

ANNA GABIŃSKA, BARTOSZ ZALEWSKI
BARTOSZ SZYMCZYK, HUBERT SUSZEK
MAŁGORZATA JĘDRASIK-STYŁA

MECHANIZMY ZDROWIA I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W TEORII DIALOGOWEGO JA

Artykuł zawiera przegląd literatury na temat mechanizmów zdrowia i zaburzeń psychicznych w ujęciu teorii dialogowego Ja. W pierwszej części przedstawiono najważniejsze twierdzenia teorii dialogowego Ja, mające znaczenie dla rozumienia zdrowia i psychopatologii. W drugiej części opisano główne wyznaczniki zdrowia psychicznego, do których należą: (1) posiadanie wystarczającej różnorodności Ja; (2) zdolność do uświadamiania sobie posiadania pozycji Ja; (3) możliwości wchodzenia pozycji Ja w dialogowe relacje; (4) obecność metapozycji. W trzeciej części zebrano, pogrupowano i opisano kluczowe mechanizmy odpowiedzialne za powstawanie zaburzeń psychicznych. Wyodrębniono następujące grupy tych mechanizmów: (1) zaburzenia pierwotne – polegające na zaburzeniu dialogów między pozycjami Ja (brak dialogu, zdeorganizowane dialogi, monolog, zubożałe dialogi); (2) zaburzenia wtórne – polegające na dysfunkcjach hierarchii pozycji Ja (uciszanie pozycji, dominacja, brak hierarchii, dysfunkcjonalne koalicje); (3) nieprawidłowości działania metapozycji. Na koniec poddano dyskusji praktyczną użyteczność przedstawionego rozumienia psychopatologii.

Słowa kluczowe: dialogowe Ja, zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne, mechanizmy psychopatologiczne.

DR ANNA GABIŃSKA – Wydział Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: anna.gabinska@swps.edu.pl

DR BARTOSZ ZALEWSKI – Wydział Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: bartosz.zalewski@swps.edu.pl

MGR BARTOSZ SZYMCZYK – Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej w Warszawie, Al. Jerozolimskie 200, 02-486 Warszawa; e-mail: bartosz.szymczyk@chodkowska.eu

DR HUBERT SUSZEK – Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa; e-mail: hubert.suszek@psych.uw.edu.pl

MGR MAŁGORZATA JĘDRASIK-STYŁA – Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa.

Celem artykułu jest próba opisanie oryginalnego sposobu rozumienia mechanizmów zdrowia i zaburzeń psychicznych, jaki oferuje teoria dialogowego Ja Huberta Hermansa. Teoria dialogowa mieści się w nurcie idei odrzucających założenie o monolitycznej naturze Ja na rzecz tezy o wewnętrznej wielości (*inner multiplicity, self-multiplicity*). Teoria bazuje na założeniach o (a) społecznej roli konstruowania i uzgadniania zawartej w Ja wiedzy (Berger, Luckmann, 1966/1983), (b) pierwotności mówienia i współdziałania społecznego względem myślenia (Wygotski, 1989), (c) podziale Ja na Ja podmiotowe (podmiot poznający) i Ja przedmiotowe (przedmiot poznania) (James, 1890/1980) oraz (d) dialogowości jako podstawowej formie świadomości i zasadzie organizacji procesów psychicznych (Bachtin, 1970/2001). Dzięki tym założeniom omawiana koncepcja wzbogaca myślenie o polipsychoicznym¹ Ja o wymiar dyskursywny oraz dynamiczny, a tym samym rozwija ideę polifoniczności². Przyjmuje bowiem, że umysł nie jest tylko sumą różnorodnych głosów, ale wyłania się przede wszystkim z dialogowych wymian między nimi (Hermans, 2004; por. Stemplewska-Żakowicz, 2002; Oleś, 2008b). Oferuje więc ciekawe, alternatywne ujęcie zdrowia psychicznego i psychopatologii nie tylko wobec monolitycznych teorii osobowości (McCrae i in., 2005), ale również tych opartych na idei wielości wewnętrznej (Rowan, 1991).

Teoria dialogowego Ja doczekała się szeregu opisów w literaturze polskiej (Oleś, Brygoła, 2011; Oleś, Puchalska-Wasył, 2011; Puchalska-Wasył, 2006; Stemplewska-Żakowicz, 2002), dlatego poniżej przedstawimy jedynie te założenia teorii, które naszym zdaniem są kluczowe dla rozważań nad mechanizmami zdrowia psychicznego i psychopatologii.

Podejście to opisuje Ja (*self*) jako strukturę polifoniczną – dynamiczną wielość względnie autonomicznych pozycji Ja, obdarzonych głosami i splecionych we wzajemnych relacjach na podobieństwo relacji społecznych (Hermans, 2003). Pozycje Ja to zinternalizowane w toku socjalizacji sposoby wartościowania zdarzeń. Każda, wywodząc się odmiennego dyskursu, cechuje się unikalną perspektywą spostrzegania i interpretacji doświadczeń, a także posiada specyficzne wspomnienia, dążenia oraz wzorce emocjonalne i myślowe (Hermans, 2002;

¹ Nurt myślenia określanej polipsychizmem zakłada, że życie psychiczne nie jest organizowane przez umysł jako całość, ale przez wiele autonomicznych struktur umysłowych (tzw. modułów, głosów, schematów, pozycji Ja, subosobowości), z których każda generuje odmienne reakcje emocjonalne i fizjologiczne, a także odmienne motywy, przekonania oraz zachowania (Rowan, 1991; Trzebińska, Dowgiert, 2005).

² Polifoniczność, współlistnienie w umyśle różnych głosów, podkreśla możliwość ekspresji różnych części Ja – tzw. głosów i ich dyskursywne pochodzenie, natomiast polipsychizm akcentuje złożoność i rozproszenie struktury Ja.

Stemplewska-Żakowicz, 2002). Pozycja obdarzona głosem staje się aktywna i zyskuje chwilowy wpływ na funkcjonowanie osoby. Kiedy ucisza się jedna pozycja, a głos zyskuje inna, zmienia się subiektywna wizja świata jednostki oraz jej emocje, pragnienia, myśli, zachowania, a nawet reakcje fizjologiczne (Hermans, Kempen, 1993; Stiles, 1999).

Pozycje Ja, stanowiące przedmiotowy (poznawany) aspekt Ja, uglasnianie są za sprawą Ja podmiotowego (poznającego), które jest rozumiane jako ośrodek intencjonalności, posiada możliwość metaforycznego poruszania się od jednej pozycji Ja do drugiej oraz wyobrazeniowego obdarzania każdej z nich głosem. Dzięki temu pozycje mogą wypowiadać się na temat doświadczeń widzianych ze swojej perspektywy, a także nawiązywać relacje dialogu. Uglasniając w sposób ciągły kolejne pozycje Ja, Ja podmiotowe jednoczy je w strumieniu świadomości, dostarczając jednostce poczucia ciągłości własnej osoby. Dzięki temu zachowujemy poczucie bycia jedną, tą samą osobą, mimo „przechodzenia” między poszczególnymi, czasem przeciwstawnymi pozycjami Ja odpowiedzialnymi za różne sposoby odbierania otaczającego świata i samego siebie (Hermans, 1996, 2003). Jest to podstawowy warunek integracji wewnątrz jednostki, złożonej z wielu względnie autonomicznych pozycji, chociaż autor koncepcji wskazuje, że głosy wewnętrzne mogą czasem wymykać się kontroli Ja intencjonalnego (Hermans, Hermans-Jansen, 2000).

Oprócz Ja podmiotowego, o tym, która pozycja Ja zostanie aktualnie uglasniona, decydują również, choć w mniejszym stopniu, czynniki sytuacyjne oraz hierarchia pozycji Ja. Hierarchia tworzy się na bazie specyficznych wzorców wewnętrznych interakcji, opartych na procesach wymiany i ustalania dominacji, początkowo wyznaczanych przez doświadczenia socjalizacyjne (Hermans, Kempen, 1993). Poza opartą na refleksji działalnością Ja podmiotowego, pierwszeństwo w zabieraniu głosu będą miały te pozycje Ja, które z jednej strony były w danym dyskursie używane najczęściej, a z drugiej znajdują się aktualnie na szczycie hierarchii pozycji Ja (Stemplewska-Żakowicz i in., 2010; Wertsch, 1991).

Pozycja uglasniona ma możliwość wyrażania własnej perspektywy, a także kierowania komunikatów do innych pozycji, rozpoznawalnych jako potencjalni partnerzy, dzięki czemu nawiązuje z nimi relacje dialogowe. Pod wpływem dialogów pozycje mogą zmieniać swoją treść, co pozwala na negocjowanie osobistego znaczenia poszczególnych zdarzeń, promuje innowacyjność, czyli pojawianie się nowych treści, oraz znajduje swój wyraz w historii Ja zwanej autonarracją (Hermans, 2004). Samo zjawisko zachodzenia relacji dialogowych między pozycjami można rozumieć jako proces integrujący strukturę Ja. Dzięki nim tworzą

się powiązania między pozycjami, nawet tymi przeciwstawnymi lub rzadko ugaśnianymi, co zapobiega fragmentaryzacji Ja (Dimaggio, Hermans, Lysaker, 2010). Dialogi powodują też powstawanie koalicji pozycji, łączonych głównie za sprawą wspólnego aktualnego celu lub innych podobieństw, takich jak powstanie w podobnym dyskursie czy pokrewne przekonania (Hermans, 2004). Koalicja, do jakiej należy dana pozycja Ja, częściowo determinuje jej treść. Możliwe jest odłączanie się pozycji z koalicji i włączanie jej do nowej grupy, co pociąga za sobą zmianę jej treści. Dialogowy umysł istnieje dzięki takim właśnie interakcjom i nieustającemu zwracaniu się do siebie różnych pozycji. Dlatego uznaje się, że dialogowość stanowi zasadę organizacji procesów psychicznych, a myślenie traktuje się jako toczący się wewnątrz dialog między pozycjami Ja (Hermans, 2001; Oleś, 2008). Dialogowo ustrukturalizowana świadomość nie pracuje więc w terminach myśli, pojęć czy wyobrażeń, ale głosów, rozumianych jako podmiotowe punkty widzenia zaangażowane w proces komunikacji (Stemplewska-Żakowicz, 2002).

Obok dialogów i działania Ja podmiotowego, integracja w dialogowym Ja osiągnana jest również dzięki metapozycji, która daje osobie jedyną w swoim rodzaju perspektywę, pozwalającą uzyskać ogląd „z góry” na Ja jako całość. Dzięki metapozycji możliwe jest przyglądanie się poszczególnym pozycjom Ja i relacjom między nimi oraz ocenianie ich z dystansu. Przyjmując metapozycję, osoba może zestawiać w dialogu obecne w niej punkty widzenia oraz skonstruować spójną i złożoną narrację o sobie samym. Synteza ta nie odbywa się jednak tylko poprzez ujednocianie perspektyw różnych pozycji, ale też przez ukazanie istniejących między nimi różnic (Hermans, 2003; Hermans, Hermans-Jansen, 2000; Hermans, Kempen, 1993)³.

I. WARUNKI ZDROWIA

Koncepcje oparte na monolitycznej wizji osobowości zakładają, że zdrowie psychiczne zależy w dużej mierze od posiadania koherentnego Ja (Lecky, 1945; Rogers, 1959), a wszelkie formy niespójności czy dysocjacji utożsamiane są z patologią (Block, 1961; Laing, 1965). W podejściach bazujących na idei poli-psychiczności przyjmuje się natomiast, że zdrowiu sprzyja wysoki poziom złożoności Ja (por. Trzebińska, 2011). Teoria dialogowego Ja uznaje obie powyższe

³ Koncepcja metapozycji Hermansa w dużej mierze pokrywa się z psychodynamicznym konstruktem obserwującego ego (por. Leiman, Stiles, 2001) oraz pojęciem zdolności metapoznawczych (*metacognitive skills*), opisanym przez Dimaggio i współpracowników (Semerari i in., 2003).

właściwości za istotne wyznaczniki prawidłowego funkcjonowania, ale dodatkowo wskazuje na dynamiczne elementy budowy Ja. Zdrowie rozumiane jest jako pełne funkcjonowanie jednostki i utożsamiane z posiadaniem zróżnicowanej, choć zarazem zintegrowanej struktury Ja, która charakteryzuje się giętkością (Hermans, Hermans-Jansen, 2000). Innymi słowy, jak wskazują Oleś i Brygoła (2011), zdrowie to bogata, giętka i adaptacyjna aktywność dialogowa umysłu. Prawidłowa adaptacja jednostki do środowiska zależy od czterech czynników (Dimaggio, Hermans, Lysaker, 2010):

- (a) posiadania wystarczającej różnorodności pozycji Ja;
- (b) zdolności do uświadamiania sobie ich posiadania;
- (c) możliwości wchodzenia różnych pozycji Ja w relacje dialogowe z otaczającymi ją różnorodnymi pozycjami, które rozpoznaje jako partnerów wymiany (Oleś, Brygoła, 2011);
- d) istnienia metapozycji, która zapewnia jednostce poczucie koherencji oraz tak „zarządza” różnymi pozycjami Ja, że możliwe jest efektywne rozwiązywanie konfliktów.

Zróżnicowanie, wyrażające się w posiadaniu wielu różnych pozycji Ja charakteryzujących się odmiennymi sposobami wartościowania zdarzeń, umożliwia adekwatne odnoszenie się przez osobę do różnych wydarzeń życiowych, a tym samym stanowi podstawę elastyczności zachowania. Mała liczba pozycji Ja nie zapewnia wystarczającej różnorodności sposobów doświadczania i reagowania, a tym samym pozostawia osobę z niewieloma strategiami radzenia sobie ze złożonością życia społecznego (Dimaggio, Hermans, Lysaker, 2010). Przy określaniu wystarczającej liczby pozycji, warunkującej prawidłowe funkcjonowanie, istotny wydaje się stosunek do ról, jakie jednostka pełni, oraz złożoność środowiska, w jakim żyje.

Jednak większe znaczenie niż liczba pozycji ma dla adaptacji jednostki (Dimaggio, Hermans, Lysaker, 2010) możliwość świadomego dostępu do różnorodnych pozycji Ja adekwatnych do aktualnych okoliczności. Dobrze funkcjonująca osoba wie, że ma do dyspozycji różne sposoby doświadczania i działania i może ich użyć odpowiednio do wymagań sytuacji. Wewnątrz osoby istnieją dialogi, rozumiane jako wymiana pomiędzy różnymi ośrodkami, rozpoznającymi siebie jako partnerów dialogu oraz otwartych na możliwość zmiany swojej wartości. Obie właściwości odnoszą się bezpośrednio do giętkości Ja, polegającej na płynnym przechodzeniu między różnymi sposobami wartościowania zdarzeń, czyli pozycjami Ja (Hermans, Hermans-Jansen, 2000). Osoba o giętkim Ja nie patrzy na świat wyłącznie z jednej perspektywy, ale zdolna jest – stosownie do potrzeb – przyjąć różne punkty widzenia i konfrontować je. Tak rozumiana

giętkość oznacza również, że u osoby zdrowej obdarzone głosem mogą być potencjalnie wszystkie pozycje Ja, także związane z doświadczaniem negatywnych stanów emocjonalnych, jeśli wymagają tego okoliczności. Dlatego w ujęciu dialogowym giętkość uważana jest za konieczne kryterium zdrowia psychicznego. Osoba o giętkim Ja zdolna jest do empatii, doświadczania różnych przeżyć oraz elastyczności i adekwatności zachowania

Jak wskazuje Oleś (2009), wyjątkową cechą dialogowej tożsamości, nie występującą w innych podejściach, jest możliwość negocjowania znaczeń oraz integracji różnych punktów widzenia w ważnych sprawach życiowych jednostki. W zdrowym dialogu osoba może przyjmować wyobrazeniowo odmienne stanowiska wobec danej sprawy, a następnie konfrontować je (Oleś, Brygoła, 2011). Giętkie Ja umożliwia wypowiedzanie się wszystkich pozycji w ważnych dla nich kwestiach, ale już nie we wszystkich sprawach lub cały czas, gdyż byłoby to zbyt energochłonne i nieadaptacyjne. Oleś i Brygoła (2011) wskazują, że adaptacyjna aktywność dialogowa to umiejętność korzystania z tej funkcji w sytuacjach, gdy jest to dla osoby korzystne i gdy osoba ma nad tą funkcją kontrolę, tzn. może uruchamiać wewnętrzną wymianę dialogową lub ją zatrzymywać zależnie od sytuacji⁴. Na przykład dialogowanie może nie sprzyjać koncentracji na zadaniu (Oleś, Brygoła, 2011) lub podejmowaniu decyzji pod silną presją czasu (Trzebińska, Dowgiert, 2005). Sądzimy, że oprócz procesów kontroli intencjonalnej szereg wewnętrznych dialogów, a więc część aktywności dialogowej, może podlegać automatyzacji wobec sytuacji rutynowych. Uważamy też, że u jednostek zdrowych niektóre z pozycji od początku stoją na pierwszym planie, a inne pozostają w tle, choć nadal mogą potencjalnie zostać głosami dominującymi.

Oleś i Brygoła (2011) podkreślają ponadto, że zaburzenia zdrowia oznaczają nie tyle brak dialogów, co ograniczenia generalnej predyspozycji do prowadzenia dialogów. Chwilowe zaniki aktywności dialogowej nie są oznaką zaburzenia, jest nią dopiero stała nieobecność lub ograniczenie aktywności dialogowej, ponieważ oznacza to niemożność rozpatrywania różnych punktów widzenia, a zatem podejmowania decyzji.

Integracja Ja rozumiana jest w myśleniu dialogowym inaczej niż w monolitycznych teoriach, choć w obu podejściach stanowi ważne kryterium zdrowia. Teoria dialogowa ujmuje integrację jako posiadanie aktualnej myśli przewodniej, która porządkuje napływające doświadczenia i tym samym pozwala odróżnić sprawy pierwszoplanowe od mniej istotnych (Hermans, Hermans-Jansen, 2000).

⁴ Szeroką typologię dialogów oraz ich różnorodnych funkcji przedstawia Oleś (2009).

Integracja nie polega na redukcji różnicy i przeciwności, jak to jest w podejściach monolitycznych, ale na ich zestawianiu i syntezie. Przykładem takiej integracji może być posiadanie sprawnie działających metapozycji, które „zarządzają pozycjami” w celu znajdowania nowych, efektywnych rozwiązań oraz zapewniają jednostce poczucie spójności (Oleś, Brygoła, 2011). Wskazywane tu warunki zdrowia są ze sobą powiązane. Niezbyt rozbudowany repertuar pozycji, wsparty większą zdolnością do tworzenia bardziej rozbudowanych relacji dialogowych oraz silną metapozycją, może lepiej służyć przystosowaniu niż repertuar rozbudowany, któremu towarzyszy ograniczona zdolność do dialogu i niewielkie możliwości metapoznawcze (Dimaggio, Hermans, Lysaker, 2010).

Model zdrowia psychicznego wyłaniający się z założeń teorii dialogowego Ja wiąże się z ideą wewnętrznej demokracji (Stemplewska-Żakowicz, 2002). Jest to wizja społeczności składającej się z wielu pozycji Ja, gotowych do wchodzenia w dialog i podejmowania decyzji w oparciu o demokratyczne reguły. Taka forma organizacji umysłu służy temu, by każda istotna dla zaistniałych okoliczności pozycja Ja została ugłosniona i wysłuchana przez inne oraz by jej perspektywa stała się częścią odpowiedzi osoby na wyzwania aktualnej sytuacji. Wtedy właśnie podejmowane przez jednostkę decyzje mogą uwzględniać wielość interesów i potrzeb oraz być jednocześnie adekwatne do wymagań zewnętrznych.

II. MECHANIZMY PSYCHOPATOLOGII

Mechanizmy powstawania zaburzeń psychicznych związane są przede wszystkim z brakiem giętkości Ja, ograniczeniami działania Ja podmiotowego, małą różnorodnością pozycji Ja oraz ich nieprawidłową integracją. Patologia podstawowa, czyli wynikająca z małej giętkości Ja, oznacza, że jedno z możliwych wartościowań trwale dominuje całe self, które staje się dysfunkcjonalne. Hermans i Hermans-Jansen (2000) podkreślają, że w populacji klinicznej różnorodność typów wartościowań jest wysoce ograniczona, najczęściej dominuje jeden z negatywnych typów wartościowań. Dysfunkcjonalny jest także deficyt w zakresie intencjonalnej aktywności Ja podmiotowego, co ogranicza możliwość przyjmowania różnych punktów widzenia i konfrontowania ich w ważnych życiowo sprawach. Zjawiska te są szeroko opisane w literaturze polskiej (Oleś, Brygoła, 2011; Oleś, Chmielnicka-Kuter, 2010; Puchalska-Wasył, 2006). W dalszej części artykułu skupiamy się przede wszystkim na omówieniu dwóch pozostałych warunków zdrowia, czyli zaburzeń dialogów oraz zaburzeń struk-

tury pozycji Ja. Prezentujemy uporządkowanie zjawisk opisanych w literaturze oraz przedstawiamy własną propozycję ich podziału na zaburzenia pierwotne i wtórne. W końcowej części artykułu omawiamy rolę metapozycji w powstawaniu psychopatologii.

1. *Zaburzenia pierwotne:*
zaburzenia dialogów między pozycjami

Dysfunkcje dialogów stanowią, w naszym przekonaniu, szczególnie oryginalne idee wnoszone przez teorię dialogowego Ja, są także często podstawą opisu nieprawidłowego funkcjonowania jednostki (Dimaggio, Salvatore, Catania, 2004; Dimaggio, Stiles, 2007). Uznajemy je za bardziej pierwotne źródło psychopatologii niż zaburzenia struktury Ja, ponieważ procesy dialogowe są pierwotnym czynnikiem kształtującym organizację Ja.

U zdrowej osoby pozycje Ja prowadzą między sobą głównie dialogi symetryczne. Jedna pozycja dominuje chwilowo nad pozostałymi, po czym następuje zmiana, tak że każda pozycja, dla której dana sprawa jest ważna, może się wypowiedzieć. Taka wymiana dialogowa warunkuje adekwatne reakcje osoby na wydarzenia życiowe. Zaburzenia z kolei wiążą się ze znaczną przewagą dialogów niesymetrycznych, w których pewne pozycje dominują częściej i dłużej niż inne, bez względu na charakter zmieniającej się sytuacji. Ogranicza to możliwość pojawiania się nowych treści, rozwiązań i zachowań, a w konsekwencji utrudnia adekwatne przystosowanie. Różnorodne objawy zaburzeń powiązane są z ograniczeniem dialogów wewnętrznych, częstości ugłaśniania różnych pozycji oraz zdolnością pozycji do wzajemnej komunikacji.

W literaturze wymienia się różne przejawy zaburzeń dialogu: niespójność i chaotyczność wyrażanych treści, monotonię, sztywność i stereotypowość myślenia, obecność ograniczonej liczby partnerów wyobrażonych relacji/dyskursów czy brak zmian w zakresie przyjmowanej perspektywy (Dimaggio i in., 2003; Dimaggio, Salvatore, Catania, 2004; Dryll, 2005; Lysaker, Lysaker, 2002; Oleś, Brygoła, 2011; Puchalska-Wasył, 2006; Puchalska-Wasył, Chmielnicka-Kuter, Oleś, 2008). Dwie niezależne grupy badaczy sugerują istnienie podobnych form patologii relacji dialogowych, choć jedna grupa koncentruje się na wyjaśnianiu mechanizmów zaburzeń psychotycznych (Paul Lysaker i John Lysaker), a druga – zaburzeń osobowości (zespół Giancarla Dimaggio). Wymienione postaci zaburzeń można – naszym zdaniem – sprowadzić do czterech głównych, opisanych poniżej form, niemniej proponujemy wprowadzić między nimi pewien porządek. Wyróżniliśmy zaburzenia oparte na braku dialogów z trzema podkategoriami:

(1) literalnym brakiem aktywności dialogowej wewnątrz jednostki (brak dialogów), (2) zdezorganizowaną komunikacją między pozycjami oraz (3) dominującą aktywnością monologową. Za odrębną kategorię uznajemy zubożałe dialogi, ponieważ – w przeciwieństwie do pierwszej kategorii – pozycje Ja wchodzą tutaj między sobą w dialogi, lecz przybierają one dysfunkcyjną formę.

Brak dialogu jest najgłębszym rodzajem patologii dialogu, obecnym – według Lysakera i Lysakera (2002) – w zaburzeniach psychiatrycznych. Sposób doświadczania siebie i świata przez pacjenta wyznacza niewielka liczba schematycznych, ograniczonych niemal do biologicznego i prewerbalnego poziomu funkcjonowania pozycji Ja, które nie mogą uzgodnić w dialogu spójnej interpretacji doświadczenia (Lysaker, Lysaker, 2008). Wyrażane przez nie treści mają formę krótkich, sztywnych i niezmiennych monologów, rzadko modyfikowanych pod wpływem komunikacji z innymi pozycjami. Wydaje się, że autorzy opisali ten rodzaj zaburzenia, starając się oddać dojmującą pustkę wewnętrzną, jakiej doświadczają osoby cierpiące na zaburzenia psychiatryczne z przewagą objawów negatywnych.

Zdezorganizowane dialogi między pozycjami obecne są z kolei w zaburzeniach psychiatrycznych o odmiennym obrazie klinicznym niż wyżej opisany. Występują u pacjentów z przewagą objawów dezorganizacji, zaburzeń formalnych mowy i myślenia (Dimaggio, 2006; Lysaker, Lysaker, 2002). Zdezorganizowane dialogi nie są według nas w ścisłym znaczeniu wymianą dialogową, ponieważ mimo istnienia naprzemiennego zabierania głosu przez pozycje, nie dochodzi do realnej wymiany treści między nimi. Pozycje ugłaśniają swoje treści, lecz nie zwracają się do siebie i nie wchodzą ze sobą w dialogi. Włoscy badacze piszą o zdezorganizowanych wzorcach relacji dialogowych (*disorganized dialogical relationship patterns*; Dimaggio, Semerari, 2004; Dimaggio i in., 2007), zawierających dwa elementy: (a) dużą liczbę pozycji zabierających głos przy (b) braku dialogów między nimi. Wewnątrz osoby występuje „kakofonia” głosów: pozycje „mówią” bez porządku i wzajemnych odniesień, a ich wypowiedzi trwają tak krótko, że są niezrozumiałe dla innych. Pozycjom brakuje wspólnych treści (pomostów znaczeniowych), które umożliwiłyby wzajemne uzgadnianie różnych perspektyw, oraz brakuje hierarchii zabierania głosu (Dimaggio, 2006). Lysaker i Lysaker (2002) wskazują, że taki wzór funkcjonowania pozycji dezorganizuje sposób doświadczania siebie przez pacjenta. W kontraście do doświadczenia pustki przy braku dialogów, świat pacjentów z dominującymi zdezorganizowanymi dialogami jest pełen chaotycznych i niespójnych emocji i w efekcie zachowań. Kakofoniczną strukturę Ja można porównać do klasy uczniów, w której wszyscy mówią jednocześnie i nikt nikogo nie słucha.

Monolog jest najczęściej spotykaną w praktyce klinicznej dysfunkcją komunikacji między pozycjami opartą na braku dialogu. Osoba monologizująca potrafi przedstawić spójną wypowiedź dotyczącą siebie i świata, jednak nie jest ona efektem wymiany między systemami wartościowania, lecz wyraża punkt widzenia jednej dominującej pozycji. Wobec braku dialogów warunkujących elastyczność i innowacyjność zachowań jednostki, jej wypowiedzi i działania są najczęściej sztywne, stereotypowe i dlatego adekwatne jedynie wobec niewielu sytuacji. Gdy wypowiedzi pacjentów mają formę bliską monologom, wyrażany sposób interpretowania rzeczywistości nie podlega negocjacji, jest odporny na zmiany i inny punkt widzenia (Lysaker, Hermans, 2007). Ten typ braku dialogu występuje w różnym nasileniu, odpowiednio niższym u osób z zaburzeniami nerwicowymi i depresyjnymi oraz wyższym u pacjentów z zaburzeniami psychozytycznymi, u których dominującym elementem obrazu klinicznego są urojenia. Niezależnie od kontekstu, u jednostki dominuje ta sama pozycja Ja, wraz z charakterystycznym dla niej sposobem odczuwania i myślenia, co w przypadku urojeń prowadzi do ekspansji kręgu urojeniowego, obejmującego coraz to nowe osoby, wydarzenia i zjawiska (Lysaker, Lysaker, 2002). Pacjent stopniowo wycofuje się z kontaktów z innymi, co najczęściej wynika z niewielkiego zainteresowania dominującej pozycji interakcjami. Co więcej, inni ludzie, zwracając się do chorującej osoby, rzadko uznają tę dominującą pozycję Ja za rozsądnego partnera dialogu (łatwo sobie wyobrazić małe zainteresowanie codziennym światem społecznym osoby, u której dominuje pozycja Ja „mesjasza” lub „pokrzywdzonej ofiary”; Lysaker, Hermans, 2007). W przypadku depresji monolog dominującej pozycji Ja prowadzić może do podtrzymywania negatywnych wyobrażeń o sobie, świecie i przyszłości, manifestujących się zniekształceniami poznawczymi, takimi jak wybiórcza uwaga czy odrzucanie pozytywnych informacji. Ze szczególnym rodzajem monologów mamy do czynienia w przypadku dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Dochodzi tu do rozdzielenia poszczególnych głosów w czasie, co uniemożliwia zaistnienie dialogu i współpracy między nimi (Hermans, 1999; Lysaker, Lysaker, 2002). Aktywność dialogowa nie istnieje, a jej miejsce zajmują sekwencyjnie następujące po sobie monologi – w różnych momentach osoba jest „porywana” przez jedno Ja, które dominuje nad całym systemem, zaprzeczając jednocześnie (lub ignorując) istnieniu innych pozycji.

Zubożałe dialogi, czy zubożałe wzorce relacji dialogowych (*impoverished dialogical relationship patterns*; Salvatore, Nicolò, Dimaggio, 2005), zaliczamy do odrębnej klasy dysfunkcji, ponieważ – w przeciwieństwie do wyżej opisanych – tutaj występują dialogi między pozycjami, a zaburzona jest jedynie ich forma. Nieustannie zabierających głos jest kilka pozycji, co upośledza możliwość poja-

wiania się innowacyjnych dialogów, promujących nowe rozwiązania dopasowane do sytuacji. Ograniczona jest zatem giętkość Ja. W konsekwencji osoba doświadcza stale tych samych myśli i stanów emocjonalnych, a inni ludzie oraz relacje z nimi postrzegane są jednakowo i stereotypowo. Niezależnie od okoliczności, różnym sytuacjom nadawane jest podobne znaczenie, osadzone na pojedynczym wątku interpretacji sygnałów z otoczenia. Według Dimaggio i zespołu zaburzenia dialogi są charakterystyczne dla zaburzeń osobowości, przy czym treść dialogów odpowiada większości poszczególnych typów zaburzeń osobowości (Dimaggio i in., 2003, 2007). Na przykład w zaburzeniu paranoidalnym dominuje pozycja wyrażająca nieadekwatność oraz brak wiary we własne siły. Inni ludzie pozycjonowani są jako poniżający osobę i zagrażający dla niej, a treść prowadzonych dialogów krąży wokół tematu nieadekwatnej części atakowanej przez część zagrażającą (Dimaggio i in., 2006; Salvatore, Nocolò, Dimaggio, 2005).

2. Zaburzenia wtórne: *dysfunkcje hierarchii pozycji Ja*

Zaburzenia hierarchii pozycji wewnątrz dialogowego Ja uznajemy za zaburzenia wtórne wobec dysfunkcji na poziomie dialogów. Naturalna hierarchia pozycji, dopuszczająca możliwość ugłoszenia każdej pozycji, może – na skutek oddziaływań zewnętrznych lub wewnętrznych – zatracić swój demokratyczny charakter, czego efektem jest hierarchia dysfunkcyjna lub wręcz brak hierarchii. Mówimy wtedy o procesach uciszenia, trwałej dominacji, braku dostępności pozycji lub koalicji pozycji. Hierarchia pozycji, powstała na przykład wskutek dominujących, niesymetrycznych dialogów, wtórnie podtrzymuje i promuje patologię wymiany dialogowej. Zaburzenia hierarchii powinny zatem być traktowane jako widoczny na poziomie strukturalnym przejaw głębszych mechanizmów patologicznych, opartych na dysfunkcjach wymiany dialogowej. Wyjątkową właściwością teorii dialogowej jest właśnie jej aspekt dynamiczny, gdzie zmiany strukturalne są wtórne wobec dynamiki dialogów między pozycjami.

Trafną ilustracją zależności obu obszarów jest koncepcja przemocy dyskursywnej Linella (1990), na którą powołuje się Hermans (2011). Przemoc dyskursywna polega na takim prowadzeniu rozmowy, który utrudnia lub uniemożliwia partnerowi wnoszenie własnych treści i tym samym wpływanie na przebieg konwersacji. Wychodząc z założenia mówiącego o asymetrii głosów, która towarzyszy każdemu dialogowi, autor podaje cztery rodzaje konwersacyjnej dominacji: interakcyjną (dotyczącą struktur typu wypowiedź-odpowiedź, np. gdy jedna ze stron stale inicjuje interakcje, podczas gdy druga jedynie udziela odpowie-

dzi), tematyczną (gdy tylko jedna ze stron wprowadza nowe tematy i decyduje o ich podtrzymaniu), ilościową (gdy jedna ze stron mówi swobodnie i dużo, a druga ogranicza się do odpowiedzi typu „tak” i „nie”) oraz strategiczną (gdy wypowiedzi jednej ze stron mają większą wagę i zasadniczo wpływają na dalszy przebieg całej rozmowy). Choć wydaje się, że partnerzy takiej interakcji nadal prowadzą dialog, w istocie jest to monolog jednej z osób. Korzystając z powyższych sposobów, jedna pozycja może stosować taki rodzaj przemocy wobec innych. Jeśli wypowiedzi pozycji posiadają jedną lub kilka z powyższych charakterystyk, łatwiej jest narzucić drugiej dany dyskurs i tym samym wpływać na efekt konwersacji. Komunikaty mogą notorycznie omijać jedną lub kilka pozycji Ja, a kiedy ta zabiera głos, unieważniać jej wypowiedzi. Marginalizowane pozycje tracą możliwość zabierania głosu i stopniowo przesuują się w dół hierarchii. W rezultacie, choć nadal obecne w strukturze Ja, pozycje te pozostają w niej latentnie, bez możliwości uczestniczenia w dialogu, lub stanowią jedynie przedmiot dominacji pozycji dominujących.

Uciszanie pozycji wydaje się skrajnym rezultatem powyższego procesu, w wyniku którego uciszana pozycja zyskuje najniższą rangę w hierarchii. Występuje ono wtedy, gdy jedna z pozycji Ja nie otrzymuje głosu i nie może wprost wpływać na wybory i działania osoby. Notorycznie uciszany głos oddziałuje na zachowania osoby, najczęściej w sposób niepożądany. Wiele koncepcji opisuje sposób powstawania uciszonej pozycji, m.in.: koncepcja przemocy dyskursywnej Linella, konwersacyjnej uprzejmości Billiga (2002) czy model asymilacji traumatycznych doświadczeń (Stiles i in., 2004).

Dominacja ma miejsce wtedy, gdy struktura Ja jest zdominowana przez jedną pozycję lub jedną koalicję pozycji. Taka pozycja otrzymuje głos coraz częściej, na przykład wskutek częstego kontaktu osoby z sytuacją, dla której pozycja ta jest najbardziej adekwatna. Zgodnie z metaforą „skrzynki z narzędziami” (Wertsch, 1991) narzędzia dyskursywne częściej używane są łatwiej dostępne, ponieważ leżą niejako na wierzchu, czyli najwyżej w hierarchii dostępności. Pozycja przesuwa się więc w górę hierarchii i staje się najbardziej dostępna. Owo pierwszeństwo dostępu danej pozycji lub koalicji występuje nawet wtedy, gdy w repertuarze jednostki istnieją pozycje bardziej adekwatne do danej sytuacji. Można przypuszczać, że takie zaburzenie hierarchii manifestuje się sztywnością reakcji o postępującej dynamice. Przykładowo, reakcja lękowa będąca skutkiem dłuższej traumy (i manifestacją pozycji powstałej w ramach obecności na froncie wojennym) zaczyna rozlewać się na inne obszary życia, stając się głównym sposobem reagowania w wielu życiowych sytuacjach.

Brak hierarchii to sytuacja, gdzie występuje silna wewnętrzna dezorganizacja, w przeciwieństwie do wyżej wymienionych dysfunkcji, w których mamy do czynienia z deformacją hierarchii pozycji. Lysaker i Lysaker (2001, 2008) wskazują, że brak hierarchii występuje w zaburzeniach psychotycznych, w których zniesiona zostaje zdolność do prowadzenia dialogu między pozycjami oraz między jednostką a innymi osobami. W efekcie pozycje Ja stają się niedostępne dla siebie nawzajem, lub niedostępne w ogóle, a niegdyś obecna hierarchia przestaje istnieć. Według autorów, w przebiegu zaburzeń psychotycznych pozycje pozostają obecne w wewnętrznej strukturze Ja. Nie jest jednak możliwe ich ugiętnienie, ponieważ nie prowadzi do nich żadna droga dialogowych relacji. Brak dostępności tych pozycji skutkuje poczuciem rozpadu Ja.

Dysfunkcjonalne koalicje pozycji Ja to ostatni rodzaj omawianych dysfunkcji hierarchii (Hermans, Hermans-Jansen, 2004). Wyobraźmy sobie, że pozycja, która powstała w kontekście doświadczeń bycia krzywdzonym, charakteryzująca się wiarą w sprawiedliwy świat i poczuciem bezsilności, wchodzi w koalicję z inną pozycją, również życiowo skrzywdzoną, lecz łaknącą wyrównania krzywd i obdarzoną poczuciem sprawstwa. Można sobie wyobrazić, że w takiej koalicji pozycje wspierają się w dążeniu do zemsty, która jest realizacją wspólnych celów. Przynależność do koalicji zwiększa prawdopodobieństwo dostępu do głosu koalicjantów, ponieważ wątek zemsty pojawia się coraz częściej, również w innych niż dotychczas kontekstach. O ile co najmniej jedna z tych pozycji bywała już wcześniej często ugiętniana, to ich koalicja może zająć wysokie miejsce w wewnętrznej hierarchii, a dążenie do zemsty – zdominować działanie jednostki. Umiejscawianie dysfunkcji w koalicji pozycji, nie zaś w samej pozycji, oznacza, że każda pozycja jest potencjalnie funkcjonalna, jeżeli zostanie przesunięta (np. w procesie terapeutycznym) do innej koalicji, ale do takiego procesu konieczna jest obecność metapozycji.

3. Znaczenie metapozycji dla zdrowia psychicznego

Jak napisano we wstępie, działanie metapozycji jest obok dialogów drugim narzędziem spajania Ja (Dimaggio, 2006; Hermans, 2004). Nieprawidłowości w zakresie zdolności metapoznawczych Ja współwystępują z szeregiem zaburzeń wzorców relacji dialogowych (Semerari i in., 2007) i są obserwowane w wielu zaburzeniach psychicznych, choć w każdym przypadku przybierają nieco odmienną formę i nasilenie. Większa liczba objawów i gorsze funkcjonowanie w depresji, zaburzeniach osobowości i schizofrenii współwystępuje z trudnościami

w tworzeniu złożonych reprezentacji własnego umysłu, będących właśnie pochodną działania metapozycji (Dimaggio i in., 2010). W odniesieniu do zaburzeń osobowości Dimaggio i Norcross (2008) stwierdzają nawet, że deficyty w zakresie zdolności metapoznawczych są pierwszoplanowym czynnikiem psychopatologicznym. Z perspektywy adaptacyjności zachowania, kluczową funkcją metapozycji jest zapewnianie poczucia spójności (Dimaggio i in., 2010). Dialog może przybrać formę niezrozumiałą dla pozycji, które go prowadzą (np. na skutek konfliktu lub traumy), co sprawia, że przestaje pełnić funkcję sprzyjającą przystosowaniu jednostki. Jeśli w takiej sytuacji nie zadziała metapozycja, dezorganizacja dialogów może się nasilać, doprowadzając aż do dezintegracji Ja. Zadaniem tworzonej na przykład w ramach psychoterapii metapozycji jest odbudowanie pomostów znaczeniowych między pozycjami, które utraciły możliwość wymiany. Metapozycja może efektywnie interweniować w takich sytuacjach, przywracając poczucie wewnętrznej spójności, ponieważ umożliwia dostrzeżenie wspólnych dla danych pozycji wątków znaczeniowych (np. opartych na podobnych wartościowaniach, por. Hermans, Hermans-Jansen, 1996).

Jednym z ograniczeń metapozycji w zapewnianiu komunikacji między pozycjami Ja jest szerokość horyzontu pozycji Ja dostrzeganych przez daną metapozycję. Jeżeli obejmuje ona niewielki fragment repertuaru pozycji Ja, a zwłaszcza jeżeli te pozycje są mało zróżnicowane, np. pod względem wartościowania (Hermans, Hermans-Jansen, 2000), lub podzielają podobne, negatywne przekonania (Dimaggio, 2011), to zdolności metapoznawcze są bardzo ograniczone, a system Ja cechuje się sztywnością. W przypadku zaburzeń relacji dialogowych skutkujących małą liczbą ugłaśnianych pozycji (np. w monologach czy zubożonych relacjach dialogowych), zadaniem metapozycji jest ugłaśnianie innych, dotąd uciszanych pozycji, by przeciwdziałać psychicznej stagnacji – utrzymywaniu się jednowątkowości oraz sztywności myślenia i odczuwania. Jako że metapozycje mają ograniczenia, jeżeli chodzi o horyzont obejmowanych pozycji i preferencje względem niektórych pozycji (Hermans, Dimaggio, 2004), ugłośnienie (np. w psychoterapii) nowych pozycji Ja, nie objętych dotąd przez metapozycję, może wiązać się z czasową destabilizacją systemu ja: chwilowym poczuciem zagrożenia spójności tożsamości czy lękiem przed doświadczeniem bardziej złożonej wielości.

Skutkiem niesprawnego działania metapozycji jest nie tylko brak świadomości posiadania różnorodnych pozycji Ja wewnątrz siebie, ale również niemożność zauważenia wewnętrznej wielości u innych ludzi. Przejawia się to trudnościami w decentracji, a więc niezdolnością do przyjęcia innej perspektywy niż własna i zrozumienia stanów umysłu odmiennych od swoich (Semerari i in., 2007).

Interwencyjna funkcja metapozycji nie mogłaby mieć miejsca, gdyby nie dialogowa geneza metapozycji, a zdaniem Dimaggio, Hermansa i Lysakera (2010) to właśnie uczestniczenie w dialogach (wewnętrznych i zewnętrznych) sprzyja rozwojowi metapozycji.

*

Idea rozumienia psychopatologii w kategoriach wewnętrznej wielości nie jest nowa i pojawiała się w historii psychoterapii wielokrotnie. O wzrastającej popularności takiego sposobu myślenia świadczy istnienie wielu szkół terapeutycznych, akcentujących badanie wewnętrznej wielości Ja i jej rolę w powstawaniu zaburzeń (Elliott, Greenberg, 1997; Rowan, 1991). Teoria dialogowego Ja idzie o krok dalej i wnosi wiele nowych elementów, które w oryginalny sposób uzupełniają wiedzę z zakresu psychologii klinicznej. Dzięki wymiarowi dialogowemu teoria umożliwia opis i badanie złożonych, dynamicznych procesów intrapersonalnych, jakie pośredniczą w powstawaniu patologii. Daje to nadzieję na pełniejsze rozumienie świata psychicznego osób korzystających z pomocy psychologicznej.

Jedną z ciekawych cech tej teorii jest prymat ważności relacji między pozycjami nad ich treścią. Patogeneza zaburzenia nie jest tu związana z treścią dyskursu, w którym powstawały pozycje „zaangażowane” w trudność, ale w dużej części z samą niemożnością prowadzenia dialogów między pozycjami albo brakiem metapozycji. Pod tym względem teoria dialogowego Ja jest antydeterministyczna: nie koncentruje się na zjawisku nieodwracalnym, czyli na genezie pozycji, ale na zjawisku naprawialnym – to znaczy na kształcie relacji między pozycjami oraz promowaniu kompetencji metapoznawczych.

Warto wspomnieć o implikacjach dla praktyki diagnostycznej oraz terapeutycznej. Teoria dialogowego Ja nie jest pierwszą teorią, która proponuje odejście od pojmowania zdrowia i choroby jako kategorii obejmujących całokształt osoby. Jednak w nowy sposób definiuje obszar zaburzenia – dotyczy on relacji między wewnętrznymi systemami wartościowania. Oznacza to, że osoby zaburzone mogą mieć zarówno „chore”, jak i „zdrowe” części Ja, przy czym części „zdrowe” są zwykle zasłonięte patologicznymi aspektami osobowości (Salvatore, Nicolò, Dimaggio, 2005; Dimaggio, Stiles, 2007). Model dialogowy można uznać za pozytywny, jako że równie istotne jest rozpoznawanie funkcjonalnych części Ja, jak i tych nieprzystosowawczych. Wydaje się to korzystne szczególnie z perspektywy przeżyć pacjentów, gdyż myślenie o zdrowych i zaburzonych

częściach własnej osoby może dawać ulgę, zdejmując piętno „osoby zaburzonej”, i motywować te osoby do pracy.

Teoria dialogowego Ja stawia też nowe wyzwania w zakresie diagnozy. Skłania diagnostów do przyjęcia bardziej wielowymiarowej i dynamicznej perspektywy oraz wymusza konieczność tworzenia nowych narzędzi diagnostycznych, takich jak Personal Postion Repertoire (PPR; Hermans, Hermans-Jansen, 2004) czy Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD; Oleś, 2009). Diagnoza powinna obejmować opis struktury Ja wraz z dialogowymi relacjami między pozycjami i ich hierarchią, poziom giętkości Ja, obecność metapozycji oraz treść generowanych przez pozycje Ja dialogów i autonarracji. Wszystkie te mechanizmy są ze sobą połączone i pozostają w interakcjach. Dlatego u wielu pacjentów cierpiących na zaburzenia o głębszym charakterze (np. zaburzenia osobowości) z pewnością odnajdziemy zarówno ograniczoną liczbę pozycji Ja, dysfunkcyjne dialogi, jak i brak rozwiniętej metapozycji.

Dokonany przegląd obecnej wiedzy, jaką oferuje podejście dialogowe na temat psychopatologii, pokazuje także słabe strony czy niedoskonałość tej wiedzy. Po pierwsze, wydaje się, że badacze w niewystarczającym stopniu odnoszą się do „klasycznych” klasyfikacji zaburzeń, używanych powszechnie w psychiatrii i psychologii klinicznej. Jednym z przejawów tego pominięcia jest selektywne skupienie tylko na niektórych jednostkach nozologicznych – być może tych, które pasują do prezentowanych mechanizmów, a pomijanie innych, które niosą ryzyko niepotwierdzenia przyjętych tez. Drugim mankamentem jest to, że badacze podejścia dialogowego wyjaśniają za pomocą tych samych mechanizmów bardzo odległe w tradycyjnej psychopatologii zaburzenia, nie oferując bardziej szczegółowych rozróżnień i nie wprowadzając dodatkowych warunków – na przykład podobny mechanizm widzą w zaburzeniach z poziomu psychotycznego i neurotycznego. Po trzecie, można odnieść wrażenie, że badacze podejścia dialogowego dążą do tego, by wszelkie zaobserwowane zjawiska psychopatologiczne sprowadzić do zjawisk dialogowych, co może okazać się niewystarczające do pełnego zrozumienia niektórych złożonych procesów psychopatologicznych (por. krytyka teorii: Suszek, 2011).

Przyczyną wskazanych mankamentów jest fakt, że omawiana teoria i wynikający z niej sposób myślenia jest nowy i młody. Jej rozpoznawalność oraz kliniczna aplikacja w środowisku diagnostów i psychoterapeutów jest dotychczas niewielka (z punktu widzenia skuteczności terapeutycznej wciąż ma status podejścia eksperymentalnego). Podejmowane przez badaczy i bazujące na niej studia przypadków (por. Hermans, 2003; Stiles, 1999) świadczą o rozwoju teorii w kierunku praktyki i wydają się obiecujące dla weryfikacji jej trafności.

Autorzy niniejszego przeglądu wspierają myśl, że nawiązanie konstruktywnego dialogu między podejściem dialogowym a dotychczasową, tradycyjną wiedzą na temat mechanizmów psychopatologii mogłoby znacząco wzbogacić wspólne rozumienie świata psychopatologii i co za tym idzie praktykę psychotherapeutyczną. Szczególnie obiecujące może być odniesienie dialogowych mechanizmów psychopatologii do szeroko akceptowanych w podejściu psychodynamicznym poziomów rozwojowych (poziom neurotyczny – *borderline* – psychotyczny, zob. McWilliams, 2009), co należy do zamiarów autorów niniejszego artykułu.

BIBLIOGRAFIA

- Bachtin, M. (1970/2001). Słowo w dziele Dostojewskiego. W: D. Ulicka (red.), *Poetyka, materiały do ćwiczeń. Teksty* (seria I, t. 2, s. 108-210). Warszawa: Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (1966/1983). *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Billig, M. (2002). *The dialogic unconscious*, Virtual Faculty, <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/p-a4.htm> (23.03.2002).
- Block, J. (1961). Ego-identity, role variability, and adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25, 392-397.
- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 103-108.
- Dimaggio, G. (2011). Impoverished self-narrative and impaired self-reflection as targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 3, 165-174.
- 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. *Theory and Psychology*, 20, 3, 379-399.
- Dimaggio, G., Norcross, J. C. (2008). Treating patients with two or more personality disorders: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 64(January), 127-139.
- 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.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Catania, D. (2004). Strategies for the treatment of dialogical dysfunctions. W: H. J. M. Hermans, G. Dimaggio (red.), *The dialogical self in psychotherapy* (s. 190-204). Hove–New York: Brunner-Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2004). Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment. W: L. E. Angus, J. McLeod (red.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (s. 263-282). London: Sage.
- Dimaggio, G., Stiles, W. B. (2007). Psychotherapy in light of internal multiplicity. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 2, 119-127.

- Dryll, E., (2005). Tatuś, koleżanka, Kmicic, policjant i pies: identyfikacja głosów w dialogu wewnętrznym podmiotu. *Przegląd Psychologiczny*, 48, 1, 95-108.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Hermans, H. J. M. (1999). Self-narrative as meaning construction: The dynamics of self-investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 10, 1193-1211.
- Hermans, H. J. M. (2001). Conceptions of self and identity: Toward a dialogical view. *International Journal of Education and Religion*, 2, 1, 43-62.
- Hermans, H. J. M. (2002). The dialogical self as society of mind. *Theory and Psychology*, 12, 147-160.
- Hermans, H. J. M. (2003). Clinical diagnosis as a multiplicity of self-positions: Challenging social representations theory. *Culture and Psychology*, 9, 4, 407-414.
- 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. 13-28). Hove–New York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J. M., Dimaggio, G. (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. Hove–New York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J. M., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Hermans, H. J. M., Hermans-Jansen, E. (2004). The dialogical construction of coalitions in a personal position repertoire. W: H. J. M. Hermans, G. Dimaggio (red.), *The dialogical self in psychotherapy* (s. 124-137). New York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G. (1993). *The dialogical self. Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.
- James, W. (1890/1980). *The principles of psychology*. New York: Dover.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self*. London: Penguin.
- Lecky, P. (1945). *Self-consistency: A theory of personality*. New York: Island.
- Leiman, M., Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of Proxima development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Linell, P. (1990). The power of dialogue dynamics. W: I. Marková, K. Foppa (red.), *The dynamics of dialogue* (s. 147-177). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Lysaker, P. H., Hermans, H. J. M. (2007). The dialogical self in psychotherapy for persons with schizophrenia. A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 2, 129-139.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T. (2001). Psychosis and the disintegration of dialogical-self structure. Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 1, 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.
- McCrae, R. R., Terracciano, A., & 79 Members of the Personality Profiles of Cultures Project (2005). Personality Profiles of Cultures: Aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 3, 407-425.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.

- 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). Lublin: Wydawnictwo KUL–Polska Akademia Nauk.
- Oleś, P. K. (2009). Czy głosy umysłu da się mierzyć? Skala Wewnętrznej Aktywności Dialogowej (SWAD). *Przegląd Psychologiczny*, 52, 1, 37-50.
- Oleś, P., Brygoła, E. (2011). Świadomość dialogowa – implikacje dla zdrowia. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza* (s. 109-121). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Oleś, P. K., Chmielnicka-Kuter, E. (2010). Ja dialogowe. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 247-269). Warszawa: Eneteia.
- Oleś, P. K., Puchalska-Wasył, M. (red.) (2011). *Dialog z samym sobą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Puchalska-Wasył, M. (2006). *Nasze wewnętrzne dialogi. O dialogowości jako sposobie funkcjonowania człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Puchalska-Wasył, M., Chmielnicka-Kuter, E., Oleś, P. K. (2008). From internal interlocutors to psychological functions of dialogical activity. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 3, 239-269.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. W: S. Koch (red.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (s. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rowan, J. (1991). *Subpersonalities: The people inside us*. London: Routledge.
- Salvatore, G., Nicolò, G., Dimaggio, G. (2005). Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 59, 247-265.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 10, 4, 238-261.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17, 1, 106-119.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2002). Koncepcje narracyjnej tożsamości. Od historii życia do dialogowego Ja. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 81-113). Gdańsk: GWP.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Suszek, H., Kobylińska, D., Szymczyk, B. (2010). Explorations in the discursive mind. *International Journal for the Dialogical Science*, 4, 1, 81-94.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. W: H. Hermans, G. Dimaggio (red.), *The dialogical self in psychotherapy* (s. 91-107). New York: Brunner-Routledge.
- Suszek, H. (2011). Krytyka teorii Dialogowego Ja. W: P. Oleś, M. Puchalska-Wasył (red.), *Dialog z samym sobą* (s. 394-429). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trzebińska, E. (2011). Psychoterapeutyczna praca z subosobowościami. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody* (s. 469-496). Warszawa: Eneteia.
- Trzebińska, E., Dowgiert, A. (2005). Polipsychizm: korzyści i koszty związane z wielowymiarową tożsamością. *Przegląd Psychologiczny*, 48, 1, 75-94.
- Wertsch, J. V. (1991). *Voices of the mind. A sociocultural approach to mediated action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wygotki, L. S. (1989). *Myślenie i mowa*. Warszawa: PWN.

THE MECHANISMS OF MENTAL HEALTH AND MENTAL DISORDERS IN THE DIALOGICAL SELF THEORY

S u m m a r y

The paper presents the literature review on the mechanisms of mental health and mental disorders from the Dialogical Self Theory perspective. In its first part, the most important assumptions of the Dialogical Self Theory are presented, relevant to the understanding the health and psychopathology. In the second part, the following main determinants of mental health are described: (1) possessing sufficient self diversity; (2) the ability to be aware of possessing many I-positions; (3) the ability of different I-positions to engage in dialogical relations; (4) the presence of metaposition. In the third part of the article, key mechanisms responsible for the development of mental disorders are gathered, grouped and described. The following groups of those mechanisms have been distinguished: (1) primary impairment consisting in disturbances of dialogues among I-positions (absence of dialogue, disorganized dialogues, monologue, impoverished dialogues); (2) secondary impairment involving dysfunctions in the hierarchy of I-positions (silent positions, domination, lack of hierarchy, dysfunctional coalitions); (3) impaired functioning of metaposition. Finally, the practical utility of the presented understanding of psychopathology is discussed.

Key words: dialogical self, mental health, psychological disorders, psychopathological mechanisms.