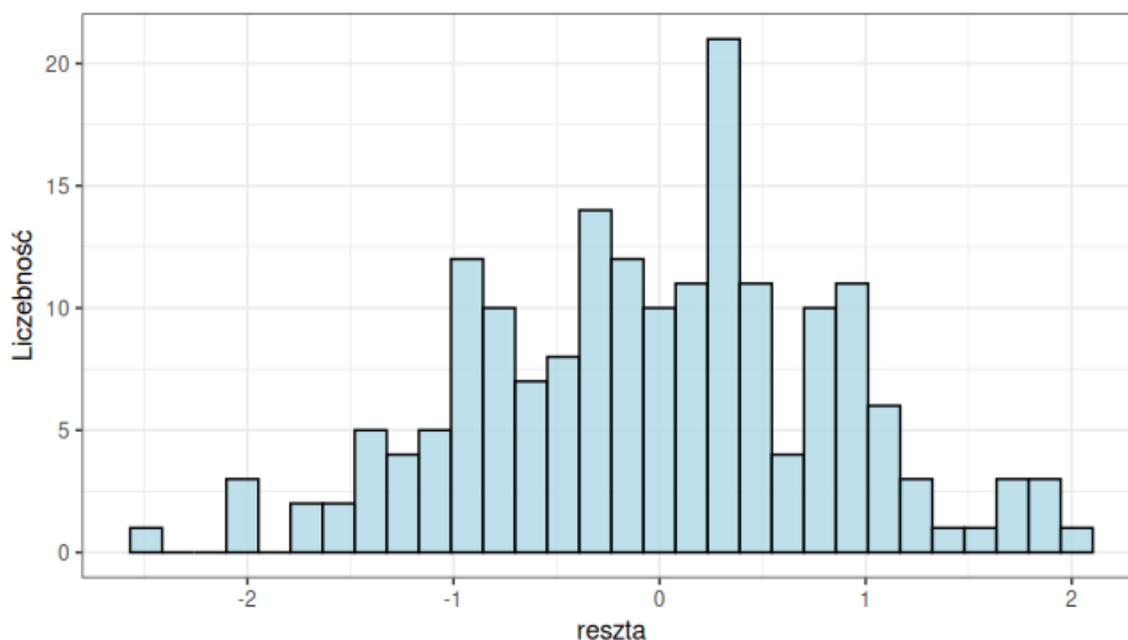
Dialogi wspierające a wyróżnione w modelu predykcyjnym



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a wykazywał istotną statystycznie heteroscedastyczność reszt w modelu ($HMC = 0,409$; $p = 0,046$), którą skorygowano w oparciu o parametr z odpornymi błędami standardowymi HC3. Test Shapiro-Wilka nie wykazał istotnych statystycznie odchyłeń rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW=0,997$; $p = 0,988$), co przedstawiono graficznie na wykresie 12.

Wykres 12

Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Dialogów wspierających w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności (SKEW = -0,079) i kurtozy (KURT = -0,160) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 18 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność nasilenia Dialogów wspierających w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 18

Model predykcyjny nasilenia Dialogów wspierających w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R ²	F(175,5)
czynnik 1	0,405	0,087	4,672	0,000	0,523	0,253	13,207***
czynnik 2	0,072	0,074	0,969	0,334			
ZO narcystyczne	-0,030	0,016	-1,896	0,059			
ZO borderline	0,031	0,018	1,707	0,089			
ZO antyspołeczne	0,001	0,017	-0,016	0,988			

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ***

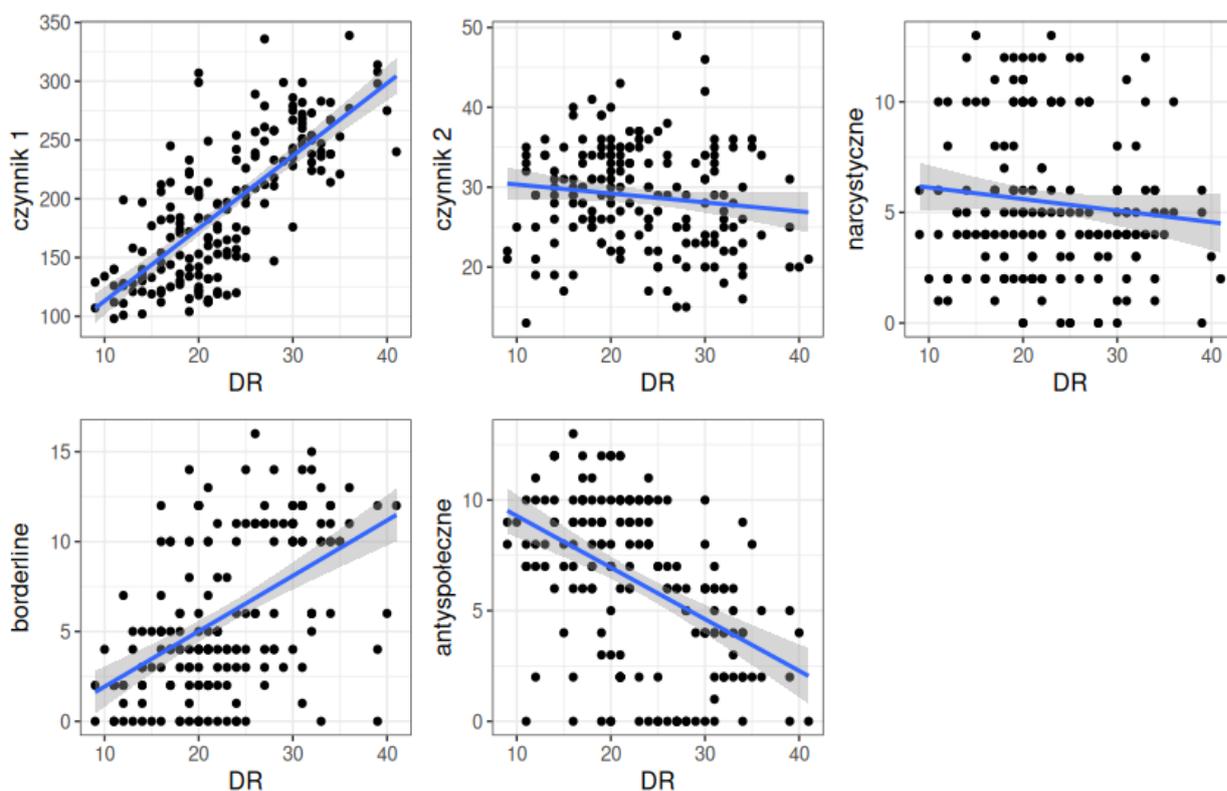
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 25% zmienności *Dialogów wspierających*, przy czym statystycznie istotnie związany z nimi był Czynniki 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Zmiana nasilenia Czynnika 1 o jedno odchylenie standardowe związana była ze wzrostem nasilenia *Dialogów wspierających* o 0,328 odchylenia standardowego. Występowanie zaburzeń osobowości nie wyjaśniało statystycznie istotnie nasilenia *Dialogów wspierających*.

7.3.4. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi ruminacyjne

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Dialogów ruminacyjnych* był Czynniki 1 obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych, Czynniki 2, czyli *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości. W przypadku schematów dezadaptacyjnych ich związki ze zmienną objaśnianą przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres 13

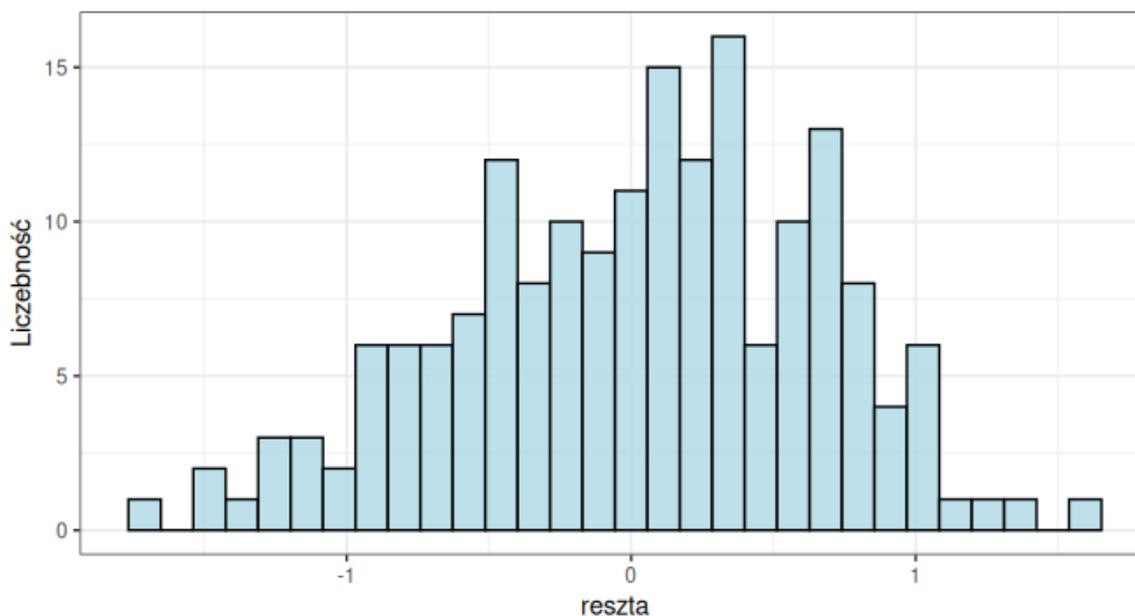
Dialogi ruminacyjne a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,496$; $p = 0,511$), a test Shapiro-Wilka istotnych statystycznie odchyłeń rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,990$; $p = 0,239$), co przedstawiono graficznie na wykresie 14.

Wykres 14

Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Dialogów ruminacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności ($SKEW = -0,261$) i kurtozy ($KURT = -0,403$) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 19 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność nasilenia *Dialogów ruminacyjnych* w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 19

Model predykcyjny nasilenia Dialogów ruminacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R ²	F(175,5)
czynnik 1	0,674	0,073	9,203	0,000	0,774	0,588	52,324***
czynnik 2	-0,096	0,057	-1,682	0,094			
ZO narcystyczne	-0,081	0,049	-1,638	0,103			
ZO borderline	0,052	0,063	0,829	0,408			
ZO antyspołeczne	-0,096	0,064	-1,501	0,135			

ZO – zaburzenie osobowości * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

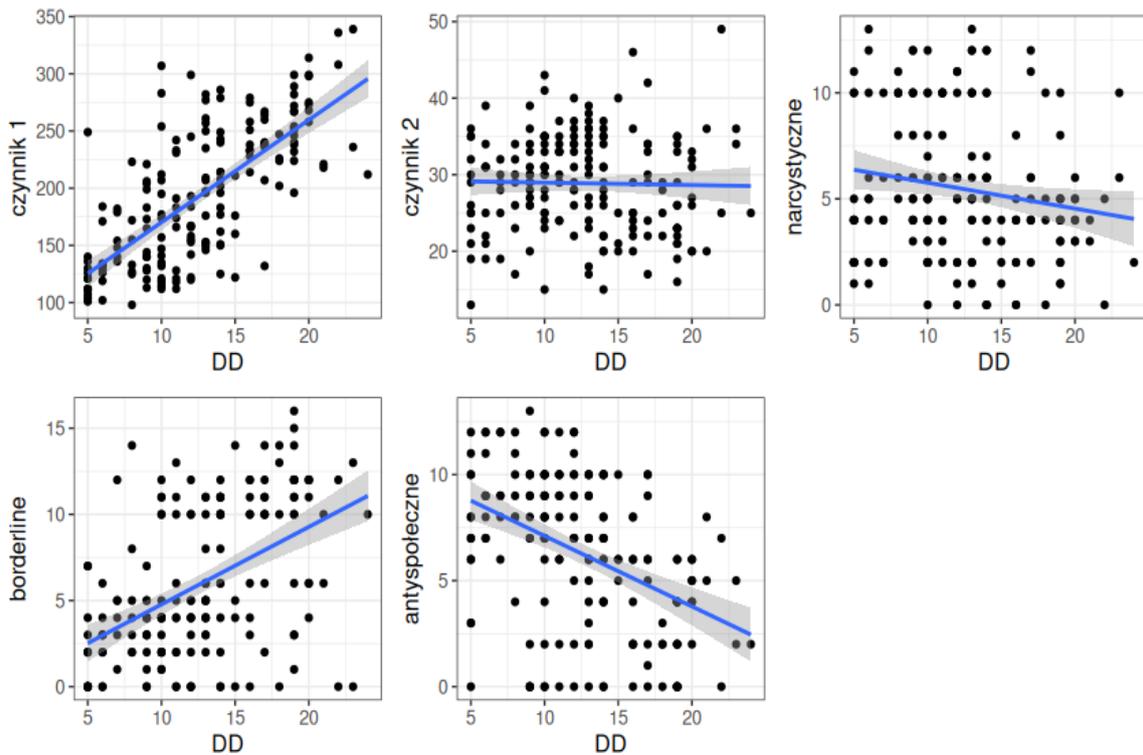
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 59% zmienności *Dialogów ruminacyjnych*, przy czym istotnie związane z nimi były schematy z Czynnika 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych oraz Nadmierna czujność i zahamowanie*). Zmiana wyniku w Czynniku 1 o 1 odchylenie standardowe skutkowałą zmianę poziomu *Dialogów ruminacyjnych* o 0,674 punktu. Cechy zaburzeń osobowości nie wyjaśniały tego typu dialogowania.

7.3.5. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Dialogi dysocjacyjne

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Dialogów dysocjacyjnych* był Czynniki 1 obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych, Czynniki 2, czyli *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości. W przypadku schematów dezadaptacyjnych ich związki ze zmienną objaśnianą przedstawiono na wykresie poniżej

Wykres 15

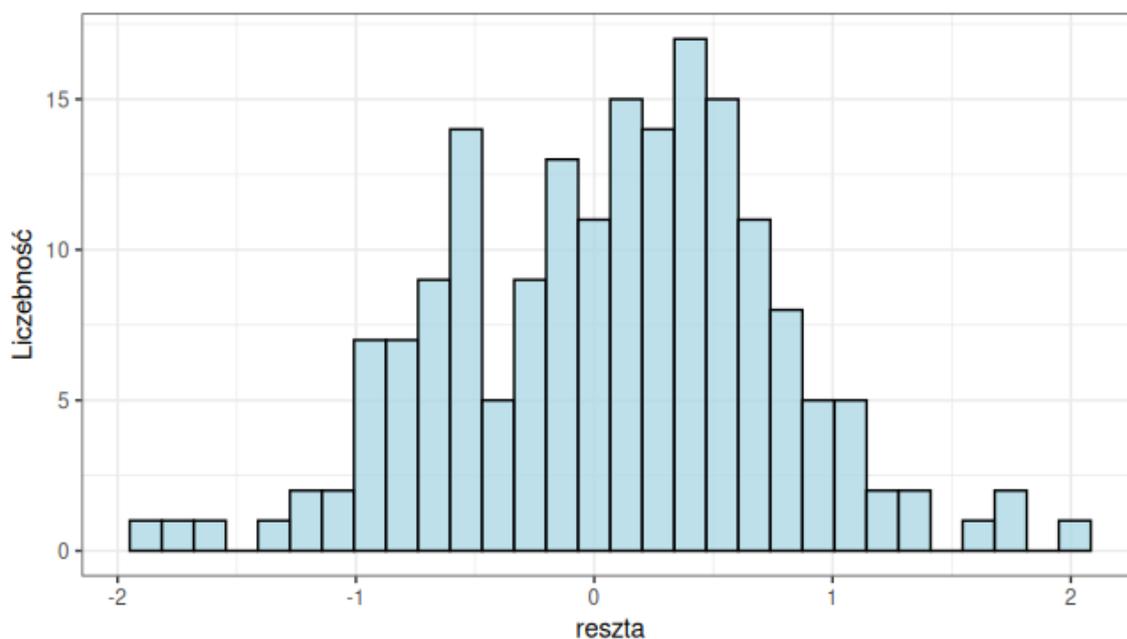
Dialogi dysocjacyjne a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,544$; $p = 0,823$), a test Shapiro-Wilka istotnych statystycznie odchyień rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,990$; $p = 0,207$), co przedstawiono graficznie na wykresie 16.

Wykres 16

Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Dialogów dysocjacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności (SKEW = -0,082) i kurtozy (KURT = 0,380) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 20 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność nasilenia Dialogów dysocjacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 20

Model predykcyjny nasilenia Dialogów dysocjacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R^2	F(175,5)
czynnik 1	0,566	0,078	7,210	0,000	0,735	0,527	41,110***
czynnik 2	0,058	0,061	0,941	0,348			
ZO narcystyczne	-0,169	0,053	-3,198	0,002**			
ZO borderline	0,084	0,068	1,240	0,216			
ZO antyspołeczne	-0,169	0,068	-2,466	0,015*			

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

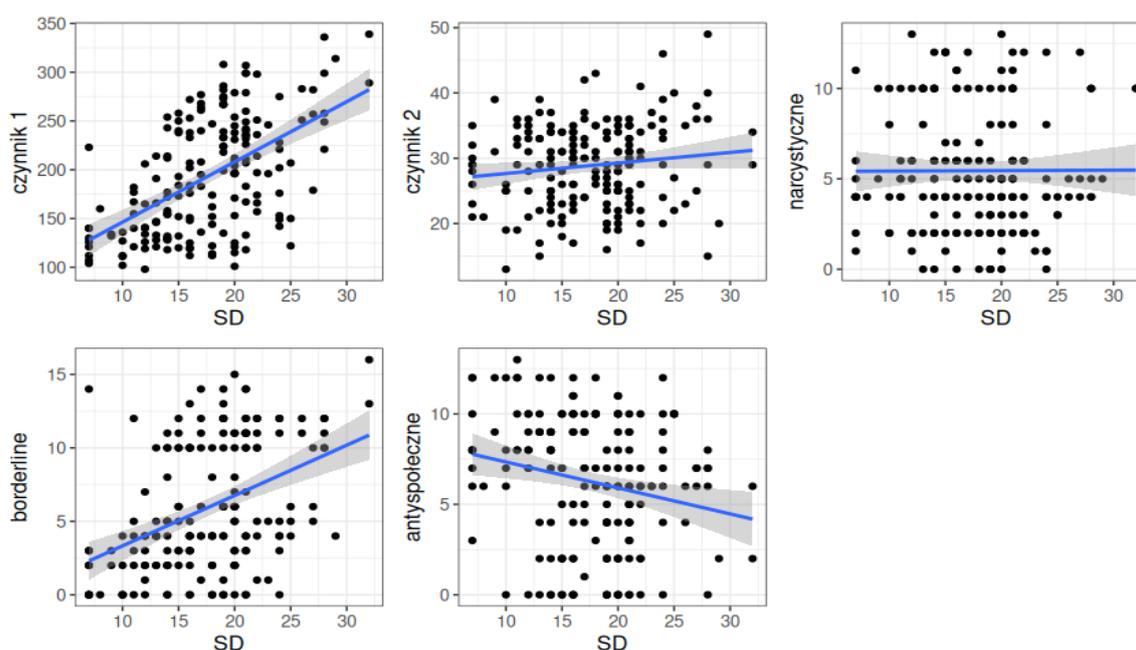
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 0,53% zmienności *Dialogów dysocjacyjnych*. Statystycznie istotnie związane z nimi były schematy Czynnika 1 (wzrost wyniku w tej skali o 1 odchylenie standardowe powodował wzrost *Dialogów dysocjacyjnych* o 0,566 odchylenia standardowego), a także występowanie cech zaburzeń narcystycznych i antyspołecznych, gdzie silniejsze o 1 odchylenie standardowe występowanie zaburzeń narcystycznych było związane z niższym nasileniem *Dialogów dysocjacyjnych* o średnio 0,169 odchylenia standardowego, a występowanie zaburzeń antyspołecznych również z niższym nasileniem *Dialogów dysocjacyjnych* o 0,169 odchylenia standardowego.

7.3.6. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Symulacja dialogów społecznych

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Symulacji dialogów społecznych* był Czynniki 1 obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych, Czynniki 2, czyli *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości. W przypadku schematów dezadaptacyjnych ich związki ze zmienną objaśnianą przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres 17

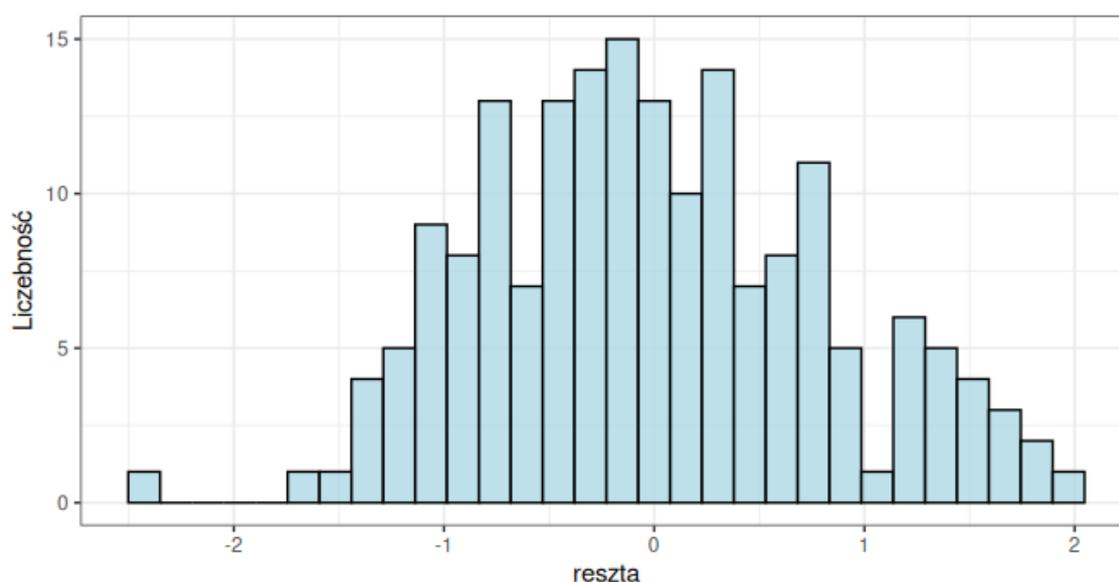
Symulacja dialogów społecznych a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,510$; $p = 0,588$), a test Shapiro-Wilka istotnych statystycznie odchyłań rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,988$; $p = 0,116$), co przedstawiono graficznie na wykresie 19.

Wykres 18

Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Symulacji dialogów społecznych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności ($SKEW = 0,214$) i kurtozy ($KURT = -0,341$) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 21 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność *Symulacji dialogów społecznych* w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 21

Model predykcyjny nasilenia Symulacji dialogów społecznych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R ²	F(175,5)
czynnik 1	0,452	0,095	4,765	0,000	0,572	0,307	16,978***
czynnik 2	0,131	0,074	1,766	0,079			
ZO narcystyczne	-0,003	0,064	-0,055	0,956			
ZO borderline	0,138	0,082	1,678	0,095			
ZO antyspołeczne	-0,012	0,083	-0,150	0,881			

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***

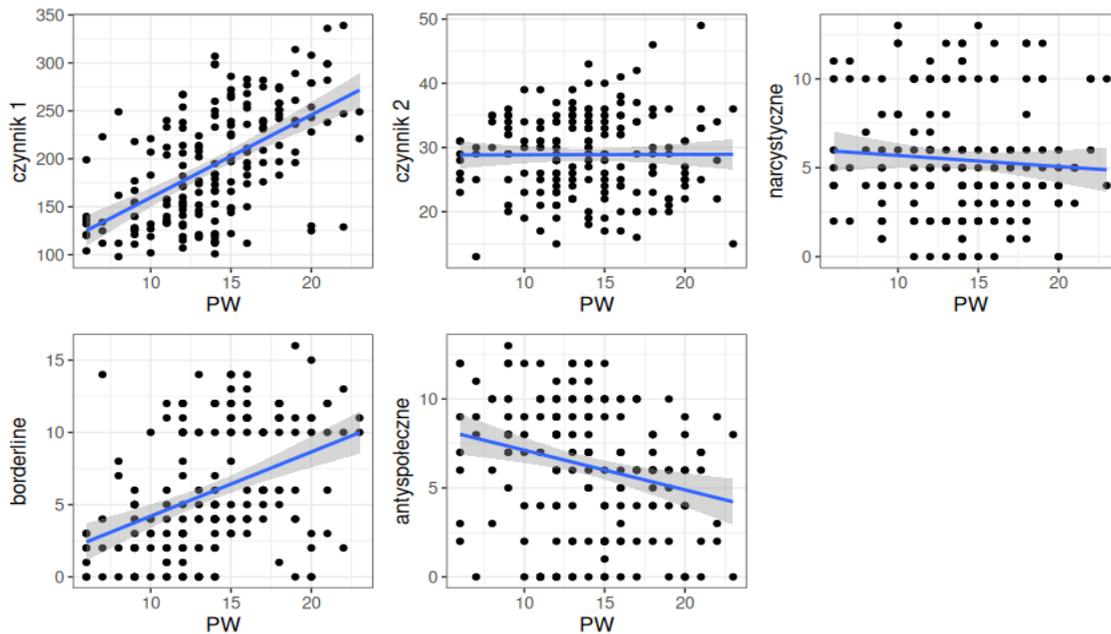
Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 31% zmienności *Symulacji dialogów społecznych*. Przy tym istotnie statystycznie powiązane z nimi były schematy należące do Czynnika 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Im wyższy był wynik w zakresie pierwszego czynnika, tym wyższy był w skali *Symulacji dialogów społecznych*. Cechy zaburzeń osobowości nie wyjaśniały tego typu dialogowania.

7.3.7. Schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości a Przyjmowanie punktu widzenia

W zaproponowanym modelu przyjętymi predyktorami *Przyjmowania punktu widzenia* był Czynniki 1 obejmujący 4 główne domeny schematów dezadaptacyjnych, Czynniki 2, czyli domenę *Uszkodzone granice* oraz 3 rodzaje zaburzeń osobowości. W przypadku schematów dezadaptacyjnych ich związki ze zmienną objaśnianą przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres 19

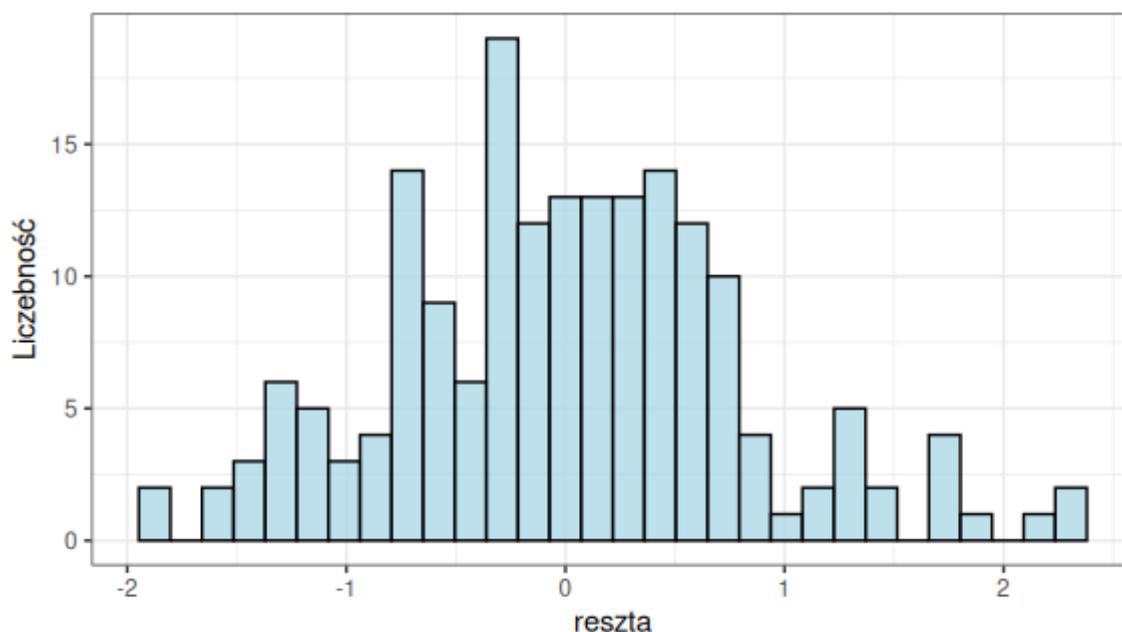
Przyjmowanie punktu widzenia a wyróżnione w modelu predyktory



Zmienne nie były ze sobą związane w sposób krzywoliniowy. Analiza odległości Cooka nie wskazywała na występowanie wpływowych obserwacji odstających. Współczynniki tolerancji i VIF nie wskazywały na nadmierną korelację predyktorów. Wykonany test Harrisona-McCabe'a nie wykazał istotnej statystycznie heteroscedastyczności reszt w modelu ($HMC = 0,474$; $p = 0,332$), a test Shapiro-Wilka istotnych statystycznie odchyłeń rozkładu reszt od rozkładu normalnego ($SW = 0,991$; $p = 0,286$), co przedstawiono graficznie na wykresie 21.

Wykres 20

Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Przyjmowania punktu widzenia w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości



Współczynniki skośności (SKEW = 0,139) i kurtozy (KURT = 0,256) wskazywały, że rozkład reszt był zbliżony do rozkładu normalnego.

W tabeli 20 przedstawiono parametry modelu wyjaśniającego zmienność *Przyjmowania punktu widzenia* w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.

Tabela 22

Model predykcyjny nasilenia Przyjmowania punktu widzenia w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości

predyktory	β	SE	t	p	R	R ²	F(175,5)
czynnik 1	0,556	0,094	5,909	0,000	0,581	0,319	17,838***
czynnik 2	-0,023	0,073	-0,309	0,758			
ZO narcystyczne	-0,052	0,063	-0,821	0,413			
ZO borderline	0,061	0,081	0,755	0,451			
ZO antyspołeczne	0,044	0,082	0,535	0,593			

ZO – zaburzenie osobowości, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ ***

Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 32% zmienności *Przyjmowania punktu widzenia*. Statystycznie istotnie związany z tą zmienną był schematy Czynnika 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Tym częstsze było *Przyjmowanie punktu widzenia* im wyższy był wynik uzyskany w skalach Czynnika 1, przy czym wzrost o jedno odchylenie standardowe poziomu Czynnika 1 był związany ze wzrostem nasilenia *Przyjmowania punktu widzenia* o średnio 0,556 odchylenia standardowego. Nie wykazano związków pomiędzy przyjmowaniem perspektywy a występowaniem cech zaburzeń osobowości.

ROZDZIAŁ 8. DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Głównym celem badawczym niniejszej dysertacji był opis wewnętrznej aktywności dialogowej więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami współwystępującymi tj. narcystycznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniem osobowości typu borderline, a także opisanie, w jaki sposób schematy dezadaptacyjne wyjaśniają dialogowość wewnętrzną tych osób. Chciano również wyjaśnić czy i w jaki sposób związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym osób osadzonych w zakładzie karnym jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja oraz czy rodzaj zaburzenia osobowości moderuje efekt schematów dezadaptacyjnych na dostępność standardów Ja – poza Ja, a także czy rodzaj zaburzenia osobowości moderuje efekt dostępności standardów Ja – poza Ja na dialogowanie wewnętrzne.

Pojawiło się zatem pytanie, które jednocześnie stało się **głównym problemem badawczym** niniejszej rozprawy: *Czy schematy dezadaptacyjne są predyktorami Ja dialogowego osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i z zaburzeniami osobowości z nim współwystępującymi?*

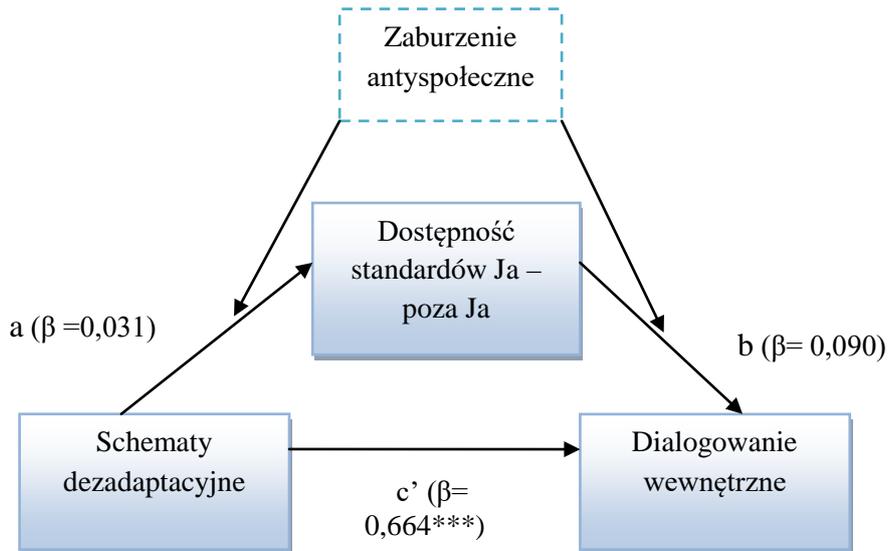
Zaprezentowana wcześniej analiza częściowo potwierdziła sformułowane hipotezy i chociaż wykazano pewne odstępstwa w stosunku do innych badaczy, główne trendy badawcze wydają się być z nimi spójne.

Analizę badawczą można podzielić na trzy główne części. W pierwszej kolejności dokonano analizy ścieżki „c” - sprawdzono bezpośredni związek pomiędzy wewnętrzną aktywnością dialogową a nasileniem schematów dezadaptacyjnych. Dalej analizie poddano moderowaną mediację, gdzie moderatorem było występowanie antyspołecznych zaburzeń osobowości, zaburzeń osobowości borderline oraz narcystycznych zaburzenia osobowości. Przeprowadzono analizę ścieżki „a”, gdzie sprawdzono moderowany związek między poziomem schematów dezadaptacyjnych a dostępnością standardów Ja – poza Ja w każdym z wyżej wymienionych zaburzeń osobowości. Kolejno sprawdzono związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych i moderowaną dostępnością standardów Ja – poza Ja a wewnętrzną aktywnością dialogową, czyli analizowano ścieżki „b”, „c’”. Dla każdego zaburzenia osobowości przeprowadzono osobne analizy. W dalszej, końcowej części analizy badawczej sprawdzano szczegółowe zależności pomiędzy wymiarami schematów dezadaptacyjnych a rodzajami wewnętrznej aktywności dialogowej osadzonych.

Na rycinach 3, 4, 5 przedstawiono graficzny schemat analizowanej moderowanej mediacji z uwzględnieniem β .

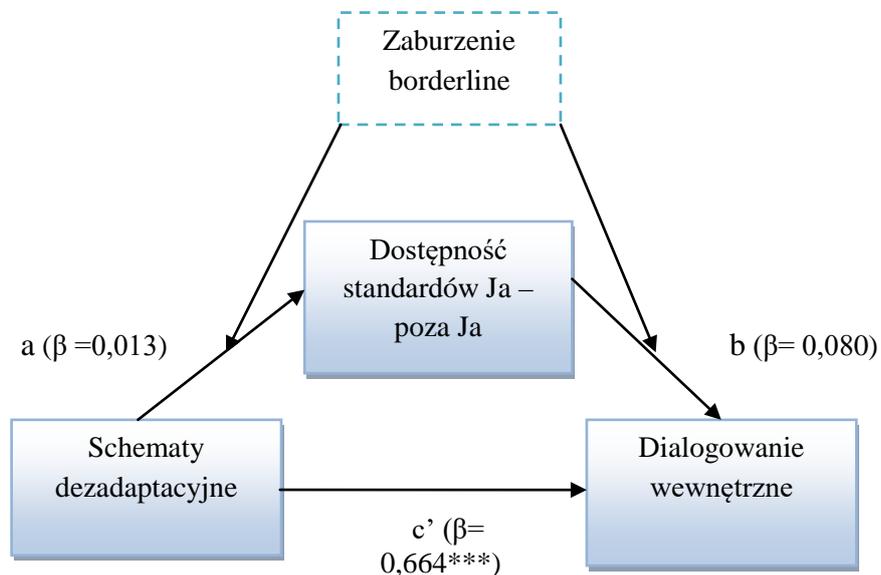
Rysunek 3

Schemat moderowanej przez antyspołeczne zaburzenie osobowości mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β



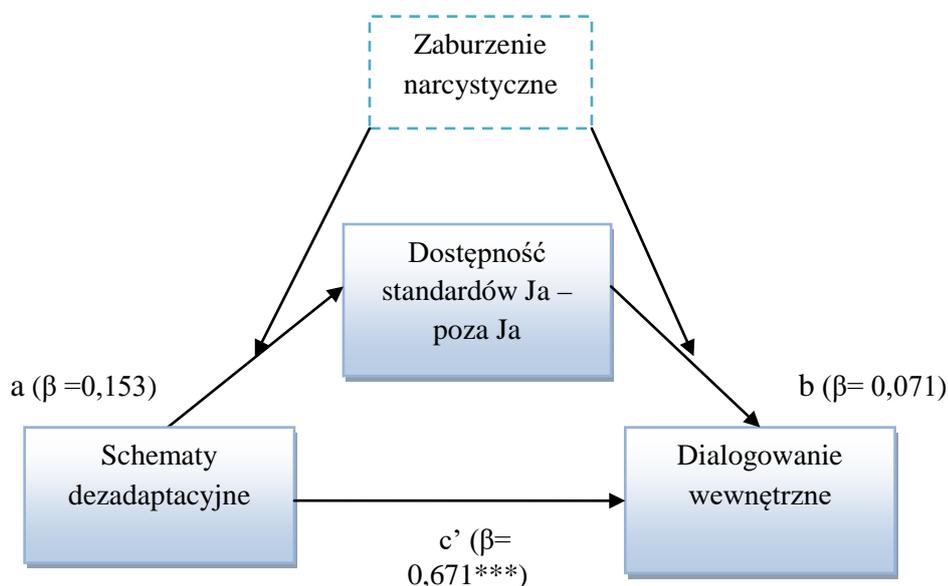
Rysunek 4

Schemat moderowanej przez zaburzenie osobowości borderline mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β



Rysunek 5

Schemat moderowanej przez narcystyczne zaburzenia osobowości mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β



I. Bezpośredni związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową (wynik ogólny) – analiza ścieżki „c”

Analizy ścieżek relacji pomiędzy zmiennymi („a”, „b”, „c” i „c’”), niniejszej rozprawy wykazały, iż najlepszym predykatorem dialogowania wewnętrznego okazały się schematy dezadaptacyjne (ścieżka „c’”). Wyniki analizy regresji wykazały **silne związki pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a wewnętrzną aktywnością dialogową** (wykres 5, s. 150). Model wyjaśniał 45% zmienności dialogowania wewnętrznego. Wyższy o jedno odchylenie standardowe poziom schematów dezadaptacyjnych był związany średnio z wyższym o 0,674 odchylenia standardowego poziomem dialogowania wewnętrznego. Okazało się, iż osoby skazane, które cechowały się wyższym poziomem schematów dezadaptacyjnych częściej dialogowały wewnątrz. Badania potwierdziły więc hipotezę, iż (H₁): *Istnieje związek pomiędzy nasileniem schematów dezadaptacyjnych a nasileniem dialogowania wewnętrznego u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniami z nim współwystępującymi.*

Należy jednak zaznaczyć, iż związek między dialogowaniem wewnętrznym a schematami dezadaptacyjnymi nie jest jednoznaczny i może różnić się w zależności od rodzaju schematu i formy dialogowania, o czym świadczą zaprezentowane wyniki szczegółowych analiz, a które zinterpretowane i omówione zostaną w dalszej części niniejszej dyskusji. Niniejsze badania potwierdzają, iż schematy dezadaptacyjne i dialogowanie wewnętrzne są ze sobą powiązane. Powiązania te można wyjaśnić odnosząc się do danych z literatury przedmiotu. Wczesne schematy dezadaptacyjne (EMS) będące utrwalonymi, nieprawidłowymi wzorcami, związanymi z wadliwym odbiorem rzeczywistości, powstają w wyniku trudnych bądź traumatycznych doświadczeń wczesnodziecięcych i utrudniają jednostce satysfakcjonujące funkcjonowanie w życiu codziennym (Young i in., 2014). EMS mogą wyzwalać dialogowość wewnętrzną, wprowadzając negatywne myśli, samokrytycyzm, wątpliwości co do własnej wartości. Warto zaznaczyć, że osoby cechujące się występowaniem dezadaptacyjnych schematów najczęściej doświadczają niższego poczucia sensu i jakości życia (Gubernak i in., 2018). Co więcej, osoby z epizodem depresji cechują się większym nasileniem i odmienną strukturą schematów dezadaptacyjnych. Schematy w grupie osób przejawiających tendencje lękowe i depresyjne wykazują silne związki z poczuciem dobrostanu (fizycznego i psychicznego), a także z postawami życiowymi (Mącik i Shchehelska, 2015).

Jak pokazują badania (Oleś i in., 2010) dialogowości wewnętrznej sprzyjają negatywne emocje. Wewnętrzna aktywność dialogowa wiąże się z neurotycznością, obniżoną samooceną oraz negatywnym obrazem siebie (Talik i Bąk, 2011), a także z negatywną emocjonalnością, w tym z uczuciem niezadowolenia i strachu (Wasył, 2018). Badania Olesia i współpracowników (2010) wykazały, iż istnieją słabe związki dialogowości z afektami. Jednak przypuszcza się, iż to właśnie negatywne emocje stanowią genezę bądź też tworzą klimat dla wystąpienia wewnętrznej aktywności dialogowej. Nasilenie dialogowości wewnętrznej nie współwystępuje z uczuciami pozytywnymi. Zdaje się być to spójne z uzyskanymi rezultatami w niniejszej dysertacji potwierdzającymi założenie, iż schematy dezadaptacyjne mogą wiązać się z nasiloną dialogowością wewnętrzną. Niniejsze wyniki analizy badań mówiące o tym, iż schematy dezadaptacyjne wiążą się z występowaniem dialogowości wewnętrznej potwierdzają również badania podkreślające istnienie ujemnego związku Ja dialogowego z poczuciem satysfakcji z życia, np. z tym, że im wyższa jest samoocena i satysfakcja życiowa, tym mniejsze jest nasilenie wewnętrznej aktywności dialogowej (Oleś, 2011). Okazuje się, że także samotność i doświadczenia związane z izolacją społeczną będą wiązać się ze

zwiększonym poziomem mowy wewnętrznej (Brinthaupt, 2019). Badania pokazują, że izolacja społeczna jest istotnym czynnikiem degradującym zdrowie fizyczne i psychiczne i mającym związek ze schematami dezadaptacyjnymi jak i obecnością mowy wewnętrznej (Cacioppo i Cacioppo, 2014). Okazuje się także, że w badaniu samotności, mówienia do siebie i dobrego samopoczucia, stwierdzono, iż wyniki potrzeby przynależności i samotności były dodatnio skorelowane z ogólną częstością mówienia do siebie (Reichl, 2013). Posiadanie ograniczonych lub niezadawalających relacji społecznych było związane ze zwiększoną częstością mowy wewnętrznej. Jak wskazują badania, schematy dezadaptacyjne wiążą się z poczuciem samotności, smutkiem, frustracją i ogólnym złym stanem psychicznym (Maruszewska i in., 2019). Osoby badane przebywające dłuższy czas w izolacji więziennej, cechują się więc wzmożonym poczuciem osamotnienia oraz związanymi z nim nasilonymi schematami dezadaptacyjnymi, a jednocześnie ze wzmożoną dialogowością wewnętrzną. Co więcej, wyniki niniejszej rozprawy w pewnym stopniu potwierdzają badania Łysiak (2019), które wykazały, iż negatywna afektywność (rozumiana jako cecha osobowościowa, zawierająca w sobie labilność emocjonalną, lęk separacyjny, perseweracyjność, depresyjność, wrogość, podejrzliwość) oraz psychotyzm (do którego zaliczono nietypowość przekonań, doświadczeń i ekscentryczność) związane są ze wszystkimi typami dialogów wewnętrznych.

II. Analiza moderowanej mediacji związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową – analiza ścieżki „a”, „b” i „c”.

W niniejszym badaniu nie wykazano, aby relacja pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dialogowaniem wewnętrznym była mediowana przez dostępność standardów Ja – poza Ja (ścieżki „a” i „b”). Okazało się, iż dostępność standardów Ja – poza Ja nie jest istotnie statystycznie związana ze schematami dezadaptacyjnymi ani też z dialogowością wewnętrzną. Dostępność standardów Ja – poza Ja nie była statystycznie istotnie skorelowana ani ze schematami dezadaptacyjnymi ani też z dialogowaniem wewnętrznym. Ponadto przyjęty w modelu moderator (zaburzenie antyspołeczne, narcystyczne i borderline) nie moderwał relacji pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, ani nie był istotnie statystycznie związany z dostępnością standardów Ja – poza Ja. Choć zakładano, że (H₂): *Związek pomiędzy*

schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym więźniów jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja, hipoteza ta nie została potwierdzona.

Można podjąć próbę wyjaśnienia takiego rezultatu. Jak już niejednokrotnie podkreślano, przyjmowanie perspektywy innej osoby rozumiane jako „oderwanie się” od osobistej, własnej perspektywy, wyjście „poza Ja”, związane jest z próbą wyobrażenia co czują, myślą lub widzą inni. I choć przyjmowanie perspektywy nie jest tożsame z empatią, oba te zjawiska mogą (aczkolwiek nie muszą) być ze sobą związane. Zgodnie z teorią Góreckiej i Szuster (2011), przyjmowanie perspektywy jest *skłonnością* do liczenia się z innym punktem widzenia. Przeprowadzając niniejsze badania przyjęto, iż dostępność standardów poza-Ja (przyjmowanie perspektywy) wyjaśni istnienie zależności między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowością wewnętrzną osób osadzonych. Przypuszczano, że większe nasilenie w wymiarze standardów poza-Ja będzie powiązane z tendencją do przyjmowania perspektywy innej osoby i jednocześnie tendencją do „rozmawiania z nią”. Jednak istnieją wyniki badań, które ukazały nieco odmienną i zarazem ciekawą zależność (Oleś i in., 2010). W jednym z badań okazało się bowiem, że im bardziej człowiek jest pochłonięty jest dialogami wewnętrznymi, tym mniej uważny jest w stosunku do świata zewnętrznego. I choć potwierdzono związek empatii i dialogowania wewnętrznego, okazał on się dość słaby (nieco ponad 10% wariacji). Sformułowano przypuszczenie, że dialogowość wewnętrzna, będąca aktywnością poznawczą/myślową/mentalną, może ograniczać wrażliwość na to, co dzieje się wokół osoby dialogującej (Oleś i in., 2010). Oleś i współpracownicy (2010) zakładają, iż aktywność dialogowa może być bardziej związana z wyobraźnią i fantazją niż z uczestnictwem w życiu realnym. Osoby badane z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i współwystępującymi zaburzeniami osobowości ze względu na niską refleksyjność mogą w tym zakresie prezentować zróżnicowane zachowania, np. być mniej skoncentrowane na wyobraźni, na aktywności poznawczej oraz na innych osobach (Gawda, 2022), co doprowadziło do uzyskania takiego obrazu wyników.

Brak istotnego statystycznie związku między przyjmowaniem perspektywy (standardami poza-Ja) a schematami dezadaptacyjnymi i występowaniem dialogowości wewnętrznej może być związany również ze specyfiką badanej grupy oraz rodzajem narzędzia badawczego. Narzędzie zawierało opis sytuacji, w której osoba potrzebuje pomocy. Badani więźniowie wybierali spośród listy argumentów te, które były im najbliższe, jeśli znaleźliby się w takiej sytuacji. Argumenty podzielono na przeciw i za udzieleniem pomocy. Te ostatnie rozgraniczono na takie, w których udzielenie pomocy

jest efektem skupienia na własnej osobie (standardy Ja), oraz takie, które są rezultatem skupienia na perspektywie innej osoby (standardy poza-Ja). Różnica liczby wybranych stwierdzeń skoncentrowanych na Innym i Ja była wskaźnikiem dostępności standardów poza-Ja. Im większa okazała się wartość wskaźnika tym wyższy jest poziom dostępności standardów poza-Ja (Górecka i Szuster, 2011). Odpowiedzi osób badanych optujące za nieudzieleniem pomocy, automatycznie nie były brane pod uwagę w analizie badawczej z uwagi na formę konstrukcji narzędzia. Warto byłoby przyjrzeć się kwestii przyjmowania perspektywy przez osadzonych w zakładach karnych z większą dokładnością. Być może powyższe narzędzie okazało się nieodpowiednie dla tej konkretnej grupy badanej, której niektórzy członkowie w ogóle nie brali pod uwagę argumentów wskazujących na udzielenie pomocy, tym samym uniemożliwiając sprawdzenie czy faktycznie są oni bardziej skupieni na sobie czy też można przyjąć perspektywę innych.

Co więcej, wydaje się, że przyjmowanie perspektywy innej osoby może wiązać się z dialogowaniem wewnętrznym, jednak w określonych okolicznościach. Dialogowanie wewnętrzne jest procesem myślowym, w którym człowiek prowadzi rozmowę z samym sobą, aby rozwiązać jakiś nurtujący go problem bądź osiągnąć zmierzony cel (Oleś i in., 2010). Przyjmowanie perspektywy natomiast, związane jest ze zdolnością do rozumienia i postrzegania sytuacji z innego (niż własny) punktu widzenia (Szuster i Rutkowska, 2007). Choć przyjmowanie perspektywy innej osoby może być pomocne w rozwiązywaniu problemów lub konfliktów wewnętrznych w procesie dialogowania wewnętrznego, okazało się, że nie jest konieczne jego zaistnienie. Wewnętrzne dialogowanie może polegać bowiem na krytycznym przemyśleniu własnych dokonań i wartości, a nie na empatycznym dialogu wewnętrznym przybierającym formę przyjmowania różnych punktów widzenia. Przyjmowanie perspektywy innej osoby może okazać się pomocne w dialogowaniu wewnętrznym, jednak nie jest ono niezbędne dla tego procesu.

Ogólnie ujmując, przyjmowanie perspektywy innej osoby, dialogowanie wewnętrzne i schematy dezadaptacyjne są złożonymi procesami psychologicznymi, zależącymi od wielu czynników. Przyjmowanie perspektywy może wynikać z wielu przyczyn, takich jak umiejętności interpersonalne, poziom empatii, doświadczenie życiowe czy rodzaj sytuacji, w której dochodzi do przyjmowania perspektywy. Również dialogowanie wewnętrzne może wynikać z np. poziomu samoświadomości, umiejętności rozwiązywania problemów, rodzaju problemu, który jest przez osobę rozwiązywany w obrębie własnych myśli, aktualnego stanu emocjonalnego. Podobnie jak schematy dezadaptacyjne, które mają swoje źródło w doświadczeniach z okresu dzieciństwa,

niezaspokojonych potrzebach czy temperamencie emocjonalnym. W związku z powyższym, złożoność niniejszych procesów może wpływać na wyniki badań oraz płynące z nich wnioski. Nie można jednoznacznie stwierdzić, iż brak istotnego statystycznie związku między przyjmowaniem perspektywy a dialogowością wewnętrzną i schematami dezadaptacyjnymi jest wnioskiem uniwersalnym.

Badania nie wykazały również, aby związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi (wynik ogólny) a dostępnością standardów Ja – poza Ja (ścieżka „a”), oraz związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym (wynik ogólny) (ścieżka „b”) był moderowany przez występowanie zaburzeń osobowości takich jak zaburzenia borderline, antyspołeczne oraz narcystyczne. Okazało się, że zaburzenia osobowości antyspołeczne i borderline nie mają istotnego statystycznie związku z ogólnym nasileniem dialogowości wewnętrznej. Warto jednak wspomnieć, że analiza związków między schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja wykazała, że ze standardami Ja – poza Ja związane jest występowanie zaburzeń narcystycznych. Osoby badane z narcystycznym zaburzeniem osobowości cechowały się niższą dostępnością standardów poza-Ja.

W związku z powyższym hipoteza (H₃), mówiąca iż: *Rodzaj zaburzenia osobowości moderuje efekt schematów dezadaptacyjnych na dostępność standardów Ja – poza Ja oraz moderuje efekt dostępności standardów Ja – poza Ja na poziom dialogowania wewnętrznego* została potwierdzona częściowo.

Zaburzenia osobowości charakteryzują się stałymi i utrwalonymi wzorcami myślenia, są to ciężkie zaburzenia w strukturze charakteru i sposobu zachowania. Zazwyczaj wpływają w sposób negatywny na funkcjonowanie jednostki oraz jej relacje z innymi (Carson i in., 2003), a tym samym mogą rzutować na zdolność do przyjmowania perspektywy innych osób. Osoby z zaburzeniami osobowości takimi jak narcystyczne, antyspołeczne bądź borderline, mogą przejawiać trudności z przyjmowaniem perspektywy drugiego człowieka, co może wiązać się z ich schematami dezadaptacyjnymi. Analizie badawczej poddano głównie zaburzenia osobowości znajdujące się w tzw. wiązce B, które cechują się zachowaniami impulsywnymi i emocjonalnymi. W tej grupie zaburzeń osobowości występuje obniżenie kontroli emocji gniewu, lęku czy depresji (Gawda, 2018a). Osoby te mogą zaprzeczać swoim uczuciom, przywiązywać zbyt dużą wagę do aprobaty i uznania innych, cechują się także niepewnością i niezadowoleniem z siebie (Cierpiałkowska i Soroko, 2017), co może wiązać się z określonymi schematami

dezadaptacyjnymi oraz z dialogowaniem wewnętrznym. W narcystycznym zaburzeniu osobowości występuje obniżony poziom kontroli depresji (Gawda, 2018a), co najczęściej objawia się gwałtownymi zmianami nastroju i wybuchami gniewu. Cechy osobowości borderline wiążą się natomiast z obniżeniem nastroju wynikającym z deficytów emocjonalnych będących bazą tego zaburzenia osobowościowego (Butcher i in., 2018; Gawda, 2018a). Osoby z osobowością borderline przejawiają również skłonności suicydalne, cechują się nagłymi wybuchami gniewu, zaburzeniami w postrzeganiu siebie i własnej tożsamości czy nawiązywaniem dysfunkcyjnych relacji interpersonalnych (Koenigsberg i in., 2009).

Badania potwierdzają, iż osoby z zaburzeniami osobowości mogą cechować się wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi utrudniającymi im zrozumienie czy też przyjęcie empatycznej postawy wobec innych ludzi (Kunst i in., 2020). Osoby o osobowości antyspołecznej niewątpliwie przejawiają deficyty w zakresie empatii (Hare, 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2013), tym samym mogą przejawiać trudności z przyjęciem perspektywy drugiej osoby. Zaburzenia osobowości typu narcystycznego czy antyspołecznego mogą przyczyniać się do trudności z identyfikowaniem i zrozumieniem emocji, potrzeb czy motywacji innej osoby (Trzebińska, 2009). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości są w dużej mierze skoncentrowane na sobie i własnych potrzebach, nie na potrzebach innych ludzi (Hare, 2006; Gawda, 2007c), cechują się również deficytami w zakresie strategii wzajemności i współodczuwania (Gawda, 2022). Badania pokazują, iż jednostki z wyżej wymienionym zaburzeniem osobowości charakteryzują się wysokim poziomem egocentryzmu, brakiem odpowiedzialności, uczuciowością o charakterze powierzchownym oraz deficytami w zakresie empatii (Gawda, 2008, 2015). Na zaburzoną skłonność przyjmowania perspektywy wskazuje fakt, iż osoby z tym zaburzeniem osobowościowym nadmiernie koncentrują się na sobie, co było istotną przesłanką w niniejszej pracy. Badania w paradygmacie narracyjnym Gawdy (2010, 2007d) potwierdzają, iż osoby te nadmiernie skupiają się własnych emocjach i samych sobie jako bohaterach historii (historii o miłości), jednocześnie pomijając emocje partnera. Co więcej, osoby o wysokim natężeniu cech antyspołecznych (w porównaniu do osób bez zaburzeń osobowościowych) cechują się wzmożoną tendencją do koncentracji na sobie. Mimo, iż potrafią one skoncentrować się na opisach zachowania i uczuciach innych osób, przejawiają trudności w jednoczesnym skupieniu się na sobie i innych (Gawda, 2007d). Wyniki niniejszego projektu badawczego można wyjaśnić odwołując się do badań Gawdy (2007d) mówiących o tym, iż osadzeni przejawiający silne tendencje

antyspołeczne wykazują wyższą umiejętność koncentracji na sobie i innych niż więźniowie cechujący się niewielkim nasileniem cech antyspołecznych. Oznacza to, iż grupa ta może być pod tym względem mocno zróżnicowana. Nie stwierdzono zatem związków pomiędzy przyjmowaniem perspektywy poza-Ja i relacji tej perspektywy z dialogowaniem wewnętrznym u więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, ponieważ osoby takie nie wykazują tendencji do przyjmowania perspektywy innej niż własna, mimo, iż jak dowodzą badania, kwestia ta wymaga dalszych badań i wyjaśnień. Przykładowo, Pastwa-Wojciechowska (2004) wykazała, iż osoby osadzone w zakładach karnych o cechach psychopatycznych cechują się wyższą inteligencją emocjonalną (oraz wysokimi wskaźnikami narcyzmu) niż osadzeni bez takich cech. To wskazuje, że populacja więźniów o cechach antyspołecznych i psychopatycznych jest wysoce zróżnicowana, a co zatem idzie analizy grupowe/korelacyjne mogą dostarczać niekonkluzywnych rezultatów. Jak podkreśla Gawda (2007d) badane zjawisko jest specyficzne oraz ma złożony charakter, okazuje się bowiem, iż z jednej strony więźniowie z antyspołecznym zaburzeniem osobowości wykazują umiejętność wczuwania się (do pewnego stopnia) w stany innych ludzi, z drugiej jednak nadmiernie koncentrują się na sobie. Co interesujące, jednocześnie ich możliwość równoległej koncentracji na sobie i innych jest mniejsza niż u osób bez zaburzeń osobowości, wyższa natomiast niż u przeciętnych (nieposiadających nasilonych cech antyspołecznych) więźniów. Wyniki te mogą w pewnym stopniu tłumaczyć brak jednoznacznych zależności w niniejszej analizie badawczej.

Brak potwierdzenia niniejszej hipotezy, może też w pewnym stopniu wyjaśniać podejście Blackburna (1996), który wyróżnia tzw. psychopatów pierwotnych i wtórnych. Podejście to pokazuje jak heterogeniczna jest populacja osób antyspołecznych i psychopatycznych. Psychopatia pierwotna dotyczy osób cechujących się wysoką ekstrawertycznością, dominacją, agresywnością, zachowaniami impulsywnymi oraz wysokim poziomem podejrzliwości, które zazwyczaj mają za sobą wcześniejsze doświadczenia dotyczące naruszania norm prawnych, charakteryzują się również deficytami lęku i samokrytycyzmu. Psychopaci wtórni natomiast, pomimo swojej agresywności, impulsywności, nadmiernej podejrzliwości czy zaburzeń zachowania, charakteryzują się również lękiem społecznym, wycofaniem, niską samooceną oraz uległością w relacjach z innymi ludźmi, mającą swoje źródło w podejrzliwości i niskim poczuciu wartości. Stąd też, autor dokonał wyróżnienia dwóch niezależnych od siebie wymiarów: dominacji-submisji oraz uległości-wrogości. W wynikach analiz związanych z tematyką psychopatii Blackburn (2006) przyjmuje, iż psychopatia jako wymiar może

odpowiadać kontinuum bezwzględny – uległy. Być może pewnym wyjaśnieniem jest wskazanie na heterogeniczność tej populacji. Zróżnicowanie/heterogeniczność struktury osobowościowej jednostek antyspołecznych podkreślali również Millon i współpracownicy (2005) wskazując aż pięć typów osobowości antyspołecznej. Wymieniają oni kolejno: *osobowość zachłanną*, która cechuje się drapieżnością, zawiścią, zazdrością oraz łączywością, jednocześnie czuje się odrzucona i pozbawiona możliwości zaspokojenia własnych potrzeb; *osobowość broniącą własnej reputacji*, z rysem osobowości narcystycznej, w której jednostka uważa siebie za niezależną, doskonałą oraz posiadającą predyspozycje przywódcze i mogącą zajmować pozycję lidera czy zwycięzcy, reagującą impulsywnie na zagrożenie, uzależnioną jednak od podziwu i aprobaty ludzi postronnych, którzy stanowią dla niej lustro, w którym odbija swój obraz; *osobowość ryzykującą*, związaną z cechami osobowości histrionicznej, która cechuje śmiałością, lekkomyślnością, impulsywnością, podejmowaniem ryzyka oraz niezważaniem na niebezpieczeństwa; *osobowość nomadyczną* posiadającą cechy osobowości schizoidalnej i unikającej, która uważa siebie za osobę pechową, pokrzywdzoną, traktowaną z nienależnym szacunkiem, odrzuconą i samotną. Typ osobowości nomadycznej cechuje się złośliwością oraz tendencją do tułaczki; *osobowość wrogą* z rysą osobowości sadystycznej i paranoicznej, która jest zawzięta, cechuje się brutalnością, niechęcią do innych, jest również podejrzliwa i nieufna, pozbawiona strachu i wyrzutów sumienia (Pastwa-Wojciechowska, 2017). Ta niejednoznaczność i wielowymiarowy charakter zaburzenia antyspołecznego może wyjaśniać brak wyraźnych zależności w niniejszych badaniach, gdzie analiz dokonywano na całej grupie.

Ponadto, osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mogą w sposób odmienny podejmować decyzje, które odnoszą się do złożonych, wieloaspektowych sytuacji społecznych opierających się na emocjach. Osoby z tendencjami psychopatycznymi mogą wykorzystywać umiejętność wczuwania się w stany lub emocje innych ludzi, w celu zrealizowania własnych, egoistycznych dążeń (Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2013). Okazuje się, iż wyższy wskaźnik psychopatii interpersonalno-afektywnej umożliwia szybsze podejmowanie złożonych decyzji o charakterze moralnym. Deficyty w rozpoznawaniu i rozumieniu emocji, niższa empatyczna troska pozwalają tym osobom na szybką ocenę sytuacji, jednak brakuje im zdolności do współprzeżywania cierpienia innego człowieka (Takamatsu i Takai, 2017). Mimo, iż niektóre doniesienia badawcze potwierdzają ujemne związki między psychopatią

a skłonnością do przyjmowania perspektywy innego człowieka (Mullins-Nelson i in., 2006; Pardini i in., 2003), kwestia ta zdaje się być sporna, gdyż inni badawcze zjawiska twierdzą, iż empatia poznawcza nie jest znacząco zaburzona u osób z zaburzeniami psychopatycznymi (Millon i in., 2005; Pastwa-Wojciechowska i Kazimierczak, 2018). Określone reakcje ludzi z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mogą odnosić się zatem do konkretnych osób lub przejawiać się w określonej sytuacji, tym samym nie muszą oznaczać całkowitego braku empatii poza określonymi okolicznościami bądź wobec innych (niezwiązanych z tym kontekstem) osób. Sposób odbierania zagrażających sytuacji czy ludzi (np. nieporozumień społecznych czy konfliktów) nie wyklucza zdolności obdarzania empatią innych osób, niezwiązanych z konkretnymi okolicznościami, czy też niewzbudzających negatywnych zachowań czy emocji. Okazuje się więc, iż psychopatia i empatia (lub też zdolność przyjmowania perspektywy) mogą współistnieć, choć dotyczyć będą różnych obszarów funkcjonowania człowieka odnośnie relacji społecznych w różny sposób (Millon i in., 2005). Także badania na grupach klinicznych (przestępczych) pokazują, iż wśród sprawców przestępstw (również seksualnych) pojawiają się reakcje empatyczne, które kierowane są do osób innych niż ofiara (Marshall i in., 2009; Pastwa-Wojciechowska, 2013). Powyższe wyniki badań mogą w pewnym stopniu tłumaczyć brak wyraźnych zależności między typem zaburzeń osobowości a przyjmowaniem perspektywy poza-Ja.

Ponadto, to czy rodzaj zaburzenia osobowości będzie mieć związek z przyjmowaniem perspektywy innej osoby, zależy może od wielu czynników takich jak indywidualne cechy osobowościowe, historia życia, doświadczenia życiowe czy dostępność wsparcia terapeutycznego. Możliwe, że jest to związane z różnym etapem oddziaływań resocjalizacyjnych skazanych. Badana grupa była pod tym względem różnorodna. Co więcej, część badanych posiadała więcej niż jedno zaburzenie osobowości, czyli tzw. mieszane zaburzenia osobowości. Jak wskazują badania Gundersona i jego współpracowników (1991/1995), u 90-97% pacjentów z diagnozą zaburzenia osobowości typu borderline zdiagnozowano dodatkowe zaburzenie osobowości. Inne badania ukazały, iż ok. 25% osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości miało dwa lub więcej zaburzeń osobowości (Zimmerman i Rothschild, 2005). Okazuje się, iż osoby zdiagnozowane mogą posiadać wiele współwystępujących cech zaburzeń osobowości z każdej wiązki (Volkert, 2018), co potwierdzają również badania Gawdy i Czubak (2020), wskazując na zjawisko współwystępowania cech zaburzeń osobowości w populacji osób osadzonych. Chociaż osoby badane w większości posiadały antyspołeczne zaburzenie

osobowości, które było zaburzeniem w dużej mierze wiodącym, osadzeni posiadali również inne zaburzenia osobowościowe i cechy zaburzeń osobowości o różnym stopniu nasilenia, dlatego też przypuszcza się, iż współwystępowanie mogło wpłynąć na obraz wyników analiz w niniejszej dysertacji. Współwystępowanie (Tyrer i in., 2010) zaburzeń może w pewnym stopniu tłumaczyć brak wyraźnych zależności, dlatego też warto byłoby pochylić się nad tą kwestią w sposób bardziej wnikliwy.

Brak istotnych związków między typem zaburzonej osobowości a dialogowaniem wewnętrznym (ogólny wynik) i schematami dezadaptacyjnymi (ogólny wynik) można wyjaśnić także w oparciu o koncepcje neurobiologiczne. Na funkcjonowanie osób z zaburzeniami osobowości, np. niskie tendencje do refleksji, dialogowania, mogą mieć większy wpływ pewne dysfunkcje neurobiologiczne niż doświadczenia w relacjach z opiekunami kształtujące schematy dezadaptacyjne. Szczególnie wydaje się, to dotyczyć osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości. Zdaniem wielu badaczy (Hiatt i Newmann, 2007; Etkin i in., 2011), sposób funkcjonowania osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości uwarunkowany jest czynnikami biologicznymi, podczas gdy determinanty psychologiczne (np. schematy czy dialogowość wewnętrzna) są czynnikami drugorzędnymi, choć istotnymi. Choć grupa osób badanych była tak wyselekcjonowana, aby zminimalizować obciążenia neuropsychiatryczne, to jednak badaną populację charakteryzują różne deficyty organiczne/mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (Gawda i in., 2016). Być może nieistotny efekt moderacji dla zaburzeń osobowości w relacji pomiędzy wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi i dialogowaniem wewnętrznym ma z związek z tym, że czynniki biologiczne w znacznie większym stopniu determinują funkcjonowanie poznawczo-emocjonalne/aktywność dialogową osób z zaburzeniem antyspołecznym i współwystępującymi zaburzeniami niż wczesne doświadczenia w ontogenezie, które mogłyby ukształtować schematy dezadaptacyjne. Okazuje się bowiem, że wiele badań nad strukturą i funkcjonowaniem mózgu osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości wykazuje istotne nieprawidłowości, szczególnie w zakresie struktury i funkcji kory przedczołowej. Osoby te cechują się mniejszą objętością istoty szarej (Yang i Raine, 2005, 2009). Boccardi i współpracownicy (2011) potwierdzili, iż psychopatia powiązana jest z redukcją istoty szarej w strukturze kory przedczołowej zwłaszcza w części brzuszno-przyśrodkowej oraz korze zakrętu obręczy. Odkryto również nieprawidłowości w regionach podkorowych np. w hipokampie (Boccardi i in., 2010) oraz wyspie (Ly i in., 2012). U osób ze zdiagnozowaną psychopatią występują również nieprawidłowości strukturalne w obrębie

ciała migdałowatego, a mianowicie nieprawidłowy rozmiar i aktywność tej struktury mózgowej (Harenski i in., 2010; Ly i in., 2012) (przegląd badań w: Gawda i in., 2016). Wymienione wyżej struktury mózgowe wiążą się z afektywnością i funkcjami poznawczymi, a nieprawidłowości w tych obszarach rzutują na funkcjonowanie społeczne i afektywne osób z omawianym zaburzeniem (Gawda i in., 2016). Dysfunkcje w obszarze brzuszo-przyśrodkowej kory przedczołowej zaburzają kontrolowanie zachowań społecznie nagannych, utrudniają autorefleksję czy poczucie wstydu/zakłopotania (Qin i Northoff, 2011). Nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu wymienianych obszarów mózgu mogą tłumaczyć zaburzenia poznawcze i afektywne osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, które przejawiać się będą w niezdolności do przyjmowania perspektywy innych (Gawda i in., 2016; Hiatt i Newman, 2007).

Podobne dane odnośnie etiologii zaburzenia dotyczą zaburzenia osobowości borderline i narcystycznego. Również osoby z osobowością borderline cechują się nieprawidłowościami w strukturach mózgowych, posiadają np. mniejsze niż osoby bez zaburzeń osobowości, ciało migdałowate, hipokamp, przedni zakręt obręczy czy mniejszą objętość kory oczodołowo-czołowej (Hazlett i in., 2005; Schmahl i in., 2003), co prowadzi do przetwarzania negatywnych emocji w sposób nieprawidłowy, przez większą aktywność w obrębie wyspy i tylnej kory zakrętu obręczy oraz obniżoną aktywację w sieciach rozciągających się od ciała migdałowatego do przedniej części zakrętu obręczy i grzbietowo-bocznej kory przedczołowej (Ruocco i in., 2013). Dysfunkcje w obszarach neuronalnych u psychopatów/osób z osobowością antyspołeczną czy borderline są podstawą do wystąpienia nieprawidłowości w funkcjonowaniu, odbiorze rzeczywistości, relacji, czy rozpoznawania, rozróżniania i odbierania informacji afektywnych (Gawda i in., 2016). To bez wątpienia może skutkować obniżeniem refleksyjności, a w konsekwencji obniżeniem dialogowania wewnętrznego.

Uzyskane w tej dysertacji w części hipotez nieistotne zależności mogą wynikać również z niskiego poziomu refleksyjności osób badanych. Dialogowanie wymaga posługiwania się językiem, a osoby z zaburzeniem antyspołecznym zdają się mieć w tym zakresie niższe kompetencje. Potwierdzają to badania Gawdy i Czubak-Paluch (2021), które wykazały, iż wskaźnik procesów mentalnych mierzący przetwarzanie informacji językowych u więźniów plasuje się na niskim poziomie. Oznacza to, że posiadają mało rozwinięte możliwości wglądu w siebie czy refleksji nad zdarzeniami życiowymi. Autorki pokazały, iż umiejętność dokonywania analizy, refleksji, przewidywania czy wglądu w doświadczenia jest mniejsza u więźniów z zaburzeniami osobowości niż u osób

nieosadzonych. Obniżona zdolność przetwarzania mentalnego może wpływać na poziom dialogowania wewnętrznego. W taki sposób można zinterpretować wyniki niniejszych analiz.

Chociaż nie wykazano, aby związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, oraz związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym był moderowany przez występowanie zaburzeń osobowości (antyspołeczne, narcystyczne, borderline), istniały pewne przesłanki optujące za sformułowaniem takiej hipotezy. Badania Łysiak (2019) wykazały, iż korelacje między patologicznymi cechami osobowości (według DSM-5 i kwestionariusza PID-5 autorstwa Kruegera i in., 2012) a mową wewnętrzną (mową do siebie) były istotne statystycznie, chociaż korelacje okazały się słabe. Inaczej wyglądała sytuacja z patologicznymi cechami osobowości a dialogowością wewnętrzną, gdzie związki potwierdziły się i były wyraźne. Negatywny afekt i psychotyczność (według patologicznych domen DSM-5) okazały się związane ze wszystkimi rodzajami dialogów wewnętrznych.

Pomimo, iż analiza badawcza wykazała, że cechy zaburzeń osobowości analizowanych w badaniu (antyspołeczne, narcystyczne, borderline) nie są istotnymi moderatorami w związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a przyjmowaniem perspektywy oraz pomiędzy przyjmowaniem perspektywy a dialogowaniem wewnętrznym, nie można stwierdzić, iż zaburzenia osobowości nie mają żadnego związku z tymi procesami psychologicznymi. Wyniki te przekonują, iż analiza powyższej problematyki jest ważna dla wyznaczenia kierunku i toku dalszych planów badawczych. Bez wątpienia należy rozważyć powiększenie liczebności próby badanej w celu dokładniejszego zobrazowania problematyki odpowiadającej przedmiotowi badań.

III. Rodzaje schematów dezadaptacyjnych a rodzaje dialogowania wewnętrznego

W dalszej części analizy badawczej dokonano **szczegółowej analizy zależności pomiędzy wymiarami schematów dezadaptacyjnych a aktywnością dialogową osób osadzonych.**

Okazało się, iż *Czysta aktywność dialogowa*, rozumiana jako predyspozycja do spontanicznych wewnętrznych dialogów, jest statystycznie istotnie związana z Czynnikiem 1, do którego należą wczesne schematy dezadaptacyjne z domen *Rozłączenie i odrzucenie*,

Oslabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych oraz Nadmierna czujność i zahamowanie. Im bardziej nasilone są schematy z wyżej wymienionych grup, tym wyższe jest nasilenie *Czystej aktywności dialogowej*. Co więcej, występowanie antyspołecznego zaburzenia osobowości było związane z niższą *Czystą aktywnością dialogową*. Oznacza to, że występowanie cech osobowości antyspołecznej związane było z niższym poziomem czystego dialogowania wewnętrznego, co częściowo potwierdziło hipotezę, iż osoby z tym zaburzeniem osobowości mogą przejawiać słabszą tendencję do dialogowania.

Podjęmując próbę wyjaśnienia tych zależności, należy zastanowić się, co łączy schematy z domen wyłonionych w Czynniku 1. Przytaczając charakterystykę schematów wyżej wymienionych domen, można zauważyć pewną prawidłowość, która dotyka zagadnień związanych z relacjami międzyludzkimi, poczuciem własnej wartości i negatywnymi stanami afektywnymi. Schematy te dotyczą osób bardziej podatnych na trudności w zawieraniu i utrzymywaniu zdrowych relacji z innymi, negatywnej emocjonalności, gdzie dominuje uczucie beznadziejności, odrzucenia, smutku i gniewu. Schematy z grupy *Uszkodzone granice*, które włączono do Czynnika 2, zdają się bardziej koncentrować na ochronie osobistych granic i umiejętności wyrażania własnych potrzeb w sposób mogący godzić w uczucia innych. Osoby cechujące się schematami z domeny *Uszkodzone granice* przejawiają tendencję do unikania wszelkiego poczucia dyskomfortu (ból, odpowiedzialności czy wysiłku), przypisywania sobie szczególnych praw i wyjątkowego statusu, co z kolei prowadzi do braku zrozumienia dla innych ludzi i deficytów empatii, a dominującą emocją zdaje się być gniew (Arntz i van Genderen, 2009). W celu lepszego zrozumienia tych zależności zdecydowano się przytoczyć charakterystyki poszczególnych grup schematów z Czynnika 1, ponieważ mimo wyraźnie zaznaczonych elementów wspólnych, każda z domen cechuje się swoistymi różnicami, istotnymi w kontekście interpretacji wyników.

Jedną z domen schematów włączonych do Czynnika 1 jest *Rozłączenie i odrzucenie*. Schematy z obszaru *Rozłączenia i odrzucenia* wiążą się z problemami z przywiązaniem oraz strachem przed porzuceniem i stratą osób, z którymi jednostka jest związana emocjonalnie. Osoby cechujące się tymi schematami dezadaptacyjnymi żyją w przekonaniu, że każda nawiązana intymna relacja ostatecznie zakończy się ich opuszczeniem, a doświadczanymi emocjami są na przemian strach, smutek i gniew. Osoby takie funkcjonują w ciągłej gotowości na zranienie, stąd też wynika ogromna nieufność, czujność i podejrzliwość (Young i in., 2014). Podobny klimat emocjonalny towarzyszy

schematom z pozostałych obszarów np. *Oslabionej autonomii* (gdzie jednostka nie rozwinęła poczucia własnej tożsamości oraz niezależnego „ja”, przez co boryka się z poczuciem bezradności, beznadziejności oraz obawami przed ewentualnym zranieniem, czując się przy tym niegodną miłości i szczęścia), *Nadmiernej czujności* (w których dominuje uczucie lęku przez permanentne zamartwianie się oraz hiperkrytycyzm wywołujący złość, rozczarowanie i smutek), *Ukierunkowania na innych* (związanych ze stawianiem potrzeb innych ponad własnymi, nadmiernym skupianiem się na opinii ludzi postronnych oraz dostosowaniem się do nich nawet kosztem własnego komfortu i samopoczucia) (Young i Klosko, 2005; Young i in., 2014).

Schematy te wiążą się z przeżywaniem negatywnych emocji, a dialogowość wewnętrzna może pomóc w radzeniu sobie z trudnymi emocjami czy myślami (Cieślak, 2015). Osoby cechujące się schematami z tych obszarów przeżywają intensywne emocje i lęki związane z porzuceniem, izolacją społeczną czy poczuciem wstydu (Arntz i van Genderen, 2009; Young i Klosko, 2005). *Czysta aktywność dialogowa* może służyć samoregulacji emocjonalnej, pozwalając na wyrażanie i analizę wewnętrznych uczuć. Osoby z tym typem schematów mogą prowadzić wewnętrzne dialogi w celu zrozumienia swoich emocji czy potrzeb (Oleś, 2011). Poczucie niepewności, charakteryzujące osoby o schematach *Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie* może wzmacniać dialogowość wewnętrzną. Potwierdzają to doniesienia badawcze mówiące o tym, że dialogi wewnętrzne mogą służyć rozwiązywaniu i przepracowaniu wewnętrznych konfliktów i dylematów (Puchalska-Wasył i Oleś, 2013).

Wyniki niniejszych analiz potwierdziły założenie, że schematy włączone do Czynnika 1 mogą zwiększać poziom *Czystej aktywności dialogowej*. Oznacza to, iż *Czysta aktywność dialogowa* aktywowana jest przez występowanie schematów z grupy *Rozłączenia i odrzucenia*, *Oslabionej autonomii*, *Ukierunkowania na innych* i *Nadmiernej czujności i zahamowania*. Zależność ta może wynikać z faktu, iż dialogi wewnętrzne pełnią ważną rolę w procesie autorefleksji i wglądu w siebie (Hermans i Hermans-Konopka, 2010; Rowan, 2011). *Czysta aktywność dialogowa* polegająca na spontanicznym dialogu wewnętrznym oraz myśleniem i rozwiązywaniem różnych kwestii w formie dyskursu wewnętrznego (Oleś, 2009a), może być dla takich osób sposobem na uporządkowanie myśli czy emocji. Osoby funkcjonujące zgodnie ze schematami z wyżej wymienionych domen zazwyczaj mają trudności z radzeniem sobie z trudnymi emocjami, co może doprowadzać do chaosu myślowego. Aktywność dialogowa może zatem pomagać

w zrozumieniu swoich emocji oraz pełnić rolę „wyciszacza”, bądź wręcz przeciwnie – uaktywniać się w momencie silnego pobudzenia emocjonalnego (lub bezpośrednio po nim) i przybierać formę chaotycznego wewnętrznego dyskursu. Tezę tę potwierdzają badania, sugerujące, iż mówienie do siebie może odrywać istotną rolę w hamowaniu impulsów, kierowaniu przebiegiem działań czy monitorowaniu postępów w realizacji zamierzonego celu (Mischel i in., 1996). Patologiczne cechy osobowości (według patologicznych domen i aspektów według DSM-5) takie jak intensywność emocji, chwiejność emocjonalna, niepokój, niezwykle przekonania, ekscentryczność oraz skłonność do zachowań nieodpowiedzialnych, manipulacji, oszukiwania a także impulsywność z wielkościowością wiążą się z występowaniem ruminacji, dialogów dysocjacyjnych oraz przyjmowaniem różnych punktów widzenia (Łysiak, 2019), stąd też można wyznaczyć wyższy poziom *Czystego dialogowania wewnętrznego*, rozumianego jako spontaniczna rozmowa wewnętrzna, w przypadku domen Czynnika 1.

Stwierdzono również, iż istnieją istotne statystycznie zależności między impulsywnością (która jest jedną z głównych cech zaburzeń osobowości z wiązki B, omawianych w niniejszej dysertacji) a częstotliwością mówienia do siebie, mierzoną skalą STS (Ren i in., 2016). Impulsywność motoryczna (wykonanie czynności bez przemyślenia) była dodatnio związana z samokrytycznym mówieniem do siebie, wyniki impulsywności poznawczej natomiast (podejmowanie szybkich decyzji poznawczych) były ujemnie związane z samowzmacniającym się ja – czyli wewnętrzną rozmową odnoszącą się do wydarzeń pozytywnych (np. poczucia szczęścia, dumy, z własnych działań). Chociaż skala STS (Brinthaup i in., 2009) mierzy częstość, z jaką jednostki rozmawiają ze sobą w różnych okolicznościach oraz wyróżnia cztery funkcje samorozmowy (samokrytykę, samowzmacnianie, samozarządzanie i ocenę społeczną) i nie jest tożsama z rodzajami dialogów wewnętrznych, wyniki badań Olesia i Brintaupta (2020) wskazały na umiarkowanie i silne związki między typami dialogów wewnętrznych a funkcjami samorozmowy, co sugeruje, że istnieje znaczne nakładanie się tych dwóch form wewnętrznej komunikacji.

Czysta aktywność dialogowa okazała się istotnie statystycznie związana z występowaniem zaburzenia antyspołecznego. Im wyższe nasilenie antyspołecznego zaburzenia osobowości tym niższy poziom *Czystej aktywności dialogowej*. Wyniki te potwierdzają założenie, że ten rodzaj zaburzenia osobowości może wiązać się z mniejszą aktywnością dialogową. Osoby z zaburzeniem antyspołecznym mają trudności z nawiązywaniem i utrzymaniem zdrowych relacji. Przejawiają tendencję do manipulacji,

zachowań nieprzewidywalnych, pozbawionych empatii, nacechowanych przemocą (DSM-5, 2013). Skupione na środowisku zewnętrznym oraz możliwością manipulowania innymi ludźmi w celu osiągnięcia osobistych korzyści, mogą poświęcać mniej uwagi swoim wewnętrznym myślom, uczuciom czy ogólnym przemyśleniom. Ten brak refleksyjności nad własnymi zachowaniami, reakcjami a także konsekwencjami płynącymi z podjętych działań i decyzji, może mieć związek z niższym poziomem *Czystej aktywności dialogowej*, która przybiera postać spontanicznych dialogów wewnętrznych, wymagających autorefleksji i rozważania na temat myśli, emocji i zachowań własnych oraz innych ludzi (Jankowski, 2011; Oleś, 2009b). Co więcej, jednostki antyspołeczne prezentują niski poziom samoświadomości (Gawda, 2023; Leedom, 2017) oraz przejawiają trudności z identyfikacją własnych emocji i potrzeb (Gawda, 2007b), co może wiązać się z ograniczoną zdolnością do dialogowania, niezbędną dla zrozumienia siebie poprzez przeniesienie obserwacji na własne Ja i samoodniesienie. Podkreśla się, iż to właśnie mowa wewnętrzna jest swoistym nośnikiem uwagi, umożliwiającym przekierowanie myśli na własne stany mentalne (Gut, 2011; Jackendoff, 1997). Jak już zaznaczono wcześniej, dialogowość wewnętrzna, szczególnie konfrontująca, zdaje się wiązać z uczuciem niepokoju (Oleś, 2012), natomiast osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości cechują się niskim poczuciem lęku oraz nadmiernym poszukiwaniem uwagi (Crego i Widiger, 2014).

Analiza niniejszych rezultatów wykazała również, iż z *Dialogami tożsamościowymi* statystycznie istotnie związany był Czynniki 1, do którego należą schematy *Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie*. Im wyższe nasilenie Czynnika 1 tym wyższe nasilenie *Dialogów tożsamościowych*. Chcąc dokonać interpretacji niniejszego wyniku analiz badawczych, należy przypomnieć za autorem kwestionariusza (Oleś, 2009a), iż *Dialogi tożsamościowe* są formą dialogów wewnętrznych dążących do samopoznania, ustalenia: Kim jestem? Jaki jest sens mojego życia? Co jest dla mnie ważne?

Ludzie funkcjonujący ze schematami wyodrębnionymi w Czynniku 1 tj. z obszaru *Nadmiernej czujności i zahamowania* tłumią spontaniczne potrzeby i uczucia. Przypuszcza się, iż osoby z tymi typami schematów wychowywały się w rodzinach, gdzie przywiązywano dużą wagę do osiągnięć, perfekcjonizmu oraz tłumienia emocji, a nieokazywanie uczuć było reakcją pożądaną (Young i Klosko, 2005). Osoby bliskie często krytykowały, moralizowały, prezentowały pesymistyczne nastawienie, nierzadko

obdarowując dzieci warunkową akceptacją, jednocześnie oczekując spełnienia mało realnych do zrealizowania standardów. Schematy z tych grup prowadzą do skupiania się na negatywnych aspektach życia, zahamowaniu spontaniczności uczuć czy reakcji, dążenia do spełnienia określonych standardów w celu uniknięcia krytyki, zadowolenia innych (Young i Klosko, 2005; Arntz i Genderen, 2009). Analiza badawcza mówiąca o istnieniu istotnego statystycznie związku między schematami z Czynnika 1 (do którego należy m.in. *Nadmierna czujność i zahamowanie*) a *Dialogami tożsamościowymi* może wynikać z faktu, iż osoby cechujące się wysokim poziomem schematów z tej grupy, mogą stawiać sobie więcej pytań, rozważają różne możliwości, co prowadzi z kolei do bardziej intensywnych *Dialogów tożsamościowych*, które powstają w celu samopoznania, określenia kim jestem, dlaczego, dokąd zmierzam. Jednocześnie są bardziej skłonne do tłumienia swoich potrzeb czy emocji, skupiając się na unikaniu potencjalnych niebezpieczeństw. Mogą również przejawiać tendencje do perfekcjonizmu, nadmiernej kontroli swojego zachowania (Young i Klosko, 2005). *Nadmierna czujność* może zwiększać intensywność *Dialogów tożsamościowych* przez wzmożoną skłonność do myślenia refleksyjnego i analitycznego, ale również poprzez poczucie niepewności i lęku. Jak pokazują badania, niepewność w relacjach z innymi, niejasności i wątpliwości w sferze samowiedzy czy samooceny są motywatorami wewnętrznej aktywności dialogowej (Hermans i Hermans-Konopka, 2010; Oleś i in., 2010).

Schematy *Rozłączenie i odrzucenie* dotyczą osób doświadczających lęku przed porzuceniem i mających za sobą doświadczenia niestabilnych relacji (w tym z opiekunami lub rodzicami w okresie dzieciństwa) (Young i in., 2014). *Dialogi tożsamościowe* w tej grupie schematów mogą wynikać z rozpaczliwych prób zrozumienia kim są oraz jakie miejsce zajmują w życiu innych. Brak troski i wsparcia w okresie dzieciństwa może wyzwać w dorosłym już człowieku dialogi wewnętrzne, które umożliwiają ustalenie, co jest dla niego ważne, jakie emocje mu towarzyszą, a przekonanie o własnej niższości może powodować pojawienie się pytań o własną tożsamość. Osoby te mogą poprzez *Dialogi tożsamościowe* próbować zrozumieć siebie, określić, dlaczego czują się gorsi od innych ludzi, zdefiniować pragnienia i wartości czy poszukiwać celu w życiu (Oleś, 2009a). Również osoby ze schematami *Oslabiona autonomia* odczuwają silną potrzebę otrzymania wsparcia, funkcjonując w przekonaniu, że mogą w każdej chwili zostać zranione lub doświadczyć negatywnych wydarzeń (Young i in., 2014). Te rodzaje schematów wiążą się także z lękiem przed krytyką, odrzuceniem, negatywnymi ocenami. Prowadzone *Dialogi tożsamościowe* mogą być w tym przypadku ukształtowane przez lęk, skupiając się na

pytaniach o akceptację i wartość oraz jaką rolę odgrywają w życiu innych ludzi. Jednostka zastanawia się wtedy, czy jest wystarczająco dobra, czy potrafi działać w pojedynkę, a z uwagi na problemy z identyfikacją siebie, może poprzez ten typ dialogowości próbować określić swoją autonomię lub potwierdzić zależność. Wewnętrzne dialogi tożsamościowe w kontekście schematów z obszaru *Oslabiona autonomia* mogą wiązać się z procesem poszukiwania, próby zrozumienia i odnalezienia siebie. Z drugiej strony jednak, jeśli ich podwaliną są przekonania o własnej niekompetencji lub zależności mogą skutkować zagubieniem i dezorientacją, wydaje się jednak uzasadnione, iż związane są one z tymi rodzajami schematów dezadaptacyjnych.

W przypadku schematów z obszaru *Ukierunkowanie na innych*, mogą one wiązać się z występowaniem *Dialogów tożsamościowych* z uwagi na sposób funkcjonowania osób borykających się z tym typem schematów. Dialogi tego rodzaju mogą koncentrować się na pytaniach i wątpliwościach związanych z poczuciem własnej wartości oraz akceptacji ze strony innych, mogą również wynikać z wewnętrznych dylematów na temat własnej osoby np. czy jestem wystarczająco dobry? Osoby nadmiernie dążące do akceptacji, poparcia czy podziwu mocno wiążą swoją wartość i tożsamość z reakcjami otoczenia. Wewnętrzne dialogi tożsamościowe mogą zatem polegać na permanentnym analizowaniu czy spełniają oczekiwania innych oraz jak wyglądają w ich oczach. Osoby dostosowujące się do opinii, oczekiwań czy preferencji innych ludzi, aby uniknąć odrzucenia lub gniewu, mogą przejawiać trudności z wyrażaniem siebie oraz z poczuciem własnej tożsamości. *Dialogi tożsamościowe* mogą zatem skupiać się na rozważaniu, jakie role lub zachowania będą pożądane przez innych powodując wątpliwości, co do własnej tożsamości. Badania pokazują bowiem, iż dialogowość wewnętrzna pełni istotną rolę w kształtowaniu tożsamości (Batory, 2010; Hermans i Dimaggio, 2007).

Być może poprzez prowadzenie dialogów tożsamościowych będących odpowiednikiem dialogów temporalnych osoby z aktywnymi schematami z Czynnika 1, obniżają nasilenie negatywnych emocji. Badania Olesia, Brygoły i Sibińskiej (2010) wskazują bowiem, iż w wyniku dialogu między pozycjami Ja pochodzącymi z przeszłości, terażniejszości czy przyszłości podnosi się poziom poczucia sensu życia, jak również spada nasilenie negatywnych emocji. Tym samym potwierdza to tezę Hermansa (Hermans i Hermans-Konopka, 2010), iż na dialogowość wewnętrzną korzystnie wpływa niepewność, w tym przypadku również niepewność tożsamości.

Niniejsza analiza dowiodła, iż zaproponowany model badawczy okazał się

statystycznie istotny i wyjaśniał 25% zmienności *Dialogów wspierających*, przy czym statystycznie istotnie związany z nimi był Czynniki 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Zmiana nasilenia Czynnika 1 o jedno odchylenie standardowe związana była ze wzrostem nasilenia *Dialogów wspierających*. Okazało się tym samym, że im wyższy poziom schematów składających się na Czynniki 1, tym wyższy poziom *Dialogów wspierających*. Jak już wspomniano, osoby ze schematami z obszaru *Nadmiernej czujności* mogą cechować się pesymizmem, skłonnością do zamartwiania się i nadmierną czujnością, są również zawsze przygotowane na wyimaginowany atak. Nierzadko nadmiernie kontrolują swoje emocje i impulsy, obawiając się oceny bądź krytyki ze strony innych. Jednocześnie mogą być surowe dla siebie i otaczających ludzi, reagując agresją, nietolerancją czy zniecierpliwieniem, rzadko dopuszczają się wybaczenia błędów swoich czy też innych ludzi, nie zważając na okoliczności czy uczucia drugiego człowieka (Young i in., 2014). *Dialogi wspierające* natomiast są swoistą formą wewnętrznego wsparcia, utwierdzają jednostkę w swoich przekonaniach, dają poczucie zrozumienia i pochwały dla podjętych decyzji. Mogą zastępować realne rozmowy lub przybierać formę instrukcji i rad (Oleś i in., 2010).

Osoby ze schematami z grupy *Rozłączenie i odrzucenie, Nadmierna czujność, Osłabiona autonomia* mogą powracać myślami do sytuacji wywołujących dyskomfort, możliwe więc, że doświadczając trudnych emocji takich jak lęk czy nawet złość, uspokajają się w myślach w celu zniwelowania napięcia emocjonalnego. Osoby o schematach *Nadmierna czujność* mając trudności z otwartym wyrażaniem swoich uczuć i potrzeb, w *Dialogach wspierających* mogą odnajdować ukojenie, a dialogowanie przyjmuje wtedy formę bezpiecznego wyrażania myśli i emocji bez obawy o krytykę czy ocenę innych ludzi. Jak pokazują badania samorozmowa pomaga w regulacji emocji (Orvell i in., 2019) oraz w radzeniu sobie z bolesnymi doświadczeniami (Kross i in., 2014, 2017). Możliwe więc, że *Dialogi wspierające* pozwalają na zrozumienie swoich emocji, myśli oraz pozwalają uzyskać poczucie kontroli nad sytuacją. Istnieje jednak możliwość, że dialogi te umacniają w jednostkach cechujących się schematami z Czynnika 1 przekonanie, iż podjęte przez nich decyzje są słuszne, zagłuszając tym samym wyrzuty sumienia lub poczucie dyskomfortu. Na przykład osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, cierpiące z powodu urazów z dzieciństwa funkcjonują w przekonaniu, iż relacje z innymi ludźmi są niebezpieczne i pozbawione stabilności. Z tego powodu nie nawiązują zdrowych, trwałych więzi z innymi i traktują osoby ich otaczające

instrumentalnie, nie chcąc wiązać się z nimi emocjonalnie. Stosują więc różne formy mechanizmów obronnych (np. racjonalizacji) znajdując usprawiedliwienie dla podjętych działań i zachowań (Chojnacka i Ustjan, 2009; Gawda 2011; Gawda i Czubak, 2020). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mają deficyty w zakresie odczuwania wyrzutów sumienia, skutecznie je niwelują, nawet jeśli swoim zachowaniem doprowadzają do zranienia innych (Hare, 2006; Jones i in., 2011). Być może aktywacja dialogów wspierających pomaga w 'zagłuszeniu' wyrzutów sumienia i wzmocnieniu poczucia własnej wartości. Pełni swoistą funkcję obronną.

Osoby cechujące się schematami *Nadmiernej czujności i zahamowania* mają zazwyczaj doświadczenie dorastania w rodzinach surowych, kładących nacisk na osiągnięcia i oczekujących nierealnych rezultatów. Wymagania te mogą wykształtować w człowieku poczucie ciągłego zagrożenia oraz wzmacniać reakcje lękowe a uaktywnienie się *Dialogów wspierających* może stanowić swoistą formę wewnętrznego wsparcia, pozwalając na przetrwanie w sytuacji stresu i radzenia sobie z wysokimi wymaganiami wobec samego siebie. Badania Cieślara (2015) potwierdzają, iż dialogi wewnętrzne dostarczające wsparcia mogą okazać się pomocne w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Osoby z niską samooceną szczególnie często dialogowały i traktowały dialogowanie jako formę radzenia sobie ze stresem. Do podobnych wniosków doszedł Oleś i jego współpracownicy (2010) wskazując, że wewnętrzna aktywność dialogowa koreluje z niską samooceną i niskim poczuciem własnej wartości. *Dialogi wspierające* można odnieść do dialogowania integrującego, które w przeciwieństwie do kontrastującego pozytywnie wpływa na samoocenę i stany emocjonalne. Dialogowanie tego typu przyczynia się do ustabilizowania stanu emocjonalnego oraz poprawy samooceny rozumianej jako stan (Borawski, 2011; Młynarczyk, 2011).

Podobną funkcję dialogi te mogą pełnić w przypadku schematów z obszaru *Rozłączenie i odrzucenie*, w których emocją często odczuwaną jest lęk przez porzuceniem oraz niestabilnością relacji (Young i in., 2014). *Dialogi wspierające* mogą pełnić funkcję obronną, stanowiąc źródło poczucia bezpieczeństwa, gdzie różne pozycje Ja będą się wzajemnie uspakajać i przekonywać o stałości uczuć obiektu zainteresowania. Brak wiary w zaspokojenie potrzeb emocjonalnych przez innych, może skłaniać osoby o tych schematach dezadaptacyjnych do poszukiwania wsparcia w postaci dialogów wewnętrznych. Jak pokazują badania, dialogi wewnętrzne prowadzone są aby uzyskać wsparcie lub kontynuować zerwaną więź (Puchalska-Wasył, 2001, 2006). Należy zaznaczyć, iż każdy ze schematów Czynnika 1 cechuje się silną negatywną

emocjonalnością, do której należą lęki, poczucie beznadziejności, gniew. Tak jak w poprzednich, schematy z obszaru *Oslabionej autonomii* cechują się lękiem przed zranieniem lub ogólnie pojętym nieszczęściem (Young i Klosko, 2005; Young i in., 2014). *Dialogi wspierające* mogą pomagać w wyciszeniu negatywnych emocji, wyzwalając głosy utrzymujące wewnętrzną jedność i harmonię oraz wzmacniając poczucie własnej wartości. Także schematy z obszaru *Ukierunkowania na innych* generują lęk i poczucie winy w momencie skupiania się na własnych potrzebach (Young i in., 2014). Wewnętrzne *Dialogi wspierające* mogą stanowić zatem swoisty mechanizm obronny przeciwdziałający temu lękowi. Mogą one przekonywać osobę o słuszności podjętych działań czy decyzji.

Niniejsza analiza wykazała również, iż z *Dialogami ruminacyjnymi* związany był Czynniki 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Oslabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Zmiana wyniku w Czynniku 1 o 1 odchylenie standardowe skutkowało zmianę poziomu *Dialogów ruminacyjnych*. Model był statystycznie istotny, wyjaśniał 59% zmienności *Dialogów ruminacyjnych*. W celu lepszego zrozumienia tych zależności należy zastanowić się, co łączy wyżej wymienione schematy z dialogowością ruminacyjną. Osoby ze schematami z obszaru *Oslabiona autonomia i brak dokonań* funkcjonują w przekonaniu, że nie są zdolne do samodzielnego życia ani do osiągania sukcesów. Nie czują się odpowiednio przygotowane do brania na siebie odpowiedzialności za codzienne obowiązki, czują że nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Żyją też w ciągłym przekonaniu, że może wydarzyć się coś złego, jakaś katastrofa natury fizycznej lub psychicznej. Funkcjonują w ciągłej gotowości do odparcia wymaganego ataku. Mogą również uważać, że nigdy nie dorównają innym jeśli chodzi o osiągnięcia, czy to w sferze pracy, edukacji czy sporcie. Uważają siebie za pozbawionych talentów, głupich, niewartych uwagi oraz że nigdy nie osiągną sukcesu, niezależnie od tego jak bardzo będą się starać (Young i in., 2014).

Jeśli przyjrzemy się charakterystyce *Dialogów ruminacyjnych* zauważymy, iż związane są one *stricte* z myślami lękowymi. Polegają na prowadzeniu dialogów na tematy nieprzyjemne, wzmagające poczucie frustracji, wyczerpania, rozbicia psychicznego, mogą przybierać formę np. samooskarżania, osoba dialogująca w sposób ruminacyjny może powracać myślami do wydarzeń trudnych, stresujących bądź traumatycznych i ponownie odtwarzać je w myślach w formie dialogu wewnętrznego (Oleś, 2009a, 2010). Powiązanie dialogów ruminacyjnych i schematów z grupy *Oslabiona autonomia* zdaje się mieć istotne podstawy. Osoby cechujące się wyżej wymienionymi schematami przejawiają tendencję do

przypisywania sobie negatywnych cech i braku zdolności do samodzielnego życia czy odnoszenia sukcesów w różnych sferach funkcjonowania. W rezultacie tego mogą wpadać w pułapki myślowe, takie jak nadmierne analizowanie swoich porażek i wad czy zbytne obawianie się przyszłości. Ten negatywizm wewnętrznych dialogów może pogłębiać wiarę w swoje niskie kompetencje i umacniać zaniżone poczucie własnej wartości. Okazuje się, że *Dialogi ruminacyjne* będące formą negatywnej samoregulacji, mogą być charakterystyczne dla schematów z grupy *Oslabiona autonomia i brak dokonań*. Osoby cechujące się tym rodzajem schematów mogą przejawiać skłonność do wpadania w spirale myślowe, w których dominują negatywne myśli i uczucia, bez względu na to jak wygląda faktyczny stan ich położenia. Skupiając się na własnych (bądź cudzych) błędach, wadach, porażkach, wzmacniają poczucie beznadziejności i braku kontroli nad własnym życiem. Badania potwierdzają negatywne korelacje między wewnętrznymi dialogami ruminacyjnymi a dobrostanem psychicznym (Puchalska-Wasył i Zarzycka, 2020).

Podobne wnioski można wyciągnąć w przypadku *Dialogów ruminacyjnych* i schematów z domeny *Rozłączenie i odrzucenie* (które wiążą się z trudnymi doświadczeniami jednostki w sferze przywiązania) oraz *Nadmiernej czujności i zahamowania* (kiedy jednostka tłumi odczuwane emocje i cechuje się pesymistycznym podejściem do życia). Osoby o schematach z grupy *Rozłączenie i odrzucenie* przyjmują założenie, że nie mogą liczyć na pomoc, wsparcie, zrozumienie ze strony innych ludzi. W okresie dzieciństwa mogły być traktowane w sposób chłodny oraz czuć się odrzucone. Rodzice bądź opiekunowie nie udzielali im niezbędnego wsparcia emocjonalnego, cechując się nieprzewidywalnością i brakiem zainteresowania dzieckiem. W niektórych przypadkach nie udzielali podstawowej opieki, a nawet dopuszczali się przemocy względem dziecka (Young i in., 2014). Stąd też, osoby te przewidują, iż stracą każdego, do kogo przywiążą się emocjonalnie. Postacie ważne widzą jako niepewne, zawodne, nieprzewidywalne i boją się zaangażowania w relacje. Ten typ schematów dezadaptacyjnych wiąże się również z przekonaniem jednostki, iż zostanie zraniona bądź wykorzystana przez innych. Sama siebie widzi jako ułomną, złą, temu poczuciu wadliwości towarzyszy uczucie wstydu oraz poczucie, że jest niejako odizolowana od świata i nigdzie nie pasuje (Young i Klosko, 2012; Young i in., 2014), przekonania te mogą wzmacniać nieprzyjemne dialogi ruminacyjne.

Jak wskazują badania ruminacje wiążą się z występowaniem wzmożonego lęku i objawów depresji (Rose, 2002; Tompkins i in., 2011; Waller i Rose, 2010). Przyczyną tego jest intensywne skupienie na dystresie, niepewność czy powstałe problemy są

możliwe do opanowania i rozwiązania, a także poczucie beznadziejności i zwątpienia, co do przyszłości. Wszystkie te składowe przyczyniają się do pogłębienia lęków i obniżenia nastroju, a nawet depresji (Nolen-Hoeksema, 2000). Również traumy i stresujące doświadczenia życiowe mogą generować wystąpienie myśli ruminacyjnych (Nolen-Hoeksema i Morrow, 1991; Sarin i Nolen-Hoeksema, 2010), które z kolei mogą doprowadzić do pojawienia się zaburzeń i chorób psychicznych związanych ze stresem. Badania Nolen-Hoeksema i Morrowa (1991) dowiodły, iż u osób, u których w krótkim czasie lub natychmiastowo po doświadczeniu traumy pojawiły się intensywne ruminacje, były bardziej narażone na przedłużające się objawy depresji niż osoby, które nie doświadczyły myśli ruminacyjnych. Co więcej, osoby ze zdiagnozowaną ciężką depresją (*major depressive disorder*) zgłaszały więcej myśli ruminacyjnych niż osoby bez diagnozy tego zaburzenia (Shors i in., 2017). Ogólnie ujmując, stresujące doświadczenia życiowe mogą nasilać ruminacje, a tym samym *Dialogi ruminacyjne*. Doniesienia te potwierdzają badania Olesia i jego zespołu (2010), mówiące o tym, iż z lękowym stylem przywiązania łączy się skłonność do prowadzenia dialogów ruminacyjnych. Wewnętrzna aktywność dialogowa osób, które są nieufne w stosunku do innych, które obawiają się okazywania własnych uczuć i emocji, wydaje się pełnić rolę paliatywną, a dominują w niej dialogi ruminacyjne (Oleś i in., 2010). Co więcej, istnieją związki między osobistą przykrością (dotyczy ona uczuć zorientowanych „na siebie”, jest to skłonność do przeżywania niepokoju, strachu, dyskomfortu jako reakcji na negatywne doświadczenia innych) a dialogami ruminacyjnymi (Jankowski, 2008; Oleś i in., 2010).

Osoby cechujące się labilnością emocjonalną, lękiem, niepewnością (wysoka negatywna afektywność), posiadające niezwykle przekonania i doświadczenia przejawiają tendencję do prowadzenia dialogów ruminacyjnych i konfrontacyjnych. Wysoki poziom negatywnych emocji – lęku, smutku, zamartwiania się, poczucia beznadziei mogą nasilać występowanie dialogów ruminacyjnych (Łysiak, 2019). Również niepokój związany jest z motywacyjną mową wewnętrzną, jak i obecnością innych głosów mowy wewnętrznej (McCarthy-Jones i Fernyhough, 2011). Badania Bellido-Zanin i współpracowników (2017) wykazały związki oceniającej mowy wewnętrznej oraz innych głosów wewnętrznych z niską samooceną, a także większą częstotliwością doświadczeń dysocjacyjnych. Wszystkie powyższe dane mogą stanowić potwierdzenie uzyskanych wyników.

Dalsza analiza wyników niniejszych badań wykazała, iż *Dialogi dysocjacyjne* związane są ze schematami z Czynnika 1 (wzrost wyniku w tej skali o 1 odchylenie

standardowe powodował wzrost *Dialogów dysocjacyjnych*). Występowanie narcystycznego i antyspołecznego zaburzenia osobowości wiązało się z niższym nasileniem *Dialogów dysocjacyjnych*. Wyniki te potwierdzają założenie, iż zaburzenia osobowości typu antyspołecznego i narcystycznego mogą obniżać poziom dialogowości wewnętrznej, w tym dialogów kontrastujących, o czym już była mowa. Model okazał się statystycznie istotny, wyjaśniał 0,53% zmienności *Dialogów dysocjacyjnych*.

Dokonując interpretacji uzyskanych wyników, należy przypomnieć, że *Dialogi dysocjacyjne* są formą dialogów wewnętrznych, gdzie dwie (najczęściej skrajne) części Ja prowadzą między sobą dyskusje. Mogą przyjmować postać rozgrywającego się wewnętrznego konfliktu lub nawet kłótni, gdzie głosy wewnętrzne będące w konflikcie próbują pokierować jednostkę w różne, czasem przeciwstawne strony (Oleś, 2009a, 2010). Ta swoista „wojna” umysłu może prowadzić do napięcia bądź frustracji, ale też może być formą rozwojową prowadzącą do wglądu w siebie. Duża częstotliwość i intensywność dialogów dysocjacyjnych doprowadza do wyczerpania emocjonalnego i może stać się nieprzystosowawcza. Badania mówiące o związkach między wymiarem psychotyzmu, negatywną afektywnością i dialogami dysocjacyjnymi potwierdzają, iż jeśli osobowość rozwija się w kierunku zaburzenia, to częstotliwość występowania dialogów dysocjacyjnych jest większa (Łysiak, 2019). Dialogom konfrontacyjnym rozumianym jako rozbieżność perspektyw, towarzyszyć będzie negatywna afektywność i zawężenie samoświadomości (Morin, 1993). Dialogi te związane są z negatywnymi emocjami powodującymi dyskomfort; są tym silniejsze, im bardziej obciążone są doświadczeniami dysocjacyjnymi, drażliwością i uczuciem nerwowości. Badania pokazują, że niepokój jest związany z motywacyjną mową wewnętrzną, jak i obecnością innych głosów mowy wewnętrznej (McCarthy-Jones i Fernyhough, 2011). Zgodnie z literaturą z nurtu poznawczo-behawioralnego (Beck i in., 2015), negatywizm myśli oraz negatywna mowa wewnętrzna nierzadko prowadzą do ukształtowania nierealistycznych, nieadaptacyjnych przekonań związanych z cechami osobowościowymi. Myślenie negatywne powinno równoważyć się pozytywnymi myślami umożliwiając tym samym jednostce zintegrowaną, pozytywną, emocjonalnie zrównoważoną samoświadomość (Padesky i Greenberger, 1995).

Dialogi dysocjacyjne mogą wynikać z wewnętrznych przekonań, lęków lub negatywnych myśli. Osoby cechujące się schematami z obszarów *Rozłączenie i odrzucenie*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* i *Nadmierna czujność i zahamowanie* włączonych do Czynnika 1, posiadają negatywne przekonania na temat siebie i innych. Dialogi wewnętrzne typu dysocjacyjnego najczęściej manifestują się jako

konflikty między różnymi częściami osobowości. Podczas gdy jedna część będzie reprezentować osobiste pragnienia i potrzeby, inna może przybierać formę oczekiwań innych osób, zwłaszcza tych istotnych z punktu widzenia jednostki (Oleś, 2009a). Wewnętrzne konflikty tego typu stają się więc źródłem presji. Jeśli w dzieciństwie człowiek nie jest zachęcany do wyrażania własnych potrzeb i uczuć (co często ma miejsce w rodzinach osób borykających się ze schematami wyżej wymienionych domen), jako osoba dorosła również będzie przejawiał trudności z identyfikacją i wyrażaniem swoich potrzeb. Wówczas dialogi wewnętrzne mogą służyć wyrażeniu osobistych pragnień, mogą jednak wiązać się również z poczuciem winy lub konfliktem wewnętrznym. Związek schematów z Czynnika 1 z *Dialogami dysocjacyjnymi* wyjaśniać mogą doniesienia badawcze potwierdzające, iż dialogi typu konfrontującego sprzyjają obronie lub wzmocnieniu Ja (Oleś, 2011).

Dialogi wewnętrzne nierzadko odzwierciedlać będą przekonania i oczekiwania zinternalizowane z otoczenia, zwłaszcza z doświadczeń z dzieciństwa (Hermans, 2003; Oleś, 2008). Jeśli dziecko jest narażone na ukierunkowanie na potrzeby innych, nadmierną kontrolę bądź niewystarczające wsparcie emocjonalne, może prowadzić to do wytworzenia dialogów wewnętrznych, w których różne części osobowości będą wyrażać te zinternalizowane przekonania. Jedna z pozycji Ja będzie reprezentować potrzeby innych, inna natomiast własne potrzeby i pragnienia, co prowadzić może do wystąpienia wewnętrznego konfliktu. Osoby cechujące się schematami z Czynnika 1 mogą w postaci *Dialogów dysocjacyjnych* przywoływać zasłyszane niegdyś degradujące słowa osób znaczących, negatywnie wpływające na samopoczucie i funkcjonowanie. Dialogowość tego rodzaju może sprzyjać powtarzaniu negatywnych przekonań narzuconych w przeszłości przez innych lub nawet samego siebie (Hermans, 2003). Z uwagi na rodzaj prezentowanych schematów dezadaptacyjnych, przekonania te mogą przybierać formę krytyki, degradacji i być pełne samoobwiniania, będąc wynikiem doświadczeń traumatycznych, toksycznych relacji lub obniżonej samooceny. W takiej sytuacji jedna z aktywnych pozycji Ja będzie przybierać formę „obrońcy”, druga „antagonisty”. Pojawiające się *Dialogi dysocjacyjne* mogą sprzyjać utrwaleniu tych dewaluujących przekonań, powodując uczucie frustracji i złości. Co więcej, schematy z obszarów związanych z zaburzeniem więzi i niskim poczuciem bezpieczeństwa (tutaj: *Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*), mogą wiązać się z niskim poczuciem własnej wartości i samooceny (Mącik, 2018b), dlatego też dialogi wewnętrzne mogą odzwierciedlać ten brak pewności

siebie, tworząc wewnętrzne konflikty między różnymi aspektami samooceny. Zależność tę potwierdza Borawski (2011) wykazując, iż niższy poziom samooceny oraz negatywność emocji związane są z dialogami typu konfrontacyjnego. Osoby cechujące się schematami z domeny *Rozłączenie i odrzucenie* mogą przejawiać skłonność do prowadzenia dialogów dysocjacyjnych, odzwierciedlających lęk przed porzuceniem. Dialogi te przyjmując formę dyskursu, w którym jedna z pozycji Ja próbuje przekonać drugą symbolizującą osobę bliską do „nieporzucania” jej, prowadzą do rozdarcia wewnętrznego. Podobnie schematy z obszaru *Nadmiernej czujności* mogą wyzwalać dialogi nacechowane lękiem, obawami i podejrzliwością wobec innych i samych siebie. Będące efektem nadmiernego skupienia na ochronie przed wyimaginowanym zagrożeniem, dialogi typu dysocjacyjnego będą skutkować wewnętrznymi konfliktami oscylującymi między pragnieniem zaufania innym a lękiem przed potencjalnymi konsekwencjami.

Young i jego zespół (2014) zakładają, że z powodu niedoborów potrzeb emocjonalnych osoby zmagające się z wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi mogą przejawiać problemy z poszanowaniem praw własnych lub innych ludzi. Przekonania te mogą prowadzić do uaktywnienia *Dialogów dysocjacyjnych*, w których jednostka próbuje bronić własnych granic oraz poczucia własnej wartości. Zgodnie z doniesieniami Younga i współpracowników (2014), osoby z tym typem schematów czują się niechciane, niekochane, gorsze, przekonane o nieuchronności porzucenia przez osobę znaczącą (*Rozłączenie i odrzucenie*), nadmiernie angażują się w relacje, oczekują najgorszego, nie wierzą w moc swojej sprawczości (*Oslabiona autonomia*), nadmiernie zabiegają o względy innych, nawet kosztem własnym (*Ukierunkowania na innych*) oraz zbytnio koncentrują się na negatywnych wydarzeniach (*Nadmierna czujność i zahamowanie*), natomiast negatywizm tych przekonań i myśli, może prowadzić do powstawania konfliktów wewnętrznych i międzyludzkich. Dialogi wewnętrzne nie pełnią z kolei funkcji adaptacyjnej, kiedy pozbawione są otwartości. Ukierunkowane jedynie na ochronę siebie, przyczyniają się do utrwalenia nieprawdziwych przekonań bądź są jedynie sposobem na ekspresję myśli i uczuć (Oleś i in., 2010; Oleś, 2012). Możliwe, że osoby z wyżej wymienionymi schematami prowadzą w myślach swoiste „wojny” broniąc tym samym swojego poczucia własnej wartości i utrwalając przekonania, co do słuszności swoich wyborów i decyzji. Wykazując negatywny stosunek do innych oraz przejawiając trudności z utrzymywaniem zdrowych granic w relacjach, jednocześnie odczuwają lęk przed odrzuceniem, porzuceniem bądź krytyką, co doprowadza do wewnętrznych konfliktów i sprzeczności. *Dialogi dysocjacyjne* mogą być wynikiem takich wewnętrznych

sprzeczności oraz konfliktów między różnymi częściami Ja. Jedna z pozycji Ja może chcieć zaufać, uwierzyć, z otwartością patrzeć na nawiązywane relacje i zachowania z nich wynikające, druga natomiast może cechować się niepewnością oraz strachem przed odrzuceniem. Wyniki te wydają się potwierdzać wcześniejsze doniesienia badawcze, które wskazują, iż oceniająca (krytyczna) mowa wewnętrzna silniej odnosi się do ruminacji, poczucia wstydu oraz perfekcjonizmu (Flett i in., 2002; Orth i in., 2006). Przy negatywnej afektywności (chwiejności emocjonalnej, niepewności, uległości), większym psychotyzmie (niezwykłości przekonań, doświadczeń, ekscentryczności), ludzie są skłonni do prowadzenia nieprzyjemnych i nacechowanych frustracją dialogów ruminacyjnych i konfrontacyjnych, gdzie dwie części Ja prowadzą wewnętrzny dyskurs (Łysiak, 2019), co potwierdza wynik niniejszych badań.

Osoby z wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi z obszarów wymienionych wyżej najczęściej posiadają trudne doświadczenia z okresu dzieciństwa. Dorastając w rodzinie, gdzie brakowało czułości i odpowiednich umiejętności niezbędnych do utrzymywania zdrowych relacji z innymi ludźmi, a gdzie przeważało odrzucenie, dystansowanie bądź chłód emocjonalny i nieprzewidywalność, młody człowiek nie nabywa umiejętności „bycia” z drugim człowiekiem (Young i in., 2014). Brak tego kluczowego przygotowania doprowadzić może do poczucia osamotnienia, braku zrozumienia, niepewności, a to z kolei przyczynia się do ukształtowania postaw nacechowanych lękiem, negatywizmem, nieufnością. Jak już wspomniano, *Dialogi dysocjacyjne* mogą uaktywniać się jako odpowiedź na przeżywany lęk przed odrzuceniem lub krytyką, mogą również wynikać z niepewności jaką jednostka odczuwa w stosunku do siebie lub innych (Łysiak, 2019). Nasilenie dialogów kontrastujących (dysocjacyjnych), koreluje dodatnio z poczuciem osamotnienia i z lękiem (Oleś, 2012). Z uwagi na to, iż osoby ze schematami z Czynnika 1 mają tendencję do myślenia w kategoriach „świat jest zły i niebezpieczny”, skupiając się na własnych potrzebach, lękach i pragnieniach, *Dialogi dysocjacyjne* mogą być dla nich sposobem na uzasadnienie swoich postaw, zachowań czy reakcji. Dialogi te będą polegać na konfrontowaniu własnych przekonań i wartości z wartościami i przekonaniem innych ludzi, z którymi dana osoba ma lub miała kontakt, w formie dialogów wewnętrznych typu dysocjacyjnego. Jak wspomniano, dialogi konfrontujące mogą służyć obronie lub umocnieniu Ja (dokładnie: pozycji Ja) (Oleś, 2011).

Wyjaśniając uzyskane rezultaty wskazujące na związki pomiędzy Czynnikiem 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*) i *Dialogowaniem dysocjacyjnym* oraz zaburzeniami osobowości,

wykazano, że zaburzenie antyspołeczne i narcystyczne wyjaśniają (tutaj obniżają) tego typu dialogowanie. Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mocno koncentrują się na sobie, cechują się słabymi zdolnościami empatycznymi, bywają egoistyczne w relacjach społecznych (Beck i in., 2015), oraz mają słabo rozwinięte schematy wzajemności, natomiast bardzo rozbudowane schematy wrogości, drapieżności i bezwzględności (Gawda, 2011). Ograniczona zdolność do refleksji nad emocjami, motywacjami i reakcjami, a tym samym do introspekcji umożliwiającej analizę i zrozumienie własnych uczuć czy myśli (Gawda, 2023; Leedom, 2017) może skutkować niższą częstotliwością występowania *Dialogów dysocjacyjnych*, które tej refleksyjności wymagają. Co więcej, osoby z osobowością antyspołeczną i narcystyczną dążą do osiągnięcia zewnętrznych celów, które zorientowane są na zysk lub kontrolę i ku temu kierują swoją uwagę. Dialogowość konfrontacyjna, w której dwie pozycje Ja prowadzą wewnętrzny konflikt, wymaga skupienia się na aspektach wewnętrznych (emocjach lub przekonaniach), omijanych lub ignorowanych przez osoby z tym typem osobowości. *Dialogi dysocjacyjne*, jak każda z form dialogowania wewnętrznego, wymaga zdolności do autorefleksji, która jak już wspomniano, u osób z ASPD i narcystycznym zaburzeniem osobowości jest znacznie zubożona, gdyż osoby te cechują się wysoką impulsywnością i skłonnością do podejmowania działań bez zastanowienia (DSM-5, 2013). Również tendencje do manipulacji (Gulla, 2020) mogą tłumaczyć niższą dialogowość dysocjacyjną w tego typu zaburzeniach osobowości. Skoncentrowanie na osiągnięciu celów własnych poprzez działania manipulacyjne, może prowadzić do minimalizowania lub pomijania wewnętrznych konfliktów.

Antyspołeczne zaburzenie osobowości może jednak wiązać się też z negatywnym obrazem siebie. Jednostka z tym typem osobowościowym nierzadko widzi siebie jako odrzuconego samotnika, co prowadzi z kolei do radzenia sobie nadmierną kompensacją („Jestem słaby, więc muszę atakować jako pierwszy, by nie okazać słabości”, „zranię pierwszy zanim ktoś skrzywdzi mnie”) (Sargin i in., 2017). Osoby o tym typie osobowości widzą siebie jako potencjalne ofiary, a wiodącym sposobem do poradzenia sobie z tym przeświadczeniem jest obrona i atak (Özdel i in., 2015). Ten dualizm może skutkować występowaniem dialogów wewnętrznych (w tym dysocjacyjnych), będących odpowiedzią na ich wewnętrzne niezdecydowanie i chęć obrony własnej wartości. Należy pamiętać, iż osoby osadzone w zakładach karnych, szczególnie z osobowością antyspołeczną mają tendencję do wypowiadania się o sobie w sposób charakterystyczny, polegający na przypisywaniu sobie cech pozytywnych takich jak wyjątkowość, dobroć czy ugodowość

(Beck i in., 2005; Gawda, 2010). Osoby te uważają siebie za miłych, niepowtarzalnych czy polubownych, nawet w sytuacjach konfliktowych cechujących się nagromadzeniem emocji negatywnych (Beck i in., 2005). Doniesienia te potwierdzają badania Gawdy (2023), mówiące o tym, iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości wykazują tendencje do zaprzeczania różnym faktom z ich życia, uważają siebie za osoby ugodowe, skłonne do poświęceń, co wskazuje na silne przekonanie o wysokich kompetencjach osobistych, z drugiej strony jednak cechują się brakiem wnikliwości i refleksji nad własnym postępowaniem (Gawda, 2023; Hare i Neumann, 2007; Leedom, 2017). Skupiając się na sobie ich narracje mają charakter pozytywny, kiedy jednak skupiają się na innych (np. partnerze) czują niepewność oraz brak poczucia bezpieczeństwa (Gawda, 2023). Osoby z omawianym zaburzeniem mają skłonności do wyolbrzymiania np. cech własnych i przeceniania siebie; do minimalizowania np. niedoceniając emocji innych; oraz zbytniego uogólniania, kiedy formułują kategoryczne sądy. Filtrują również informacje w celu podkreślenia własnych kompetencji, jednocześnie odrzucając i ignorując informacje o charakterze krytycznym, tym samym spostrzegają i analizują sytuacje w sposób kategoryczny i jednoznaczny (Gawda, 2010, 2011). Tym samym dialogowanie o charakterze dysocjacyjnym może być u nich mniej obecne. Prezentują bowiem dość jednoznaczny tzn. pozytywny obraz siebie, jednak pomimo takiego ogólnego wrażenia mogą czuć się izolowane i odrzucone. Przejawiają też trudności w nawiązywaniu trwałych, zdrowych relacji międzyludzkich, jednocześnie pragnąc akceptacji i bliskości. Badania wskazują, iż mogą cechować się też obniżonym nastrojem, a zaburzeniami współwystępującymi mogą być zaburzenia lękowe, depresyjne (nierzadko będące skutkiem uzależnień), somatyzacyjne oraz inne związane z kontrolą impulsów (Pastwa-Wojciechowska, 2014). Osoby z tym typem osobowości mogą doświadczać również dysforii czy wahań nastroju (DSM-5, 2013). Stąd prawdopodobnie obecność dialogów dysocjacyjnych u takich osób stwierdzona w niniejszym badaniu.

Z tego samego powodu również narcystyczne zaburzenie osobowości może wiązać się z niższą dialogowością wewnętrzną typu dysocjacyjnego. Osoby o tym typie osobowości cechują się myśleniem wielkościowym, uważają siebie za jednostki wybitne, niepowtarzalne, posiadające wiele zalet i talentów. Jednak w rzeczywistości ich poczucie własnej wartości jest kruche i chwiejne (Morrison, 2016). Osoby narcystyczne mają trudności ze zrozumieniem emocji takich jak empatia, współczucie czy wdzięczność, charakteryzują się płytkością uczuciową, nadmierną wrażliwością na opinie oraz wybuchami wściekłości w odpowiedzi na krytykę. Narcystyczne zaburzenie osobowości

wiąże się z nieustannym poszukiwaniem podziwu (DSM-5, 2013; Gulla, 2020). Ten typ osobowości może wiązać się z mniejszą skłonnością do wszelkiego rodzaju introspekcji, ponieważ osoby takie skupiają się przede wszystkim na własnej osobie, potrzebach i zachowaniach. Co więcej, wykazują tendencję do unikania negatywnych myśli lub ocen o sobie, co może wiązać się z brakiem zainteresowania dialogami wewnętrznymi, umożliwiającymi wewnętrzną konfrontację z własnymi słabościami. Sam fakt zaistnienia dialogowości tego rodzaju u osób z tym typem osobowości, może wiązać się z ambiwalentną naturą narcyzów, gdzie obok poczucia własnej wyjątkowości, na drugim końcu kontinuum doświadczają stałego poczucia nieważności, beznadziejności i bycia gorszym, natomiast ciągle poszukiwanie i pozyskiwanie podziwu, nigdy nie jest dla nich wystarczające (Gulla, 2020).

Dokonując analizy dialogów wewnętrznych nazywanych *Symulacją dialogów społecznych* wykazano, iż są one istotnie statystycznie związane Czynnikiem 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia, Ukierunkowanie na innych i Nadmierna czujność i zahamowanie*). Im wyższy poziom w zakresie Czynnika 1, tym wyższy poziom *Symulacji dialogów społecznych*. Cechy zaburzeń osobowości nie wyjaśniały tego typu dialogowania.

Symulacja dialogów społecznych polega na prowadzeniu w myślach dialogów będących kontynuacją rozmów, mogą też przybierać formę wyobrażonych dialogów np. kłótni, dyskusji. Ten rodzaj dialogów dotyczy prowadzenia wewnętrznych rozmów z interlokutorami, z którymi człowiek ma lub miał styczność. Mogą być zarówno kontynuacją przerwanej dyskusji lub dotyczyć nierzeczywistego konfliktu, dyskursu z wewnętrznym wyobrażonym rozmówcą (Oleś, 2009a, 2010).

Schematy z grupy *Ukierunkowanie na innych* (włączone do Czynnika 1) wiążą się z tłumieniem własnych potrzeb i przedkładaniem potrzeb innych ludzi nad własne. Tego typu zachowania mają zapewnić jednostce aprobatę i akceptację ze strony otaczających ludzi. Osoby z tym typem schematów uważają, iż ich opinie czy oczekiwania nie są ważne dla innych, co prowadzi do skumulowania tłumionej złości i ostatecznie wyrażania jej poprzez zachowania agresywne lub bierno-agresywne. Osoby te mogą poszukiwać aprobaty, docenienia czy podziwu nawet za cenę zaspokojenia własnych potrzeb. Nierzadko doprowadza to do nadmiernego pragnienia posiadania wysokiej pozycji społecznej, urody lub aprobaty (Young i in., 2014). Ten typ schematów może wziąć się z *Symulacją dialogów społecznych*, ponieważ to właśnie w dialogu wewnętrznym

jednostka może kontynuować w myślach rozmowy, dyskusje lub kłótnie czując się na tyle pewnie, by wyrazić swoje uczucia lub potrzeby. *Symulacja dialogów społecznych* może stanowić dla takich osób swoistą ucieczkę od rzeczywistości, pozwalając im na kontrolowanie przebiegu rozmowy, wyrażenia emocji w poczuciu bezpieczeństwa. Mając trudności z wyrażaniem własnych emocji i potrzeb, skupiają się na odgadywaniu, czego mogą chcieć inni, jakich rad oczekują oraz jaka forma wsparcia byłaby dla nich odpowiednia. Symulując dialogi społeczne mogą skupiać się na sytuacjach konfliktu, w których kontynuują trudne dla nich rozmowy z innymi oraz przetwarzają je szukając winy we własnych reakcjach (Puchalska-Wasył, 2006; Puchalska-Wasył i in., 2008b).

Symulacja dialogów społecznych odnosi się do procesu myślowego, w którym jednostka symuluje lub przewiduje, w jaki sposób mogą zareagować lub odpowiedzieć inni w trakcie interakcji społecznej. W ramach tego przewidywania, człowiek może antycypować swoje własne reakcje i zachowania, w celu lepszego dostosowania się do kontekstu społecznego. Z uwagi na to, że schematy *Ukierunkowanie na innych* wiążą się z potrzebą zrozumienia, jakie uczucia i potrzeby mają inni ludzie, *Symulacja dialogów społecznych* zdaje się być odpowiedzią na tę potrzebę. Osoby z tym typem schematów nadmiernie skupiają się na innych, starając się przewidzieć, jakie reakcje mogą wywołać ich słowa i zachowania. Prowadząc w myślach *Symulacje dialogów społecznych* mogą starać się dostosować w taki sposób swoje zachowania i słowa, aby w jak największym stopniu zminimalizować ryzyko pojawienia się konfliktów lub też ponownie odtwarzają w myślach powstałą dyskusję, starając się zrozumieć przyczynę danych reakcji innych. Niskie poczucie własnej wartości, lęk przed porzuceniem, odwetem, krytyką oraz niepewność, co do własnej pozycji w interakcjach społecznych mogą powodować wystąpienie dialogowości wewnętrznej w postaci *Symulacji dialogów społecznych*. Jak już niejednokrotnie powtarzано, z dialogowością wewnętrzną wiąże się niepewność i niejednoznaczność (Hermans i Hermans-Konopka, 2010). Natomiast wysoka samoocena czy niezależność „ja” nie sprzyja dialogowaniu wewnętrznemu (Oleś i Sieradzki, 2021). *Symulacja dialogów społecznych* może przyjmować również formę autoterapii, pozwalając na kontynuowanie przerwanej więzi, kiedy to jednostka podtrzymuje w myślach kontakt z kimś bliskim w sytuacji, gdy fizycznie nie jest to możliwe. Dialogi tego typu mogą pozwalać na radzenie sobie z emocjami dotyczącymi rozstania, tęsknoty, samotności (Oleś, 2012).

Podobne wnioski i interpretacje można odnieść do związku pomiędzy pozostałymi schematami Czynnika 1 tj. *Rozłączenia i odrzucenia*, *Oslabionej autonomii* i *Nadmiernej*

czujności. Wyniki badań pokazują, iż dialogowość wewnętrzna jest zjawiskiem typowym dla ludzi, którzy cechują się niską wytrzymałością w zakresie temperamentu. Osoby zdolne do kontrolowania własnych działań i impulsów dialogują rzadziej niż osoby refleksyjne, zastanawiające się, niepewne, mające trudności z radzeniem sobie z problemami (Oleś i Sieradzki, 2021). Schematy *Nadmierna czujność i zahamowanie* wiążą się z przekonaniem, iż zawsze może wydarzyć się coś złego, osoby z tym typem schematów są nadmiernie pobudzone i zmartwione, mają też trudności z podejmowaniem decyzji. Schematy tego typu związane są z odczuwaniem niepokoju i niepewności, co skłania jednostkę do analizowania i przewidywania różnych scenariuszy interakcji społecznych (Young i in., 2003, 2014). Symulowanie dialogów społecznych może być sposobem radzenia sobie z nadmiernym pobudzeniem i poczuciem niepokoju oraz lęku. Osoby ze schematami *Nadmierna czujność i zahamowanie* są ostrożne i nieufne w relacjach, mają tendencję do unikania interakcji społecznych i przejawiają trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych (Young i in., 2003). *Symulowanie dialogów społecznych* może być formą przygotowania się do interakcji, które wywołują niepokój. Osoby te, poprzez symulowanie scenariuszy dialogów, mogą poczuć się pewniejsze siebie i przygotowane na różne ewentualności. Skupiając się na tym, co może pójść nie tak podczas nawiązywania relacji interpersonalnych, dzięki *Symulacji dialogów społecznych* mogą przewidywać negatywne reakcje innych na ich słowa, co może z kolei nasilać poczucie lęku. Symulowanie dialogów społecznych może wynikać z trudności w podejmowaniu decyzji, dokonując w myślach analizy różnych opcji i scenariuszy, stają się metodą na zminimalizowanie ryzyka czy uniknięcia potencjalnych nieprzyjemności czy niebezpieczeństw (Oleś i in., 2010). Jednocześnie dialogi te mogą przyjąć formę obsesyjną i doprowadzić do długotrwałego wahania się między różnymi alternatywami. Osoby ze schematami *Nadmierna czujność* mogą częściej symulować dialogi społeczne np. dotyczące konfliktów, rad dawanych przez innych, właśnie z powodu silnego skupiania się na negatywnych aspektach życia typu strata, żal, konflikty, rozczarowania, popełniane błędy, winy czy urazy (Arntz i Genderen, 2009; Young i Klosko, 2005). Mogą jednak przetwarzać w głowie nie tylko negatywne dialogi społeczne, ale również szukać w nich wsparcia lub porad (z pozycji np. osób biskich), nie czując się pewnie w podejmowaniu decyzji czy samodzielnym rozwiązywaniu problemów (Oleś, 2009a; Oleś, 2012; Oleś i in., 2010). W przypadku schematów z grupy *Rozłączenie i odrzucenie* wewnętrzne pragnienie bliskości i troski stoi w sprzeczności z przekonaniem, że inni ludzie nie dbają o potrzeby innych, a tym samym nie można im zaufać (Young

i Klosko, 2009). *Symulacja dialogów społecznych* może zatem stanowić swoisty mechanizm obronny, który umożliwia osobie zmierzenie się z własnymi lękami. Możliwe, że osoby te przygotowują wewnętrzne prawdopodobne scenariusze społeczne w celu uniknięcia potencjalnych ran lub odrzucenia. Potwierdzeniem niniejszych wyników mogą stanowić doniesienia o związkach *Symulacji dialogów społecznych* z lękowym stylem przywiązania (Oleś i in., 2010). Podobnie w przypadku *Oslabionej autonomii*, gdzie jednostka prowadzi wewnętrzne dialogi odzwierciedlające jej lęki, potrzeby czy negatywne przekonania związane z autonomią i niezależnością w kontekście relacji społecznych. Dialogi te mogą obejmować analizę możliwych scenariuszy dialogów społecznych, w których poszukuje rozwiązań i zaznaczenia swojej niezależności. Być może ta forma dialogowania obejmuje również dialogi z osobami wywołującymi lęk, poczucie beznadziejności bądź nieprzyjemne wspomnienia pełniąc funkcję aktywizatora dezadaptacyjnych reakcji.

Model dotyczący schematów dezadaptacyjnych i *Przyjmowania punktu widzenia* okazał się istotny statystycznie i wyjaśniał 32% zmienności. Z takim rodzajem dialogowania istotnie związane okazał się być Czynniki 1, obejmujący schematy z domen *Rozłączenie i odrzucenie, Oslabionej autonomii, Ukierunkowania na innych oraz Nadmiernej czujności i zahamowania*. Tym częstsze było *Przyjmowanie punktu widzenia* im wyższy był wynik uzyskany w skalach wyżej wymienionych domen Czynnika 1. Nie wykazano związków pomiędzy *Przyjmowaniem perspektywy* a występowaniem cech zaburzeń osobowości.

Przyjmowanie punktu widzenia jest dialogiem charakteryzującym się tendencją do przyjmowania odmiennego (niż własny) punktu widzenia. Jest to swoista próba postawienia siebie w pozycji innej osoby, może również przybierać formę przeciwstawiania się i kwestionowania własnego zdania oraz podejmowania próby obiektywnej oceny wydarzeń lub spojrzenia na problem w sposób odmienny niż zwykle, poprzez przyjęcie nowej perspektywy (Oleś, 2009a). W literaturze, umiejętność przyjmowania różnych punktów widzenia określa się polifonią podmiotu (Bartmiński, 2008; Oleś i in., 2010; Szymutko, 2006).

Osoby cechujące się schematami z Czynnika 1, w tym *Nadmiernej czujności i zahamowania* mają skłonności do interpretowania różnych zjawisk, wydarzeń, sytuacji jako zagrażających (Young i in., 2014). W przypadku dialogów wewnętrznych, osoby te mogą przejawiać tendencję do *Przyjmowania punktu widzenia* innych w celu uniknięcia zagrożeń lub konfliktów wynikających np. z upierania się przy swojej opinii. Mając

trudności z podejmowaniem decyzji, boją się brać za nie odpowiedzialność, co może zwiększać ich skłonność do analizowania różnych opcji i punktów widzenia (Young i in., 2003). Jednakże, w kontekście funkcjonowania osób z tym typem schematów, tendencja do dialogowania w trybie *Przyjmowania punktu widzenia* innych, może przybierać formę nieadaptacyjną prowadząc do nadmiernego unikania konfrontacji, tłumienia emocji i odwlekania podjęcia decyzji, co wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla funkcjonowania jednostki (Oleś, 2009a; Oleś, 2012; Oleś i in., 2010). *Przyjmowanie punktu widzenia* i ogólnie dialogowanie osób ze schematami *Rozłączenie i odrzucenie*, *Nadmierna czujność*, *Oslabiona autonomia*, *Ukierunkowanie na innych* może powodować zwiększenie się poczucia lęku i stresu, z uwagi na ich zbytne zaangażowanie w to, co myślą inni i jakie będą konsekwencje ich działań. Ta skłonność do przesadnego analizowania opinii innych może powodować uczucie niepokoju i zamartwiania się. *Przyjmowanie punktu widzenia* czasami obiera postać odrzucania własnej opinii czy zadania (Oleś, 2009a), co z kolei może stać się przyczyną spadku poczucia sensu i sprawowania kontroli nad własnym myśleniem i działaniem, tak jak w przypadku nadmiernego nasilenia dialogów tożsamościowych, kiedy to jednostka zbyt mocno skupiona jest na pytaniach i odpowiedziach dotyczących sensu życia (Oleś, 2009a). Badania wskazują, że *Przyjmowanie punktu widzenia* (w kontekście dialogowania wewnętrznego) jest związane z patologicznymi cechami osobowości m.in. z negatywnym afektem (do którego zalicza się labilność emocjonalną, niepokój, lęk separacyjny, wrogość, depresyjność, perseweratywność oraz podejrzliwość) oraz izolację (gdzie zalicza się wycofanie, unikanie bliskości i anhedonię) (Łysiak, 2019).

Osoby ze schematami z wyżej wymienionych domen Czynnika 1, skłaniają się ku negatywnym myślom i interpretacjom, co może prowadzić do zwiększonej aktywności wewnętrznego dialogu. Jednocześnie osoby te, przez skupienie na domniemanych katastrofach, niepowodzeniach i własnej niedoskonałości mogą być skłonne do większej refleksji i analizy swoich myśli czy uczuć, co prowadzić może do próby zrozumienia perspektyw innych ludzi i konstruktywnych dialogów wewnętrznych. Możliwe, że osoby ze schematami *Nadmierna czujność* mogą poprzez dialog *Przyjmowania perspektywy* samooskarżać siebie o popełnione błędy. Osoby ze schematami *Ukierunkowania na innych* mogą prowadzić tego typu dialogi starając się zrozumieć perspektywę innych ludzi. Możliwe, że wynika to z ich skłonności do zaniedbywania własnych potrzeb i pragnień na rzecz innych (Young i Klosko, 2005). Ten typ dialogowości może sprzyjać analizom, jakie mogą być oczekiwania innych, jakie aktywności i działania należy podjąć, aby spełnić

ewentualne oczekiwania. Co więcej, osoby z tym typem schematów dezadaptacyjnych mogą cechować się ograniczoną samoświadomością własnych potrzeb i pragnień. Dialogi tego rodzaju mogą wzmacniać stawianie siebie na drugim planie, umniejszanie swoich potrzeb i emocji, doprowadzając do negowania i minimalizowania ważności własnej osoby. Podobnie w przypadku schematów *Oslabiona autonomia*, osoby cechujące się schematami tego rodzaju zazwyczaj wątpią w siebie oraz cechują się niskim poczuciem własnej wartości. W dialogach wewnętrznych *Przyjmowanie punktu* widzenia mogą przejawiać tendencję do nadmiernego zgadzania się z punktem widzenia innych. Z uwagi na małą wiarę w siebie i własną zdolność do samodzielnego myślenia i podejmowania decyzji (Young i Klosko, 2005; Arntz i van Genderen, 2009), mogą preferować ten typ dialogowości, starając się zrozumieć i przyjąć perspektywę innych.

Uzyskane rezultaty w odniesieniu do relacji schematy dezadaptacyjne – dialogi wewnętrzne (dysocjacyjne czy inne konfrontacyjne) w pewnym stopniu mogą być związane z sytuacją badania. Sam fakt przebywania w środowisku izolacyjnym może sprzyjać zmienności nastroju, myśleniu o śmierci czy obniżeniu samooceny, a tym samym implikować dialogowość wewnętrzną. Więźniowie przejawiają też inne trudności, np. trudności w koncentracji uwagi, drażliwość oraz zakłócenie rytmu okołodobowego, problemy z zasypianiem, wczesnym budzeniem czy snem (Chmielewska-Hampel i Wawrzyniak, 2009), pojawiają się również lęki (Pastwa i Geras, 1993). Specyfika badanej grupy z uwagi na fakt izolacji społecznej może tłumaczyć niektóre uzyskane wyniki. W większym stopniu mogły mieć one wpływ na dialogowanie niż zaburzenia osobowości. Być może związane jest to także z czynnikami takimi jak np. traumy z przeszłości, warunki pobytu w izolacji więziennej, interakcje z innymi osadzonymi czy też pracownikami służby więziennej, które również mogą rzutować na zachowania i myślenie badanych osób osadzonych. Należy zauważyć (i na co zwracano uwagę już wcześniej), iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości doświadczają również współwystępowania innych zaburzeń psychicznych. Badania pokazują, iż w tym typem zaburzenia osobowości współistnieją zaburzenia takie jak depresja, zaburzenia lękowe czy choroba afektywna dwubiegunowa, a także zaburzenie osobowości typu borderline, zespół nadpobudliwości psychoruchowej i inne związane z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych (Black, 2017), mogące mieć związek z nasileniem dialogowości wewnętrznej. Co więcej, ich postawy wobec innych ludzi są pełne sprzeczności. Badania

dotyczące narracji o związkach romantycznych osób osadzonych w zakładach karnych (Gawda i Czubak-Paluch, 2021) wykazują, iż więźniowie na ogół mniej optymistycznie opisują sytuacje odzwierciedlające ich dotychczasowe doświadczenia i przekonania na temat miłości. Na uwagę zasługuje fakt, iż uważają, że partner ich nie szanuje, dopuszcza się zdrady bądź jest niedojrzały. W związkach czują się wykorzystywani, upokarzani i traktowani niepoważnie, nie mają również nadziei na trwały, satysfakcjonujący związek. Jednak w rzeczywistości to ich zachowania są przyczyną stanu ich związku. Jedynie niekiedy przyznają, iż trudności w związku pojawiły się z ich powodu – nieostrożności, nałogów, nieodpowiedniego zachowania. Zdaje się być to istotne w kontekście niniejszych wyników. Okazuje się bowiem, iż osoby osadzone zazwyczaj cechują się dużym poziomem poczucia krzywdy i samotności, wykazują tym samym tendencję do przyjmowania roli ofiary oraz przedstawiania siebie w pozytywnej perspektywie. Należy również zaznaczyć, iż osoby z osobowością antyspołeczną potrafią dokonać deskrypcji sytuacji osamotnienia, dyskomfortu, czy niepokoju. Jak podaje Gawda (2007b) na poziomie deklaracyjnym potrafią mówić o doświadczeniach tego rodzaju, opisując je z dużym zaangażowaniem. Autorka podkreśla tym samym, iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mogą być zdolne do doświadczania lęku związanego z osamotnieniem. Osoby te silnie koncentrują się na emocjach, jednocześnie doświadczane uczucia są dla nich niejasne i niejednoznaczne. Do podobnych wniosków doszli Hicks i Patrick (2006) stwierdzając, iż osoby o tym typie osobowości (wbrew wcześniejszym doniesieniom) doświadczają negatywnego afektu, przejawiając jednocześnie skłonność do tłumienia emocji negatywnych. Na złożoną naturę antyspołecznego zaburzenia osobowości zwraca również uwagę Trzebińska (2009) włączając je nie do wielkościowych zaburzeń osobowości, a do zaburzeń ambiwalentnych. Autorka powołując się na badania Sutkera i Allaina (2001) wyjaśnia, iż z tym typem osobowości wiąże się (wbrew przypuszczeniom) wysokie uwrażliwienie emocjonalne na bodźce społeczne. Osoby te poszukują kontaktów społecznych oraz relacji, cechują się ekspresyjnością jednocześnie nie rozumieją innych ludzi oraz kierują się uprzedzeniami społecznymi. To może wyjaśniać obecność dialogów wewnętrznych u takich osób, choć cechy osobowości antyspołecznej obniżają skłonności do dialogowania przy zupełnie odmiennej roli schematów dezadaptacyjnych.

Ograniczenia badań

Mimo, iż niniejsze badania poruszają ważną tematykę i ukazały ciekawe zależności nie są pozbawione niedoskonałości. Po pierwsze, badania te miały charakter samoopisowy i opierały się w głównej mierze na pomiarze kwestionariuszowym. Pomiar kwestionariuszowy w odniesieniu do osób z zaburzeniami osobowości może wiązać się z uzyskaniem nieprawdziwych danych (Gawda, 2023). Grupa ta cechuje się dość specyficznym podejściem do udziału w badaniach naukowych oraz metod samoopisowych, stąd też można domniemywać, iż mogło mieć to wpływ na wiarygodność wyników. Metody samoopisowe mogą być w badaniu takich osób mniej obiektywne z uwagi na ograniczoną zdolność wglądu w siebie oraz ograniczoną świadomość swoich wad i cech (Gawda, 2023). Należy przy tym pamiętać, iż osoby z osobowością antyspołeczną mają tendencje do wypowiadania się o sobie w sposób pochlebny, przypisując sobie takie cechy jak dobroć, wyjątkowość czy też ugodowość (Gawda, 2010), co mogło w oczywisty sposób rzutować na obraz uzyskanych wyników.

Po drugie, badania przeprowadzono w grupie heterogenicznej pod wieloma względami. Osobami badanymi byli osadzeni w zakładach karnych, zróżnicowani pod względem socjodemograficznym (wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, typem popełnionego przestępstwa) oraz osobowościowym, cechujący się różnym poziomem motywacji i stopniem zaangażowania w projekt badawczy. Mimo, iż starano się wyselekcjonować osoby badane w sposób jak najbardziej rzetelny (m.in. dzięki Skali MINIMENTAL dokonano selekcji pod kątem braku deficytów poznawczych oraz wykorzystano rzetelną technikę do pomiaru diagnozy zaburzeń osobowości), trudno określić w jakim stopniu osoby badane były uczciwe i zaangażowane w dalszym etapie przeprowadzania badań.

Słabą stroną okazała się również stosunkowo mała próba badana, co jest powiązane z kolejnymi cechami badania przeprowadzanego w warunkach izolacji więziennej, tj. złożonością i pracochłonnością. Taki stan liczebności próby wynika z negatywnych postaw wobec badania u osadzonych. Niektórzy osadzeni odmawiali wypełniania kwestionariuszy widząc ich objętość. Wymieniali też rozmaite powody, aby nie wziąć udziału w badaniach. Mimo dobrowolności udziału i podkreśleniu anonimowości, część osób badanych traktowała przystąpienie do nich jako konieczność. Minusem bez wątpienia okazała się specyfika miejsca przeprowadzania badań. Z uwagi, iż badania przeprowadzono w zakładach karnych podczas badań, badaczowi i osobie badanej towarzyszył strażnik,

psycholog lub wychowawca penitencjarny, co bez wątpienia utrudniało swobodny kontakt z osobą badaną. Być może niniejszy projekt badawczy przyniósłby więcej odpowiedzi, gdyby udało się powiększyć grupę badaną nawet kosztem przedłużenia procedury badawczej w czasie, czego niestety nie udało się zrealizować ze względu na warunki pandemii.

Kierunki przyszłych badań

Aby lepiej zrozumieć zależności między schematami dezadaptacyjnymi, typem zaburzenia osobowości, przyjmowaniem perspektywy a dialogowością wewnętrzną należy pochylić się nad tą kwestią. Wymaga to dalszych, pogłębionych badań na liczniejszej próbie. Badania dotyczyły również głównych domen schematów dezadaptacyjnych i ich powiązań z dialogowością wewnętrzną. Jednak warto pochylić się nad analizą wszystkich osiemnastu wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Wydaje się to kwestią istotną, która może dostarczyć więcej szczegółowych informacji.

Ciekawą kwestią wydaje się również pytanie, jakie istnieją relacje między schematami dezadaptacyjnymi, dialogowością wewnętrzną u osób charakteryzujących się zaburzeniami osobowości i nieprzebywających w środowisku izolacyjnym. Jak już wspomniano, poczucie osamotnienia, izolacji może wzmagać mowę wewnętrzną, dlatego też warto byłoby sprawdzić jak wygląda to w sytuacji osób przebywających w warunkach wolnościowych.

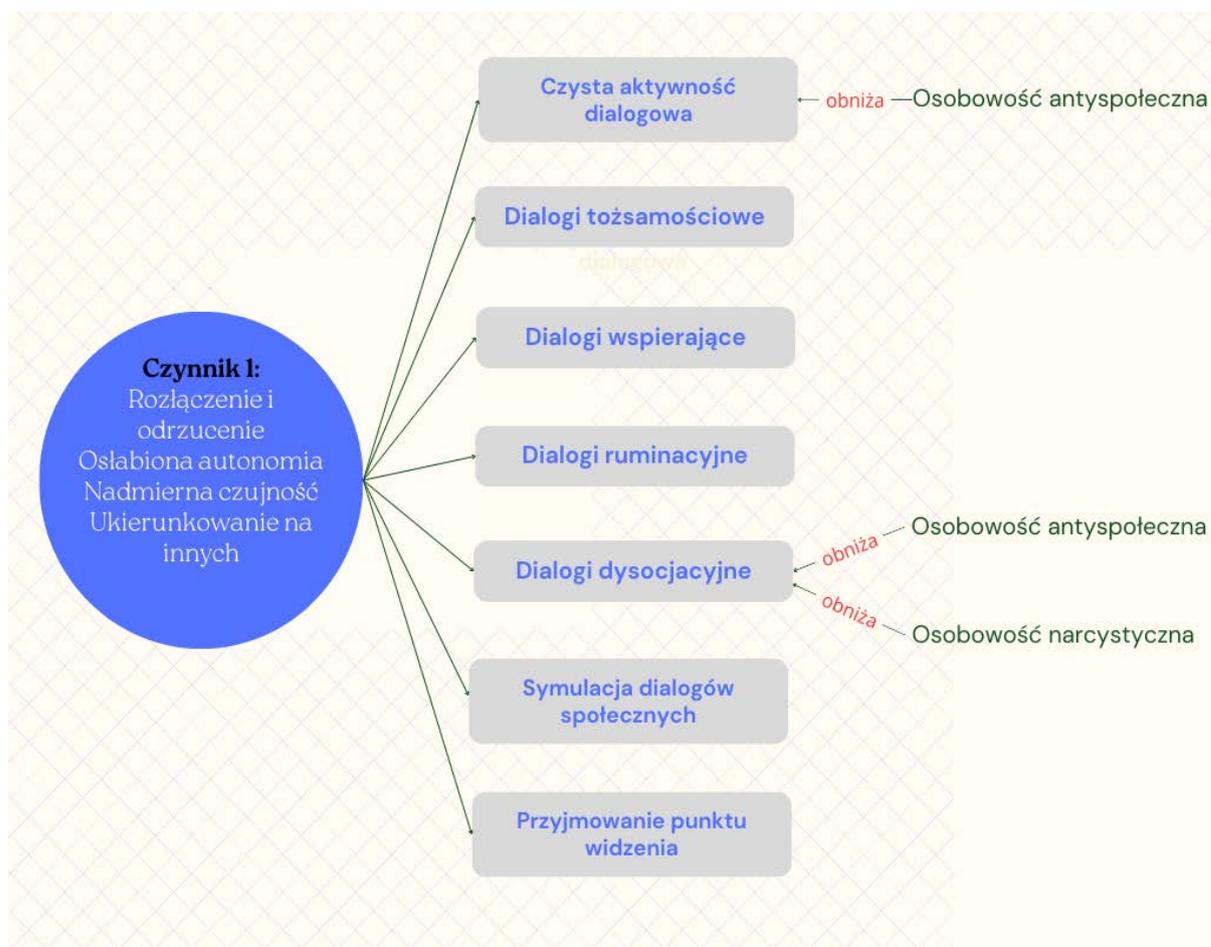
Implikacje praktyczne

Można byłoby pochylić się nad kwestią wewnętrznej aktywności dialogowej oraz z niej wynikających możliwości terapeutycznych. Jeśli dialogowość wewnętrzna wiąże się z występowaniem schematów dezadaptacyjnych, czy istnieje możliwość by sprzyjała ona procesowi terapeutycznemu w kontekście terapii schematów, a jeśli tak, to przy wykorzystaniu jakiego rodzaju wewnętrznej aktywności dialogowej? Dla terapeutów pracujących w nurcie behawioralno-poznawczym, przydatne może okazać się sprawdzenie nasilenia i rodzaju wewnętrznej aktywności dialogowej pacjenta w celu zaplanowania różnego rodzaju działań terapeutycznych. Rodzaj dialogowości wewnętrznej może okazać się cenną wskazówką dla dalszych interwencji np. modyfikacji emocji. Poszerzenie wiedzy na temat dialogowości wewnętrznej zdaje się być priorytetem badawczym ze względu na

jej implikacje dla zrozumienia psychopatologii czy rozwoju człowieka, ale również dla lepszego zrozumienia wewnętrznej aktywności ludzi.

Rysunek 6

Schemat podsumowujący



WNIOSKI:

Podsumowując, niniejszy projekt badawczy umożliwił sformułowanie następujących wniosków:

- 1) Istotnym predyktorem dialogowania wewnętrznego (tzn. ogólnej dialogowości wewnętrznej – wyniku ogólnego) są schematy dezadaptacyjne, nie zaś zaburzenia osobowości.

- 2) Nie wykazano, aby pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dialogowaniem wewnętrznym mediującą rolę spełniała dostępność standardów Ja – poza Ja w grupie osadzonych mężczyzn.
- 3) Dostępność standardów Ja – poza Ja nie była istotnie związana ani ze schematami dezadaptacyjnymi ani z dialogowaniem wewnętrznym w grupie osadzonych mężczyzn.
- 4) Nie wykazano również, aby związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, oraz związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym był moderowany przez występowanie zaburzeń osobowości takich jak zaburzenia antyspołeczne, borderline oraz narcystyczne.
- 5) Czynniki 1 obejmujące schematy z domen *Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia i brak dokonań, Ukierunkowanie na innych, Nadmierna czujność i zahamowanie* oraz antyspołeczne zaburzenie osobowości są predyktorami *Czystej aktywności dialogowej*. Im bardziej nasilone są schematy składające się na Czynniki 1, tym wyższe nasilenie *Czystej aktywności dialogowej*. Występowanie antyspołecznych zaburzeń osobowości związane jest z niższym poziomem *Czystej aktywności dialogowej*.
- 6) Czynniki 1 obejmujące schematy z obszarów *Rozłączenie i odrzucenie, Osłabioną autonomię i brak dokonań, Ukierunkowanie na innych, Nadmierną czujność i zahamowanie* jest predyktorem *Dialogów tożsamościowych*. Im wyższe nasilenie Czynnika 1, tym większe nasilenie *Dialogów tożsamościowych*. Typ zaburzeń osobowości nie wyjaśniał występowania dialogów wewnętrznych tego rodzaju.
- 7) Czynniki 1 okazał się predyktorem również *Dialogów wspierających*. Im wyższe nasilenie Czynnika 1 (schematów z domen *Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia i brak dokonań, Ukierunkowanie na innych, Nadmierna czujność i zahamowanie*), tym wyższy poziom *Dialogów wspierających*. Typ zaburzeń osobowości nie wyjaśniał występowania dialogów wewnętrznych tego rodzaju.
- 8) Schematy dezadaptacyjne składające się na Czynniki 1 są predyktorami *Dialogów ruminacyjnych*. Im wyższy poziom Czynnika 1, tym większe nasilenie *Dialogów ruminacyjnych*. Cechy zaburzeń osobowości nie wyjaśniały tego typu dialogowania.
- 9) Schematy dezadaptacyjne włączone w Czynniki 1 (*Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia i brak dokonań, Ukierunkowanie na innych, Nadmierna czujność i zahamowanie*) oraz występowanie narcystycznych i antyspołecznych

zaburzeń osobowości są predyktorami *Dialogów dysocjacyjnych*. Im wyższe nasilenie Czynnika 1, tym większe nasilenie *Dialogów dysocjacyjnych*. Z kolei występowanie narcystycznych i antyspołecznych zaburzeń osobowości obniżało stopień nasilenia *Dialogów dysocjacyjnych*.

- 10) Schematy dezadaptacyjne składające się na Czynniki 1 okazały się predyktorami *Symulacji dialogów społecznych*. Im wyższy był wynik w zakresie Czynnika 1, tym wyższy stopień nasilenia *Symulacji dialogów społecznych*. Cechy zaburzeń osobowości nie wyjaśniały tego typu dialogowania.
- 11) Czynniki 1 okazał się predyktorem dialogowania typu *Przyjmowanie punktu widzenia*. Im wyższy stopień nasilenia Czynnika 1, tym częstsze było *Przyjmowanie punktu widzenia*. Nie wykazano związków pomiędzy *Przyjmowaniem punktu widzenia* a występowaniem cech zaburzeń osobowości.
- 12) Czynniki 2, na który składały się schematy z domeny *Uszkodzone granice*, nie wyjaśniał żadnego z typów dialogowania wewnętrznego.

Streszczenie w języku polskim

Głównym celem dysertacji był opis wewnętrznej aktywności dialogowej więźniów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości i zaburzeniami współwystępującymi tj. narcystycznym zaburzeniem osobowości oraz zaburzeniem osobowości typu borderline, a także opisanie, w jaki sposób schematy dezadaptacyjne wyjaśniają dialogowość wewnętrzną tych osób. Chciano również wyjaśnić czy i w jaki sposób związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a Ja dialogowym osób osadzonych w zakładzie karnym jest mediowany przez dostępność standardów Ja – poza Ja oraz czy rodzaj zaburzenia osobowości moderuje relację pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dostępnością standardów Ja – poza, a także czy rodzaj zaburzenia osobowości pełni rolę moderatora relacji między dostępnością standardów Ja – poza Ja i dialogowością wewnętrzną osób badanych.

W części teoretycznej pracy podjęto próbę scharakteryzowania i wyjaśnienia pojęć dotyczących psychologii narracyjnej, dialogowości wewnętrznej, schematów dezadaptacyjnych oraz przyjmowania perspektywy. Scharakteryzowano również wybrane zaburzenia osobowości z wiązki B tj. antyspołeczne zaburzenie osobowości, zaburzenie narcystyczne oraz borderline. W dalszej części pracy dokonano analizy zrealizowanych badań własnych, w których wzięło udział 182 mężczyzn osadzonych w przedziale wiekowym 20-50< lat. W badaniach wykorzystano następujące techniki badawcze: Skalę MMSE, SCID-5-PD Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości (SCID-5-SPQ), Kwestionariusz Schematów Younga (*Young Schema Questionnaire, YSQ – S3*), *Skali Wewnętrznej Aktywności Dialogowej* autorstwa P. Olesia, oraz *Kwestionariusza „Wypadek w górach”* A. Szuster celu określenia ich standardów Ja – poza Ja.

Wyniki badań pokazały, iż najlepszym predykatorem dialogowania wewnętrznego okazały się schematy dezadaptacyjne. Wyniki analizy regresji wykazały silne związki pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a wewnętrzną aktywnością dialogową. Nie wykazano natomiast, aby relacja pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi i dialogowaniem wewnętrznym była mediowana przez dostępność standardów Ja – poza Ja. Nie wykazano również, aby związek pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dostępnością standardów Ja – poza Ja, oraz związek pomiędzy dostępnością standardów Ja – poza Ja a dialogowaniem wewnętrznym był moderowany przez występowanie

zaburzeń osobowości takich jak zaburzenia antyspołeczne, borderline oraz narcystyczne. Dokonując analizy badawczej związków między schematami dezadaptacyjnymi a wewnętrzną aktywnością dialogową wykazano, iż wczesne schematy dezadaptacyjne z obszarów Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia i brak dokonań, Nadmierna czujność i zahamowanie, Ukierunkowanie na innych (włączonych do Czynnika 1) związane są z występowaniem wszystkich rodzajów dialogowania wewnętrznego.

Słowa kluczowe: wczesne schematy dezadaptacyjne, dialogowość wewnętrzna, zaburzenia osobowości, antyspołeczne zaburzenie osobowości, przyjmowanie perspektywy

Streszczenie w języku angielskim

The major purpose of this dissertation was to describe the internal dialogic activity of prisoners revealing antisocial personality disorder and other co-occurring disorders, i.e. narcissistic and borderline personalities, and to describe how maladaptive schemas explain the internal dialogicity of these individuals. Another objective was to find out whether and how the relationship between maladaptive schemas and the 'dialogical Self' of inmates is mediated by the availability of the 'Self-beyond-Self' standards and whether the type of personality disorder moderates the relationship between maladaptive schemas and the availability of the 'Self-beyond-Self' standards, as well as whether the type of personality disorder acts as a moderator of the relationship between the availability of the 'Self-beyond-Self' standards and the subjects' internal dialogicity.

The theoretical part of the dissertation attempts to characterise and explain the concepts of narrative psychology, internal dialogicity, maladaptive schemas and perspective taking. Selected Cluster B personality disorders were also characterised, including antisocial personality disorder, narcissistic disorder and borderline. In the following part of the dissertation, an analysis of own research was made, which involved a group of 182 male inmates aged 20-50. In order to determine their 'Self - Beyond Self' standards, the following research techniques were used in the study: MMSE scale, SCID-5-PD Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-5-SPQ), Young Schema Questionnaire (*YSQ - S3*), „*Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej*” [Inner Dialogic Activity Scale] by P. Oleś, and „*Wypadek w górach*” [Accident in the Mountains] *Questionnaire* by A. Szuster.

The results of the research showed that maladaptive schemas proved to be the best predictor of internal dialogic activity. The results of the regression analysis showed a strong relationship between maladaptive schemas and internal dialogic activity. In contrast, the relationship between maladaptive schemas and internal dialogic activity was not shown to be mediated by the availability of the 'Self - beyond Self' standards. Nor was the relationship between maladaptive schemas and the availability of the 'Self-beyond-Self' standards, or the relationship between the availability of 'Self-beyond-Self' standards and internal dialogic activity shown to be moderated by the presence of personality disorders such as antisocial, borderline and narcissistic disorders. An exploratory analysis of the relationship between maladaptive schemas and internal dialogic activity showed however

that early maladaptive schemas from the areas of Disconnection and Rejection, Weakened Autonomy and Lack of Achievement, Hypervigilance and Inhibition, Orientation towards others (included in Factor 1) are associated with the occurrence of all types of internal dialogicity.

Keywords: early maladaptive schemas, internal dialogicity, personality disorders, antisocial personality disorder, perspective taking

Literatura cytowana

- Adler, G., Buie, D.H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83–96.
- Alderson-Day, B. Fernyhough, C. (2015). Inner speech: Development, cognitive functions, phenomenology, neurobiology. *Psychological Bulletin*, 141, 931–965.
- Aleksandrowicz, J.W. (2002). *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ambady, N., Rosenthal, R. (1993). Half a minute: Predicting teacher evaluations from thin slices of nonverbal behavior and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 431–441. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.431>
- Ames, D. R. (2004). Strategies for social inference: A similarity contingency model of projection and stereotyping in attribute prevalence estimates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 573–585.
- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419–430.
- Arntz, A., van Genderen H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. John Wiley and Sons.
- Arntz, A., van Genderen, H. (2016). *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Augustyn. (1987). *Wyznania*, tłum. Zygmunt Kubiak. Instytut Wydawniczy PAX.
- Bach, B., Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Bach, B., Lee, C., Mortensen, E.L., Simonsen, E. (2016). How do DSM-5 personality traits align with schema therapy construct? *Journal of Personality Disorder*, 30(4), 502–529.
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., Kriston, L. (2017). The Young schema questionnaire 3 short form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(2), 134–143.
- Bachtin M. (1970). *Problemy poetyki Dostojewskiego*. Wydawnictwo PIW.
- Ball, S.A., Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with PDs: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72–83.

- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, vol. 1(2), 164-180.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering*. Columbia University Press.
- Bartlett, F.C. (1958) *Thinking: An experimental and social study*. Basic Books.
- Bartmiński, J. (2008). Polifoniczność tekstu czy podmiotu? Podmiot w dialogu z samym sobą. W: J. Bartmiński, A. Pajdzińska (red.), *Podmiot w języku i kulturze* (s.161-183). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
- Batory, A. M. (2010). Dialogicality and the construction of identity. *International Journal of Dialogical Science*, 4, 45–66.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question. Toward a social-psychologist answer*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bąk, W. (2003). Struktura systemu ja a nasilenie lęku egzystencjalnego. W: P. Francuz, M. Grygielski, W. Otrębski (red.), *Studia z psychologii w KUL* (s.137-156). Tom 11. Wydawnictwo KUL.
- Bąk, W. (2009). Wielość Ja w ujęciu poznawczym i dialogowym. Próba integracji podejść. *Przeгляд Psychologiczny*, 52(1), 53-68.
- Bąk, W., Jankowski T. (2011). Samoświadomość a nastrój. Emocjonalne skutki skupiania uwagi na sobie. W: E. Goryńska, M. Ledzińska, M. Zajenkowski (red.), *Nastrój. Modele, geneza, funkcje* (s.270-287). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bąk, W., Oleś, P. (2008). Koncepcja trzech planów organizacji systemu Ja. W: M. Plopa, M. Błażek (red.), *Współczesny człowiek w świetle dylematów i wyzwań: perspektywa psychologiczna* (s. 45-55). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Beck, A.T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. W: P.J. Calyton, J.E. Barrett (red.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (s. 265–290). Raven Press.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (1990/2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A.T., Davis, D.D., Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Wydawnictwo Akademickie SEDNO
- Bellido-Zanin, G., Perona-Garcelán, S., Senín-Calderón, C., López-Jiménez, A. M., & Rodríguez-Testal, J. F. (2017). Relationship between inner dialog and ideas of reference and the mediating role of dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(1), 100-106. <https://doi.org/10.1111/sjop.12344>
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K.G., Paquin, N.L. (2011). The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (3), 502-519.
- Berne, E. (2005). *Dzień dobry... i co dalej?* Dom wydawniczy Rebis.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., Pilkington, P.D. (2021). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Black, D. W. (2017). The treatment of antisocial personality disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4, 295–302.
- Blackburn, R. (1996). Replicated personality disorder clusters among mentally disordered offenders and their relation to dimensions of personality. *Journal of Personality Disorders*, 10, 68–81.
- Blackburn, R. (2006). Other theoretical models of psychopathy. W: C.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (s. 35–57). Guilford Press.
- Blackman, L., (2005). The Dialogical Self, Flexibility and the Cultural Production of Psychopathology. *Theory & Psychology*, 15(2), 183-206.
- Blair, C., Zelazo, P.D., Greenberg, M.T. (2005). The Measurement of Executive Function in Early Childhood. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 561–571.

- Blair, R. J. R. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition*, 57(1), 1–29.
- Blair, R. J. R. (2010). Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: A targeted review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 76–82.
- Blair, R. J. R., Cipolotti, L. (2000). Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain: A Journal of Neurology*, 123(6), 1122–1141.
- Blair, R. J. R., Frith, U. (2000). Neurocognitive explanations of the antisocial personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 566–581.
- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. W: D. Cicchetti, S.T. Toth (red.), *Representation, Emotion and Cognition in Developmental Psychopathology* (s. 1–33). University of Rochester Press.
- Blonigen, D.M., Carlson, S. R., Krueger, R.F., Patrick, C.J. (2003). A twin study of self-reported psychopathic personality traits. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 179-197.
- Blonigen, D.M, Hicks, B.M., Krueger, R.F., Patrick, C. J., Iacono W.G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: a longitudinal-biometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 85-95.
- Boccardi, M., Frisoni, G.B., Hare, R.D., Cavedo, E., Najt, P., Pievani, M. (2011). Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Research*, 193, 85-92.
- Book, A.S., Quinsey, V.L. (2004). Psychopaths: cheaters or warrior-hawks? *Personality and Individual Differences*, 36, 33-45.
- Borawski, D. (2011). Wpływ aktywizowania myślenia dialogowego na sytuacyjną samoocenę i emocje. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (s. 201-223). Wydawnictwo PWN.
- Botella, L., Figueras, S., Herrero, O., (1997). Qualitative Analysis of Self-Narratives: A Constructivist Approach to the Storied Nature of Identity. XIIth International Congress on Personal Construct Psychology. July 9-12, 1997, Seattle, Washington, USA. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1245.2887>. Pobrane z: https://www.researchgate.net/publication/257925654_Qualitative_analysis_of_self_narratives_a_constructivist_approach_to_the_storied_nature_of_identity (12.02.2023)
- Boudoukha, A.H., Przygodzki-Lionet, N., Hautekeete, M. (2016). Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology*, 66(4), 181-187.
- Brinkley, C.A., Schmitt, W.A., Newman, J.P. (2005). Semantic processing in psychopathic offenders. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1047–1057.

- Brinthaup, T. M. (2019). Individual Differences in Self-Talk Frequency: Social Isolation and Cognitive Disruption. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01088>
- Brinthaup, T. M., Hein, M. B., Kramer, T. E. (2009). The self talk scale: Development, factor analysis and validation. *Journal of Personality Assessment*, 91, 82-92.
- Broadbear, J. H, Dwyer, J, Bugeja, L. i wsp. (2020). Coroners investigations of suicide in Australia: The hidden toll of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 241-249.
- Bruch, M. A., Rivet, K. M., Laurenti, H. J. (2000). Type of self-discrepancy and relationships to components of the tripartite model of emotional distress. *Personality and Individual Differences*, 29, 37-44.
- Brzeziński, J., Hornowska, E. (1998). *Skala inteligencji Wechslera WAIS-R*. Wydawnicwto PWN.
- Bushman, B., Bonacci, A., Baumeister, R. F., van Dijk, M. (2003). Narcissism, sexual refusal and aggression: Testing a narcissistic model of sexual coercion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1027-1040.
- Butcher, J.N, Hooley, J.M., Mineka, S. (2018). *Psychologia zaburzeń*. GWP.
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: the toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8, 58-72.
- Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton E., Woodworth G., Stewart, M. A. (1995). Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 42-52.
- Caligor E., Levy K. N., Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422.
- Calvete, E., Orue, I., González-Díez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 283-290.
- Calzada-Reyes, A., Alvarez-Amador, A., Galán-García, L., Valdés-Sosa, M. (2012). Electroencephalographic abnormalities in antisocial personality disorder. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2011.10.002>
- Calzada-Reyes, A., Alvarez-Amador, A., Galán-García, L., Valdés-Sosa, M. (2013). EEG abnormalities in psychopath and non-psychopath violent offenders. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(1), 19-26.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2003). *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., Scheier M.F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783- 792.

- Cherry, E.C. (1951). Some experiments on the recognition of speech with one and with two ears. *Journal of Acoustical Society of America*, 25 (5), 975–978.
- Chmielewska-Hampel, A., Wawrzyniak, M. (2009). Depresja, lęk i nadzieja podstawowa u osób odbywających karę więzienia. *Psychologia Jakości Życia*, 8(1), 45-58.
- Chmielnicka-Kuter, E., Puchalska-Wasył, M., Oleś, P.K. (2005). *Polifonia osobowości: aktualne problemy psychologii narracji*. Wydawnictwo KUL.
- Chojnacka, A., Gabińska, A., Niedźwiedzki, J. (2009). Kliniczne teorie zaburzeń osobowości. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s.34-60). Wydawnictwo SWPS.
- Chojnacka, A., Ustjan, D. (2009). Zaburzenia osobowości: opis zjawiska. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s.17-34). Academica.
- Cierpiałkowska, L. (2004). *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2017). Zaburzenie osobowości borderline. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.171-198). Wydawnictwo UAM.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2017). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.15-32). Wydawnictwo UAM.
- Cieślak, A. (2015). Dialog z wyobrażonym rozmówcą jako forma wsparcia w radzeniu sobie w stresujących sytuacjach. *Roczniki Psychologiczne*, XVIII, 579-587.
- Clark, E. (1997). Conceptual Perspective and Lexical Choice in Acquisition. *Cognition*, 64, 1–37
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cooke, D.J. (1996). Psychopathic personality in different cultures. What do we know? What do we need to find out? *Journal of Personality Disorders*, 10 (1), 23-40.
- Cooke, D.J., Forth, A.E., Hare, R.D. (1998). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Kluwer Academic.
- Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D., Clark, D. (2005). Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 39, 2, 283-297.
- Corral, C., Calvete, E. (2014), Early maladaptive schemas and personality disorders traits in perpetrators of intimate partner violence. *Spanish Journal of Psychology*, 17(1), 1-10, <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.1>

- Crego, C., Widiger, T. A. (2014). Psychopathy, *DSM-5*, and a caution. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 335–347. <https://doi.org/10.1037/per0000078>
- Cross, S.E., Markus, H.R. (1999). The cultural constitution of personality. W: L.A. Pervin, P.O. John (red.), *Handbook of Personality* (s. 378-396). Guilford.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Decety, J., Jackson P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Demorest, A.P., Alexander, I.E. (1992). Affective scripts as organizers of personal experience. *Journal of Personality*, 60, 645-663.
- Denham, S.A. (1986). Social Cognition, Prosocial Behavior, and Emotion in Preschoolers: Contextual Validation. *Child Development*, 57, 194–201.
- Dessuant, P. (2007). *Narcyzm - przegląd koncepcji psychoanalitycznych*. GWP.
- Dębska, A. (2016). *Rekonstrukcja wiedzy i perspektywy poznawczej drugiej osoby w procesie komunikacji* [Rozprawa doktorska, Uniwersytet Warszawski]. Repozytorium Uniwersytetu Warszawskiego.
- Dickinson, K.A., Pincus, A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207.
- Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A., Nicolò, G. (2006). Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self theory. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 69–87.
- Dimaggio, G., Fiore, D., Salvatore, G., Carcione, A. (2007). Dialogic relationship patterns in narcissistic personalities: Session analysis and treatment implications. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 1-29.
- Dimaggio, G., Hermans, H. J. M., Lysaker, P. H. (2010). Health and adaptation in a multiple self: The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory and Psychology*, 20(3), 379–399.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., Hermans, H. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 76, 385-409.
- Distel, M.A., Willemsen, G., Ligthart L. (2010). Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24, 427-44.
- Donegan, N.H., Sanislow, C.A, Blumberg, H.P. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54,

1284-1293.

Draughon, M. (1977). Ego-building: an aspect of the treatment of psychopaths. *Psychological Reports*, 40, 615–626.

Drozek, R.P. (2019). *Psychoanalysis as an Ethical Process*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315160368>

Dryll E., Cierpka A. (2011). *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza*. Wydawnictwo Eneteia.

DSM-4-TR (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. APA.

DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

DSM-5. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*. Wyd. 5. Wyd. Edra Urban & Partner

Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H.R., Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*, 57, 539–548.

Edwards, D., Arntz, A. (2015). Schema Therapy in Historical Perspective. W: M. Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (red.), *The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research, and Practise* (s. 3-26). Wiley-Blackwell.

Emmelkamp, P.M.G., Kamphuis, J.H. (2007). *Personality disorders*. Psychology. Press/Taylor & Francis, Hove.

Epston D., Freeman J., Lobovits D. (1997). *Playful Approaches to Serious Problems Narrative Therapy with Children and Their Families*. Norton & Company.

Erkoreka, L., Navarro, B. (2017). Vulnerable narcissism is associated with severity of depressive symptoms in dysthymic patients. *Psychiatry Research*, 257, 265-269.

Ermer, E., Cope, L.M., Nyalakanti, P.K., Calhoun, V.D., Kiehl, K.A. (2012). Aberrant paralimbic gray matter in criminal psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 649–658.

Etkin, A., Egner, T., Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Science*, 15, 85-93.

Exline, J., Baumeister, R. F., Bushman, B. J. Campbell, W. K., Finkel, E. J. (2004). Too proud to let go: Narcissistic entitlement as a barrier to forgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 894-912.

Eysenck, W.M., Keane, M.T. (1990). *Cognitive Psychology: A Students Handbook*. Lawrence Erlbaum.

- Fallon, J. (2016). *Mózg psychopaty*. GWP.
- Farrington, D.P., Bergström, H. (2018). Family background and psychopathy. W: C. J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (s. 354–379). The Guilford Press.
- Farrington, D.P., Welsh B.C. (2007). *Saving children from a life of crime: Early risk factors and effective interventions*. Oxford University Press.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Zawadzki, B., Prąglowska, E. (2010). *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-4*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Smith Benjamin, L., Spitzer, R.L. (2016). *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do badania zaburzeń osobowości według DSM-5. Podręcznik klinicysty*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Firth, C.D., Firth, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology*, 17, 724-732.
- Flasbeck, V., Enzi, B., Brune, M. (2017). Childhood trauma affects processing of social interactions in borderline personality disorder: an event-related potential study investigating empathy for pain. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(4), 278-288. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1333147>
- Flavell, J.H. (1992). Perspectives on Perspective Taking W: H. Beilin, P. Pufall (red.), *Piaget's Theory. Prospects and Possibilities*, (s.107–140). Lawrence Erlbaum.
- Flett, G.L., Madorsky, D., Hewitt, P.L., Heisel M.J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 33-47.
- Flink, N., Honkalampi, K., Lehto, S.M., Leppänen, V., Viinamäki, H., Lindeman, S. (2018). Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4), 532–539.
- Fowler, K.A., O'Donohue, W.T., Lilienfeld, S.O. (2007). Personality disorders in perspectives. W: W.T. O'Donohue, K.A. Fowler, S.O. Lilienfeld (red.), *Personality Disorders. Toward the DSM-V* (s.1-20). Sage.
- Frączek, A. (2002). O naturze i formowaniu się psychologicznej regulacji agresji interpersonalnej. W: I. Kurcz, D. Kądziaława (red.), *Psychologia czynności. Nowe Perspektywy* (s.45-64). Wyd. Naukowe Scholar
- Frączek, A., Malak, B. (1980). *Z zagadnień psychologii cywilizacji*. Zeszyty Naukowe WSPS.
- Frączek, A., Zumkley, H. (1992). *Socjalizacja a agresja*. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk
- Freud, Z. (1996). *Objaśnianie marzeń sennych*, w: *Dzieła*, Tom I, przeł. R. Reszke. Wydawnictwo KR.

- Gabińska, A., Zalewski, B., Szymczyk, B., Suszek, H., Jędrasik-Styła, M. (2012). Mechanizmy zdrowia i zaburzeń psychicznych w teorii dialogowego Ja. *Roczniki Psychologiczne*, XV(4), 7-26.
- Gadamer, H.G. (2003). *Język i rozumienie*. Wyd. Fundacja „Aletheia”.
- Galinsky, A.D., Moskowitz, G.B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 708-724.
- Gawda, B. (2007a) Lęk osobowościowy a bogactwo narracji o uczuciach – hipoteza o wpływie lęku na reprezentacje afektywne. *Psychologia Rozwojowa*, 12(4), 65-74.
- Gawda, B. (2007b). *Ekspresja pojęć afektywnych w narracjach osób z osobowością antyspołeczną*. Wydawnictwo UMCS.
- Gawda, B. (2007c). Narracje o miłości osób z antyspołeczną osobowością. W: A. Błachnio, A. Gózik (red.), *Bliżej emocji*. Wydawnictwo KUL.
- Gawda, B. (2007d). Koncentracja na sobie w narracjach osób antyspołecznych. Doniesienie z badania. *Studia Psychologiczne*, 45(4), 75-80
- Gawda, B. (2008). Love scripts of person with antisocial personality. *Psychological Reports*, 103(2), 371-380.
- Gawda, B. (2010). Analiza treści skryptów miłości i nienawiści u osób antyspołecznych. *Studia Psychologica*, 10, 103-124.
- Gawda, B. (2011). *Skrypty miłości, nienawiści i lęku u osób antyspołecznych*. Wyd. Difin.
- Gawda, B. (2015). Model of love, hate and anxiety scripts in psychopathic individuals. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1722.
- Gawda, B. (2018a). Cechy zaburzeń osobowości a kontrola emocji negatywnych i regulacja nastroju, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Pedagogia Psychologia*, 31(3), 215–230.
- Gawda, B. (2018b). Dyskusja nad tezą o wzroście narcyzmu we współczesnych społeczeństwach. *Człowiek i Społeczeństwo*, XLV, 76-85.
- Gawda, B. (2018c). Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(4), 318-329.
- Gawda, B. (2022). The differentiation of narrative styles in individuals with high Psychopathic deviate. *Journal of Psycholinguistic Research*, 51(1), 75-92.
- Gawda, B. (2023). The novel narrative assessment technique uncovers emotional scripts in individuals with Psychopathy and high trait anxiety. *PLoS One*, 18(3), 1-26. <https://doi.org/e0283391>doi:10.1371/journal.pone.0283391

- Gawda, B., Bernacka, R., Gawda, A. (2016). The Neural Mechanisms Underlying Personality Disorders. *NeuroQuantology*, 14(2), 348-356.
- Gawda, B., Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports*, 120(3), 503-519. <https://doi.org/10.1177/0033294117692807>
- Gawda, B., Czubak, K. (2020). Występowanie zaburzeń osobowości wśród więźniów a ich resocjalizacja. *Resocjalizacja Polska*, 19/2020, 259-272.
- Gawda, B., Czubak-Paluch, K. (2021). Expressions of hope in prisoners' narratives about close relationships Rehabilitation aspects of hope. *Resocjalizacja Polska*, 21/2021, 333-350.
- Gehlbach, H. (2004). A new perspective on perspective taking: A multidimensional approach to conceptualizing an aptitude. *Educational Psychology Review*, 16(3), 207-234.
- Gehlbach, H., Brinkworth, M. E., Wang, M.T. (2012). The social perspective taking process: What motivates individuals to take another's perspective? *Teachers College Record*, 114, 197-225.
- Gelder, B. (2006). Towards the neurobiology of emotional body language. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 242-249.
- Gerstenfeld, P.B. (2004). *Hate Crimes: Causes, Controls and Controversies*. Sage Publications.
- Gilbert, F., Daffern, M. (2013). The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. *Psychology Crime and Law*, 19(10), 933-46.
- Goldstein, E.G. (2003). *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gołąb, A., Reykowski, J. (1985). *Studia nad rozwojem procesów ewaluatywnych*. Ossolineum.
- Gonnerman, M. E., Jr., Parker, C. P., Lavine, H., Huff, J. (2000). The relationship between self-discrepancies and affective states: The moderating roles of self-monitoring and standpoints on the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 810-819.
- Gościniak, J. (2017). Narcystyczne zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 154-170). Poznań: UAM.
- Gościniak, J., Mocek, M. (2008). Narcyzm i patologia narcystyczna w ujęciu psychologii self Heinza Kohuta, *Roczniki Psychologiczne*, XI(2), 7-26.
- Górecka, A., Szuster, A. (2011). O pozornej nieuchronności autowaloryzacji w obliczu dylematów moralnych: rola dostępności standardów poza-Ja i przeciążenia poznawczego. *Psychologia Społeczna*, 1(16), 34-49.
- Górska, D. (2006). *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u osób z zaburzeniem osobowości borderline*. Boguci Wydawnictwo Naukowe.

- Górska, D. (2017). Zaburzenia osobowości w paradygmacie poznawczym. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.35-56). Wydawnictwo UAM.
- Górska, D. (2017). Zależne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.256-237). Wydawnictwo UAM.
- Gramzow, R. H., Sedikides, C., Panter, A. T., Insko, C. A. (2000). Aspects of self-regulation and self-structure as predictors of perceived emotional distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 188-205.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Gregory, S., Ffytche D., Simmons, A., Kumari V., i in. (2012). The Antisocial Brain: Psychopathy Matters, A Structural MRI Investigation of Antisocial Male Violent Offenders. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 69(9), 962–970.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*, 162, 53-60.
- Groth, J. (2017). Histrioniczne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.198-2011). Wydawnictwo UAM.
- Gubernak, B., Król P., Kuzyk, M., Mącik, D. (2018). Związki wczesnych nieadaptacyjnych schematów z poczuciem sensu życia i dobrostanem psychicznym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, XXXI (3), 264-279.
- Gulla, B. (2020). *Gniew, agresja i przemoc w wybranych zaburzeniach psychopatologicznych*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska
- Gunderson, J.G. (2011). Zaburzenia osobowości typu boderline. *Psychiatria po dyplomie*, 8(5), 26-31.
- Gunderson, J.G., Herpertz, S.C., Skodol, A.E, Torgersen, S., Zanarini, M.C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 24(4), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>.
- Gunderson, J.G., Links P.S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G; Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22-41.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M. C., Kiesel, C. L. (1995). Borderline personality disorder. W: W. J. Livesley (red.), *The DSM-IV personality disorders* (s. 141–157). Guilford Press.

- Gut, A. (2011). Samoświadomość, dialog, mowa wewnętrzna oraz inne umysły. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (s.325-359). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hall, J.A., Andrzejewski, S.A., Topchick, J.E. (2009). Psychosocial correlates of interpersonal sensitivity: A meta-analysis. *Journal of Nonverbal Behavior*, 33, 149-180.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S.G., Ravid, M., Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277-279.
- Hare, R.D. (1970). *Psychopathy: theory and research*. Wiley and Sons.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience. The disturbing World psychopaths among us*. The Guilford Press.
- Hare, R.D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. W: T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, R. D. Davis (red.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (s.188-212). The Guilford Press.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Manual, 2nd Edition. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2006). *Psychopaci są wśród nas*. Wydawnictwo Znak.
- Hare, R.D., Neumann, C.S. (2007). The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development, structural properties, and new directions. W: C.J. Patrick (red.), *Handbook of Psychopathy* (58-106). The Guilford Press.
- Hare, R.D., Neumann, C.S., Widiger, T.A. (2012). Psychopathy. W: T.A. Widiger (red.), *The Oxford Handbook of Personality Disorder* (s. 478-504). Oxford University Press.
- Harenski, C.L., Harenski, K.A., Shane, M.S., Kiehl, K.A. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 863-874.
- Harrington, H. (1972). *Psychopaths*. Simon and Schuster.
- Harwood, M.D., Farrar, M.J. (2006). Conflicting Emotions: the Connection Between Affective Perspective Taking and Theory of Mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 401-418.
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., i wsp. (2019). Societal costs of borderline personality disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 458-467.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (Methodology in the Social Sciences) (2nd ed.)*. The Guilford Press.

- Hazlett, E.A., News, A.S., Newmark, R., Haznedar, M.M., Lo, J.N., Speiser, L.J. (2005). Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 58(8), 614-623.
- Hendin, H.M., Cheek, J.M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 588-599.
- Hermans, H.J.M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Hermans, H.J.M. (2001). The construction of a Personal Position Repertoire: Method and practice. *Culture and Psychology*, 7, 323-365.
- Hermans, H.J.M. (2002). The dialogical self as a society of mind. Introduction. *Theory and Psychology*, 12, 147-160.
- Hermans, H.J.M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.
- Hermans, H.J.M. (2004). The dialogical self: Between exchange and power. W: H. J. M. Hermans, G. Dimaggio (red.), *The dialogical self in psychotherapy* (s. 1328). Brunner-Routledge.
- Hermans, H.J.M. (2008). Polifonia umysłu: wielogłosowe i dialogowe Ja. W: J. Rowan, M. Cooper (red.), *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie* (s. 115-138). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hermans, H. J. M., Dimaggio, G. (2007). Self, identity, and globalization in times of uncertainty: a dialogical analysis. *Review of General Psychology*, 11, 31-61. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.11.1.31>
- Hermans, H.J.M., Gieser, T. (2012). *Handbook of dialogical self theory*. Cambridge University Press.
- Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. Guilford Press.
- Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen E. (2000). *Autonarracje: Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E. (2001). Dialogical processes and the development of the self. W: J. Valsiner, K. Connolly (red.), *Handbook of developmental psychology* (s. 534-559). Sage.
- Hermans H.J.M., Hermans-Konopka, A. (2010). *Dialogical Self Theory: Positioning and counterpositioning in globalizing society*. Cambridge University Press.
- Hermans, H.J.M., Kempen H.J.G., Van Loon, R.J.P (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 4(47), 23-33.

- Hermans, H.J.M, Kempen, H.J.G. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. Academic Press.
- Hermans, H.J.M., Oleś, P. K. (1996). Value crisis: Affective organization of personal meanings. *Journal of Research in Personality*, 30, 457-482.
- Hermans, H.J.M., Oleś, P. (2013). Dialogical Self Theory in practice: About some interesting phenomena. W: D. Cervone, M. Fajkowska, M.W. Eysenck, T. Maruszewski (red.), *Personality dynamics: Meaning construction, the social world, and the embodied mind* (s. 33-46). Eliot Werner.
- Hermans, H.J.M., Rijks, T. I., Kempen, H. J. G., (1993). Imaginal Dialogues In the Self: Theory and Method, *Journal of Personality*, 61(2), 207–236.
- Hiatt, K.D., Newman, J.P. (2007). Understanding psychopathy: The cognitive side. W: Patrick J.C. (red.), *Handbook of Psychopathy* (s. 334-352). The Guilford.
- Hicks, B.M., Patrick, C.J. (2006). Psychopathy and negative emotionality: Analyses of suppressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 276-287.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E.T.(1996). The „self digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1062-1083.
- Higgins, E.T. (2000). Does personality provide unique explanation for behaviour? Personality as cross-person variability in general principles. *European Journal of Personality*, 14, 391-406.
- Hoffman, M. L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 4, 151–172.
- Hooley, J., Cole, S., Gironde, S. (2012). Borderline personality disorder. W: T. Widiger (red.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (s. 409-436). Oxford University Press.
- ICD – 10. (1994). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja 10. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99). Vesalius.
- Ickes, W. (1997). *Empathic accuracy*. Guilford Press.
- Izdebska, A., Pastwa-Wojciechowska, B. (2013). Organizacja osobowości i jej pomiar – polska adaptacja kwestionariusza IPO Kernberga i współpracowników. *Czasopismo Psychologiczne*, 19(1), 17-27.
- Jackendoff, R. (1997). *The architecture of the language faculty*. The MIT Press, Cambridge Mass.

- Jacques, S., Zelazo, P.D. (2001). The Flexible Item Selection Task (FIST): A Measure of Executive Function in Preschoolers. *Developmental Neuropsychology*, 20(3), 573–591.
- Jacques, S., Zelazo, P.D. (2005). Language and the Development of Cognitive Flexibility: Implications for Theory of Mind. W: J.W. Astington, J.A. Baird (red.), *Why Language Matters for Theory of Mind* (s. 144–162). Oxford University Press.
- Jaffee, S. R. (2005). Family violence and parent psychopathology: Implications for children's socioemotional development and resilience. W: S. Goldstein, R. Brooks (red.), *Handbook of resilience in children* (s. 149-163). Kluwer.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York, NY: Holt and Company.
https://books.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=11gUsvvfrYUC&oi=fnd&pg=PA1&ots=Ey5tbXKCaV&sig=GAJU7CBfmJ-H6IFR3ivsnWVOvMLM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 (dostęp: 10.02.2022)
- James, W. (2002). *Psychologia: kurs skrócony*. PWN.
- Jang, K.L., Livesley W.J., Vernon P.A., Jackson D.N. (1996) Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(6), 438-44.
- Jankowski, T. (2008). Integrująca rola uważności w kształtowaniu struktury koncepcji siebie. *Przeгляд Psychologiczny*, 51, 443–463.
- Jankowski, T. (2011). Wewnętrzna aktywność dialogowa a samoświadomość — te same czy odrębne zjawiska. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (s.295-321). PWN.
- Jauk, E., Kaufman, S. B. (2018). The higher the score, the darker the core: The nonlinear association between grandiose and vulnerable narcissism. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1305. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01305>
- Jauk, E., Weigle, E., Lehmann, K., Benedek, M., Neubauer, A. C. (2017). The Relationship between Grandiose and Vulnerable (Hypersensitive) Narcissism. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01600>
- Jones, S.E., Miller, J.D., Lynam, D. R. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice*, 39(4), 329-337.
- Józefik, B., Janusz, B., de Barbaro, B. (2012). Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii – założenia teoretyczne. *Psychiatria Polska*, 5, 857-865.
- Jung, C.G. (1963). *Memories, dreams, reflections*. Crown Publishing Group
- Juszczak, D., Korzeniewski, K. (2016). Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości. *Seksuologia Polska*, 14(1), 13–18.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167–171. <https://doi.org/10.1126/science.3353713>

- Karyłowski, J. (1982). *O dwóch typach altruizmu. Badania nad endo- i egzocentrycznymi źródłami podejmowania bezinteresownych działań na rzecz innych ludzi*. Ossolineum.
- Kaplan, H., Sadock, B.J. (2000). *Psychiatria kliniczna*. Urban Partner.
- Kernberg, O.F. (1970a). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 18, 800–822.
- Kernberg, O.F. (1970b). Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 18, 51–83.
- Kernberg, O.F. (1974). Contrasting Viewpoints Regarding the Nature and Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities: A Preliminary Communication. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 22, 255–266.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1978). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 600-619.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major Theories of Personality Disorder* (s. 106-140). The Guildford Press.
- Kernberg, O.F. (1998). *Związki miłosne. Norma i patologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka,
- Kernberg, O.F. (2004). Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. W: J. J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (s. 92–119). John Wiley & Sons Inc.
- Kiehl, K. A., Laurens, K. R., Bates, A. T., Liddle, P. F. (2006). Psychopathy and semantic processing: An examination of the N400. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 293–304.
- Kiehl, K.A, Smith, A.M., Hare, R.D., i in. (2001). Limbic abnormalities in affective processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 50(9), 677–684.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., Montague, P.R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806-810.
- Kirwil, L. (2006). Agresja – zachowanie chłopów i przekonania normatywne rodziców. *Kolokiwa Psychologiczne*, 15, 305-322.

- Klatkiewicz, A. (2008). Potrzeby dzieci a wymagania współczesności w stosunku do dorosłych – narodziny patologii. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Małżeństwo i rodzina w ponowoczesności. Szanse, zagrożenia, patologie* (s. 314-325). Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Klosko J.S., Young J. (2012). *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych*. Instytut Psychologii Zdrowia.
- Koenigsberg, H.W., Sieve,r L.J., Lee, H., Pizzarello, S., New, A.S., Goodman, M., Cheng, H., Flory, J., Prohovnik, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in Borderline Personality Disorder, *Psychiatry Research*, 172(3), 192-199.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 561-600). GWP.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. International Universities Press.
- Kohut H. (1984). *How does analysis cure?* The University of Chicago Press.
- Krizan, Z. (2018). The Narcissism Spectrum Model: A Spectrum Perspective on Narcissistic Personality. W: Hermann, A. D., Brunell, A. B., Foster, J. D. (red.). *Handbook of Trait Narcissism: Key Advances, Research Methods, and Controversies* (s.15-26). Springer.
- Krizan, K., Herlache, A. D. (2017). The Narcissism Spectrum Model: a synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22, 3–31.
- Krizan, Z., Johar, O. (2015). Narcissistic rage revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5), 784–801. <https://doi.org/10.1037/pspp0000013>
- Kross, E., Bruehlman-Senecal, E., Park, J., Burson, A., Dougherty, A., Shablack, H., Bremner, R., Moser, J., Ayduk, O. (2014). Self-talk as a regulatory mechanism: how you do it matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106, 304–324. <https://doi.org/10.1037/a0035173>
- Kross, E., Vickers, B. D., Orvell, A., Gainsburg, I., Moran, T. P., Boyer, M., Jonides, J., Moser, J., Ayduk, O. (2017). Third-person self-talk reduces Ebola worry and risk perception by enhancing rational thinking. *Applied Psychology. Health Well Being*, 9(3), 387–409. <https://doi.org/10.1111/aphw.12103>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. i Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(6), 837-846.

- Kunzmann, U., Baltes, P. B. (2005). The Psychology of Wisdom: Theoretical and Empirical Challenges. W: R. J. Sternberg J. Jordan (red.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (s. 110–135). University Press.
- Kurland, H. D., Yeager, C. T., Arthur, R. J. (1963). Psychophysiological aspects of severe behavior disorders: A pilot study. *Archives of general Psychiatry*, 8, 599-604.
- Kwiecień, A. (2017). Unikające zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.235-254). Wydawnictwo UAM.
- Laakso, M.P, Vaurio, O, Koivisto, E, Savolainen, L, Eronen, M, Aronen, H.J. (2001). Psychopathy and the posterior hippocampus. *Behavioural Brain Research*, 118, 187–193.
- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 9, 177—190.
- Leahy, R.L. (2009). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. W: G. Simos (red.), *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician* (s. 187–204). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Leahy, R.L. (2011). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters.. W: J. Herbert, E. Forman (red.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. Understanding and applying the new therapies* (s. 109-131). Wiley.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publication.
- Leahy, R.L. (2021). Emotional schema therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 45-57.
- Lecigne, M., Tapia, G. (2016). Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites: le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés, *Pratiques psychologiques*, 22(4). <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.06.001>
- Lehto, J. E., Juujärvi, P., Kooistra, L., Pulkkinen, L. (2003). Dimensions of Executive Functioning: Evidence from Children. *The British Journal of Developmental Psychology*, 21, 59–80.
- Leedom, L. (2017). The impact of psychopathy on the family. W: F. Durbano (red.), *Psychopathy—New updates on an old phenomenon* (s.139-167). IntechOpen. Dostępne: <https://www.intechopen.com/books/5795>. doi.org/10.5772/65519
- Lenzenwenger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-554.
- Leppänen, V., Kärki, A., Saariaho, T. i wsp. (2015) Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: the Oulu BPD study. *Scand Journal Psychology*, 56, 78-85.

- Leue, A., Borchard, B., Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19(3), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.08.001>
- Lewis, M., Haviland-Jones, J.M. (red.). (2005). *Psychologia emocji*. GWP.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2007). *Zaburzenie osobowości z pogranicza*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guile, J.M., Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: A review. *Journal of Psychiatric Neuroscience*, 32(3), 162-173.
- Livesley, W.J. (2008). Toward a genetically-informed model of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 42-71.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., Arntz A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 75-90.
- Ly, M., Motzkin, J.C., Philippi, C., Kirk, G.R., Newman, J.P., Kiehl, K.A. (2012). Cortical thinning in psychopathy. *American Journal of Psychiatry*, 169, 743-749.
- Lysaker, P. H., Lysaker J. T. (2001). Psychosis and disintegration of dialogical selfstructure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 23-33.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T. (2002). Narrative structure in psychosis. Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory and Psychology*, 12, 207-220.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T. (2008). *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Łysiak, M. (2019). Inner Dialogical Communication and Pathological Personality Traits. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01663>
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.237>
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and social representations: The dynamics of mind*. Cambridge University Press.
- Markus, H. (1980). The self in thought and memory. W: D. M. Wegner, R. R. Vallacher (red.),

The self in social psychology (s. 102–130). Oxford University Press.

- Markus, H., Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran G.A., O'Brien, M.D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: Their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 217–234.
- Marszał, M. (2017). Schizoidalne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.118-139). Wydawnictwo UAM.
- Maruszewska P., Talarowska M., Gałęcki P. (2019). Wczesne schematy dezadaptacyjne i ich związki z wybranymi zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Via Medica*, 16(2), 82-90.
- Mauchnik, J., Schmahl C. (2010). The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 46–55.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503–517.
- Mącik, D. (2016). Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej, *Psychiatria i Psychoterapia*, 12(1), 3-24.
- Mącik, D. (2018a). Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Badania populacji nieklinicznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23, 201-215.
- Mącik, D. (2018b). *W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne osób dorosłych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
- Mącik, D., Shchhehelska, K. (2015). Związki wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z samopoczuciem i sensem życia w zaburzeniu lękowym i depresyjnym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(4), 208-216.
- McAdams, D.P. (1993). *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. William Morrow & Co.
- McAdams, D.P. (1997). *The stories we lived by: Personal myth and the making of the self*. Guilford.
- McAdams, D.P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- McAdams, D.P. (2004). *The Redemptive Self: Narrative Identity in America Today*. W: D. R. Beike, J. M. Lampinen, D. A. Behrend (red.), *The self and memory* (s. 95–115). Psychology Press.

- McAdams, D.P. (2006). The Problem of Narrative Coherence. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 109–125.
- McCarthy-Jones, S., Fernyhough, C. (2011). The varieties of innerspeech: Links between quality of inner speech and psychopathological variables in a sample of young adults. *Consciousness & Cognition, 20*, 1586–1593.
- McGinn, L.K., Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. W: P. M. Salkovskis (red.), *Frontiers of cognitive therapy* (s. 182–207). The Guilford Press.
- Mead, G.H. (1962/1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo*, przeł. Z. Wolińska. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Mermelstein, J.J. (2003). The selfobject function of Freud's Specimen (or Irma) Dream. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 303–314. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.2.303>
- Miller, G. (2011). Healing the brain, healing the mind. *Science, 333*, 514-517.
- Miller, J.D., Campbell, W.K. (2008). Comparing Clinical and Social Personality Conceptualizations of Narcissism. *Journal of Personality, 76*, 449-476. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00492.x>
- Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., Campbell, W. K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality, 78*(5), 1529-1564.
- Millon, T., Davis., R., Millon, C., Escovar, L., Meager. S. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Wyd. IPZ.
- Millon, T., Grossman, S.D. (2005). Sociocultural factors. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders* (s. 223-234). American Psychiatric Publishing.
- Millon, T., Simonsen, E., Davis, P., Birket-Smith M. (2003). *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. The Guilford Press.
- Mischel, W., Cantor, N., Feldman, S. (1996). Principles of self-regulation: The nature of willpower and self-control. W: E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (red.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (s. 329–360). The Guilford Press.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., Wager, T.D. (2000) The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology, 41*, 49–100.
- Młynarczyk, M. (2011). Dialogi rozbieżnych Ja. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (224-251). PWN.

- Moretti, M. M., Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 108-123.
- Morin, A. (1993). Self-talk and self-awareness: on the nature of the relation. *Journal of Mind and Behavior*, 14, 223–234.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Muller, J.L., Ganssbauer, S., Sommer, M., Dohnel, K., Weber, T., Schmidt-Wilcke, T., Hajak, G. (2008). Gray matter changes in right superior temporal gyrus in criminal psychopaths. Evidence from voxel-based morphometry. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 163, 213–222.
- Mullins-Nelson, J.L., Salekin, R.T., Leistico, A.M.R. (2006). Psychopathy, empathy, and perspective-taking ability in a community sample: Implications for the successful psychopathy concept. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(2), 133–149
- Nenadic, I., Güllmar, D., Dietzek, M., Langbein, K., Steinke, J., Gaser, C. (2015). Brain structure in narcissistic personality disorder: A VBM and DTI pilot study. *Psychiatry Research*, 231(2), 184-186,
- Newman, J. P., Schmitt W. A. (1998). Passive avoidance in psychopathic offenders: A replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 527–532.
- Nęcka, E., Orzechowski J., Szymura B. (2006). *Psychologia poznawcza*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715–751.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121.
- Noshpitz, J.D. (1984). Opening phase in the psychotherapy of adolescents with character disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 21, 153–164.
- Obeid, S., Kazour, F., Kazour, G. (2015). Living environment and activation of early maladaptive schemas specific to the elderly: comparative study among 80 individuals. *Encephale*, 41, 29-36.
- Oettingen, J., Chodkiewicz J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. (2017). Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL), *Psychiatria Polska*, 82, 1–12.

- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Gallaher, P.E. (1996). Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: A pilot study. *Psychiatric Quarterly*, 67, 287-295.
- Oleś, P.K. (2005a). Zjawiska dialogowe – od wpływu społecznego po aktywność wewnętrzną. *Przegląd Psychologiczny*, 48, 11–18.
- Oleś, P.K. (2005b). The dialogical self: Cognitive inspirations and preliminary results. W: P. K. Oleś, H. J. M. Hermans (red.), *The dialogical self. Theory and research* (s. 169-182). Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Oleś, P.K. (2008). O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie. W: P.K. Oleś, A. Batory (red.), *Tożsamość i jej przemiany a kultura* (s. 41-84). Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Oleś, P.K. (2009a) Czy głosy umysłu da się mierzyć? Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD). *Przegląd Psychologiczny*, 52(1), 37-51.
- Oleś, P.K. (2009b). Dialogowość wewnętrzna jako właściwość człowieka. W: J. Koziński (red.), *Nowe idee w psychologii* (s. 216-235). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Oleś, P.K. (2009c). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Oleś, P.K. (2011). Dialogowe Ja: zarys teorii, inspiracje badawcze, ciekawsze wyniki. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (s. 143-171). PWN.
- Oleś, P.K. (2012). Dialogowe funkcje Ja. Implikacje dla zdrowia. *Chowanna Tom Specjalny*, 47-65.
- Oleś, P.K., Batory, A., Buszek, M., K, Chorąży, Dras, J., Jankowski, T., Kalinowska, I., Kubala, D. Parzych, J., Sadowski, S., Sosnowska, K., Talik, W., Wróbel, M. (2010). Wewnętrzna aktywność dialogowa i jej psychologiczne korelaty. *Czasopismo Psychologiczne*, 16(1), 113-127.
- Oleś, P.K., Brinthaupt, T.M., Dier, R., Polak, D. (2020). Types of inner dialogues and functions of self-talk: Comparisons and implications. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 227.
- Oleś, P.K., Brygoła, E. (2011). Świadomość dialogowa – implikacje dla zdrowia. W: M. Górnik- -Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza* (s. 109-121). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Oleś, P.K., Brygoła, E., Sibińska, M. (2010). Temporal dialogues and their influence on affective states and the meaning of life. *International Journal for Dialogical Science*, 4(1), 23-43.
- Oleś, P.K., Puchalska-Wasył, M. (2005). Tożsamość narracyjna czy Ja polifoniczne? W: E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasył (red.), *Polifonia osobowości: Aktualne problemy psychologii narracji* (s.51-64). Wydawnictwo KUL.

- Oleś, P.K., Puchalska-Wasył, M. (2010). Between nature and culture: Dialogicality as a basic human feature. W: B. Bokus (red.), *Studies in the Psychology of Language and Communication* (s. 41-51). MATRIX Publishers.
- Oleś, P.K., Puchalska-Wasył, M., Hermans H. (2018). *Dialogical Self: Inspirations, Considerations and Research*. Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, P.K., Sieradzki A. (2021). Internal dialogical activity and cognitive uncertainty, traits, self-concept, and adaptive functioning. W: C. Monereo, C. Weise, H. Hermans (red.), *Dialogicality. Personal, local, planetary dialogue in Education, Health, Citizenship and Research* (s. 435-442). <https://doi.org/10.17613/gqxq-ng18>
- Ortega-Noriega, O., Pérez-López, M.L., Ostrosky-Sheje, F. (2015). *Revista Médica Del Hospital General De México*, 78(1), 43-46.
- Orth, U., Berking, M., Burkhardt S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(12), 1608-1619.
- Orvell, A., Ayduk, Ö., Moser, J. S., Gelman, S. A., Kross, E. (2019). Linguistic shifts: a relatively effortless route to emotion regulation? *Current Directions in Psychological Science*, 28, 567–573. <https://doi.org/10.1177/0963721419861411>
- Otway, L.J, Vignoles, V.L. (2006). Narcissism and childhood recollections: a quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104-116.
- Özdel, K., Türkçapar, M. H., Guriz, S. O., Hamamci, Z., Duy, B., Taymur, I. (2015). Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *International Journal Cognitive Therapy*, 8(4), 306–317.
- Padesky, C. A., Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to "Mind Over Mood"*. Guilford Press.
- Paivio, A. (1986). *Mental representations. A dual coding approach*. Oxford University Press.
- Pardini, D.A., Lochman, J.E., Frick, P.J. (2003). Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 364–371.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473.
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Paris, J., Zweig-Frank, H. (2001). A twenty-seven year follow-up of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482–487.
- Pasikowski, T. (2017). Schizotypowe zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 140-151). Wyd. UAM.

- Pastwa, B., Geras, G. (1992). Lęk jako czynnik determinujący charakter i stopień udziału w podkulturze więziennej. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, t.2-3.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2004). *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008). Samoregulacja i samokontrola a psychopatyczne zaburzenia osobowości. *Czasopismo Psychologiczne*, 14(2), 247–254.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2013). *Psychopaci. Sprawcy przestępstw seksualnych*. Wydawnictwo Harmonia.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2014). Podejmowanie zachowań ryzykownych przez osoby o psychopatycznej strukturze osobowości. *Rocznik Lubuski*, 40 (1), 13-27.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2017). Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s.214-233). Wyd. UAM.
- Pastwa-Wojciechowska, B., Kaźmierczak, M. (2018). Między empatią a psychopatią, czyli moralni nieskuteczni czy skuteczni niemoralni. *Nauka*, 1, 105-127.
- Patrick, C.J. (2007a). *Handbook of Psychopathy*. The Guilford Press.
- Patrick, C.J. (2007b). Antisocial personality disorder and psychopathy. W: W. O'Donohue, K. A. Fowler, S. O. Lilienfeld (red.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (s. 109–166). Sage.
- Patrick, C.J. (2007c). Getting to the Heart of Psychopathy. W: H. Hervé, J. C. Yuille (red.), *The Psychopath: Theory, Research, and Practice* (s. 207–252). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Patrick C. J. Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. (2008). *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2543-2555.
- Pearson, D., Rouse, H., Doswell, S., Ainsworth, C., Dawson, O., Simms, K., Edwards, L., Faulconbridge, J. (2001). Prevalance of imaginary compations in a normal children population. *Child: Care, Health and Development*, 27(1), 178-198.
- Perner, J. (2000). RUM, PUM, and the Perspectival Relativity of Sortals W: J. Astington (red.), *Minds in Making: Essays in honor of David R. Olson* (s. 212–232). Blackwell Publishers.
- Petersen, R., Brakoulias, V., Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 12–21.
- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. W.W. Norton & Co. <https://doi.org/10.1037/11494-000>

- Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1956). *The Child's Conception of Space*. London: Routledge.
- Pincus, A.L., Lukowitsky, M.R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(8), 1-28.
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Brosson.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571–584.
- Platon. (1845). *Obrona Sokratesa*. W: *Dzieła Platona*, przekł. F. Kozłowski. S. Orgelbranda. <http://wolnelektury.pl/katalog/lektura/obrona-sokratesa> dostęp: 20.04.2023
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- Pospiszyl, K. (2000). *Psychopatia*. Warszawa: PWN
- Prichard, J.C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood, Gilbert and Piper.
- Pretzer, J.L. (1990). Borderline Personality Disorder. W: A. Freeman, J. Pretzer, B. Fleming, K. Simon (red.), *Clinical Applications of Cognitive Therapy* (s. 181-202). Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-0007-6>
- Pretzer, J.L., Beck, A.T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. W: J. F. Clarkin, M. F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorder* (s. 36–105). Guilford Press.
- Pretzer, J.L., Beck, A.T. (2005). A cognitive theory of personality disorders. W: M.F. Lenzenweger, J.F. Clarkin (red.), *Major Theories of Personality Disorder* (s. 43–113). Guilford.
- Puchalska-Wasył, M. (2001). Zjawisko wielogłosowego self i jego rola w twórczości literackiej i naukowej. *Przegląd Psychologiczny*, 44(3), 349-365.
- Puchalska-Wasył, M. (2005). Wyobrażenia rozmówcy. Typy i funkcje. *Przegląd Psychologiczny*, 48(1), 109-123.
- Puchalska-Wasył, M. (2006). *Nasze wewnętrzne dialogi. O dialogowości jako sposobie funkcjonowania człowieka*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Puchalska-Wasył, M. (2011). Internal dialogical activity: Types and personality correlates. W: R.A. Jones, M. Morioka (red.), *Jungian and dialogical self perspectives* (s. 100–116). Palgrave Macmillan.

- Puchalska-Wasył, M. (2015). Self-talk: Conversation with oneself? On the types of internal interlocutors. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149, 443–460.
- Puchalska-Wasył, M., Chmielnicka-Kuter, E., Oleś, P.K. (2008a). From internal interlocutors to psychological functions of dialogical activity. *Journal of Constructivist Psychology*, vol. 21, 239-269.
- Puchalska-Wasył, M., Chmielnicka-Kuter, E., Jankowski T., Bąk, W. (2008b). Wyobrażenia jako przestrzeń dla wewnętrznego dialogu. *Przeegląd Psychologiczny*, 51(2), 197-214.
- Puchalska-Wasył, M., Oleś, P.K. (2012). Dialogicality and personality traits. W: H.J.M. Hermans, T. Gieser (red.), *Handbook of Dialogical Self Theory* (s. 241-152). Cambridge University Press.
- Puchalska-Wasył, M. i Oleś, P. (2013). Doubtfulness – a dialogical perspective. *Psychology of Language and Communication*, 17(2), 101-113.
- Puchalska-Wasył, M., Zarzycka, B. (2020). Internal dialogue as a mediator of the relationship between prayer and well-being. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 2045–2063.
- Putko, A. (2008). Dziecięca ‘teoria umysłu’ w fazie jawnej i utajonej a funkcje wykonawcze. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Qin, P., Northoff, G. (2011). How is our self-related to midline regions and the default-mode network? *Neuroimage*, 57, 1221-1233.
- Rachman, S. (2006). Ewolucja terapii poznawczo-behawioralnej. W: D.M. Clark i C.G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna* (s. 1-22). Alliance Press.
- Raine, A., Buchsbaum M., LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological psychiatry*, 42(6), 495-508.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Rasmussen, P.R. (2005). *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*. American Psychological Association.
- Rauthmann, J. F. (2012). The Dark Triad and interpersonal perception: Similarities and differences in the social consequences of narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Social Psychological and Personality Science*, 3(4), 487–496. <https://doi.org/10.1177/1948550611427608>
- Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologiczny*. Scholar.
- Reichl, C., Schneider, J. F., Spinath, F. M. (2013). Relation of self-talk frequency to loneliness, need to belong, and health in German adults. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 241-245.

- Ren, X., Wang, T., Jarrold, C. (2016). Individual differences in frequency of inner speech: Differential relations with cognitive and non-cognitive factors. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 1675.
- Reyes, A.C., Amador, A.A. (2009). Qualitative and quantitative EEG abnormalities in violent offenders with antisocial personality disorder. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(2), 59-63.
- Reykowski, J. (1986). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., Rezaee, F. (2016), The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, Vol. 246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Richardson, M. J., & Pasupathi, M. (2005). Young and Growing Wiser: Wisdom during Adolescence and Young Adulthood. W: R. J. Sternberg, J. Jordan (red.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (s. 139–159). University Press.
- Riggins-Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Knutson, J. F., Langbehn, D. (2003). Biology-Environment Interaction and Evocative Biology-Environment Correlation: Contributions of Harsh Discipline and Parental Psychopathology to Problem Adolescent Behaviors. *Behavior Genetics*, 33(3), 205–220.
- Rober, P., Van Easbeek, D., Elliott, R. (2006). Talking about violence: A micro-analysis of narrative processes in a family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 313– 328.
- Rober, P., Seikkula, J., Latila, A. (2010). Dialogical analysis of storytelling in the family therapeutic encounter, Human Systems. *Journal of Consultancy, Training and Services*, 21, 27 –49.
- Roepke, S., Vater, A. (2014). Narcissistic Personality Disorder: An Integrative Review of Recent Empirical Data and Current Definitions. *Current Psychiatry Reports*, 16, 445. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0445-0>
- Ronningstam, E. (2005). Narcissistic personality disorder. A review. W: M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.), *Evidence and experience in psychiatry. T. 8: Personality disorder* (s. 277-327). John Wiley.
- Ronningstam E. (2009) Narcissistic personality disorder: facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39, 111–121.
- Ronningstam, E. (2012). Narcissistic personality disorder: The diagnostic process. W: T. A. Widiger (red.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders* (s. 527-548). Oxford University Press.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and individual differences*, 33(3), 379-391.

- Rosen, C., McCarthy-Jones, S., Chase, K. A., Humpston, C. S., Melbourne, J. K., Kling, L., Sharma, R. P. (2018). The tangled roots of inner speech, voices and delusions. *Psychiatry Research*, 264, 281–289.
- Rosner, K. (2003). *Narracja, tożsamość i czas*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Rowan, J. (2011). Dialogical self and the soul. W: R. A. Jones, M. Morioka (red.), *Jungian and Dialogical Self Perspectives* (s. 152-166). Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/9780230307490_10
- Rumelhart, D.E. (1980). Schemata: The Building Blocks of Cognition. W: R. Spiro, B. Bruce, W. Brewer (red.), *Theoretical Issues in Reading Comprehension* (s. 33-58). Erlbaum Associates.
- Rumelhart, D.E. (1980/2006). Schematy-cegiełki poznania. W: Z. Chlewiński (red.), *Psychologia poznania w trzech dekadach XX wieku* (s.431-455). GWP.
- Ruocco, A.C., Amirthavasagam, S., Choi-Kain, L.W., McMain, S.F. (2013). Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activationlikelihood-estimation meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 73(2), 153-160.
- Rutkowska, D., Szuster, A. (2003). Operowanie pojęciami wartościującymi w warunkach wzbudzenia automatycznego versus refleksyjnego systemu wartościowania u osób o różnym stopniu ukształtowania standardów pozaosobistych. *Studia Psychologiczne*, 41(2), 107–130.
- Salekin, R.T. (2006). Psychopathy in children and adolescents: Key issues in conceptualization and assessment. W: C. J. Patrick (red.), *Handbook of the psychopathy* (s. 389-414). Guilford Press.
- Salvatore, G., Nicolò, G., Dimaggio, G. (2005). Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 59, 247–265.
- Sargin, A.E., Özdel, K., Türkçapar, M.H. (2017). Cognitive-behavioral theory and treatment of antisocial personality disorder. W: F. Durban (red.), *Psychopathy — new updates on an old phenomenon* (s.99-116). IntechOpen.
- Sarin, S., Nolen-Hoeksema, S. (2010). The dangers of dwelling: An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion*, 24(1), 71–85.
- Schank, R.C. (1986). *Explanations Patterns: Understanding Mechanically and Creatively*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Schank, R.C., Abelson, R.P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding : An inquiry into human knowledge structures*. Lawrence Erlbaum.

- Schmahl, C.G., Bremner, J.D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(5), 419-427.
- Schmahl, C.G., Vermetten, E., Elzniga, B.M., Bremner, D.J. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 122, 193-198.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the self*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H.R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I., Roepke S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1363-1369.
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy? Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 400-416.
- Sędek, A. (2019). Przejawy antyspołecznych zaburzeń osobowości młodzieży. Trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Głos w dyskusji. W: S. Śudło (red.), *Młodzieżna politika: problemi ta perspektivi* (s. 65–73). Trek LTD.
- Shapiro, D. (1965/1999). *Neurotic Styles*. BasicBooks.
- Shedler, J., Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *American Journal Psychiatry*, 161, 1350–1365.
- Shors, T., Han Yan M., Chang, Ryan L. Olson, Brandon L. Alderman. (2017). Do sex differences in rumination explain sex differences in depression? *Journal od Neuroscience Research*, 95, 711-718.
- Silbersweig, D., Clarkin, J.F., Goldstein, M. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *The American Journal Psychiatry*, 164, 1832-1841.
- Sobol-Kwapińska, M., Oleś, P. K. (2010). Dialogi temporalne: Ja - w trzech wymiarach czasu. W: G. Sędek, S. Bedyńska (red.), *Życie na czas. Perspektywy badawcze spostrzegania czasu* (s. 398-420). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Soroko, E. (2013). Wybrane sposoby analizy autonarracji w diagnozie klinicznej na przykładzie paranoicznego zaburzenia osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 16(1), 9-35.
- Soroko, E. (2017). Paranoiczne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiąłowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 96-116). UAM.
- Stanley, B., Siever, L.J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *The American Journal Psychiatry*, 167, 24-39.
- Stańczak, J. (2010). *MMSE: Polska normalizacja*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP

- Starus, A., Soroko, E. (2023). Współczesna integracyjna teoria interpersonalna w diagnozowaniu dynamiki relacyjnej w zaburzeniach osobowości. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(2), 98-105. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0013>
- Staudinger, U.M., Baltes, P.B. (1996). Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 746-762.
- Staudinger, U.M., Dörner, J., Mickler, Ch. (2005). Wisdom and personality. W: R.J. Sternberg, J. Jordan (red.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (191-219). Cambridge University Press.
- Stemplewska-Żakowicz K., (2002). Koncepcje narracyjnej tożsamości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s.81-115). GWP.
- Stępień-Nycz, M. (2011). Przyjmowanie perspektywy w obszarze poznawczym, społecznym i afektywnym: wzajemne zależności u dzieci w wieku przedszkolnym. *Psychologia Rozwojowa*, 16(4), 57-72.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L., Oh, S. (2001). The development of intelligence AT midlife. W: M.E. Lachman (red.), *Handbook of midlife development* (s.217-247). John Wiley.
- Stone, H., Stone, S. (2004). *Obejmując nasze „ja”*. Podręcznik metody „Voice dialogue”. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Strauman, T. J., Lemieux, A. M., Coe C. L. (1993). Self-discrepancy and natural killer cell activity: Immunological consequences of negative self-evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1042-1052.
- Strelau, J. (2014). *Różnice indywidualne. Historia. Determinanty. Zastosowania*. Wydawnictwo Scholar.
- Sutker, P.B., Allain, A.N. (2001). Antisocial Personality Disorder W: H.E. Adams, P.B. Sutker (red.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (s. 445-490). Kluwer Academic.
- Szuster, A. (2005). *W poszukiwaniu źródeł i uwarunkowań ludzkiego altruizmu*. Instytut Psychologii PAN.
- Szuster, A. (2011). Jak dostępność perspektywy innych zmienia funkcjonowanie w warunkach wzbudzenia nastroju. W: E. Goryńska, M. Ledzińska, M. Zajenkowski (red.), *Nastrój: modele geneza i funkcje* (s.288-308). Wyd. UW.
- Szuster, A. (2019). *Z drugiej strony góry. Oczekiwane i nieoczekiwane następstwa przyjmowania perspektywy innej osoby*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Szuster, A., Gniewek, A., Wojnarowska, A. (2016). Przyjmowanie perspektywy społecznej: o egocentryzmie i empatii jako dyspozycyjnych przejawach procesu i ich związkach ze spostrzeganiem innych. *Psychologia Społeczna*, 11(4), 399-413.

- Szuster, A., Górecka, A. (2011). O pozornej nieuchronności autowaloryzacji w obliczu dylematów moralnych. Rola dostępności standardów poza-Ja i przeciążenia poznawczego. *Psychologia Społeczna*, 61(16), 34–48.
- Szuster, A., Karwowska, D. (2007). Podatność na wpływ utajonych afektów – rola z złożoności standardów wartościowania. *Studia Psychologiczne*, 45(4), 63–73.
- Szuster, A., Rutkowska, D. (2007). Standardy pozaosobiste a podatność na wpływ jawnego i utajonego afektu. *Przegląd Psychologiczny*, 50(3), 287–302.
- Szymutko, S. (2006). *Przeciw marzeniu? Jedenaście przykładów, ośmioro pisarzy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Takamatsu, R., Takai, J. (2017). With or without empathy: Primary psychopathy and difficulty in identifying feelings predict utilitarian judgment in sacrificial dilemmas. *Ethics & Behavior*, 29 (1), 1–15, <https://doi.org/10.1080/10508422.2017.1367684>
- Talik, W., Bąk, W. (2011). Struktura systemu Ja a wewnętrzna aktywność dialogowa. Ujęcie w perspektywie rozwojowej. W: P.K. Oleś, M. Puchalska-Wasył, E. Brygoła (red.), *Dialog z samym sobą* (s. 252-273). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Teasdale, J.D. (2006). Związek między poznaniem a emocją: umysł w gotowości w zaburzeniach nastroju. W: D.M. Clark, C.G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo - behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna* (s. 61-86). Alliance Press.
- Thimm, J. C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13, 113–124.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. I. The positive affects*. Springer.
- Tomkins, S.S. (1987). Script theory. W: J. Aronoff, A. I. Rabin, R. A. Zucker (red.), *Michigan State University Henry A. Murray lectures in personality. The emergence of personality* (s. 147-216). Springer Publishing Co.
- Tompkins, T.L., Hockett, A.R., Abraibesh, N., Witt, J.L. (2011). A closer look at co-rumination: Gender, coping, peer functioning and internalizing/externalizing problems. *Journal of adolescence*, 34(5), 801–811.
- Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 6, 590-596.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive. Psychiatry*, 41(6), 416–425.
- Tyjarska, B. (1995). *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J., Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9, 56-60.
- Trzebińska, E. (2009). *Szaleństwo bez utraty rozumu: z badań nad zaburzeniami osobowości*. Academica.
- Trzebińska, E., Dowgiert, A. (2005). Polipsychizm: korzyści i koszty związane z wielowymiarową tożsamością. *Przeгляд Psychologiczny*, 48(1), 75-94.
- Trzebiński, J. (1985). Rola schematów poznawczych w zachowaniach społecznych. W: M. Lewicka, J. Trzebiński (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego* (s. 257-346). Książka i Wiedza.
- Trzebiński, J. (2002). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s.17-42). GWP.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 109-117.
- Viding, E., Blair, R. J., Moffitt, T.E., Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), s. 592-597
- Viding, E., McCrory, E. (2012). Genetic and neurocognitive contributions to the development of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 24(3), 969-983.
- von Thun, S. (2003). *Sztuka rozmawiania*. Wydawnictwo WAM.
- Walasek R. (2016). Functions of internal dialogical activity and personality types. W: M. M. Puchalska-Wasył, P. K. Oleś, H. J. M. Hermans (red.), *Dialogical self: Inspirations, considerations and research* (s.209-223). Towarzystwo Naukowe KUL.
- Waldman, I. D., Rhee, S. H. (2006). Genetic and Environmental Influences on Psychopathy and Antisocial Behavior. W: C. J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (s. 205–228). The Guilford Press.
- Waller, E. M., Rose, A. J. (2010). Adjustment trade-offs of co-rumination in mother–adolescent relationships. *Journal of Adolescence*, 33(3), 487–497.
- Widiger, T. A., Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(10), 1015–1021.
- Widom, C., Czaja, S., Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23, 433-446.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-597.

- Weilage, M., Hope, D. A. (1999). Self-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 637-650.
- Weinberg, E. (2006). Mentalization, affect regulation, and development of the self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(1), 251-269.
- Weishaar, M. E., Beck, A.T. (2006). Cognitive theory of personality and personality disorders. W: S. Strack (red.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd ed., s. 113-135). Springer Publishing Company.
- Wojciszke, B. (1986). *Teoria schematów społecznych. Struktura funkcjonowanie jednostkowej wiedzy o otoczeniu społecznym*. Ossolineum.
- Wolf, E. (1988). *Treating the self*. Guilford Press.
- Whorham, S. (2001). *Narratives in action: a strategy for research and analysis*. Teachers Collage Press.
- Wygotski, L.S. (1989). *Myślenie i mowa*. PWN.
- Wysocka, E., Ostafińska-Molik, B. (2014). Zaburzenia internalizacyjne i eksternalizacyjne a typ rodziny pochodzenia – analiza teoretyczna i wyniki badań. *Resocjalizacja Polska*, 8, 131-155.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal Psychiatry*, 154, 1101–1106.
- Zeigler-Hill, V., Green, B., Arnau, R.C., Sisemore T.B., Myers E.M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemat, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 96-103.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.
- Zvelc, G. (2010). Object and subject relations in adulthood--towards an integrative model of interpersonal relationships. *Psychiatria Danubina*, 22(4), 498-508.
- Yang, Y.L., Raine, A., Narr, K.L., Colletti, P., Toga, A.W. (2009). Localization of deformations within the amygdala in individuals with psychopathy. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 986–994.
- Yap, B.W., Sim, C.H. (2011). Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 81(12), 2141-2155. <https://doi.org/10.1080/00949655.2010.520163>
- Yeh, Z-T., Lin, Y-C., Liu, S-I., Fang, C-K. (2017). Social awareness and its relationship with emotion recognition and theory of mind in patients with borderline personality disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(1), 22–40.

- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J.E. (1999). *The Exlusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. Sage.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford
- Young, J.E., Klosko, J.S. (2005). Schema Therapy. W: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (s. 289– 306). American Psychiatric Publishing.
- Young, J.E., Klosko, J.S. (2012). *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych*. Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. GWP.
- Volkert, J., Gablonski, T., Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.

Spis tabel

Tabela 1 Badane zmienne.....	127
Tabela 2 Wiek osób badanych.....	135
Tabela 3 Wykształcenie osób badanych.....	136
Tabela 4 Stan cywilny osób badanych	137
Tabela 5 Liczba wyroków odbywanych przez osoby badane	138
Tabela 6 Rodzaj przestępstwa popełnionego przez osoby badane	139
Tabela 7 Opis statystyczny wyników kwestionariusza SWAD uzyskanych w grupie osób badanych	141
Tabela 8 Opis statystyczny wyników kwestionariusza YSQ-S3 uzyskanych w grupie osób badanych	144
Tabela 9 Opis statystyczny wyników kwestionariusza Wypadek w górach uzyskanych w grupie osób badanych.....	147
Tabela 10 Spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości przez osoby badane	148
Tabela 11 Model predykcyjny nasilnia wewnętrznej aktywności dialogowej (WO) w oparciu o schematy dezadaptacyjne	151
Tabela 12 Moderowana przez antyspołeczne zaburzenie osobowości mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową.....	153
Tabela 13 Moderowana przez zaburzenie osobowości borderline mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową	154
Tabela 14 Moderowana przez narcystyczne zaburzenie osobowości mediacja związku pomiędzy poziomem schematów dezadaptacyjnych a wewnętrzną aktywnością dialogową	156
Tabela 15 Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej obejmującej domeny wczesnych schematów dezadaptacyjnych	158
Tabela 16 Model predykcyjny Czystej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	160
Tabela 17 Model predykcyjny Dialogów tożsamościowych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości	163
Tabela 18 Model predykcyjny Dialogów wspierających w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	165
Tabela 19 Model predykcyjny Dialogów ruminacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	168
Tabela 20 Model predykcyjny Dialogów dysocjacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	170
Tabela 21 Model predykcyjny Symulacji dialogów społecznych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	173
Tabela 22 Model predykcyjny Przyjmowania punktu widzenia w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	175

Spis wykresów

Wykres 1 Wiek osób badanych.....	136
Wykres 2 Wykształcenie osób badanych.....	137
Wykres 3 Stan cywilny osób badanych.....	138
Wykres 4 Liczba wyroków odbywanych przez osoby badane.....	139
Wykres 5 Schematy dezadaptacyjne a wewnętrzna aktywność dialogowa.....	150
Wykres 6 Rozkład reszt modelu predykcyjnego dotyczącego nasilenia wewnętrznej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne.....	151
Wykres 7 Czysta sktywność dialogowa a wyróżnione w modelu predyktory	159
Wykres 8 Rozkład reszt modelu predykcyjnego Czystej aktywności dialogowej w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	160
Wykres 9 Dialogi tożsamościowe a wyróżnione w modelu predyktory	161
Wykres 10 Rozkład reszt modelu predykcyjnego Dialogów tożsamościowych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	162
Wykres 11 Dialogi wspierające a wyróżnione w modelu predyktory	164
Wykres 12 Rozkład reszt modelu predykcyjnego Dialogów wspierających w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	165
Wykres 13 Dialogi ruminacyjne a wyróżnione w modelu predyktory.....	166
Wykres 14 Rozkład reszt modelu predykcyjnego Dialogów ruminacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	167
Wykres 15 Dialogi dysocjacyjne a wyróżnione w modelu predyktory.....	169
Wykres 16 Rozkład reszt modelu predykcyjnego Dialogów dysocjacyjnych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	170
Wykres 17 Symulacja dialogów społecznych a wyróżnione w modelu predyktory	171
Wykres 18 Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Symulacji dialogów społecznych w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	172
Wykres 19 Przyjmowanie punktu widzenia a wyróżnione w modelu predyktory	174
Wykres 20 Rozkład reszt modelu predykcyjnego nasilenia Przyjmowania punktu widzenia w oparciu o schematy dezadaptacyjne i zaburzenia osobowości.....	175

Spis rysunków

Rysunek 1 Podział wczesnych schematów dezadaptacyjnych na domeny główne.....	46
Rysunek 2 Schemat moderowanej mediacji związku między schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym.....	149
Rysunek 3 Schemat moderowanej przez antyspołeczne zaburzenie osobowości mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β .	178
Rysunek 4 Schemat moderowanej przez zaburzenie osobowości borderline mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β .	178
Rysunek 5 Schemat moderowanej przez narcystyczne zaburzenie osobowości mediacji związku pomiędzy schematami dezadaptacyjnymi a dialogowaniem wewnętrznym z uwzględnieniem β .	179
Rysunek 6 Schemat podsumowujący	218