

# Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii



ANNA SŁYSZ

Konceptualizacja przypadku  
w różnych modelach psychoterapii



POZNAŃ 2017

KOMITET NAUKOWY

Jerzy Brzeziński, Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący),  
Rafał Drozdowski, Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZENT

prof. dr hab. Helena Sęk

Wydanie I

PROJEKT OKŁADKI

Adriana Staniszevska

REDAKCJA

Anna Kaczmarek  
Sebastian Surendra

ŁAMANIE

Adriana Staniszevska

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe  
Wydziału Nauk Społecznych UAM 2017

Publikacja finansowana z funduszy Instytutu Psychologii  
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ISBN 978-83-64902-38-3

Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych  
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
60-569 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c

DRUK

Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak

# Spis treści

WPROWADZENIE .....	7
ROZDZIAŁ 1	
Konceptualizacja przypadku jako przedmiot badań .....	11
1.1. Ustalenia definicyjne .....	11
1.2. Procesy składowe tworzenia konceptualizacji przypadku .....	22
1.3. Typy rozumowań w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku .....	24
1.4. Jakość konceptualizacji przypadku .....	28
1.5. Rodzaje konceptualizacji .....	30
ROZDZIAŁ 2	
Modele konceptualizacji przypadku .....	35
2.1. Model poznawczo-behawioralny konceptualizacji przypadku .....	36
2.2. Model psychodynamiczny konceptualizacji przypadku .....	45
2.3. Model humanistyczny konceptualizacji przypadku .....	56
2.4. Model systemowy konceptualizacji przypadku .....	66
2.5. Model integracyjny konceptualizacji przypadku .....	74
2.6. Konceptualizacja przypadku w różnych modelach – podobieństwa i różnice .....	83
2.7. Kryteria oceny koncepcji teoretycznych .....	86
ROZDZIAŁ 3	
Prezentacja badań własnych nad konceptualizacją przypadku .....	97
3.1. Cel i metoda badań .....	98
3.2. Charakterystyka osób badanych .....	101
3.3. Analiza kategorii semantycznych .....	102
3.4. Analiza podobieństwa map pojęciowych .....	119
3.5. Konceptualizacja przypadku w poszczególnych podejściach terapeutycznych – przykłady .....	121
3.5.1. Konceptualizacja przypadku w podejściu poznawczo-behawioralnym .....	123
3.5.2. Konceptualizacja przypadku w podejściu psychodynamicznym .....	136

3.5.3. Konceptualizacja przypadku w podejściu humanistycznym .....	145
3.5.4. Konceptualizacja przypadku w podejściu systemowym .....	156
3.5.5. Konceptualizacja przypadku w podejściu integracyjnym .....	166
3.5.6. Konceptualizacja przypadku w różnych podejściach – podsumowanie	176
3.6. Dyskusja wyników i wnioski .....	181
ZAKOŃCZENIE .....	187
PODZIĘKOWANIA .....	189
ZAŁĄCZNIKI .....	191
BIBLIOGRAFIA .....	205

# Wprowadzenie

*Każda diada terapeutyczna tworzy swoją własną dwuosobową dynamikę i przestrzeń interpersonalną, w której obie strony usilnie starają się zrozumieć, co się między nimi dzieje.*

Nancy McWilliams

Chociaż idea konceptualizacji (vel sformułowania) przypadku pojawiła się w latach 60. XX w., to dopiero na początku XXI w. została ona uznana za centralną kompetencję psychologa klinicznego (Harper i Moss, 2003). W ciągu ostatniego dwudziestolecia nastąpił zauważalny wzrost publikacji poświęconych temu zagadnieniu. Przykładowo można wskazać, że w 1997 r. opublikowano pierwsze wydanie monografii *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* pod redakcją Tracy D. Eells, której definicja konceptualizacji należy do najczęściej cytowanych, a w 2006 r. ukazało się pierwsze wydanie obszernej książki Barbary Ingram pt. *Clinical Case Formulations: Matching the Integrative Treatment Plan*. Wśród dyscyplin zainteresowanych konceptualizacją przypadku znajdują się: psychologia, psychoterapia, doradztwo (*counselling*) i psychiatria. Analiza charakterystycznych cech konceptualizacji przypadku, która zostanie przedstawiona w niniejszej monografii, będzie odnosić się przede wszystkim do obszaru psychoterapii.

Konceptualizacja przypadku stanowi zarówno przedmiot nauczania (zwłaszcza na studiach psychologicznych oraz w szkołach psychoterapii), jak i przedmiot badań naukowych. Jedno z pierwszych badań w tym obszarze przeprowadził Philip Seitz (1966, za: Eells, 2010a). Uczestnikami było sześciu psychoterapeutów stosujących psychoanalizę. Celem badacza było sprawdzenie poziomu zgodności między terapeutami w zakresie konceptualizacji problemu pacjenta jako miary rzetelności metody konceptualizacji. Badani terapeuci przygotowywali konceptualizacje problemu pacjenta w formie narracji zawierającej także argumenty za i przeciw swojej propozycji. Poziom zgodności między psychoterapeutami był bardzo niski. Pobudziło to praktyków i badaczy do refleksji nad powodem tego stanu rzeczy oraz do

tworzenia coraz bardziej rzetelnych metod konceptualizacji przypadku. Niski poziom zgodności między terapeutami wyjaśniano poprzez odwołanie się do tendencji psychoterapeutów do przyjmowania własnych interpretacji i intuicyjnych impresji bez sprawdzania ich. Od tamtej pory sytuacja uległa znacznej zmianie, także na gruncie podejścia psychodynamicznego. Na przykład w latach 90. powstała ustrukturalizowana metoda konceptualizacji przypadku pt. „Rdzeniowe konfliktowe tematy relacyjne” (Core Conflictual Relationship Theme Method; CCRT) (Luborsky i Crits-Christoph, 1998). Badania wykazały, że zgodność między psychoterapeutami stosującymi tę metodę w zakresie podstawowych komponentów konceptualizacji jest satysfakcjonująca (wartość współczynnika kappi wyniosła od 0,64 do 0,81) (Luborsky i Barrett, 2010). Późniejsze badania nad konceptualizacją dotyczyły m.in. związków między poziomem doświadczenia zawodowego a jakością konceptualizacji (Eells et al., 2005). Mimo stosunkowo dużego zainteresowania praktykujących psychoterapeutów problematyką konceptualizacji niewiele było dotychczas badań empirycznych na ten temat. W literaturze przedmiotu przeważają opracowania zawierające pojedyncze opisy przypadków. Brakuje jednak analiz porównawczych. Liczba badań empirycznych nad efektywnością konceptualizacji również jest znikoma.

Można tylko przypuszczać, że natura mechanizmów przyczynowych opisywanych w ramach konceptualizacji wiąże się z orientacją teoretyczną psychoterapeuty. Mimo że powstało wiele opracowań teoretycznych na temat konceptualizacji przypadku, wciąż trudno określić jej charakterystyczne właściwości. Wynika to m.in. z tego, że większość prac poświęconych konceptualizacji koncentruje się tylko na jednym wybranym modelu psychoterapii. Poza tym przeważają opracowania zawierające wskazówki praktyczne dla terapeutów, a nie refleksję nad sensem i istotą konceptualizacji. Częściowej odpowiedzi na pytanie, czemu jest wiele niewiadomych w tej kwestii, dostarcza także przytoczona myśl Nancy McWilliams. Po pierwsze, „każda diada terapeutyczna tworzy swoją własną dwuosobową dynamikę”. To, co dzieje się w relacji terapeutycznej, jest w dużej mierze niepowtarzalne i szukanie elementów wspólnych znacznie upraszcza rzeczywistość. Ponadto jest to zawsze relacja dynamiczna. Ukazanie tego, co dzieje się w danym momencie terapii, może być nieaktualne w innym momencie. Znacznie łatwiej jest opisać konceptualizację jako coś statycznego, ale to nie oddaje jej istoty. Po drugie, „obie strony usilnie starają się zrozumieć, co się między nimi dzieje”. Konceptualizacja przypadku powstaje w relacji i możliwości uchwycenia tego relacyjnego aspektu oraz perspektywy klienta są bardzo ograniczone.

W pierwszym rozdziale będą przywołane różne definicje konceptualizacji przypadku w psychoterapii oraz typologie. Jak podkreśla Barbara Ingram (2006), określenie „(s)formułowanie” może być interpretowane jako rzeczownik (*formulation*) lub czasownik (*formulating*). W pierwszym znaczeniu jest to produkt (efekt) procesu stawiania pytań dotyczących obszaru trudności klienta i poszukiwania na

nie odpowiedzi. W drugim sensie ten termin można odnieść do aktywności zmierzających do zrozumienia klienta, jego mechanizmów psychologicznych oraz wpływu środowiska, w którym się znajduje. Przedstawione zostaną podstawowe funkcje konceptualizacji przypadku w psychoterapii, a także model rozumowania, który zdaniem autorki najlepiej opisuje proces jej tworzenia. Specyfika mechanizmów przyczynowych zawartych w konceptualizacji przypadku jest prawdopodobnie związana z orientacją teoretyczną psychoterapeuty.

W drugim rozdziale zostaną zrekonstruowane i opisane modele konceptualizacji w ramach głównych podejść teoretycznych w psychoterapii: psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego, humanistycznego, systemowego i integracyjnego. Każdy model konceptualizacji zostanie scharakteryzowany pod kątem takich aspektów, jak częściowa konceptualizacja *versus* pełna, konceptualizacja skoncentrowana na osobie *versus* konceptualizacja specyficzna dla problemu, konceptualizacja oparta na liście czynników *versus* bazująca na osobistym znaczeniu, podejście odgórne *versus* oddolne, podejście jednostronne do konceptualizacji *versus* oparte na współpracy. Osobny podrozdział zostanie poświęcony analizie wybranej psychologicznej koncepcji człowieka (teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury) pod kątem potencjału w zakresie możliwości budowania na jej gruncie konceptualizacji przypadku.

W trzecim rozdziale będą zaprezentowane wyniki badań własnych dotyczących konceptualizacji przypadku w psychoterapii, a w szczególności kategorii pojęciowych, jakimi posługują się psychoterapeuci. Ogólne pytanie, na które poszukiwano odpowiedzi, brzmi: jaki wpływ na konceptualizację przypadku ma deklarowane podejście teoretyczne psychoterapeuty? Rozważania będą dotyczyły tego, jakie są cechy charakterystyczne dla konceptualizacji przypadku w głównych podejściach terapeutycznych i w jakim stopniu jej właściwości są zgodne z założeniami na ten temat.

Książka powstała jako efekt prób zrozumienia, czym jest konceptualizacja przypadku i czemu służy, biorąc pod uwagę różne podejścia do tego zagadnienia. Autorka zdaje sobie jednak sprawę z tego, że każda próba zrozumienia niesie ze sobą pewne uproszczenia.



## Rozdział 1

# Konceptualizacja przypadku jako przedmiot badań

Cel tego rozdziału stanowi przede wszystkim doprecyzowanie różnych kategorii pojęciowych związanych z konceptualizacją. Określenie „konceptualizacja przypadku” nie należy do tych terminów psychologicznych, które doczekały się niemalże tylu definicji, ilu jest badaczy zajmujących się danym zagadnieniem. Nie ma jednak jednej powszechnie przyjętej definicji tego terminu. W ramach tego rozdziału zostaną przytoczone różne definicje konceptualizacji przypadku w psychoterapii oraz jej funkcje. Ponadto w końcowej części znajdzie się refleksja nad typami rozumowań w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku oraz nad kryteriami jej jakości.

### 1.1. USTALENIA DEFINICYJNE

Ustalenia definicyjne zostaną poprzedzone omówieniem etymologii oraz historii wyrażenia „konceptualizacja przypadku”. W literaturze przedmiotu oprócz określenia „konceptualizacja przypadku” (ang. *case conceptualization*) występuje też termin „opracowanie/sformułowanie przypadku” (ang. *case formulation*). Zarówno w pracach anglo-, jak i polskojęzycznych terminologia w tym zakresie nie została ujednoczona. W języku angielskim istnieją dwa określenia synonimiczne: *case formulation* (Eells, 2010; Kendjelic i Eells, 2007) oraz *case conceptualization* (Betan i Binder, 2010, za: Reiter, 2014). Jedną z popularnych wyszukiwarek internetowych (Google) aktualnie wskazuje na występowanie wyrażenia *case formulation* 246 000 razy, a wyrażenia *case conceptualization* – 169 000 razy. Z kolei w języku polskim najczęściej występuje określenie „opracowanie przypadku” (2690 razy), a dużo rzadziej „konceptualizacja przypadku” (393 razy) i „sformułowanie przypadku” (290 razy). Określenie „konceptualizacja przypadku” (*case conceptualization*) nie jest więc najbardziej popularne wśród określeń synonimicznych.

Angielskie słowo *formulation* oznacza dosłownie opracowanie, a więc akcent położony jest na przetwarzanie informacji. Słownik języka polskiego PWN (2016)

definiuje opracowanie jako pracę na temat jakiegoś zagadnienia, nadanie czemuś określonej formy, czyli stworzenie układu skoordynowanych elementów. Natomiast sformułowanie (alternatywne tłumaczenie słowa *formulation*) to wypowiedź wyrażająca jakąś myśl, opinię lub wniosek. Słowo opracowanie sugeruje zatem nadawanie określonego układu elementom, a sformułowanie odnosi się do wyrażania czegoś słowami. Z kolei konceptualizacja (*conceptualization*) to dosłownie „upojęciowienie”, czyli ujęcie czegoś w konkretnych terminach, np. psychologicznych. Na gruncie filozofii ten termin odnosi się do tworzenia i przetwarzania pojęć (Marciszewski, 2000).

Ze względu na to, że w literaturze anglojęzycznej rdzeń definicji *case formulation* pokrywa się z definicjami *case conceptualization*, polskie terminy sformułowanie (opracowanie) i konceptualizacja przypadku można traktować jako określenia synonimiczne. Mimo że wyrażenie *case conceptualization* jest rzadziej stosowane niż *case formulation*, to „konceptualizacja przypadku” wydaje się najbardziej odpowiednim terminem w języku polskim. Przemawia za tym aspekt znaczeniowy, jakim jest „ujmowanie w pojęcia” (problem pacjenta i jego przyczyny są wyrażane w terminologii konkretnych teorii). Dwa pozostałe określenia (sformułowanie i opracowanie) nie obejmują tego ważnego aspektu. Z drugiej jednak strony, proces konceptualizacji nie polega jedynie na przełożeniu treści z jednego języka (potocznego) na drugi (psychologiczny), bo wykracza się – w toku rozumowania – poza dostarczone przez pacjenta/klienta informacje. W konceptualizacji przypadku ważny jest też układ elementów wchodzących w jej skład, co mogłoby z kolei przemawiać za terminem „opracowanie”. Jest to jednak pojęcie o szerokim zakresie znaczeniowym i jego najczęstsze konotacje nie są związane z nadawaniem struktury elementom. Biorąc dodatkowo pod uwagę również fakt, iż określenie „konceptualizacja przypadku” pojawia się w najważniejszych podręcznikach i opracowaniach na temat diagnozy psychologicznej (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008; Stemplewska-Żakowicz, 2011), uznałam za zasadne posługiwanie się w niniejszej monografii głównie tym właśnie terminem. Określenie „opracowanie” czy „sformułowanie” wystąpi tylko wówczas, gdy z punktu widzenia wierności przekładu tekstu anglojęzycznego ważne będzie ich zastosowanie.

Zdaniem niektórych autorów, termin „sformułowanie” (ang. *formulation*) został użyty po raz pierwszy w ramach psychologii klinicznej w 1969 r. (Crellin, 1998). Clare Crellin (1998, za: Johnstone i Dallos, 2014) traktuje ten opis sformułowania z 1969 r. jako najwcześniejszą wersję analizy funkcjonalnej (*functional analysis*) powstałej na gruncie teorii poznawczo-behawioralnej. Współczesna analiza funkcjonalna jest modelem sformułowania przypadku bazującym na teorii uczenia się, diagnozie opartej na dowodach oraz stosowanej i eksperymentalnej analizie zachowania (Haynes i O'Brien, 1990, 2000, za: Sturmey, 2009). Jej celem jest zidentyfikowanie czynników środowiskowych wpływających na zachowanie.

Określa się związki przyczynowo-skutkowe między problemami behawioralnymi i czynnikami przyczynowymi (podlegającymi modyfikacji).

Jak zauważa Sturmey (2009), można ten termin znaleźć także we wcześniejszej pracy pt. *Rola diagnozy w modyfikacji zachowania*, która ukazała się w 1968 r. w czasopiśmie „Psychological Reports” (Goldfried i Pomeranz, 1968). Punktem wyjścia autorów było dostrzeżenie potrzeby stworzenia odpowiednich procedur diagnozy (*assessment*). Termin „opracowanie” (ang. *formulation*) pojawia się w tym artykule w kontekście konceptualizacji osobowości i zachowania, a więc obejmuje stosunkowo wąski obszar. Jest jednak jeszcze wcześniejsza praca, autorstwa Fredericka Kanfera i George’a Saslowa (1965), pt. *Analiza behawioralna: alternatywa dla klasyfikacji diagnostycznej* (*Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification*), którą można potraktować jako prekursora konceptualizacji przypadku. W tym ujęciu zrozumienie problemu pacjenta przekładało się na sposób interwencji. Tak więc diagnozowanie coraz bardziej było dostosowywane do potrzeb interwencji. Kanfer i Saslow (1965) powołują się na innych autorów, Noyesa i Kolba (1963), którzy w swojej książce *Nowoczesna psychiatria kliniczna* (*Modern Clinical Psychiatry*) piszą, iż klinicyści, konstruując sformułowanie diagnostyczne (*diagnostic formulation*), uwzględniają trzy elementy:

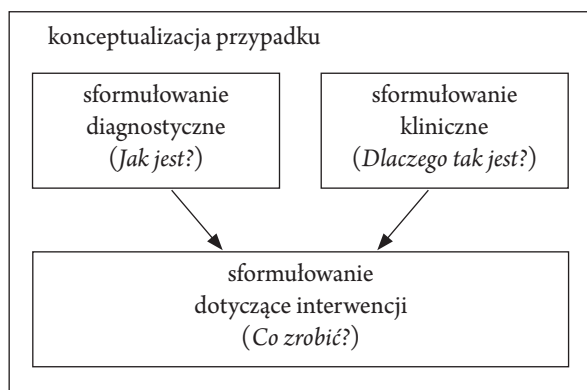
- 1) diagnozę genetyczną (etiologię),
- 2) diagnozę dynamiczną, opisującą mechanizmy stosowane nieświadomie przez jednostkę w celu „zarządzania” lękiem i poprawy samooceny oraz inne procesy psychopatologiczne,
- 3) diagnozę kliniczną oraz metody leczenia i predykcję w tym zakresie.

Każdy z tych trzech poziomów niesie ze sobą inne informacje i jest zależny od celu diagnozy. W zamierzeniu autorów ta propozycja dotyczyła diagnozy psychiatrycznej. Biorąc również pod uwagę występujący w cytowanej pracy termin *diagnostic* (wyrażenie *diagnostic formulation*), mamy tu do czynienia z podejściem zorientowanym przede wszystkim na różnicowanie i wskazywanie jednostek nozologicznych. Elementem sformułowania diagnostycznego w tym ujęciu była diagnoza różnicowa. Zarówno etiologia, jak i mechanizmy psychologiczne zostały odniesione do objawów i procesów psychopatologicznych. Dopiero w późniejszym okresie sformułowanie przypadku ewoluowało w kierunku obrazowania etiologii nie tylko problemów i trudności, ale i ogólnego funkcjonowania człowieka. We współczesnym ujęciu klinicznej diagnozy psychologicznej uwzględnia się także przejawy i mechanizmy zdrowia psychicznego (Cierpiałkowska, Soroko i Sęk, 2016a). Poszczególne koncepcje teoretyczne różnią się pod względem tego, w jakim stopniu mogą stanowić podstawę wyjaśnień patomechanizmu i mechanizmów zdrowia psychicznego.

Biorąc pod uwagę przytoczone informacje dotyczące literatury przedmiotu, początki idei konceptualizacji przypadku można datować na lata 60. XX w. Dwie z przywołanych prac (Crellin, 1998; Kanfer i Saslow, 1965) powstały na gruncie

paradygmatu behawioralnego. Być może sprzyjało temu zainteresowanie strukturyzowaniem procesu diagnozowania. Co ciekawe, Kanfer i Saslow (1965) inspirowali się pracą nawiązującą do innej koncepcji psychologicznej człowieka (psychoanalitycznej). Jednak autorzy wykroczyli poza myślenie diagnostyczne, w którym dawało się prymat diagnozie różnicowej, w kierunku poszukiwania wyjaśnień zachowania pacjenta.

Jak już wspomniano, większość autorów traktuje określenia „opracowanie”/ „sformułowanie” (*formulation*) oraz „konceptualizacja” (*conceptualization*) jako synonimy. Chronologicznie jako pierwszy pojawił się w literaturze termin „opracowanie”. Występuje on nie tylko wraz z rzeczownikiem „przypadek” (opracowanie przypadku, ang. *case formulation*), ale także z takimi przymiotnikami, jak „diagnostyczny” (opracowanie diagnostyczne, ang. *diagnostic formulation*) lub „kliniczny” (opracowanie kliniczne, ang. *clinical formulation*). Można zauważyć, że termin „opracowanie” występuje w tych przykładach w węższym znaczeniu niż wyraz „konceptualizacja”. Len i Jonathan Sperry’owie (2012), aby uniknąć zamieszania terminologicznego, proponują stosowanie określenia „konceptualizacja” (*conceptualization*), a termin „opracowanie” (*formulation*) rezerwują dla komponentów konceptualizacji przypadku. Wyróżniają trzy elementy składowe konceptualizacji przypadku: sformułowanie diagnostyczne (*diagnostic formulation*), kliniczne (*clinical formulation*) i dotyczące interwencji (*treatment formulation*). W tej propozycji uporządkowania terminologicznego określenie „sformułowanie” ma węższe znaczenie niż termin „konceptualizacja”. Ilustruje to rycina 1.



Rycina 1. Elementy składowe konceptualizacji przypadku

Źródło: opracowanie własne na podstawie L. Sperry i J.J. Sperry (2012).

W niniejszym opracowaniu przyjęte zostanie inne rozwiązanie, które pozwoli uniknąć niejasności terminologicznej: wówczas gdy będzie mowa o częściach

składowych konceptualizacji, zostanie użyte określenie „komponenty lub elementy konceptualizacji”.

W środowisku psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów i doradców nie istnieje jedna powszechnie przyjęta definicja konceptualizacji przypadku. Johnstone i Dallos (2013) stwierdzili nawet, że tyle jest podejść do sformułowania przypadku, ilu psychoterapeutów. Nie znajduje to jednak odzwierciedlenia w rzeczywistości. Mimo istniejących różnic jest też wiele podobieństw w pojmowaniu konceptualizacji. Część autorów, m.in. Lane (1990), Kuyken, Padesky i Dudley (2009)<sup>1</sup>, definiuje konceptualizację (w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej) jako zrozumienie wnoszące coś nowego do pojmowania siebie przez klienta/pacjent i dające podstawę do interwencji. Crellin (1989) przyjmuje nieco odmienne stanowisko, twierdząc, że konceptualizacja jest historią klienta, jego własnością i należy ją traktować raczej jako wynik procesu terapeutycznego. Autorka przyjmuje fenomenologiczny punkt widzenia i w związku z tym kładzie nacisk na doświadczanie siebie i własnego świata przez klienta, kwestionując równocześnie podejście zorientowane na teorię (Crellin, 1989). Tak więc różnica wyraża się m.in. w traktowaniu konceptualizacji jako wyznacznika interwencji lub jako „produktu” końcowego psychoterapii.

Dalsze analizy będą opierały się na procesie abstrahowania na podstawie różnych definicji konceptualizacji (według kryterium częstości). Zacznę od przytoczenia najbardziej ogólnych wyjaśnień znaczenia oraz wyodrębnienia ich wspólnego rdzenia. Zasadnicze pytanie, na jakie odpowiada się, tworząc konceptualizację przypadku, brzmi: jaka jest prawdziwa natura i istota problemu klienta? Ten aspekt pojawia się w wielu definicjach. Crellin (1989) zdefiniowała konceptualizację przypadku jako zbiór sprawdzalnych empirycznie hipotez na temat problemów klienta. Uwzględnioną w definicji testowalność hipotez autorka odnosi przede wszystkim do zastosowania w praktyce interwencji wynikających z tych hipotez. Tak więc ostateczną weryfikację trafności i użyteczności postawionych hipotez stanowi interwencja. Gdy problem zostaje rozwiązany, to można wnioskować o funkcjonalności (w sensie przydatności) postawionych hipotez. Definicja Crellin (1989) jest bardzo ogólna i niepełna. Późniejsi autorzy zajmujący się tym zagadnieniem zawierali w swoich definicjach następujące elementy definicyjne:

- 1) opisowe podsumowanie głównego problemu zawierające jego komponenty i ewentualnie czynniki spustowe (sytuacyjne);
- 2) relacje między elementami obrazujące to, jak problem się rozwijał i w jaki sposób jest aktualnie podtrzymywany (czynniki podtrzymujące);
- 3) wskazówki, w jaki sposób można rozwiązać ten problem (Hallam, 2013).

---

<sup>1</sup> Oryginalne brzmienie definicji zaproponowanej przez Kuykena, Padesky i Dudleya (2009, s. 3): „Case conceptualization is a process whereby therapist and client work collaboratively first to describe and then to explain the issues a client presents in therapy. Its primary function is to guide therapy in order to relieve client distress and build client resilience”.

Ponadto większość definicji konceptualizacji przypadku uwzględnia *explicite* znaczenie teorii psychologicznej. Oto kilka przykładów: „Sformułowanie jest narzędziem stosowanym przez klinicystów w celu odniesienia teorii do praktyki” (Butler, 1998, s. 2), „Sformułowanie polega na uzyskaniu odpowiednich informacji i zastosowaniu teoretycznej wiedzy psychologicznej do konkretnego problemu klinicznego celem zrozumienia źródła, rozwoju i utrzymywania się tego problemu” (Tarrier i Calam, 2002, s. 311); sformułowanie kliniczne jest serią hipotez roboczych opartych na informacjach diagnostycznych i odpowiednich modelach psychologicznych (Haarbosch i Newey, 2006), „sformułowanie jest podsumowaniem i integracją wiedzy, która została zgromadzona w procesie diagnozowania (*assessment*); nawiązuje do teorii psychologicznej i danych, żeby stworzyć podbudowę pod opis problemu, tego, jak powstał i jak jest podtrzymywany” („Division of Clinical Psychology”, 2001, s. 3); zastosowanie ogólnej teorii (idee, pojęcia, koncepcje wyjaśniające) do wyjaśnienia trudności jednostki (Johnstone i Dallos, 2014).

Nie wszyscy psychoterapeuci są zgodni co do roli teorii w konceptualizacji przypadku. Na przykład Corrie i Lane (2010) zwracają uwagę, że przełożenie doświadczeń klienta na konstrukty teoretyczne może z jednej strony przyczynić się do znalezienia rozwiązania jego problemów, ale z drugiej może prowadzić do redukcjonizmu utrudniającego zrozumienie, które jest ważne w spotkaniu między praktykiem a klientem. Zdaniem autorów, poprzez przełożenie doświadczeń człowieka na inny język można zgubić sedno fenomenu, który staramy się zrozumieć. Poza tym odwoływanie się do modeli teoretycznych pociąga za sobą uproszczenie obrazu rzeczywistości.

Kolejnym, oprócz sięgania do teorii, rdzennym elementem konceptualizacji jest nadawanie struktury procesowi diagnozowania na użytek psychoterapii. Uwzględnia to np. następująca definicja: „Sformułowanie przypadku dostarcza potencjalnie użytecznych ram dla pomocy klinicystom w sformułowaniu problemu oraz sposobów interwencji w kontekście problemów związanych ze zdrowiem” (Nikcevic i Kuczmierczyk, 2006, za: Corrie i Lane, 2010, s. 12). Jej autorzy wskazują na kliniczno-eksperymentalną procedurę (m.in. eksperyment kliniczny), która wyznacza generowanie hipotez.

W większości definicji konceptualizacji przypadku jest również mowa o aspekcie praktycznym – jej integralną częścią jest propozycja interwencji. Oto przykłady: sformułowanie to koncepcja (*concept*), która organizuje i wyjaśnia sens kliniczny ogromnej ilości danych oraz pozwala podjąć decyzje o leczeniu (Lazare, 1976); „sformułowanie jest przeprowadzeniem interwencji podyktowanych hipotezami, które są stale monitorowane pod kątem efektywności” (Bruch i Bond, 1998, s. 18), sformułowanie to tymczasowe wyjaśnienie lub zbiór hipotez, uwzględniających zaburzenia lub okoliczności zewnętrzne, dotyczących tego, co doprowadziło osobę do aktualnego stanu (Weerasekera, 1996, s. 4); hipotezy są ukierunkowane na

wyjaśnienie sytuacji i sformułowanie (*formulate*) planu działania, zmierzającego do przezwyciężenia prezentowanych trudności (Fell, Coombs, 1994, za: Corrie i Lane, 2010, s. 11). Kanfer i Saslow (1965, s. 535) posługują się w odniesieniu do sformułowania przypadku wyrażeniem „zorientowane na działanie” (*action oriented*). Oznacza to, że problem jest definiowany w terminach operacyjnych, aby sprecyzować możliwe do zrealizowania opcje działania praktycznego.

Poszczególne definicje nie obejmują szczegółowych elementów, które wchodzą w skład konceptualizacji przypadku. Omawiane są one najczęściej w rozszerzonych opisach poszczególnych modeli konceptualizacji. Będzie to przedmiotem rozważań w rozdziale 2. W tym miejscu podam kilka przykładów definicji cząstkowych. Prekursorzy koncepcji sformułowania, Kanfer i Saslow (1965), sugerują, że klinicysta powinien zebrać i uporządkować informacje z licznych obszarów, takich jak sytuacja problemowa, zaplecze biologiczne, doświadczenia socjokulturowe, samokontrola, relacje społeczne, środowisko socjokulturowe i fizyczne. Edward Neukrug i Alan Schwitzer (Zubernis i Snyder, 2016), charakteryzując konceptualizację jako narzędzie służące do obserwowania, zrozumienia i integracji różnych aspektów, wymieniają następujące komponenty: myśli, uczucia, zachowania i stan fizjologiczny. Natomiast Eells, Kendjelic i Lucas (1998) wyróżniają cztery komponenty sformułowania przypadku:

- symptomy i problemy,
- wydarzenia lub stresory, które prowadzą do symptomów lub problemów,
- zdarzenia lub stresory predysponujące (*predisposing*),
- mechanizmy przyczynowe (hipotezy na ten temat), które łączą wszystkie komponenty razem, żeby wyjaśnić powstanie i utrzymywanie się problemów i symptomów.

Z kolei psychoterapeutka psychodynamiczna Nancy McWilliams (1999, za: Sturmey, 2009) uwzględnia w swojej ogólnej definicji konceptualizacji takie elementy, jak stan psychiczny, typ osobowości, historia życia i bieżące warunki. Komponenty te zostały wymienione w kontekście ogólnej definicji określającej opracowanie przypadku jako obraz tego, w jaki sposób tworzą one sensowną całość. W ujęciu proponowanym przez Sperrych (2012) główne składowe konceptualizacji to:

- problem prezentowany przez pacjenta/klienta;
- czynniki wyzwalające, które aktywują wzorzec (*pattern*) prowadzący do problemu;
- dezadaptacyjny wzorzec – sztywny sposób postrzegania, myślenia i działania;
- predyspozycje – czynniki sprzyjające adaptacyjnym albo dezadaptacyjnym zachowaniom;
- czynniki podtrzymujące problem;
- tożsamość kulturowa – poczucie przynależności do szczególnej grupy etnicznej;

- akulturacja i stres związany z akulturacją – poziom adaptacji do dominującej danej kultury;
- cele leczenia – stany do osiągnięcia w krótko- i długoterminowej perspektywie leczenia;
- strategia leczenia – plan działania i narzędzia służące do osiągnięcia adaptacyjnego wzorca;
- interwencje w ramach leczenia – specyficzne techniki zmiany i taktyki powiązane ze strategią leczenia dla osiągnięcia celu leczenia i zmiany wzorca;
- przeszkody w leczeniu – dające się przewidzieć wyzwania w procesie leczenia, antycypowane na podstawie dezadaptacyjnego wzorca;
- leczenie kulturowe (*treatment-cultural*) – wdrażanie w odpowiednim momencie interwencji uwzględniających kulturę lub terapii wrażliwej kulturowo;
- prognozy dotyczące przebiegu leczenia.

Ostatnia koncepcja obejmuje wiele komponentów, nie jest ona jednak trans-teoretyczna, ma wyraźnie konotacje w kierunku podejścia behawioralnego (terminologia, zachowanie jako główny komponent oraz marginalizowanie roli emocji w funkcjonowaniu człowieka). Prawie połowa tych składowych konceptualizacji odnosi się bezpośrednio do leczenia.

Jak widać na podstawie tych kilku przykładów, nie ma jednego wspólnego zbioru komponentów uwzględnianych w konceptualizacjach przypadku. Wśród nich można wyodrębnić także czynniki przyczynowe należące to ogólnych kategorii: biologiczne, psychologiczne i społeczne (Haarbosch i Newey, 2006). Czynniki biologiczne lub społeczne pomija się w niektórych koncepcjach lub marginalizuje się ich znaczenie.

Oprócz zestawionych wyżej elementów definicyjnych, które są wspólne dla wielu definicji konceptualizacji, pojawiają się też sporadycznie nowe, np. współpraca z klientem: „Formułowanie jest procesem, w którym psychoterapeuta i klient współpracują, aby najpierw opisać, a następnie wyjaśnić problem prezentowany podczas terapii” (Kuyken, Padesky i Dudley, 2009, s. 759). Odmienną od pozostałych definicję, w perspektywie psychologii narracyjnej, proponują Corrie i Lane (2010). Postrzegają konceptualizację jako szczególny typ historii wraz z kontekstem, w którym ta historia została utworzona, stanowiący podbudowę pod działania praktyczne.

Definicja konceptualizacji według „Division of Clinical Psychology” (2001) przybliży nieco jeszcze inną ważną kwestię, a mianowicie to, jakie są relacje między konceptualizacją a diagnozowaniem (*assessment*). Diagnozowanie jest tu rozumiane jako proces. Efekt końcowy stanowi sformułowanie, które nie jest jednak tożsame z diagnozą rozumianą jako efekt procesu diagnozowania. Nie jest to wystarczająco precyzyjne rozróżnienie, ponieważ konceptualizację można rozumieć dwojako: jako proces ich tworzenia oraz jako wytwór tego procesu. Cztery z przywołanych w tym rozdziale definicji (Butler, 1998; Tarrier i Calam, 2002; Johnstone i Dallos, 2014;

Bruch i Bond, 1998) dotyczą konceptualizacji przypadku jako procesu (występują takie określenia, jak narzędzie, uzyskiwanie, stosowanie), a pozostałe ujmują ją jako efekt (np. koncepcja, zbiór hipotez). Należałoby wobec tego dookreślić, czym postępowanie diagnostyczne różni się od konceptualizacji rozumianej jako proces. Diagnostowanie (w szerokim znaczeniu) realizuje się poprzez takie czynności poznawcze, jak: integrowanie informacji, podejmowanie decyzji, wykorzystywanie wiedzy i doświadczenia diagnosty, rozumowanie, wnioskowanie i uzasadnianie (Paluchowski, 2001). Tworzenie konceptualizacji również obejmuje wymienione procesy. Różnica polega na tym, że diagnostowanie może przebiegać w różnych kontekstach i nie zawsze celem tego postępowania jest sformułowanie wyjaśnienia i zaplanowanie interwencji. Natomiast tworzenie konceptualizacji przypadku odbywa się w określonym kontekście, jakim są najczęściej psychoterapia, psychologia kliniczna lub doradztwo (*counseling*), oraz jest wyznaczone bezpośrednio potrzebami interwencji (cecha definicyjna konceptualizacji). Diagnostowanie, jako proces formułowania pytań diagnostycznych, wyboru odpowiednich metod i narzędzi, zbierania, oceny i integracji danych, może być częścią szerszego procesu tworzenia konceptualizacji. To, co wykracza poza diagnostowanie i jest specyficzne dla konceptualizacji przypadku, to trzymanie się określonych ram, które nadają temu procesowi jasną strukturę (w zależności od modelu konceptualizacji). Ta struktura ma swoje odzwierciedlenie w efekcie końcowym (np. konceptualizacji w formie pisemnej). Tworzeniu konceptualizacji towarzyszą (w różnych proporcjach, w zależności od etapu tego procesu) takie działania psychoterapeuty lub psychologa, jak kierowanie i ocenianie, reagowanie na bieżący materiał, analiza własnej aktywności jako diagnosty (Cierpiałkowska, Soroko i Sęk, 2016b).

Rozróżnienie między diagnozą kategoryjną<sup>2</sup> (*categorical diagnosis*) a konceptualizacją przypadku dotyczy przede wszystkim funkcji, jakie pełnią. Diagnoza kategoryjna, oparta m.in. na systemach klasyfikacji zaburzeń DSM lub ICD, nie pozwala ustalić przyczyn zaburzeń oraz wskazać interwencji w odniesieniu do tych zaburzeń lub problemów, co do których ustalenie przyczyn jest niezbędne do podjęcia decyzji o interwencji (zaplanowaniu jej) (Macneil et al., 2012). W niektórych przypadkach można to dopiero stwierdzić, gdy nie działają tradycyjne sposoby leczenia/interwencji. W sytuacji, gdy samo ustalenie kategorii (jednostki) diagnostycznej nie wystarcza, żeby ustalić sposoby interwencji, istnieje potrzeba dokonania konceptualizacji przypadku. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń osobowości lub zaburzeń nastroju, psychoz, zaburzeń lękowych, które są wyjaśniane za pomocą takich czynników, jak doświadczenia z wczesnego dzieciństwa, trauma, style osobowości, rodzina, styl życia, stresory społeczne. Konceptualizacja określa nie tylko to, które czynniki miały wpływ na powstanie i utrzymywanie się zaburzeń, ale także

<sup>2</sup> Diagnoza kategoryjna bywa także przeciwstawiana diagnozie wymiarowej lub prototypowej (Westin, 2012).

jakie było znaczenie poszczególnych czynników (ich układ) i jak są one powiązane ze sobą oraz z problemem. Zestawienie pozostałych różnic między podejściem diagnostycznym, w którym poprzestaje się na postawieniu diagnozy kategoryjnej lub nozologicznej a konceptualizacją przypadku, znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1. Różnice między podejściem diagnostycznym a konceptualizacją przypadku

Podjęcie diagnostyczne	Konceptualizacja przypadku
Podjęcie fenomenologiczne (objawy)	Uwzględnia pojęcia z zakresu etiologii i fenomenologii
Zarezerwowane dla psychiatrów i psychologów	Nie jest ograniczona specjalizacją
Mniej spekulatywne	Bardziej spekulatywna
Łatwe do przekazania	Trudniejsza do przekazania
Bardziej stygmatyzujące	Mniej stygmatyzująca
Czasami skutkuje łączeniem (nie różnicowaniem) odmiennych przypadków	Traktuje indywidualnie każdego pacjenta i jego trudności
Sprzyja pomijaniu ważnych kontekstualnych lub historycznych informacji	Mniejsze prawdopodobieństwo pominięcia istotnych informacji związanych z kontekstem lub przeszłością
Czasem prowadzi do błędnych założeń dotyczących etiologii	Generuje sprawdzalne hipotezy na temat etiologii
Może pomóc w zdobyciu środków finansowych (instytucje zdrowia publicznego)	Nie pomaga w zdobyciu środków (instytucje zdrowia publicznego)

Źródło: Manassis (2015, s. 18).

Konceptualizacja przypadku uwzględnia szerszy zakres informacji niż diagnoza i daje potencjalnie większe możliwości pełniejszego zrozumienia trudności pacjenta. Zawiera analizę różnorodnych okoliczności przyczyniających się do wystąpienia u pacjenta określonych trudności oraz ich podłoża, a także szczegółowy opis towarzyszących im objawów. Zbiór hipotez jest dynamiczny, czyli może być modyfikowany i weryfikowany.

Analiza różnych definicji konceptualizacji przypadku pozwala wyłonić najważniejsze jej właściwości: ujmowanie problemów klienta oraz ich wyjaśnianie w terminach teorii psychologicznych, nadawanie struktury zgromadzonym informacjom diagnostycznym (zorganizowanej wokół interwencji) oraz dostarczanie wskazówek do podjęcia interwencji. Żadna z dostępnych definicji nie uwzględnia tych wszystkich elementów jednocześnie.

Do sformułowania pełniejszej definicji posłużę się, jako punktem wyjścia, definicją Eells (2010b): sformułowanie przypadku w psychoterapii to hipotezy na temat przyczyn, czynników wywołujących i podtrzymujących psychologiczne,

interpersonalne i behawioralne problemy jednostki. Dodając najważniejsze brakujące w tej definicji elementy, proponuję następującą definicję przyjętą w tej pracy:

**Konceptualizacja przypadku to uporządkowany zbiór hipotez wyjaśniających psychologiczne, behawioralne i interpersonalne problemy jednostki, obejmujących czynniki etiologiczne, predysponujące i podtrzymujące oraz mechanizmy przyczynowe, sformułowanych w języku psychologicznym, uzasadnionych w świetle teorii i zebranych danych empirycznych oraz stanowiących podstawę działań terapeutycznych.**

Hipotezy mają charakter operacyjny. Należy dodać, że nie jest to stały zbiór hipotez, bo podlega modyfikacji w toku procesu terapeutycznego. W literaturze określa się to mianem ponownego sformułowania (*re-formulation*) (Johnstone i Dallos, 2014). Autorzy twierdzą, że konceptualizacja przypadku, w porównaniu z diagnozą psychiatryczną, daje bardziej zindywidualizowane hipotezy, ale są one niepewne.

Choć jest wiele definicji konceptualizacji przypadku, występuje pewien konsensus co do jej celów i funkcji (Corrie i Lane, 2010; Bieling i Kuyken, 2003; Butler, 1998). Bezpośrednim celem tworzenia konceptualizacji jest sporządzenie planu odpowiednich strategii interwencji (także według ich kolejności). Ważne jest w tym kontekście określenie obszarów, w których przypadek jest nietypowy, i tego, w jaki sposób plan interwencji powinien być zmodyfikowany ze względu na nietypowe cechy klienta, a także ustalenie kryteriów osiągnięcia rezultatów (celu) w psychoterapii. Do celów pośrednich można z kolei zaliczyć:

- zidentyfikowanie kluczowych trudności oraz uszeregowanie problemów i trosk klienta według ich ważności,
- zidentyfikowanie wzorców reakcji i działań klienta,
- uściślenie kluczowych hipotez,
- odkrycie mocnych stron klienta.

Na podstawie opracowań Corrie i Lane'a (2010), Bielinga i Kuykena (2003) oraz Butler (1998) można wyróżnić następujące funkcje konceptualizacji:

1. Stwarza możliwość zorientowania się, jakich informacji o kliencie brakuje.
2. Pozwala zidentyfikować ważne pytania dotyczące klienta.
3. Ułatwia zrozumienie potrzeb klienta.
4. Stwarza możliwość zrozumienia związków pomiędzy przeszłością a terażniejszością klienta.
5. Dostarcza „mapy” obrazującej aspekty problemu klienta oraz czynniki przyczynowe i podtrzymujące ten problem.
6. Zapewnia włączenie zrozumienia kulturowego (*cultural understanding*).
7. Daje możliwość przewidzenia reakcji klienta na specyficzne interwencje.
8. Ułatwia predykcje w zakresie możliwych przeszkód w postępkach w psychoterapii.
9. Stanowi pomoc w znalezieniu odpowiednich konstruktów teoretycznych.

10. Minimalizuje błędy decyzyjne oraz zwiększa transparentność wyborów i decyzji.

Pierwsze dwie funkcje konceptualizacji (1–2) są związane ze wspomaganie procesu zbierania informacji diagnostycznych (ewentualne luki diagnostyczne i pytania). Kolejne cztery funkcje (3–6) wiążą się z lepszym rozumieniem klienta (jego potrzeb, historii życia i kontekstu kulturowego) dzięki konceptualizacji przypadku. To rozumienie nie tylko pomaga w planowaniu interwencji terapeutycznych, ale także sprzyja pozytywnemu nastawieniu terapeuty do klienta oraz tolerowaniu trudności, które mogą pojawić się w relacji terapeutycznej (Tarnowska, Kofta i Jedliński, 2015). Kolejne dwie funkcje (7–8) odnoszą się do interwencji. Kluczową funkcją konceptualizowania problemu pacjenta jest ustalenie wskazówek dla praktyki (Sturmei, 2009). Dzięki predykcjom dotyczącym etapu interwencji te wskazówki mogą być bardziej precyzyjne. Ostatnie dwie funkcje (9–10) są związane z poprawnością wnioskowania, która może być zapewniona dzięki odwoływaniu się do teorii (konstrukty teoretyczne) i konieczności uzasadniania hipotez.

Oprócz wymienionych funkcji tworzenie konceptualizacji może też spełniać funkcje niespecyficzne, takie jak umocnienie przymierza terapeutycznego, wzmacnianie u klienta nadziei (np. na zmianę) oraz poczucia sprawstwa. Użyteczność konceptualizacji dla procesu psychoterapeutycznego jest możliwa jedynie wówczas, gdy psychoterapeuta traktuje ją jako dynamiczny proces, a nie stały i niepodlegający modyfikacji zbiór hipotez.

## 1.2. PROCESY SKŁADOWE TWORZENIA KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Zubernis i Snyder (2016) prezentują trzy wzajemnie powiązane procesy prowadzące do utworzenia konceptualizacji przypadku: ocena (*evaluation*), organizacja (*organization*) i orientacja (*orientation*). Wprawdzie przedmiotem zainteresowania tych autorów jest opracowanie przypadku w doradztwie (*counselling*), jednak w obszarze psychoterapii mamy do czynienia z analogicznymi procesami. Ponadto jest to propozycja niezakorzeniona w żadnym nurcie teoretycznym. Należy podkreślić, iż omawiane dalej procesy nie stanowią chronologicznych etapów tworzenia konceptualizacji. Wprawdzie na początku najwięcej jest oceny diagnostycznej, co stopniowo ulega zmianie, to od początku równoległe ma miejsce proces orientacji. Warto zaznaczyć, że autorzy nie wyodrębniają procesu opisu stanu psychicznego i behawioralnego klienta, który poprzedza ocenę rozumianą jako klasyfikację rzeczywistości (funkcja ewaluatywna diagnozowania) (Cierpiałkowska, Soroko i Sęk, 2016a).

Pierwszy z wymienionych procesów (oceny) obejmuje ewaluację obserwowalnych zachowań klienta oraz symptomów związanych z prezentowanym problemem.

Na przykład można zauważyć, że klient doświadczający lęku ma trudności ze snem oraz przeżywa irracjonalne lęki połączone z pewnymi sytuacjami lub symptomami fizjologicznymi. Ocenie podlega także zazwyczaj kontekst sytuacyjny klienta (rodzina, praca, szkoła itp.). Do podstawowych elementów uwzględnianych w ramach diagnozy bio-psycho-społecznej i podlegających ocenie można zaliczyć (Zubernis i Snyder, 2016):

- sferę biologiczną (historia medyczna, genetyczne czynniki ryzyka, ogólny stan zdrowia, rozwój seksualny, nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych i inne),
- sferę psychologiczną (styl poznawczy, zachowania ryzykowne, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, przekonania, styl przywiązania, poziom inteligencji, samoskuteczność, poziom samooceny, tożsamość i inne),
- sferę społeczną (relacje z rodziną, relacje romantyczne i seksualne, umiejętności komunikacyjne, system wsparcia społecznego),
- sferę kulturową (identyfikacja kulturowa, religia lub zasoby duchowe i wierzenia, normy kulturowe i społeczne, akulturacja).

W nawiasach znajdują się przykładowe elementy szczegółowe, które bywają brane pod uwagę. To, na czym psychoterapeuta koncentruje swoją uwagę, jakich informacji poszukuje oraz za pomocą jakich kategorii pojęciowych je notuje, zależy w dużej mierze od podejścia teoretycznego, które przyjmuje, a co za tym idzie – także od modelu konceptualizacji. W ramach tego procesu, oprócz swobodnej rozmowy, wykorzystuje się czasami różne inne metody diagnostyczne, np. kwestionariusze.

Drugi proces składowy tworzenia konceptualizacji (proces organizacji) polega na porządkowaniu obserwacji i ocen diagnostycznych oraz formułowaniu hipotez dotyczących etiologii i mechanizmu utrzymywania się kluczowego problemu klienta (funkcja eksplanacyjna). Rozróżnia się centralne i peryferyjne informacje (w kontekście konceptualizacji), żeby móc podczas sesji skupić się głównie na obszarach związanych z kluczowym problemem klienta. Kolejne informacje powodują modyfikację poprzednich hipotez. Uwzględnia się m.in. kontekst kulturowy i socjologiczny, komunikację niewerbalną klienta oraz odczucia i emocje pojawiające się u diagnosty.

W ramach procesu orientacji psychoterapeuta posługuje się założeniami teoretycznymi do interpretacji tego, co dzieje się podczas sesji terapeutycznej oraz odwzorowania (*mapping*) problemów klienta. Założenia teoretyczne są wykorzystywane do interpretowania i analizy informacji pozyskanych od klienta oraz integracji własnych obserwacji terapeuty z ideami pochodzącymi z teorii. Chociaż intuicję diagnosty traktuje się zazwyczaj jako przydatną dla wnioskowania i generowania hipotez, to pojawiają się różne postulaty z nią związane, np. że powinna być ona oparta na empirycznie testowanych wzorcach rozumienia (Hoshmand, 1991, za: Zubernis i Snyder, 2016).

### 13. TYPY ROZUMOWAŃ W PROCESIE TWORZENIA KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Podczas tworzenia konceptualizacji przypadku zaangażowane są co najmniej dwa procesy myślowe: dedukcyjny oraz indukcyjny. Rozumowanie dedukcyjne ma miejsce wówczas, gdy psychoterapeuta wykorzystuje założenia i pojęcia z określonej teorii psychologicznej. Z kolei rozumowanie indukcyjne występuje podczas analizy informacji specyficznych dla klienta i dzięki temu procesowi wnioski ogólne (generalizacje) terapeuty są ugruntowane w danych (Dawson i Moghaddam, 2015). W literaturze poświęconej konceptualizacji można znaleźć wzmianki głównie o tych dwóch typach rozumowań, a nawiązania do trzeciego rodzaju, rozumowań abdukcyjnych, pojawiają się bardzo rzadko (Hallam, 2013; Vertue i Haig, za: Hallam, 2013).

Identyfikując dominujący typ rozumowania, jaki zachodzi w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku, można go z pewnością zaliczyć do rozumowań abdukcyjnych. Abdukcję definiuje się jako „rozumowanie, w którym dążymy do (najlepszego) wyjaśnienia zaskakujących zjawisk” (Urbański, 2009, s. 43). Do opisu procesu wyjaśniania abdukcyjnego w omawianym obszarze najbardziej adekwatny wydaje się model eksplanacyjno-koherencyjny. Przemawia za tym kilka argumentów związanych z cechami tego modelu oraz specyfiką kontekstu, jakim jest diagnozowanie w procesie psychoterapii.

Po pierwsze, w modelu eksplanacyjno-koherencyjnym, w odróżnieniu od modelu eksplanacyjno-dedukcyjnego, celem jest stworzenie możliwie adekwatnej charakterystyki rzeczywistego sposobu przeprowadzania rozumowań abdukcyjnych, uwzględniającego ich pragmatyczny kontekst (Urbański, 2009). W przypadku modelowania rozumowań przebiegających w procesie psychoterapii branie pod uwagę tego kontekstu jest bardzo ważne.

Po drugie, w ramach omawianego modelu dopuszcza się różne rodzaje eksplanacyjnego związku między zaskakującym zjawiskiem a hipotezą wyjaśniającą o charakterze abdukcyjnym, takie jak na przykład: wyjaśnienie teleologiczne, wyjaśnianie przyczynowe, wyjaśnianie indukcyjno-statystyczne (Urbański, 2009). Każdy z wymienionych rodzajów wyjaśnień może pojawić się w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku, co przemawia za większą przydatnością tego modelu w kontekście diagnostyki niż modelu eksplanacyjno-dedukcyjnego, bazującego tylko na wynikaniu logicznym. W ramach konceptualizacji przypadku dominują wprawdzie wyjaśnienia przyczynowe (np. wydarzenia z przeszłości jako źródło aktualnych problemów pacjenta), jednak pojawiają się też wyjaśnienia teleologiczne (np. poziom motywacji pacjenta do zmiany zachowania, w zależności od oczekiwanych efektów w przyszłości). Skoro nie mamy tu do czynienia z wynikaniem logicznym w ścisłym tego słowa znaczeniu, to pojawia się konieczność określenia

kryterium oceny hipotez. To, czym kierują się praktycy w ocenie swoich hipotez, można bezpośrednio odnieść do postulowanej w modelu eksplanacyjno-koherencyjnym koherencji. Kryterium koherencji jest spełnione, gdy występuje spójność wyjaśnianego zjawiska, hipotezy oraz teorii, na gruncie której została wygenerowana hipoteza abdukcyjna (Urbański, 2009). Na gruncie konceptualizacji ważna jest spójność wyjaśnianego zjawiska (np. zaskakującego wzorca zachowania pacjenta), hipotez wyjaśniających (np. wiążących informacje dotyczące historii życia pacjenta i jego cech osobowych z występującym u niego wzorcem zachowania) oraz teorii psychologicznej, która uzasadnia takie, a nie inne związki eksplanacyjne zawarte w hipotezach.

Po trzecie, w modelu eksplanacyjno-koherencyjnym zaskoczenie z punktu widzenia dotychczasowej wiedzy, będące elementem definicyjnym abdukcji, jest lokowane w konkretnym podmiocie poznającym (Urbański, 2009). Podczas generowania konceptualizacji przypadku rola, jaką przyjmuje psychoterapeuta (specjalista zajmujący się leczeniem problemów psychicznych), w dużym stopniu wyznacza to, które aspekty zaskakującego zjawiska weźmie on pod uwagę. W procesie tworzenia konceptualizacji przypadku podmiot poznający jest na tyle istotny, że pominięcie tego elementu uniemożliwiłoby adekwatne modelowanie. Ta ważność bierze się m.in. stąd, że na proces rozumowania mogą mieć wpływ cechy, preferencje, emocje i intuicje psychoterapeuty. Ponadto, zgodnie z założeniami tego modelu, przedmiotem wyjaśniania są dane istotne z punktu widzenia określonego podmiotu, a powodem przypisywania większej istotności mogą być emocje, jakie dane zjawisko wzbudza. Ścisłej rzecz ujmując, pojawienie się reakcji emocjonalnej na czynnik „poznawczo drażniący” może mieć wpływ na pobudzenie rozumowania abdukcyjnego (Gabbay i Woods, 2005b, za: Urbański, 2009, s. 62). Pozwala to lepiej zrozumieć procesy, jakie mogą zachodzić w przypadku psychoterapeuty, który odczuwa np. lekką irytację z powodu postawy bezradności pacjenta, co z kolei skłania go do intensywnego poszukiwania wyjaśnień takiej postawy (niezrozumiałej w pierwszej chwili, ze względu na dojrzały wiek pacjenta). Mocną stroną tego modelu jest to, że daje możliwość wzięcia pod uwagę wielu niuansów związanych ze specyfiką omawianego kontekstu rozumowania, jednak nie sposób uwzględnić ich wszystkich w konkretnych przykładach (przypadkach).

Na gruncie modelu eksplanacyjno-koherencyjnego naturalne jest utożsamienie abdukcji z wnioskowaniem do najlepszego wyjaśnienia (Lipton, 2004, za: Urbański, 2009). Ogólny schemat tak pojmowanego rozumowania abdukcyjnego przedstawia rycina 2.

Rozumowanie abdukcyjne odbywa się na gruncie konkretnych teorii.

Odnosząc ten schemat do konkretnego przykładu, będzie można wskazać, w pewnym zakresie, specyfikę rozumowania abdukcyjnego w kontekście psychoterapii. Opis przypadku (pana E) został dobrany w taki sposób, żeby konceptualizacja

D jest zbiorem informacji (faktów, obserwacji, danych).  
 H wyjaśnia D (wyjaśnialoby, gdyby było prawdziwe).  
 Żadna inna hipoteza nie wyjaśnia D równie dobrze jak H.

-----

Zatem H jest prawdopodobnie prawdziwe.

Rycina 2. Ogólny schemat rozumowania abdukcyjnego

Źródło: Urbański (2009, s. 47).

nie była zbyt złożona (Carey et al., 1984, za: Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 73). Na użytek niniejszych rozważań hipotezy zostały nieco zmodyfikowane. Brakujące informacje na temat hipotetycznego przebiegu rozumowania zostały zastąpione spekulacjami na ten temat.

Zbiór informacji diagnostycznych (danych z rozmowy) jest następujący: pan E ma 52 lata, skarży się na złe relacje z żoną, dziećmi i matką, czuje się krytykowany przez członków rodziny, jest niezadowolony z pracy, ma ruminacje dotyczące porażki w pracy i na studiach, przeżywa lęk w sytuacjach społecznych, był wychowywany przez matkę, którą określa jako kłótniwą, oraz przez dziadka, który był bardzo wymagający i kładł nacisk na odnoszenie sukcesów w życiu. Pan E był często krytykowany przez matkę, a w okresie wczesnoszkolnym miał wiele niepowodzeń w szkole związanych z nauką, często zmieniał miejsce pracy, raz został zwolniony z powodu nieadekwatnego zachowania. Nie są to surowe, nieprzetworzone dane, ponieważ niektóre informacje przekazywane przez pacjenta zostały zaliczone do ogólniejszych kategorii pojęciowych (np. nieadekwatne zachowanie, niepowodzenia szkolne). Tak przedstawione informacje można by dalej porządkować i grupować, wskazując np., które elementy zaliczają się do trudności pana E (złe relacje z rodziną, lęk w sytuacjach społecznych, nieadekwatne zachowanie), a które należą do czynników środowiskowych (krytyka ze strony matki, nadmierne wymagania ze strony dziadka). Pytanie wymagające wyjaśnienia może brzmieć np. tak: „Dlaczego pan E. zachowuje się w nieadekwatny sposób w relacjach z innymi?”. Można sobie wyobrazić, że takie pytanie mogło być efektem zaskoczenia, które było udziałem terapeuty w czasie rozmowy z panem E. Oznaczałoby to, że na gruncie swojej dotychczasowej wiedzy terapeuta nie był w stanie odpowiedzieć na pytanie o przyczyny nieadekwatnych zachowań pana E w relacjach społecznych, inaczej nie doszłoby do uruchomienia rozumowania abdukcyjnego.

Na podstawie dostępnych informacji o panu E oraz założeń wybranej teorii psychologicznej (w tym przypadku teorii społecznego uczenia się Bandury) psychoterapeuta postawił następujące hipotezy abdukcyjne:

Hipoteza 1. Pan E doświadczył krytyki jako dziecko oraz wysokich wymagań ze strony dziadka, co ukształtowało w nim wysokie standardy sukcesu i antycypację porażki.

Hipoteza 2. Wysokie standardy i antycypacja porażki doprowadziły pana E do nadwrażliwości na krytykę.

Hipoteza 3. Nadwrażliwość na krytykę jest powodem nieadekwatnych zachowań pana E.

Hipoteza 4. Nieadekwatne zachowania pana E mają na celu uzyskanie podziwu ze strony otoczenia.

Mamy tu do czynienia z łańcuchem przyczynowo-skutkowym, a nie odrębnymi hipotezami. Nie są to również hipotezy alternatywne względem siebie. Co więcej, można stwierdzić, że trzy pierwsze stanowią wyjaśnienia przyczynowe, a czwarta z nich odnosi się do wyjaśnienia teleologicznego. Skoro doszło do postawienia akurat tych hipotez, musiały one z jakiegoś powodu wydawać się terapeutcie lepsze od innych. Na przykład w stosunkowo prosty sposób wyjaśniały nieadekwatne zachowania pana E, nie były sprzeczne z dostępnymi informacjami na jego temat oraz można było je zweryfikować.

W omawianym przypadku kluczową kategorią wyjaśniającą jest silna nadwrażliwość pana E na krytykę. W kolejnym kroku postępowania miała miejsce weryfikacja hipotezy o nadwrażliwości. W tym celu przeprowadzono eksperyment kliniczny, z wykorzystaniem aparatury EMG do pomiaru autonomicznego pobudzenia mięśni. Zaprezentowano panu E bodźce, które, jak przypuszczano na podstawie konceptualizacji przypadku, mogą kojarzyć się mu z krytyką, oraz bodźce neutralne (np. figury geometryczne). Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę o silnej nadwrażliwości pana E na krytykę (zanotowano wzrost poziomu autonomicznego pobudzenia na bodźce związane z krytyką pośrednią i bezpośrednią). Na marginesie tych rozważań warto dodać, iż w praktyce psychoterapeutycznej tego typu eksperymenty kliniczne są rzadkością. Najczęściej podstawą do uznania danej hipotezy za potwierdzoną są dane z rozmowy psychologicznej lub ewentualnie wyniki badań kwestionariuszowych.

Na podstawie dotychczasowych ustaleń terapeuta mógłby uznać, iż zmniejszenie wrażliwości pana E na krytykę (w toku psychoterapii) może spowodować zmianę jego wzorca nieadekwatnych zachowań w relacjach społecznych. W związku z tym mógłby zaplanować zastosowanie treningu potrzebnych umiejętności (np. relaksacji, kontroli, niepokoju). Dopiero ocena skuteczności tych interwencji (efekt w postaci obniżenia poziomu wrażliwości na krytykę oraz zmiany wzorca zachowań w relacjach interpersonalnych na bardziej adekwatny) stanowiłaby ostateczne potwierdzenie zasadności postawionych hipotez.

Powyższa próba zrekonstruowania przebiegu rozumowania abdukcyjnego w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku pozwala uchwycić jego specyficz-

ne właściwości, często pomijane w rozważaniach na temat natury konceptualizacji. Ważną właściwością rozumowania abdukcyjnego w omawianym kontekście jest to, że wyjaśniany jest cały układ danych odnoszących się do pacjenta, a nie tylko pojedynczy fakt. Efektem procesu rozumowania jest zrozumienie mechanizmu przyczynowego, czyli wzajemnych powiązań między różnymi czynnikami (przyczynowymi i stabilizującymi) a fenomenami klinicznymi. Tym, co dostarcza wyjaśnienia wzorca (układu) danych, jest wybrana przez terapeutę teoria psychologiczna. Reprezentacja hipotez w konceptualizacji przypadku jest głównie zdaniowa (tak było np. w omawianym przykładzie). Druga kwestia to wpływ czynników związanych z podmiotem poznającym (psychoterapeutą), który ujawnia się właściwie na każdym etapie rozumowania. Na przykład w zależności od preferowanego podejścia psychoterapeutycznego różne elementy w obrazie pacjenta będą dla terapeutów zaskakujące (na etapie pobudzenia rozumowania abdukcyjnego i formułowania pytań do wyjaśnienia) i różne fakty z historii życia będą przyciągać ich uwagę (na etapie zbierania informacji diagnostycznych i stawiania hipotez). Chociaż orientacja teoretyczna kształtuje rozumowanie abdukcyjne, to poszczególni terapeuci nie traktują najprawdopodobniej swoich konceptualizacji jako alternatywnych wobec innych (powstałych na bazie innych teorii). Zmniejszałoby to bowiem ich pewność, że utworzona przez nich konceptualizacja pasuje do zbioru danych bardziej niż jakakolwiek alternatywa. Terapeuta rozpatruje jedynie te hipotezy alternatywne, które są możliwe na gruncie podejścia terapeutycznego, jakie przyjmuje.

Analizowany w tym podrozdziale przykład nie pokazał wszystkich niuansów związanych z rozumowaniem abdukcyjnym na gruncie psychoterapii. Należałoby np. dodać, iż wśród danych będących podstawą wnioskowania abdukcyjnego mogą znaleźć się także odczucia i emocje terapeuty pojawiające się podczas sesji terapeutycznej. Poza tym na gruncie eksplanacyjno-koherencyjnego modelu rozumowania abdukcyjnego zdaje się brakować narzędzi różnicowania między czynnikami wywołującymi a czynnikami podtrzymującymi problem (fenomen kliniczny). Potraktowanie czynników podtrzymujących (stabilizujących) jako przyczyn nie jest do końca precyzyjne.

#### 1.4. JAKOŚĆ KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Faktem jest, że wielu autorów (np. Denman, 1995; Peebles-Kleiger, 2002) traktuje konceptualizację przypadku, przynajmniej w pewnym zakresie, jako formę sztuki (*art form*), w której niezwykle ważna jest kreatywność psychoterapeuty. Inni autorzy (np. Bieling i Kuyken, 2003; Cullen i Combes, 2006) kładą z kolei nacisk na empiryzm (*empiricism*). W ramach tego drugiego podejścia postuluje się, żeby proces tworzenia konceptualizacji bazował zawsze na teorii poznawczej, która jest

testowalna empirycznie (Beck, 1967; Mumma, 1998). Argumentuje się to w ten sposób, że wykorzystanie testowalnej teorii może zwiększać trafność empiryczną konceptualizacji oraz umożliwiać badanie konstruktów psychologicznych, które zawiera. Wiąże się z tym także kwestia badania jakości samej konceptualizacji przypadku. W tym zakresie pojawiło się co najmniej kilka propozycji, m.in.: „5 testów sformułowania” (Persons, 1989), „10-punktowy test dobrego sformułowania” (Lane, 1990), „10 testów do walidacji sformułowania przypadku” (Mumma, 1998). Nie wiadomo jednak, czy w praktyce są one wykorzystywane.

Oceniając całościowo konceptualizację przypadku, wyróżnia się następujące kryteria jakości (Strupp, 1955, 1958, za: Eells et al., 2005; Sherwood, 1969, za: Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008):

- zakres (kompletność) interpretacji (*comprehensiveness*) – liczba ważnych kategorii wykorzystanych do sformułowania przypadku (w odniesieniu do konkretnego przypadku);
- złożoność (*complexity*) – integrowanie kilku aspektów problemu lub funkcjonowania osoby; bardzo złożone konceptualizacje integrują kilka aspektów problemu i funkcjonowania osoby; mała złożoność oznacza rozważanie tylko jednego wymiaru z wymienionych;
- spójność (*coherence*) – wewnętrzna zgodność twierdzeń o jednostce; ocena, czy konceptualizacja przypadku może być podsumowana w krótkim i sensownym zdaniu.

W praktyce łatwiej jest określić zakres i złożoność konkretnej konceptualizacji przypadku niż jej spójność. Lepsze zrozumienie tego, na czym polega koherencja, daje sięgnięcie do ustaleń na ten temat w obszarze logiki (por. punkt 1.3.).

Oprócz tych trzech kryteriów jakości konceptualizacji przypadku można oceniać także jej trafność (*accuracy*), czyli stopień podobieństwa konceptualizacji przypadku, utworzonego przez psychologa, do stanu faktycznego (uwarunkowania problemów opisanej osoby, mechanizm psychologiczny itp.). W kontekście, w jakim pisze się o konceptualizacji, podstawowym kryterium trafności jest najczęściej jej użyteczność w praktyce terapeutycznej. Opierając się na badaniach nad podejściem poznawczo-behawioralnym, Bieling i Kuyken (2003) argumentują, że nie można mieć pewności w zakresie jakiegokolwiek sformułowania przypadku. Podobną tezę wyraża Butler (1998), który twierdzi, że konceptualizacja nie może być w 100% trafna (*accurate*) i kompletna. Jego zdaniem, powodem jest to, że sformułowanie nie koncentruje się na udzielaniu odpowiedzi, ale raczej na generowaniu pytań i idei, które potencjalnie mogą przysłużyć się większej efektywności pracy z klientem. Niektórzy autorzy (np. Adams, 2004) sugerują, iż sprawdzanie efektywności konceptualizacji powinno koncentrować się na właściwościach istotnych pytań (*powerful questions*) i sposobie, w jaki można je wykorzystać do inicjowania pożądanых zmian. Bardziej adekwatnym kryterium dobrej konceptualizacji może być

zatem użyteczność (odpowiedź klienta na czynniki wywołujące zmianę) niż trafność (Corrie i Lane, 2010). Przyjmując jednak to kryterium, nie ma możliwości oceny konceptualizacji przed wprowadzeniem wniosków z niej płynących do praktyki. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem jest przyjmowanie kilku kryteriów, w tym takich, które odnoszą się do momentu, w którym konceptualizacja nie została jeszcze zweryfikowana w praktyce.

Jakości konceptualizacji przypadku może też sprzyjać stosowanie konceptualizacji wielomodelowych, ze względu na minimalizowanie stosowania błędów poznawczych i heurystyk (Słysz, 2015). Jeśli dodamy do tego to, co wiadomo o niektórych błędach/tendencjach (*biases*) w profesjonalnym podejmowaniu decyzji (Lane i Corrie, 2006), nie jest łatwo mieć pewność w zakresie wygenerowanego sformułowania przypadku, nawet gdy zadanie wykonują doświadczeni praktycy.

Warto na koniec zwrócić uwagę na różne warunki, które powinny być spełnione, żeby konceptualizacja dobrze spełniła swoją funkcję. Po pierwsze, sformułowanie powinno zawierać wystarczająco dużo szczegółów, żeby ukierunkować interwencję, ale nie więcej niż potrzeba (Persons, 2012; Thompkins, 2007, za: Sturmey, 2009). Tym, co wyznacza, ile szczegółów powinna zawierać konkretna konceptualizacja przypadku, jest cel. Według Hunsley i Mash (2010) szczegóły są o tyle wystarczające, o ile na ich podstawie można sformułować propozycje interwencji/lечения pacjenta. Po drugie, psychoterapeuta tworząc struktury wyjaśniające (*explanatory structures*) lub heurystyki dla zrozumienia problemów pacjenta, nie powinien poszukiwać selektywnie dowodów na ich poparcie, ale sprawdzać krytycznie, czy te heurystyki i hipotezy nie są błędne (Needleman, 1999). W praktyce terapeutycznej jest też wiele zewnętrznych czynników, które mogą mieć wpływ na jakość konceptualizacji przypadku, np. presja czasu czy dostęp do dobrej (jakościowo) superwizji.

## 1.5. RODZAJE KONCEPTUALIZACJI

Dotychczas powstało wiele koncepcji konceptualizacji przypadku. Autorzy podręczników poświęconych temu zagadnieniu zwykle jasno określają, jaki rodzaj konceptualizacji prezentują. Każdą koncepcję można sklasyfikować ze względu na jej rodzaj, biorąc pod uwagę sześć możliwych podziałów (Johnstone et al., 2011), które zostaną omówione poniżej.

**Pierwszy podział na rodzaje sformułowań przypadku obejmuje częściowe (*partial*) versus pełne (*full*) konceptualizacje.** Traktowanie danej konceptualizacji przypadku jako częściowej oznacza branie pod uwagę możliwości ponownego sformułowania (*re-formulation*), które pozwala zawrzeć nowe informacje i wglądy pacjenta. W tym sensie każde sformułowanie jest częściowe i dynamiczne. Takie podejście występuje np. w konceptualizacjach opartych na teorii poznawczo-beha-

wioralnej. Konceptualizację sprowadza się do sekwencji opisowych podsumowań, między którymi zbiera się więcej informacji (Kuyken et al., 2009; Persons, 2012). Nie zawsze terapeuci dążą do pełnej konceptualizacji. Na przykład doświadczony psychoterapeuta może odkryć, że proste sformułowanie przypadku w postaci diagramu (np. obrazującego, w jaki sposób automatyczne myśli wywołują lęk, który z kolei prowadzi do unikania) często bardziej niż złożone opisy sprawdza się w codziennej praktyce psychoterapeutycznej. Pełne konceptualizacje powstają najczęściej w kontekście edukacyjnym, a nie praktycznym. Na przykład podczas zajęć z diagnozy, których elementem jest opracowanie przypadku.

**Drugi podział odnosi się do konceptualizacji skoncentrowanych na osobie (*person-centred formulation*) versus konceptualizacji specyficznych dla problemu (*problem-specific formulation*).** Konceptualizacja skoncentrowana na osobie jest bardziej zindywidualizowana (idiograficzna) i pozwala określić trudne doświadczenia życiowe danej osoby. Przykładem może być tzw. strategiczne sformułowanie (*strategic formulation*) wyróżnione przez Corrie i Lane (2010), które jest ukierunkowane na perspektywę przyszłości. Praktycy przyjmujący to podejście opierają się na ideach zaczerpniętych z teorii systemowej oraz koncepcji terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, które kwestionują tradycyjne modele terapeutyczne zorientowane na problem. Z kolei sformułowanie „specyficzne dla problemu” stosuje się szczególnie w przypadku mniej złożonych trudności. Przykładem mogą być konceptualizacje specyficzne dla poszczególnych zaburzeń, w których wykorzystuje się specjalne narzędzia diagnostyczne (np. Butcher i Perry, 2008) lub protokoły CBT opracowane pod kątem typowych procesów poznawczych w przypadku lęku, depresji, zaburzeń osobowości, PTSD, psychoz i innych (np. Ehlers et al., 2004; Wells, 2010). Jako jedną z wersji konceptualizacji zorientowanej na problem można też potraktować perspektywę medyczną opisaną przez Corrie i Lane (2010). To podejście jest najwcześniejsze historycznie i ma stosunkowo długą historię w psychologii. Opracowanie przypadku powstaje na bazie diagnostycznych klasyfikacji zaburzeń (DSM-IV lub ICD-10) i polega na tworzeniu profilu diagnostycznego klienta. Wyzwaniem dla ekspertów posługujących się modelem medycznym w klasyfikacji zaburzeń i planowaniu interwencji jest znalezienie sposobu na włączenie do konceptualizacji idiosynkratycznej historii klienta. W odniesieniu do perspektywy medycznej można mieć wątpliwość, czy mamy do czynienia jeszcze z konceptualizacją przypadku. Status konceptualizacji może być zachowany jedynie wówczas, gdy diagnoza różnicowa jest tylko jednym z elementów konceptualizacji, a dodatkowo pokazuje się uwarunkowania zaburzeń.

**Trzeci podział sprowadza się do wyróżnienia konceptualizacji wielomodelowych (*multiple-model formulation*) versus jednomodelowych (*single-model formulation*).** Choć nie wszyscy terapeuci deklarują, że tworzą konceptualizacje (dotyczy to np. terapii skoncentrowanych na osobie i terapii narracyjnych), jest to kluczowy

element głównych nurtów terapii, w ramach których pracują psychoterapeuci: poznawczo-behawioralnego, systemowego, psychodynamicznego i poznawczej terapii analitycznej. Wszystkie wymienione podejścia opierają się w swoich konceptualizacjach na szczególnym zestawie pojęć (*concepts*). Coraz większą popularnością wśród praktyków cieszą się konceptualizacje transteoretyczne, czyli opierające się na więcej niż jednym modelu teoretycznym (Beutler et al., 2004; Ingram, 2006; Prochaska i Norcross, 2006).

**Czwarty podział sprowadza się do opozycji między konceptualizacjami opartymi na liście czynników (*list-of-factors formulation*) versus bazującymi na osobistym znaczeniu (*personal-meaning formulation*).** Do przykładów konceptualizacji opartych na liście czynników można zaliczyć m.in.: koncepcję Weerasekera (1996) zawierającą listę czynników biologicznych, społecznych, interpersonalnych i innych, schemat PPPP (predyzpozycje – ang. *predisposing*, czynniki wywołujące – ang. *precipitating*, czynniki podtrzymujące – ang. *perpetuating*, czynniki ochronne – ang. *protective*) oraz koncepcję Barbary Ingram (2006), która zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części książki. Jak zwracają uwagę niektórzy autorzy (Johnstone et al., 2011), to podejście może skutkować łączeniem niekompatybilnych modeli teoretycznych. Wybór różnych modeli teoretycznych i integracja założeń na użytek stworzenia spójnej konceptualizacji przypadku są możliwe, ale wymaga to pogłębionej refleksji. Zgodnie z drugim podejściem, opartym na osobistym znaczeniu, przyjmuje się, iż wpływ trudnych warunków lub wydarzeń życiowych jest zapośredniczony przez to, jakie znaczenie nadaje im dana osoba (Kinderman et al., 2008). W myśl tego podejścia analiza samych czynników przyczynowych, w oderwaniu od osobistych znaczeń, nie dostarcza wystarczających wyjaśnień na gruncie konceptualizacji przypadku.

**Piąty podział obejmuje podejście odgórne/zstępujące (*top-down*) versus podejście oddolne/wstępujące (*bottom-up*)** (Bieling i Kuyken, 2003). Zgodnie z pierwszym podejściem tworzenie konceptualizacji jest ukierunkowane przez teorię, która służy do nadawania struktury zrozumieniu problemów klienta. Polega na przechodzeniu od wniosków wyprowadzonych z teorii lub wyników badań naukowych do pojedynczego przypadku (*single case*). Założenia teoretyczne wpływają na wyszukiwanie informacji i stanowią swoiste „soczewki interpretacyjne” (*interpretative lens*), przez które postrzega się historię klienta. Przykładem może być konceptualizacja przyjmująca perspektywę narracyjną (według Corrie i Lane, 2010). Konceptualizacja jest w tym ujęciu traktowana jako historia zorientowana na teorię (*theoretically-driven story*). W ramach tej perspektywy ważne jest, żeby praktycy preferujący daną teorię psychologiczną określili, jak przyjmowane przez nich założenia ukierunkowują sposób tworzenia konceptualizacji przypadku. Teorie usankcjonowane przez ekspertów wyznaczają przede wszystkim to, gdzie lokuje się źródło zmiany. Problem, jaki wiąże się z przyjmowaniem określonej perspektywy

teoretycznej, polega na tym, że terapeuci mogą przeoczyć niektóre aspekty historii klienta, pomijane lub marginalizowane na gruncie tej teorii. Drugie, przeciwstawne podejście (oddolne), jest ukierunkowane na dane (*data-driven approach*). Sprowadza się do podjęcia próby stworzenia rzetelnej i trafnej konceptualizacji przypadku, uwzględniającej problemy prezentowane przez klienta. Praktycy wracają do teorii wówczas, gdy staje się ona niezbędna do pogłębienia zrozumienia klienta. W ten sposób realizuje się np. perspektywę „naukowca praktyka” (Corrie i Lane, 2010). Tworzenie konceptualizacji postrzega się tu przede wszystkim jako naukowe lub empiryczne przedsięwzięcie. Istotne jest formułowanie i testowanie hipotez, żeby otrzymać trafne i użyteczne praktycznie wyjaśnienie zachowań klienta. W ramach tej perspektywy kryterium użyteczności zdaje się ważniejsze niż kryterium trafności.

Do pięciu aspektów wyodrębnionych przez Johnstone i in. (2011) można by dodać jeszcze jeden, który określę jako **podejście jednostronne do konceptualizacji versus podejście oparte na współpracy** (*collaborative*). Podejście jednostronne oznacza w tym kontekście tworzenie konceptualizacji głównie przez jedną osobę (terapeutę). Pacjent dostarcza jedynie informacji, na podstawie których terapeuta stara się zrozumieć, na czym polega kluczowy problem pacjenta, co do niego doprowadziło i jakie podjąć interwencje terapeutyczne. Wpływ pacjenta na proces tworzenia konceptualizacji jest minimalny, dopiero na etapie komunikowania efektu końcowego może się do tego ustosunkować. Zupełnie inaczej jest w przypadku podejścia opartego na współpracy. W tworzeniu konceptualizacji przypadku uczestniczą aktywnie dwie strony: psychoterapeuta oraz klient. W praktyce oznacza to, że terapeuta dzieli się swoimi bieżącymi przemyśleniami z klientem i pyta go o opinię. W literaturze można znaleźć taki przykład pytania zadanego przez terapeutę podczas sesji: „Zastanawiam się, czy bardziej sensowne jest zrozumienie twojego lęku w kontekście doświadczeń z dzieciństwa, czy predyspozycji biologicznych?” (Cooper et al., 2016, s. 46). W myśl tego podejścia konceptualizacja powstaje w dialogu.

Warto w tym miejscu dodać, że nie zawsze można jednoznacznie zaklasyfikować daną propozycję konceptualizacji do jednego z dwóch rodzajów (z pary), bo niektóre z nich stanowią przeciwstawne krańce tego samego kontinuum i można mówić o pewnym nasileniu charakterystycznych cech. W przypadku trzech z opisanych podziałów (częściowe versus pełne konceptualizacje; konceptualizacje wielomodelowe versus jednomodelowe; podejście jednostronne do konceptualizacji versus oparte na współpracy) mamy do czynienia bardziej z ujęciem dymensjonalnym niż kategoryalnym.

Opisany podział na rodzaje konceptualizacji posłuży w następnym rozdziale do opisu pięciu głównych modeli konceptualizacji przypadku.



## Rozdział 2

# Modele konceptualizacji przypadku

W literaturze podkreśla się (np. Butler, 1998; Goldfried, 1995), że między konceptualizacjami przypadku w poszczególnych nurtach teoretycznych występuje więcej podobieństw niż różnic i postuluje się tworzenie modeli niezależnych od teorii. Podobieństwa dotyczą przede wszystkim strony formalnej tworzenia konceptualizacji i jej ogólnej struktury. Badania empiryczne prowadzone nad metodami konstrukcji sformułowania przypadku używanymi przez klinicystów pozwoliły na wyłonienie czterech sfer, co do których wystąpił znaczny konsensus (Eells, Kendjelic i Lucas, 1998): symptomy i problemy, stresory i wydarzenia spustowe (*precipitating*), wydarzenia życiowe i czynniki predysponujące do stresu (*predisposing*), mechanizm, który łączy wszystkie kategorie ze sobą i wyjaśnia indywidualne problemy. Nawet wówczas, gdy elementy składowe wykorzystywane do budowania wyjaśnień są podobne, to założenia dotyczące powiązań między nimi bywają różne (czasami nawet sprzeczne), co utrudnia lub nawet uniemożliwia stworzenie zunifikowanego modelu konceptualizacji. Teoria ukierunkowuje diagnozowanie (*assessment*) na informacje specyficzne dla danego przypadku, a informacje o przypadku wyznaczają sposób, w jaki teoria jest wykorzystywana. Abstrahując od teorii, można jedynie opisywać najbardziej ogólny i niekompletny model konceptualizacji przypadku. Aby opisać go bardziej szczegółowo, niezbędne jest sięgnięcie do zaplecza konkretnych koncepcji teoretycznych. Ramy teoretyczne są nieodłącznym elementem konceptualizacji przypadku.

Różnica między podejściami teoretycznymi polega przede wszystkim na tym, do których kategorii przywiązuje się największą wagę: myśli, uczuć czy zachowań klienta, a także czy i w jakim stopniu uwzględnia się kontekst rodzinny, społeczny czy kulturowy do rozumienia jego trudności. Kolejnym kryterium różnicującym może być rozumienie przyczynowości (Persons, 2012). Podejścia linearne skupiają się na wyjaśnianiu przyczynowo-skutkowym (główne źródła skutków), a podejścia cyrkularne dostrzegają złożoność uwarunkowań i skutków (Cierpialkowska i Czała, 2016). Zauważanie złożoności wyraża się w przyjmowaniu, iż ten sam skutek

może wynikać z różnych przyczyn (zasada ekwifinalności) oraz jedna przyczyna może wywoływać wiele różnych rezultatów (zasada ekwipotencjalności).

Teorie i modele psychologiczne można więc rozumieć jako ramy dla spójnego wyjaśnienia, które praktycy stosują w celu ukierunkowania praktyki. Jest ogromna liczba takich teorii, choć większość z nich przynależy źródłowo do jednej z trzech „sił” w psychologii: behawioryzmu (później podejście poznawczo-behawioralne), psychoanalizy i humanizmu (Corrie i Lane, 2010).

W tym rozdziale zostaną zrekonstruowane i opisane modele konceptualizacji w ramach czterech głównych nurtów teoretycznych w psychoterapii: psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego, humanistycznego oraz systemowego. Ten podział dotyczy systemów psychoterapeutycznych (Cierpiałkowska i Czabała, 2016). Podczas gdy w podejściu poznawczo-behawioralnym występują jasne reguły konceptualizacji przypadku pacjenta, to w pozostałych podejściach informacje na temat procedury konceptualizacji są nieujednolicone (jak w podejściu psychodynamicznym) lub znikome (jak w podejściu humanistycznym). Osobny podrozdział zostanie poświęcony koncepcji integracyjnej konceptualizacji przypadku według Ingram (2011), wraz z zestawieniem pozytywnych i negatywnych stron tej koncepcji. W końcowej części zostaną przedstawione podobieństwa i różnice między poszczególnymi modelami.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż oprócz modeli konceptualizacji zakorzenionych w poszczególnych nurtach psychoterapii wypracowano także na gruncie psychoterapii modele ateoretyczne, np. „Metoda opracowania planu” (*The Plan Formulation Method*; PFM) (Curtis i Silberschatz, 2010) czy „Analiza planu” (*Plan Analysis*) (Caspar, 2010).

Pokazując specyfikę konceptualizacji w podstawowych podejściach terapeutycznych, uwzględnij trzy podstawowe składowe każdego modelu: zasady dotyczące zbierania informacji diagnostycznych (*assessment*), podstawowe kategorie pojęciowe oraz ogólne założenia dotyczące oddziaływań terapeutycznych. Ponadto scharakteryzuj każdy model pod kątem aspektów wyróżnionych w rozdziale 1.

## 2.1. MODEL POZNAWCZO-BEHAWIORALNY KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Do psychoterapii poznawczo-behawioralnych (*Cognitive-Behavioral Therapy*; CBT) zalicza się różne formy terapii, w których wykorzystuje się metody poznawcze i behawioralne w różnych proporcjach (Popiel i Pragłowska, 2008). Te proporcje ulegały zmianie w czasie. Na przykład najnowsza generacja (określana mianem trzeciej) terapii behawioralnych opiera się głównie na klasycznym modelu związku

bodziec – reakcja oraz włącza elementy analizy funkcjonalnej, konceptualizacji zachowania omawianej z pacjentem i analizy behawioralnej relacji terapeutycznej.

Podejście to jest chronologicznie młodsze niż podejście psychodynamiczne, jednak pierwsze systematyczne opracowania przypadku określane tym mianem powstały właśnie na gruncie psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Biorąc pod uwagę ten fakt, omówię w pierwszej kolejności model poznawczo-behawioralny konceptualizacji jako prekursorski w obszarze tworzenia założeń dotyczących opracowania przypadku.

Do przykładów konkretnych modeli wpisujących się w to podejście można zaliczyć m.in.: model podatności na stres (*Stress-Vulnerability Model*; Zubin i Spring, 1977), model „ABC” Ellisa (Ellis, 1977, 1997), model terapii opartej na akceptacji i zaangażowaniu (Hayes, Follette, Linehan, 2004, za: Popiel i Pragłowska, 2008), model terapii zorientowanej na schematy (Young, Klosko i Weishaar, 2014). Model „ABC” uwzględnia trzy główne składowe: zdarzenie aktywujące (*activating event*), interpretację zdarzenia (*interpretation events*), przekonania (*beliefs*) i konsekwencje emocjonalne (*emotional consequences*). Specyficzne dla tego modelu jest skupianie się na symptomach i traktowanie ich jako wyznaczników wyboru sposobu i czasu trwania interwencji terapeutycznych. Terapia schematów i terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu wykraczają poza tradycyjne ramy terapii poznawczo-behawioralnej.

Na gruncie psychoterapii poznawczo-behawioralnej przyjmuje się ogólną definicję konceptualizacji przypadku: „Określenie problemu pacjenta w świetle mechanizmów jego funkcjonowania w języku danej teorii” (Popiel i Pragłowska, 2008, s. 85). Charakterystyczne dla tego podejścia jest traktowanie konceptualizacji jako modelu funkcjonowania psychicznego konkretnego pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem zgłaszanego problemu. Czyni się analogię między ogólnymi modelami funkcjonowania człowieka a modelem tworzonym w ramach konceptualizacji (podobieństwo dotyczy przede wszystkim struktury).

W terapii poznawczo-behawioralnej konceptualizacja przypadku opiera się głównie na poznawczym modelu zaburzeń emocjonalnych, rozwijanym przez Aarona Becka (1979). Konceptualizacja w tym ujęciu koncentruje się na sferze poznawczej klienta i na tym, jak ta sfera wpływa na zachowanie, fizjologię i emocje. Terapeuta stawia hipotezy dotyczące mechanizmów poznawczych, które przyczyniają się do problemów pacjenta, oraz środowiskowych czynników wyzwalających (*triggers*) i czynników podtrzymujących te problemy. Opisywane mechanizmy uwzględniają zniekształcenia poznawcze, negatywne myśli lub nieadaptacyjne schematy. Poznawczy model konceptualizacji przypadku zakłada, że zaburzone lub dysfunkcyjne myślenie, które wpływa na nastrój i zachowanie klienta, stanowi wspólny mianownik dla wszystkich zaburzeń psychicznych.

Konceptualizacja przypadku jest traktowana w omawianym podejściu jako istotny element (pierwszy etap) właściwej terapii. Jest przeprowadzana głównie podczas początkowych sesji terapeutycznych (wstępna konceptualizacja), ale trwa właściwie do końca trwania terapii (w coraz mniejszym stopniu) (Wells, 2010; Popiel i Pragłowska, 2008). Popiel i Pragłowska (2008, s. 92) wskazują na dwa poziomy konceptualizacji, wyodrębnione ze względu na pytania, na które udziela się odpowiedzi na danym poziomie. Pierwszy odnosi się do pytania „Jak to się dzieje, że pacjent nie rozwiązał problemu – w jaki sposób jest on podtrzymywany?”, a drugi wiąże się z pytaniem „Dlaczego doszło do powstania problemu?”.

Diagnozowanie (*assessment*), rozumiane jako proces zbierania informacji m.in. na użytek konceptualizacji, koncentruje się wokół zachowań pacjenta oraz relacji funkcjonalnych (*functional*) między środowiskiem a zachowaniem. Ponadto terapeuta identyfikuje błędne wzorce myślenia, przekonania, atrybucje, percepcje i inne błędne procesy poznawcze. Celem zebrania potrzebnych informacji stosuje się takie metody, jak wywiad z klientem, kwestionariusze do pomiaru atrybucji i myślenia, eksperymenty behawioralne mające na celu dyskonfirmację błędów myślenia (Sturmei, 2009). Terapeuta identyfikuje, na podstawie wypowiedzi pacjenta, jego automatyczne myśli i przekonania (Zubernis i Snyder, 2016). Dane samoopisowe uważa się w tym podejściu za niewystarczające.

Przykładem specjalnego arkusza, który bywa wykorzystywany w praktyce, jest Arkusz Studium Przypadku i Konceptualizacji Poznawczej zawierający 8 obszarów (Beck et al., 2007):

- dane demograficzne dotyczące pacjenta (płeć, wiek, religia, status zawodowy, status małżeński i inne ważne informacje);
- diagnoza nozologiczna (oparta na 5 osiach wyróżnionych w DSM-IV, syndromy kliniczne oraz zaburzenia rozwojowe);
- wyniki badań kwestionariuszowych i testowych (np. Skala Depresji Becka: nasilenie objawów depresji, Ocena ryzyka samobójstwa);
- aktualne problemy i radzenie sobie z nimi;
- profil rozwojowy (historia relacji społecznych, w tym relacji z rodzeństwem, rówieśnikami i osobami znaczącymi w cyklu życia, historia problemów zdrowotnych, przebieg rozwoju zawodowego, ważne wydarzenia życiowe, zdarzenia traumatyczne);
- profil poznawczy pacjenta (sposób poznawczego opracowywania informacji, przekonania podstawowe, typowe sytuacje wywołujące automatyczne myśli oraz emocje);
- integracja i konceptualizacja profilu poznawczego i rozwojowego, uwzględniająca stworzony przez pacjenta obraz siebie i innych; hipotezy na temat powiązań między wydarzeniami życiowymi a wzorcami poznawczymi oraz strategiami radzenia sobie;

- implikacje dla terapii (wstępna podatność pacjenta na interwencje poznawcze, motywacja, przewidywane trudności w terapii po stronie pacjenta).

Dynamika zbierania informacji potrzebnych do wypełnienia ogólnego schematu i stworzenia zindywidualizowanej mapy przedstawia się tak, że najpierw terapeuta pyta o sytuacje, w których pacjent czuł przygnębienie lub niepokój, a następnie ustala (za pomocą pytań wprost) najważniejsze myśli automatyczne, ich znaczenie dla pacjenta, emocje i ewentualne zachowanie. Dopiero później zadaje się pytania pozwalające ustalić kluczowe przekonanie leżące u podłoża automatycznych myśli (występuje logiczne powiązanie między nimi) oraz doświadczenia z przeszłości, które przyczyniły się do powstania tych kluczowych przekonań (Beck, 2012). U podłoża takiego powstępowania tkwi założenie, że terapeuta jest w stanie dotrzeć do przekonań kluczowych i ich źródeł.

Można wymienić następujące kategorie psychologiczne, którymi posługują się psychoterapeuci poznawczo-behawioralni: zachowania, myśli, emocje, wzory błędnego myślenia (atrybucje, negatywne myśli automatyczne), struktury poznawcze jako przyczyny prezentowanego problemu (Sturmeij, 2009). Wśród czynników uważanych za główne przyczyny zachowania wymienia się przede wszystkim bodźce zewnętrzne. Nieadaptacyjne wzorce myślenia mogą być wynikiem uczenia się lub stresujących wydarzeń życiowych. Rozważając rolę historii życia klienta, można jednoznacznie stwierdzić, że jest ona uwzględniana w konceptualizacji w minimalnym stopniu, czyli w zakresie historii uczenia się wzorców myślenia i zachowania. Wyuczenie może nastąpić także we wczesnym okresie życia. Historia uwarunkowań środowiskowych jest traktowana jako mniej ważna niż aktualne środowisko, ponieważ tylko bieżące środowisko może podlegać modyfikacji, a w konsekwencji prowadzić do zmiany zachowania (Sturmeij, 2009).

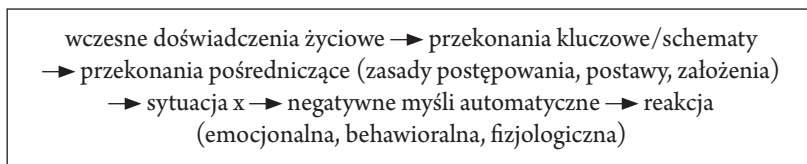
Konceptualizacja przypadku w terapii behawioralno-poznawczej opiera się z jednej strony na modelu poznawczym danego zaburzenia, a z drugiej na zrozumieniu, jak wydarzenia życiowe oraz komunikaty otrzymywane od innych osób kształtowały schematy i przekonania pacjenta. Łączy w jedną całość takie elementy, jak diagnoza i objawy, wpływ doświadczeń z dzieciństwa, sytuacyjne i międzyludzkie oddziaływania, czynniki biologiczne, genetyczne i medyczne, mocne strony i zalety, typowe myśli automatyczne, emocje i zachowania, schematy poznawcze (Wright, Basco i Thase, 2005, za: Kołakowski i Pawełczyk, 2010). Mapę obrazującą wpływ poszczególnych ogólnych kategorii przedstawia rycina 3.

sytuacja/zdarzenie → myśli automatyczne → reakcja  
(emocjonalna, behawioralna, fizjologiczna)

Rycina 3. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu poznawczo-behawioralnym

Źródło: opracowano na podstawie: Beck (2012, s. 33).

Z kolei schemat ukazujący genezę myśli automatycznych i zachowań przyjmuje taką postać jak na rycinie 4.

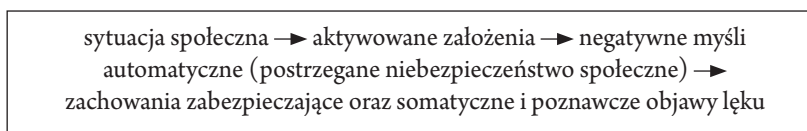


Rycina 4. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu poznawczo-behawioralnym

Źródło: opracowano na podstawie: Beck (2012, s. 39).

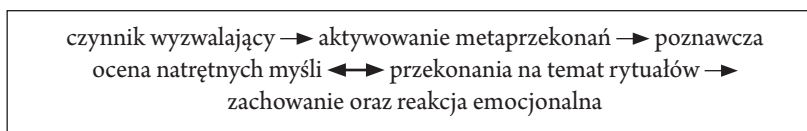
Większość strzałek na rycinie 4. obrazuje zależności przyczynowo-skutkowe, tylko trzecia z nich oznacza następstwo czasowe (istniejące przekonania poprzedzają sytuację x, która pojawia się względnie niezależnie od wcześniejszego ciągu przyczynowo-skutkowego). Między różnymi reakcjami (ostatnie ogniwo) może wystąpić także wzajemny wpływ.

Na bazie tego ogólnego modelu można budować modele robocze, które różnią się między sobą w zakresie elementów dodanych, w zależności od kluczowego objawu lub rodzaju zaburzeń. Na przykład w modelu roboczym fobii społecznej (Wells, 2010, s. 204) pojawia się taki element jak „przetwarzanie informacji o Ja jako obiekcie społecznym”. W tym przypadku sytuacja jest specyficzna (sytuacja społeczna), a zachowania zostały skonkretyzowane jako zachowania zabezpieczające. Łańcuch powiązań przyczynowo-skutkowych układa się wówczas następująco:



Rycina 5. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu poznawczo-behawioralnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wells (2010).



Rycina 6. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu poznawczo-behawioralnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wells (2010, s. 285).

W poznawczym modelu zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego centralną kategorią jest również poznawcze przetwarzanie informacji, a konkretnie poznawcza

ocena natrętnych myśli, która pozostaje w relacji wzajemnego wpływu z przekonaniami na temat rytuałów. Model w tym przypadku wygląda jak na rycinie 6.

Zachowania oraz reakcje emocjonalne, podobnie jak w modelu fobii społecznej, mogą mieć także wpływ (zwrotny) na sferę poznawczą.

Na tych przykładach widać, że podstawą konceptualizacji jest wyłonienie najbardziej istotnych elementów (czynniki wyzwajające, profil poznawczy, zachowania i emocje). Podstawę do utworzenia zindywidualizowanych konceptualizacji przypadku stanowią ogólne modele, specyficzne dla poszczególnych trudności lub zaburzeń.

W myśl tego podejścia wystarczy zidentyfikować sytuacje, które wywołują nieadaptacyjne myśli/przekonania i nie ma potrzeby docierania do genezy tych myśli/przekonań, żeby zaplanować interwencje terapeutyczne. Tak było np. w trakcie procesu terapeutycznego, który został opisany przez Urszulę Jakubowską (2005, ss. 204–209). Posłużę się tym przykładem dla zobrazowania konceptualizacji poznawczo-behawioralnej.

Powodem zgłoszenia się na terapię pacjenta (Jerzy, 31 lat, lekarz) były dolegliwości somatyczne (zmęczenie, bóle głowy i pleców) oraz odczuwanie silnego lęku w sytuacjach decyzyjnych oraz kontaktów z innymi, zwłaszcza z bliskimi (rodzicami i żoną). Reakcją pacjenta na lęk były zachowania unikowe (unikał sytuacji odpowiedzialnych i społecznych). Obawiał się np., że jak powie żonie coś niestosownego, to ona od niego odejdzie, dlatego unikał na co dzień rozmów z nią na ważne tematy. Pacjent zdawał sobie sprawę z nieracjonalności swojego lęku. Jego celem podczas terapii było podejmowanie konkretnych zachowań, których wcześniej unikał.

Dane biograficzne na temat pacjenta, jakie pozyskał terapeuta, są następujące. Jerzy urodził się w małej miejscowości. Jego ojciec był dyrektorem szpitala, a matka pracowała jako nauczycielka. Miał dwie siostry (starszą i młodszą). Jerzy twierdzi, że rodzice byli wobec niego bardzo wymagający. Ukończył studia z bardzo dobrymi wynikami. Lubił się uczyć. Dopiero podczas praktyk studenckich po raz pierwszy doświadczył przerażającego lęku.

Wprawdzie w danych biograficznych jest mowa o dużych wymaganiach stawianych pacjentowi przez rodziców we wczesnym okresie życia, jednak ten element nie został włączony do hipotez będących podstawą planowania interwencji terapeutycznych. Mapę indywidualnej konceptualizacji przedstawia rycina 7.

sytuacja wyzwajająca (sytuacja decyzyjna w pracy) → myśli automatyczne  
 („mogę popełnić straszliwe błędy”) → zachowania unikowe  
 (nieobecności w pracy, wypowiedzenie umowy o pracę)

Rycina 7. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu poznawczo-behawioralnym  
 Źródło: opracowano na podstawie: Jakubowska (2005).

Schematy wyglądałyby podobnie w przypadku różnych sytuacji wyzwających, jednak w podejściu poznawczo-behawioralnym ważne jest posługiwanie się dość szczegółowymi i konkretnymi kategoriami, a nie ogólnymi i abstrakcyjnymi.

Elementem terapii było nauczenie pacjenta relaksacji i pokazanie możliwości zastosowania tej umiejętności w sytuacjach wzbudzających lęk i napięcie oraz psychodrama behawioralna (ćwiczenie różnych zachowań w sytuacjach społecznych). Te interwencje zostały bezpośrednio wywiedzione z ustaleń na temat mechanizmu prowadzącego do dysfunkcyjnych zachowań pacjenta.

Prototypowe interwencje terapeutyczne w omawianym podejściu są ukierunkowane na: nauczanie pacjenta deficytowych umiejętności i innych zachowań (Sturmei, 2009), eliminowanie przekonań dysfunkcyjnych i zastępowaniu ich nowymi (Ellis, 1999; Beck et al., 1990, za: Rakowska, 2005). Uczenie może obejmować np. umiejętność samoregulacji czy identyfikowania nieadaptacyjnych wzorców myślenia lub przekonań. Relacja terapeutyczna z założenia jest współpracująca, wspierająca, otwarta i aktywna (Sturmei, 2009). Aktywność oznacza, że pacjent aktywnie uczestniczy w diagnozie i procesie leczenia (psychoterapii), a także rozumie konceptualizację. Terapeuta w pewnym sensie jest „nauczycielem”, bo jego główne zadanie stanowi wspieranie pacjenta w procesie uczenia się nowych umiejętności i zachowań.

Charakterystyka poznawczo-behawioralnego modelu konceptualizacji zostanie poszerzona o opisane wcześniej rodzaje.

Jeśli chodzi o pierwszy rodzaj (częściowa *versus* pełna konceptualizacja), to najczęściej mamy do czynienia na gruncie tej terapii z częściowymi sformułowaniami przypadku. Psychoterapeuci biorą bowiem pod uwagę możliwość ponownego sformułowania (*re-formulation*), które pozwoli zawrzeć nowe informacje. Jednak należałoby dodać, że te późniejsze modyfikacje nie są najczęściej zbyt duże.

W odniesieniu do drugiego podziału (konceptualizacja skoncentrowana na osobie *versus* konceptualizacja specyficzna dla problemu) ocena specyfiki podręczników dla psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych pozwala wskazać na drugi rodzaj. Na przykład Persons i Tompkins (2010) sugerują, że na pierwszym etapie tworzenia konceptualizacji warto zrobić wyczerpującą listę problemów pacjenta, obejmującą różne obszary (np. relacje interpersonalne, szkoła, finanse, problemy zdrowotne, czas wolny). Większość opracowań zawiera wskazówki co do konceptualizacji przypadku i sposobów interwencji, w zależności od zgłaszanego problemu. Przykładem może być książka Adriana Wellsa (2010) pt. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*, w której pokazano odrębne modele dla zaburzeń: lękowego z napadami paniki i agorafobią, fobii społecznej, uogólnionych zaburzeń lękowych oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Mimo zbliżonych obszarów problemowych występują różnice między modelami konceptualizacji w zależności od rodzaju zaburzenia lękowego. Rozbież-

ności dotyczą treści ocen i przekonań oraz rodzaju bodźców, których pacjent się boi. Autor zaznacza, że znajomość podstawowych konstruktów poznawczych umożliwia konceptualizowanie również zaburzeń, które nie odpowiadają specyficznym diagnozom nozologicznym (Wells, 2010). Oznacza to dopuszczenie na gruncie tego podejścia możliwości stworzenia bardziej zindywidualizowanej konceptualizacji, a więc skoncentrowanej na osobie.

Biorąc pod uwagę trzeci podział (konceptualizacja wielomodelowa *versus* jednomodelowa), można określić konceptualizację przypadku w tym ujęciu jako dwumodelową, przy założeniu, że potraktujemy podejście poznawczo-behawioralne jako dwa zintegrowane modele (połączenie modelu terapii behawioralnej i poznawczej).

Czwarty podział odnosi się do opozycji: konceptualizacja oparta na liście czynników *versus* bazująca na osobistym znaczeniu. Trudność w zaklasyfikowaniu tego podejścia do jednego z dwóch rodzajów konceptualizacji polega na tym, że mówi się w nim bardziej o czynnikach wyzwalających niż przyczynowych. Nie tworzy się w praktyce takiej listy w odniesieniu do czynników wyzwalających, bo właściwie każda sytuacja może stać się takim czynnikiem. Jest to uzależnione od oceny poznawczej tej sytuacji, przekonań i schematów danej osoby. Na potrzeby konceptualizacji i pracy terapeutycznej tworzy się głównie listy dysfunkcyjnych przekonań czy schematów. Jeśli potraktujemy przekonania lub schematy jako bezpośrednie czynniki nieadaptacyjnych reakcji behawioralnych, emocjonalnych lub fizjologicznych, to wówczas propozycję konceptualizacji poznawczo-behawioralnej można by potraktować jako opartą na liście czynników (z tym że wewnętrznych). Osobiste znaczenie jest również uwzględniane, ale ogranicza się do sfery poznawczej, a znaczenie emocjonalne nie stanowi najczęściej przedmiotu zainteresowań.

Konceptualizację w podejściu poznawczo-behawioralnym tworzy się zgodnie z podejściem odgórnym (*top-down*). Jest ona mocno ugruntowana w założeniach teoretycznych. Do wielu zaburzeń zostały utworzone ogólne szablony, które psychoterapeuci, zgodnie z zaleceniami, mogą wypełnić bardziej szczegółową treścią (specyficzną dla pacjenta). To, jakie informacje zbiera się na użytek konceptualizacji, jest ściśle wyznaczone przez ogólny model teoretyczny, dopasowany w pewnym stopniu do diagnozy nozologicznej.

Jeśli chodzi o szósty podział (jednostronne podejście do konceptualizacji *versus* oparte na współpracy), to w przypadku modelu poznawczo-behawioralnego mamy zdecydowanie do czynienia z konceptualizacją opartą na współpracy między psychologiem a pacjentem. Ważny element współdziałania stanowi dostarczanie przez pacjenta treści (np. myśli automatyczne) do stworzenia konceptualizacji, której graficzna postać jest udostępniana pacjentowi. Na przykład zwraca się uwagę na to, żeby pokazywać pacjentowi standardowy model paniki oparty na błędnym kole (Wells, 2010). Jest to możliwe dzięki przystępnemu dla pacjenta językowi, za pomocą którego dokonuje się konceptualizacji. Warto też zwrócić uwagę na

korzyści płynące z konceptualizacji dla pacjenta (rozumienie siebie i wpływ na zmianę zachowań).

Zestawienie rodzajów konceptualizacji wraz z ich charakterystyką w omawianym modelu znajduje się w tabeli 2.

Tabela 2. Konceptualizacja przypadku w modelu poznawczo-behawioralnym

Nazwy rodzajów konceptualizacji	Charakterystyka konceptualizacji w modelu poznawczo-behawioralnym
częściowa <i>versus</i> pełna konceptualizacja	częściowa konceptualizacja, dopuszcza się możliwość zmian w konceptualizacji
konceptualizacja skoncentrowana na osobie <i>versus</i> konceptualizacja specyficzna dla problemu	konceptualizacja specyficzna dla problemu
konceptualizacja wielomodelowa <i>versus</i> jednomodelowa	konceptualizacja dwumodelowa (integracja modelu behawioralnego i poznawczego)
konceptualizacja oparta na liście czynników <i>versus</i> konceptualizacja oparta na osobistym znaczeniu	specyficzna postać konceptualizacji opartej na liście czynników
podjęcie odgórne <i>versus</i> podjęcie oddolne	podjęcie odgórne; równocześnie dużą wagę przywiązuje się do zbierania informacji (pytania wprost)
jednostronne podjęcie do konceptualizacji <i>versus</i> oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	konceptualizacja oparta na współpracy z pacjentem

Źródło: opracowanie własne.

Charakterystyczne dla podejścia poznawczo-behawioralnego jest też to, że postuluje się w nim, aby konceptualizacja przypadku była ukierunkowana przez teorię poznawczą testowaną empirycznie (Beck, 1967). Wówczas konceptualizacja staje się bardziej uzasadniona empirycznie i możliwa do zweryfikowania. W obrębie tego podejścia podejmowano próby ewaluacji poziomu zgodności ocen (*inter-rater reliability*) i trafności predykcyjnej (*predictive validity*) opracowań przypadku (Barber i Crits-Christoph, 1993; Horowitz i Eells, 1993; Persons, Mooney i Padesky, 1995, za: Corrie i Lane, 2010). Jest to możliwe dzięki temu, że specyficzne dla tego modelu kategorie psychologiczne można stosunkowo łatwo operacjonalizować. W kontekście tego modelu pojawia się też propozycja poznawczo-behawioralnej konceptualizacji opartej na dowodach (*evidence-based CB case formulation*), w której kładzie się nacisk na posługiwanie się obiektywnymi metodami diagnostycznymi (Persons i Tompkins, 2010, s. 291).

Na podstawie przedstawionej charakterystyki modelu poznawczo-behawioralnego konceptualizacji przypadku jawi się obraz konceptualizacji, która raczej nie zawiera abstrakcyjnych kategorii pojęciowych, odnosi się do konkretnych sytuacji

życiowych (reprezentatywnych dla problemu pacjenta) i w niewielkim stopniu obejmuje historię jego życia. W centrum znajduje się sfera poznawcza (głównie treści świadome), traktowana jako źródło problemów w sferze emocjonalnej, fizjologicznej lub behawioralnej. W konsekwencji planowane na tej podstawie oddziaływania terapeutyczne również odnoszą się przede wszystkim do sfery poznawczej. Struktura konceptualizacji jest dość jasno określona i ujednolicona.

## 2.2. MODEL PSYCHODYNAMICZNY KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Psychoanalizę i psychoterapię psychodynamiczną zalicza się do tego samego systemu psychoterapeutycznego (np. Cierpiałkowska i Czabała, 2016). Stanowi on zbiór podejść, które wywodzą się z psychoanalizy lub teorii neopsychoanalitycznych. Zygmunta Freuda, twórcę psychoanalizy, nie posługiwał się określeniami „konceptualizacja” ani „opracowanie przypadku”. Mimo to niektórzy autorzy (Summers i Barber, 2014; Messer i Wolitzky, 2010) traktują jego opisy słynnych przypadków jako zwięzłe konceptualizacje problemów pacjentów. Biorąc pod uwagę fakt, że prezentowane przez niego opisy przypadków, wraz z przebiegiem procesu terapeutycznego, nie miały jednolitej struktury, brakuje moim zdaniem podstaw do uznania je za przykłady konceptualizacji w pełnym tego słowa znaczeniu. Dlatego pisząc o modelu konceptualizacji przypadku w podejściu psychodynamicznym, odwołam się do współczesnych autorów, którzy opisują, jak wyglądają jej struktura i poszczególne etapy.

Ciekawą tezę stawiają Summers i Barber (2014), pisząc, że zainteresowanie strukturą i planem psychodynamicznego opracowania przypadku wynikało bardziej z potrzeb dydaktycznych niż klinicznych. Można dostrzec tu różnicę między podejściem poznawczo-behawioralnym a psychodynamicznym w zakresie genezy posługiwania się konceptualizacją. W pierwszym z wymienionych podejść systematyczne opracowanie wydaje się bardziej użyteczne bezpośrednio dla praktyki terapeutycznej, niż drugim.

W podejściu psychodynamicznym najbliższym celem konceptualizacji jest zrozumienie specyficznego dla pacjenta sposobu organizowania wiedzy, emocji, doznań i zachowań, a dalekosiężny cel stanowi zaplanowanie oddziaływania na te sfery funkcjonowania (McWilliams, 2012). Psychoterapeuta zmierza do zidentyfikowania dominujących tematów, które znajdują się w centrum trosk klienta, na podstawie jego osobistej historii, a następnie wyjaśnienia, w jaki sposób dotychczasowe próby rozwiązania centralnych konfliktów sprawdzały się bądź nie (Corrie i Lane, 2010). Celem terapii może być ustąpienie lub złagodzenie objawów psychopatologii, poszerzenie wglądu, poprawa zdolności rozpoznawania uczuć i radzenia

sobie z nimi, wzmocnienie siły ego i spójności „Ja”, przekształcanie dziecięcej zależności w dojrzałą zależność. Wgląd jako cel zdaje się schodzić współcześnie na dalszy plan. W literaturze psychoanalitycznej coraz większe znaczenie przypisuje się relacyjnym aspektom doświadczenia psychoterapeutycznego (Loewald, 1957; Mitchell, 1993; Meissner, 1991, za: McWilliams, 2012). Osiągnięcie zrozumienia przez pacjenta własnych motywów oraz przeszłych doświadczeń odbywa się w relacji (relacyjny charakter wglądu) (Orange, 1995, za: McWilliams, 2012). W procesie terapeutycznym odkrywa się to, co jest „niemyślne, ale znane” (Bollas, 1987, za: McWilliams, 2012). W tym punkcie tkwi różnica między aspektami uwzględnianymi przez psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych a psychoterapeutów psychodynamicznych. Pierwsi skupiają się na zwerbalizowanych myślach pacjenta (łatwiej dostępnych), a drudzy także na tym, co jest trudniej dostępne samoświadomości, co nie zostało zwerbalizowane (nie tylko myśli, ale także doznania, uczucia itd.) i dopiero w wyniku zachęty ze strony terapeuty może podlegać werbalizacji. W terapii psychodynamicznej zachęca się pacjenta do wypowiedzania wszystkiego, co mu przychodzi na myśl, żeby poddać zrozumieniu to, co zostało zwerbalizowane (McWilliams, 2012).

Definicja konceptualizacji przypadku w omawianym podejściu, zaproponowana przez McGrath i Margison (2000, za: Johnstone i Dallos, 2014), brzmi tak: jest to zbiór stwierdzeń o naturze i trudnościach pacjenta, zwykle w terminach powtarzających się nieadaptacyjnych wzorców występujących w relacjach; obejmuje także wnioski na temat powiązań między tymi wzorcami a wewnętrznym światem pacjenta, zawierającym nieświadome konflikty. Chociaż w definicji ogólnej jest mowa o nieświadomych konfliktach, to odwoływanie się do tej kategorii dotyczy przede wszystkim pacjentów, u których podstawowy dylemat jest zogniskowany wokół konfliktu wewnętrznego, a więc przejawiają oni lżejsze zaburzenia osobowości lub zaburzenia neurotyczne (Wilk, 2014). Inne kategorie będą kluczowe w przypadku pacjentów, których dylemat jest zogniskowany głównie wokół deficytu w sferze myślenia, przeżywania lub zachowania (na podstawie klasyfikacji psychopatologicznych) (Drozdowski, 2011, za: Wilk, 2014). Określenie, czy w stosunku do konkretnego pacjenta bardziej odpowiedni jest model deficytu, czy model konfliktu jest częścią konceptualizacji problemu. W ramach sformułowań opartych na modelu konfliktu powstawanie i utrzymywanie się zaburzeń psychicznych pacjenta wyjaśnia się głównie za pomocą czynników wewnętrznych (użyteczna jest w tym celu np. analiza relacji z obiektem w teorii popędów Melanie Klein) lub czynników zewnętrznych i wewnętrznych równocześnie (można odwołać się np. do koncepcji ego Anny Freud czy teorii relacji z obiektem Otto Kernberga). Z kolei konceptualizacje oparte na modelu deficytu uwzględniają przede wszystkim czynniki zewnętrzne (wówczas pomocna może być np. koncepcja psychologii *self* i narcyzmu Heinza Kohuta) (Cierpiałkowska, 2016).

Przytoczona wyżej definicja pozwala stwierdzić, iż psychodynamiczna konceptualizacja przypadku obraca się wokół nieodłącznej motywacji ludzi do poszukiwania i podtrzymywania znaczących relacji. Jest to związane z informacjami na temat historii życia pacjenta, w efekcie czego powstaje model wyjaśniający. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że taki rozkład akcentów w opracowaniu przypadku jest charakterystyczny dla neopsychoanalizy, a nie klasycznej psychoanalizy (Sokolik, 2005).

Przechodząc do kwestii umiejscowienia konceptualizacji w psychoterapii psychodynamicznej, można stwierdzić, że na początku terapeuta stawia hipotezy dotyczące czynników przyczyniających się do trudności pacjenta, a następnie, w trakcie procesu terapeutycznego, sprawdza ich znaczenie i tworzy nowe hipotezy (McWilliams, 2012). Proces ten jest opisywany jako bardziej inferencyjny, subiektywny i twórczy niż diagnoza nozologiczna oparta na systemie klasyfikacji zaburzeń. Poszukuje się charakterystycznego dla pacjenta układu ustalonych czynników przyczynowych, a więc realizuje się założenie o indywidualizacji w diagnozie.

Diagnozowanie (*assessment*), rozumiane jako proces zbierania informacji, koncentruje się w pierwszej kolejności na ustaleniu, czy terapia psychodynamiczna będzie odpowiednia dla danego pacjenta, a następnie na interpretowaniu bieżących symptomów i obron (także w trakcie sesji terapeutycznej). Celem jest odkrycie źródeł cierpienia i trudności pacjenta. Główną metodą zbierania informacji diagnostycznych stanowi rozmowa, czasami poprzedzona wywiadem klinicznym. Specyficzną dla tego podejścia metodą diagnostyczną są techniki projekcyjne, ze względu na to, że stwarzają możliwość, choć w ograniczonym zakresie, docierania do niepowtarzalnych cech i mechanizmów osobowości pacjenta (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2013). Zachodzi proces nadawania przez pacjenta indywidualnych znaczeń niejednoznacznemu materiałowi bodźcowemu. Za pomocą tych technik bywa oceniana np. siła ego (Bellak, 1954, za: McWilliams, 2012). Częściej jednak takie konstrukty jak siła ego są diagnozowane w bardziej subiektywny sposób, przy wykorzystaniu danych z rozmowy z pacjentem. Zdaniem niektórych autorów najbardziej naukowym narzędziem diagnostycznym w terapii psychodynamicznej jest metoda „Rdzeniowe konfliktowe tematy relacyjne” (*Core Conflictual Relationship Theme Method*; CCRT) (Luborsky i Crits-Christoph, 1998). Wykorzystując tę metodę, psychoterapeuta może określić wzorce relacyjne pacjenta w terminach trzech komponentów: pragnień, odpowiedzi ze strony innych (oczekiwanych lub aktualnych) oraz odpowiedzi ze strony *self*. W tym celu dokonuje się drobiazgowej analizy narracji pacjenta (Barber et al., 1995; Soroko, 2014).

Cabaniss i in. (2013) opisują trzy kroki psychodynamicznej konceptualizacji przypadku:

- opis najważniejszych problemów pacjenta i wzorców (*patterns*) myślenia, odczuwania i działania,

- przegląd (*review*) historii rozwoju,
- połączenie problemów i wzorców z osobistą historią rozwojową pacjenta.

Pierwszy krok sprowadza się do zebrania informacji na temat obszarów funkcjonowania pacjenta: *self*, relacje, adaptacja, poznanie, praca i zabawa. Ważne jest nie tylko to, co pacjent mówi, ale także co ujawnia. A zatem przebiega to inaczej niż w podejściu poznawczo-behawioralnym, w którym najważniejsze jest to, co pacjent mówi, i teoretycznie można by zrobić konceptualizację na podstawie transkrypcji rozmowy. Do problemów, które są najczęściej przedmiotem psychoterapii psychodynamicznej, należą: depresja, obsesyjność, strach przed porzuceniem, niskie poczucie własnej wartości, lęk napadowy, trauma (Summers i Barber, 2014). Takie podejście oznacza, że terapeuci koncentrują się na głównym problemie pacjenta, ukierunkowując swoje poszukiwania na ten właśnie problem.

Drugi krok (historia rozwoju) służy temu, by zrozumieć, dlaczego ludzie rozwinęli typowe dla nich wzorce. Trzeci krok obejmuje pokazanie wpływu różnych czynników na rozwój: trauma, wczesne trudności poznawcze i emocjonalne, konflikty wewnętrzne i obrony, relacje z innymi, rozwój *self*, przywiązanie i inne. Taka kolejność postępowania pojawia się także w propozycji konceptualizacji Summersa i Barbera (2014). Autorzy prezentują model współczesnej psychoterapii psychodynamicznej (pragmatyczna psychoterapia psychodynamiczna; *pragmatic psychodynamic psychotherapy*), który nie stanowi nowej teorii, ale zawiera dodatkowo elementy (zasymilowane) pochodzące z innych modeli (np. psychologii pozytywnej). Wspólnym mianownikiem klasycznej i pragmatycznej psychoterapii psychodynamicznej jest akcentowanie znaczenia konfliktu wewnętrznego w rozumieniu pacjenta.

W rezultacie zarysowanego postępowania diagnostycznego powstaje efekt końcowy w postaci konceptualizacji przypadku (najczęściej w formie notatki terapeuty). Poszczególni autorzy tylko w niewielkim zakresie różnią się między sobą pod względem tego, jakie wyróżniają składowe konceptualizacji. Summers i Barber (2014, s. 212) uwzględniają następujące elementy:

1. Ogólna charakterystyka (główne wydarzenia w życiu pacjenta, zachowania, które wyjaśnia się w opracowaniu przypadku, zakres i jakość relacji interpersonalnych, ważne aspekty neurobiologii).
2. Opis czynników niedynamicznych (zespół psychopatologiczny, czynniki temperamentalne, psychopatologia w dzieciństwie, traumatyczne doświadczenia, choroby somatyczne i inne).
3. Psychodynamiczne wyjaśnienie głównych konfliktów (podstawowy problem psychodynamiczny – jego przebieg oraz powiązania z konfliktami, wpływ czynników dynamicznych na rozwój i utrzymywanie się zespołu psychopatologicznego, ważne trudności rozwojowe, świadome i nieświadome pragnienia, motywy, zachowania, mechanizmy obronne, wpływ

czynników niedynamicznych na kształtowanie się problemu psychodynamicznego).

4. Przewidywane reakcje na sytuację terapeutyczną (prawdopodobne przejawy przeniesienia, przewidywany opór, prognoza odpowiedzi na interwencje terapeutyczne w poszczególnych fazach leczenia).

W obrębie czynników psychodynamicznych można wyodrębnić m.in. takie aspekty funkcjonowania pacjenta, jak rozwój popędowości (wszelka aktywność, agresja, miłość, życie seksualne), siła ego (adekwatność funkcji ego do wymagań rozwojowych), poziom dojrzałości mechanizmów obronnych, poziom integracji *self* (Wilk, 2014). Na uwagę zasługuje wzięcie pod uwagę także czynników niedynamicznych. Oznacza to, że współczesne psychodynamiczne konceptualizacje przypadku uwzględniają stosunkowo duży wachlarz różnych czynników przyczynowych.

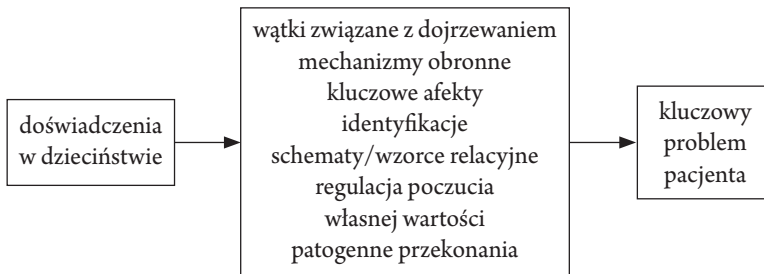
Główne kategorie pojęciowe, które służą do budowania konceptualizacji przypadku w ujęciu psychodynamicznym, to: konflikt wewnętrzny, popęd, przywiązanie, separacja, superego, mechanizm obronny, funkcja ego, identyfikacja, introjeksja, formacja kompromisowa (psychologia ego), reprezentacja „Ja” i obiektu (teoria relacji z obiektem), poczucie własnej wartości, narcyzm, poczucie wielkości (psychologia *self*) (Summers i Barber, 2014). Wspólne, niezależnie od przyjętej teorii, są pragnienia i motywy (świadome i nieświadome) oraz mechanizmy obronne. Ważną kategorią dla zrozumienia pacjenta jest konflikt wewnętrzny. Przyjmuje się założenie, iż problemy są symptomami konfliktu, który może sięgać niemowlęstwa lub wczesnego dzieciństwa (Sturmey, 2009). Przyczyną prezentowanych przez pacjenta problemów mogą być także traumatyczne doświadczenia w przeszłości, często we wczesnym okresie rozwoju, i kolejne obrony (mechanizmy obronne). Historia życia klienta jest zatem centralna dla konceptualizacji przypadku i leczenia (interwencji terapeutycznych). Bazuje to na założeniu, iż tylko wówczas, gdy odkrywa się i ujawnia, poprzez interpretacje, źródła urazu/traumy, możliwa jest zmiana w zakresie występowania bieżącego problemu. Należałoby jednak zauważyć, że w niektórych teoriach, w ramach tego paradygmatu, zasadnicze znaczenie przypisuje się nie obiektom zewnętrznym (np. rodzicom), ale wewnętrznym (reprezentacjom obiektu). Na przykład według Melanie Klein (2007) matka jest definiowana jako obiekt, a więc nie rzeczywista osoba, ale raczej jako symboliczna reprezentacja funkcjonująca w umyśle dziecka. Ta teoria dość precyzyjnie opisuje, które kategorie pojęciowe i w jaki sposób są ze sobą powiązane. Na przykład w odniesieniu do pozycji paranoidalno-schizoidalnej Klein (2007) wskazuje na dwa mechanizmy obronne: rozszczepienie oraz projekcję. Te mechanizmy rozwojowo chronią ego przed rozpadem (instynkt śmierci) oraz poczucie dobrego obiektu przed własną nienawiścią. Rozszczepienie definiuje się jako sposób, w jaki człowiek rozszczepia swój obraz obiektu (matki) na dwa obiekty: „dobry” i „zły”. Roth (2015, s. 69), opisując założenia Klein, podaje przykład mężczyzny, który rozszczepił obraz

(percepcje) analityczki na dwa obiekty: nieatrakcyjną i atrakcyjną kobietę. Projekcja jest mechanizmem towarzyszącym rozszczepieniu i polega na rzutowaniu niechcianych impulsów (właściwości, cechy, uczucia) na zewnątrz (inne obiekty). W konsekwencji nienawiść, agresja itp. są przypisywane komuś innemu. Autorka bierze pod uwagę także trzeci mechanizm – idealizacji. Pojawia się on we wczesnym okresie życia, ale może także wystąpić w dorosłości, gdy osoba doświadcza złych warunków i idealizując jakiś inny obiekt, może w ten sposób ochronić odczucia wobec siebie i poczucie dobrych obiektów (np. rodziców). Na tym przykładzie widać, że język teorii w modelu psychodynamicznym jest dość hermetyczny i pojęcia nie podlegają łatwo operacjonalizacji.

Podręczniki z zakresu psychoterapii psychodynamicznej nie zawierają gotowych modeli konceptualizacji przypadku w formie graficznych map, jak to ma miejsce w przypadku koncepcji poznawczo-behawioralnej. Dlatego trudniej odnaleźć ogólne schematy postępowania. Zwykle są one werbalizowane podczas spotkań superwizyjnych, ale stosunkowo niewiele jest pisemnych opracowań na ten temat. Próbę pokazania sposobu myślenia doświadczonych psychoterapeutów o orientacji psychodynamicznej podjęła Nancy McWilliams (2012) w książce *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Rekonstrukcji zasad wiązania elementów w ramach konceptualizacji psychodynamicznej dokonam głównie na podstawie tego opracowania. Warto jednak zaznaczyć, że po pierwsze nie jest to najbardziej reprezentatywny model dla omawianego podejścia, a po drugie – sama autorka przyznaje, że w praktyce klinicznej nie postępuje według prezentowanego przez siebie schematu postępowania. Jej zdaniem, w trakcie uzyskiwania informacji od klienta wymagana jest pewna doza „nieuporządkowanej niewiedzy” (McWilliams, 2012, s. 48). Porządkowanie informacji i tworzenie bardzo złożonych konceptualizacji nie jest możliwe na początkowym etapie psychoterapii. Poza tym, co kluczowe, zbyt złożona konceptualizacja nie byłaby przydatna w praktyce, a więc nie spełniałaby swojej podstawowej roli.

Na użytek konceptualizacji przypadku konkretnego pacjenta zestawia się ze sobą wiele czynników, z których żaden samodzielnie nie tworzy objawów („wielorakie zdeterminowanie”) (Waelder, 1960, za: McWilliams, 2012, s. 27). McWilliams (2012, s. 28) wymienia szereg elementów, które rozważa się w celu stworzenia możliwie pełnej konceptualizacji przypadku: temperament i utrwalone cechy, wątki związane z dojrzewaniem, mechanizmy obronne, kluczowe afekty, identyfikacje, schematy relacyjne, regulacja poczucia własnej wartości, patogenne przekonania. Spośród wymienionych potencjalnych czynników przyczynowych niespecyficzne dla podejścia psychodynamicznego są kategorie: temperament i utrwalone cechy oraz patogenne przekonania (z wyjątkiem pojedynczych prac badaczy psychoanalitycznych odnoszących się do tego terminu, np. Weiss, 1993, za: McWilliams, 2012). Uwzględnianie czynników temperamentalnych nie jest charakterystyczne tylko dla

tej propozycji konceptualizacji, pojawiają się one także m.in. w koncepcji Summera i Barbera (2014) czy Tysonów (1990, za: Cierpiałkowska, 2016). McWilliams (2012) posłużyła się niespecyficznym dla psychoanalizy językiem w odniesieniu do relacji, pisząc o „schematach relacyjnych”. Bardziej zakorzenione w nurcie psychodynamicznym jest określenie „wzorce relacji”. Tworząc mapę uwarunkowań problemów pacjenta, psychoterapeuta szuka „równoległych” czy współwystępujących czynników przyczynowych, często nie wiążąc ich wszystkich ze sobą. Najbardziej ogólny schemat konceptualizacji może wyglądać jak na rycinie 8.



Rycina 8. Ogólny model psychodynamiczny konceptualizacji przypadku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: McWilliams (2012).

W konceptualizacji psychodynamicznej nie pomija się zatem sfery poznawczej (np. przekonań), jednak przyjmuje się równocześnie, że przekonania nie zawsze są uświadamiane i mogą się uzewnętrzniać poprzez emocje i zachowania. Ważną rolę w procesie terapeutycznym przypisuje się odkryciu przez pacjenta genezy tych przekonań oraz znaczenia ich pojawienia się i utrzymywania w przeszłości (zwykle początek sięga okresu wczesnego dzieciństwa) (McWilliams, 2012). Na marginesie tych rozważań można by się zastanowić, jaka jest różnica w tym punkcie konceptualizacji między podejściem poznawczo-behawioralnym a psychodynamicznym, żeby lepiej uchwycić ich specyfikę. W konceptualizacji poznawczo-behawioralnej również uwzględnia się doświadczenia, które doprowadziły do rozwoju i utrzymywania się kluczowych przekonań, nie jest to jednak niezbędne ogniwo. Ważniejsze jest odkrycie treści nieracjonalnego przekonania i praca terapeutyczna koncentruje się na sferze myśli, których modyfikacja ma prowadzić do zmian w sferze emocjonalnej. Natomiast w podejściu psychodynamicznym uwaga koncentruje się na afekcie (szeroko rozumianym). Samo odkrycie nieracjonalności przekonań nie jest w tym podejściu traktowane jako czynnik prowadzący do zmiany. Niezbędne jest najpierw ujawnienie znaczenia tego przekonania w przeszłości. Dopiero gdy pacjent zrozumie, że określone irracjonalne przekonanie chroniło jego „Ja” przed zagrożeniami, które aktualnie nie istnieją, będzie skłonny zrezygnować z tego przekonania (McWilliams, 2012).

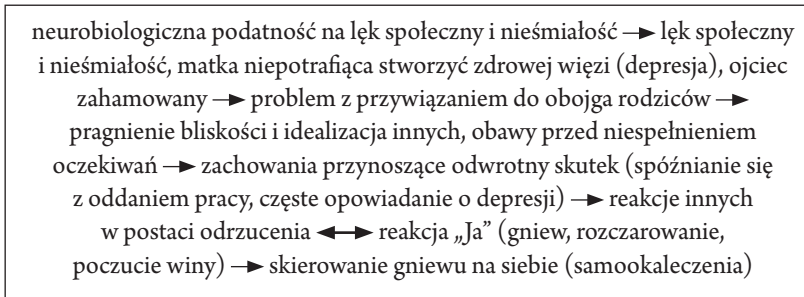
Przykład psychodynamicznej konceptualizacji, który zostanie tu przywołany (przypadek Petera), pochodzi z książki wspomnianych już w tym rozdziale Summersa i Barbera (2014, s. 200).

Peter ma 19 lat, w momencie zgłoszenia się do psychoterapeuty był studentem I roku. Mężczyzna twierdzi, że ma dużą trudność z dotrzymywaniem terminów na studiach. Mówi o swoich niepowodzeniach w relacjach z kobietami i myślach samobójczych.

Pierwszym elementem konceptualizacji przypadku jest opis czynników niedynamicznych. Peter spełnia kryteria dużej depresji. Przejawia najprawdopodobniej neurobiologiczną podatność na lęk społeczny i nieśmiałość. Jego matka cierpi na przewlekłą depresję. Peter opisuje swojego ojca jako emocjonalnie powściągliwego, nadmiernie racjonalnego i zahamowanego. O matce mówi, że jest uczuciowa i często mu się naprzykrza. Do doświadczeń traumatycznych można zaliczyć częste dokuczanie Peterowi przez kolegów w okresie dorastania oraz odrzucenie i publiczne upokorzenie go przez pierwszą dziewczynę.

Psychodynamiczne wyjaśnienie głównych konfliktów prezentuje się następująco (jest to skrót całościowego wyjaśnienia). Podstawowym problemem Petera jest depresja. Problemy z przywiązaniem do obojga rodziców (ojciec zahamowy, matka narzucająca się) doprowadziły do poczucia samotności oraz gniewu na nich i poczucia winy z tego powodu. Konflikt wewnętrzny wiąże się także z tendencją od idealizowania innych i przeżywania rozczarowań z ich powodu.

Powiązanie między historią życia a zachowaniami autodestrukcyjnymi Petera można przedstawić w następujący sposób:



Rycina 9. Graficzna prezentacja konceptualizacji przypadku Petera

Źródło: opracowanie własne na podstawie Summers i Barber (2014).

Dynamika wygląda w ten sposób, że Peter wyraża gniew z powodu odrzucenia, a jednocześnie go wywołuje (wzajemny wpływ między emocjami a reakcjami innych ludzi). Jest to bardzo uproszczony schemat, ale obrazuje najważniejsze elementy omawianej konceptualizacji przypadku (Summers i Barber, 2014).

W zakresie przewidywania reakcji na sytuację terapeutyczną, będącego istotnym elementem konceptualizacji przypadku, określono, jakich reakcji ze strony Petera można się spodziewać w początkowej fazie terapii: postawa przeniesieniowa – kierowanie na terapeutę gniewu związanego z ojcem oraz konfliktowych uczuć zależności związanych z matką.

Na podstawie tego przykładu można wyabstrahować następujące kategorie ogólne i powiązania między nimi (następstwo przyczynowo-skutkowe):

doświadczenia z dzieciństwa (w relacji z rodzicami) → wzorce relacyjne,  
konflikt wewnętrzny → emocje (gniew) → zachowania autodestrukcyjne

Rycina 10. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu psychodynamicznym

Źródło: opracowanie własne.

Podstawowa różnica, jaką można w tym miejscu dostrzec między założeniami podejścia poznawczo-behawioralnego a psychodynamicznego, polega na tym, że w tym drugim zostały włączone doświadczenia z dzieciństwa, jako kluczowy czynnik przyczynowy. Ponadto elementem poprzedzającym emocje nie są myśli automatyczne czy przekonania (świadome), ale procesy psychiczne niedostępne świadomości pacjenta (konflikt wewnętrzny, mechanizmy obronne).

W prototypowych interwencjach terapeutycznych akcentuje się rolę przeniesienia oraz emocji terapeuty wobec klienta. Terapeuta z założenia nie ujawnia siebie. Podejmuje refleksję nad tym, co klient robi i mówi, a następnie wypowiada nasuwające mu się interpretacje. Relacja pacjenta z psychoterapeutą jest w pewnym sensie „lustrem”, które odzwierciedla to, jak wyglądały relacje pacjenta w przeszłości (Zubernis i Snyder, 2016). Uczucia i emocje terapeuty mogą być pomocne w lepszym zrozumieniu klienta i dostarczania jemu wglądów. Tak więc relacja terapeutyczna jest bardzo ważnym „narzędziem” dla osiągnięcia zmiany terapeutycznej (Sturmeij, 2009).

Przechodząc do charakterystyki tego modelu pod kątem pierwszego spośród wyróżnionych wcześniej aspektów, można stwierdzić, że konceptualizacja psychodynamiczna ma charakter częściowy. Konceptualizowanie nie kończy się z chwilą sformułowania hipotez, ale jest rozbudowywane i redefiniowane dopóki trwa praca terapeutyczna z pacjentem.

Co do drugiego podziału na rodzaje sformułowań: konceptualizacja w podejściu psychodynamicznym koncentruje się bardziej na osobie niż na problemie. Przyjmuje jednak dość specyficzną postać. Z jednej strony jest w dużym stopniu zindywidualizowana i pozwala określić powiązania między trudnymi doświadczeniami życiowymi pacjenta a jego światem wewnętrznym. Z drugiej zaś dokonuje

się swoistej kategoryzacji pacjenta, np. ze względu na kluczowy problem (por. lista sześciu problemów) (Summers i Barber, 2014) czy poziom rozwojowy struktury osobowości (neurotyczny, *borderline*, psychotyczny, zdrowy) (McWilliams, 2009). Można więc zauważyć pewne elementy koncentracji na problemie, jednak nie w odwołaniu do powszechnie stosowanych systemów klasyfikacji zaburzeń, takich jak ICD-10 czy DSM-V.

Konceptualizacja psychodynamiczna ma najczęściej charakter jednomodelowy. Niezależnie od tego, czy terapeuta posługuje się teoriami klasycznej psychoanalizy, czy neopsychoanalizy, to istnieje pewien trzon teoretyczny wspólny dla każdego z tych modeli szczegółowych.

Opisywany model można zaliczyć do konceptualizacji opartych na osobistym znaczeniu, a nie na liście czynników. Jak pisze McWilliams (2012, s. 27), „subiektywność odgrywa decydującą rolę w rozpoznawaniu *znaczenia* danego zachowania”. Terapeuta nie dysponuje gotową listą możliwych przyczyn problemów pacjenta, ale eksploruje jego historię życia, żeby odkryć te jej elementy, które stanowią unikalny układ czynników przyczynowych.

W przypadku tego modelu mamy do czynienia z podejściem odgórnym. Poszukiwania wyjaśnień są wyraźnie ukierunkowane przez założenia teoretyczne (kategorie pojęciowe i powiązania między nimi).

Jeśli chodzi o ostatni podział na rodzaje, to konceptualizację psychodynamiczną można uznać za opartą na współpracy, ale w ograniczonym zakresie. W tradycyjnej psychoterapii psychodynamicznej opracowanie przypadku nie było komunikowane pacjentowi i z nim uzgadniane (Summers i Barber, 2014). Obecnie wielu psycho terapeutów jest zgodnych co do tego, że podczas tworzenia psychodynamicznego opracowania przypadku pacjent i psychoterapeuta pracują razem (Cabaniss et al., 2013l; McWilliams, 2012). Nie oznacza to, że pacjent zna identyczną wersję konceptualizacji problemu, jaką ma klinicysta. Terapeuta nie posługuje się bowiem specjalistycznymi terminami podczas sesji terapeutycznych. Charakterystyczne dla podejścia psychodynamicznego jest też to, w jaki sposób traktuje się odrzucanie przez pacjenta proponowanego ujęcia genezy problemu. Bywa to najczęściej interpretowane w kategoriach mechanizmów obronnych pacjenta. W tabeli 3. zestawiono właściwości konceptualizacji w modelu psychodynamicznym.

Jak wynika z dotychczasowych rozważań, problemy klienta są w tym podejściu konceptualizowane jako dezadaptacyjne wzorce myślenia i działania, które mają swoje źródło w doświadczeniach z wczesnego dzieciństwa i są podtrzymywane w teraźniejszości. Wczesne doświadczenia i spostrzeżenia mają wpływ na to, jak pacjent postrzega siebie i swoje życie, co może z kolei wywierać negatywny wpływ na bieżące relacje interpersonalne. Podobny wzorec bywa odtwarzany w relacji terapeutycznej. W związku z tym terapeuta może wykorzystać dynamikę, która ma

Tabela 3. Konceptualizacja przypadku w modelu psychodynamicznym

Nazwy rodzajów konceptualizacji	Charakterystyka konceptualizacji w modelu psychodynamicznym
częściowa <i>versus</i> pełna konceptualizacja	częściowa konceptualizacja, dopuszcza się możliwość zmian w konceptualizacji (na dalszych etapach psychoterapii)
konceptualizacja skoncentrowana na osobie <i>versus</i> konceptualizacja specyficzna dla problemu	konceptualizacja skoncentrowana na osobie, z uwzględnieniem specyfiki problemu
konceptualizacja wielomodelowa <i>versus</i> jednomodelowa	konceptualizacja jednomodelowa
konceptualizacja oparta na liście czynników <i>versus</i> bazująca na osobistym znaczeniu	konceptualizacja oparta na osobistym znaczeniu
podjęcie odgórne <i>versus</i> podjęcie oddolne	podjęcie odgórne
jednostronne podjęcie do konceptualizacji <i>versus</i> oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	konceptualizacja oparta na współpracy z pacjentem (w niepełnym zakresie)

Źródło: opracowanie własne.

miejsce podczas sesji do sformułowania hipotez dotyczących pozostałych doświadczeniach klienta i postrzegania siebie. Relacja między terapeutą a klientem oraz reakcje przeniesieniowe i przeciwprzeniesieniowe niewątpliwie kształtują proces konceptualizacji (Zubernis i Snyder, 2016). Są to jednak elementy, które najtrudniej poddać opisowi (z perspektywy badacza).

Głównym wyróżnikiem psychodynamicznych ram odniesienia jest to, że źródła problemów upatruje się głównie w myślach i emocjach, które są poza świadomością (Cabaniss et al., 2013). Psychoterapeuta pomaga pacjentowi uświadomić sobie nieświadome myśli i emocje. Można ponadto zauważyć, że we współczesnych modelach konceptualizacji psychodynamicznych (np. Summers i Barber, 2014; McWilliams, 2012) uwzględnia się także czynniki niedynamiczne, np. temperament czy aspekty neurobiologiczne. Ważne jest określenie, jaką rolę odgrywają czynniki psychodynamiczne na tle innych czynników.

Nie ma prostego i ujednoczonego schematu konceptualizacji przypadku w ujęciu psychodynamicznym. Proces tworzenia konceptualizacji jest tylko w minimalnym stopniu sformalizowany. Liczba kategorii pojęciowych oraz możliwych konfiguracji (powiązań między nimi) jest bardzo duża. Istnieje kilka poziomów interpretacji, które uwzględnia się jednocześnie. Wszystko to sprawia, że konceptualizacja przyjmuje raczej postać narracji, a jej graficzna reprezentacja wydaje się nie odzwierciedlać jej złożoności.

### 2.3. MODEL HUMANISTYCZNY KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

W ramach podejść humanistyczno-egzystencjalnych można wyróżnić m.in. terapie egzystencjalne (np. logoterapia Viktora Frankla), terapię skoncentrowaną na osobie Carla Rogersa, terapię Gestalt i terapie oparte na doświadczeniu. W niniejszym podrozdziale skoncentruję się bardziej na koncepcjach humanistycznych, jedynie wzmiankując o teoriach egzystencjalnych. Podejście humanistyczne (*humanistic approaches*), w porównaniu z innymi omawianymi podejściami, wydaje się obejmować najbardziej zróżnicowane koncepcje teoretyczne, co widać zwłaszcza na przykładzie aparatu pojęciowego. Autorzy poszczególnych teorii wygenerowali nowe pojęcia i w mniejszym stopniu niż w przypadku podejścia psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego czy systemowego wykorzystują inne koncepcje istniejące w obrębie ich własnego nurtu psychoterapii.

W podejściu humanistycznym zakłada się, że klient ma wewnętrzny potencjał do tworzenia zdrowych, znaczących relacji. Psychoterapeuta bardziej koncentruje się na terażniejszych procesach i odpowiedzialnej samoaktualizacji niż na przeszłych doświadczeniach czy zaburzeniach poznawczych (Corrie i Lane, 2010). Rogers (1951) twierdził, że w psychoterapii formalna diagnoza (*diagnosis*) jest niepotrzebna. Co więcej, jego zdaniem diagnozowanie może być szkodliwe dla procesu terapeutycznego, ponieważ stawia terapeutę na wyższej pozycji w stosunku do klienta. Wiązało się to także z przekonaniem, że klient będzie postrzegał siebie bardziej jako osobę, im bardziej terapeuta postrzega go jako osobę, a nie obiekt (Rogers, 1951). Rogers na pierwszym miejscu stawiał bezwarunkową akceptację oraz pomoc klientowi w dokonaniu własnych wyborów. Warto podkreślić, że terapeuta ten miał najprawdopodobniej na myśli przede wszystkim diagnozę nozologiczną (określenie *diagnosis*) lub kategoryalną. Nie wiadomo, czy powstająca w latach 60. XX w. koncepcja (idea) konceptualizacji przypadku była mu znana. W każdym razie w swojej głównej pracy *O stawianiu się osobą* nie odniósł się do niej (ani razu nie występuje termin „konceptualizacja przypadku”). Analizując podejście Rogersa (1951) do psychoterapii i podane przez niego przykłady rozmów z klientami, można jednak stwierdzić, iż nie unikał on zupełnie konceptualizacji (choć nie nazywając tego, co robił w ten sposób). Przejawiało się to np. w określaniu, w którym stadium przemiany osobowości znajduje się klient w procesie psychoterapii i wyprowadzaniu z tego wniosków na temat pożądanej aktywności terapeuty. Dopiero intelektualni spadkobiercy Rogersa wypracowali metody sformułowania przypadku w pełnym tego słowa znaczeniu (Goldman, Greenberg, 1997, 2007, za: Sturmey, 2009).

Natomiast podejście egzystencjalne (*existential approaches*) koncentruje się na znalezieniu filozoficznego sensu (*meaning*) poprzez myślenie i autentyczne życie.

Trudności, z jakimi może zmagać się klient, krążą wokół pojęć egzystencjalnych, takich jak samotność, brak sensu życia, rozpacz (Corrie i Lane, 2010). W terapii egzystencjalnej terapeuta ma być przede wszystkim autentyczny (Prochaska i Norcross, 2006). Egzystencjaliści przeciwstawiają się systematycznemu podejściu do terapii, ponieważ ich zdaniem jest to sprzeczne z autentycznym spotkaniem. Idąc tym tropem, można stwierdzić, że z tego samego powodu nie powstał model egzystencjalny konceptualizacji przypadku, bo ta zakładałaby z góry określoną strukturę. Celem jest fenomenologiczne zrozumienie klienta (jego niepowtarzalnego świata), bez założeń teoretycznych. W konsekwencji w psychoterapii egzystencjalnej nie dokonuje się konceptualizacji przypadku w klasycznym jej rozumieniu. Biorąc pod uwagę definicję konceptualizacji sformułowaną w pierwszym rozdziale niniejszej monografii, w tym podejściu odrzuca się (przynajmniej deklaracyjnie) aspekt teoretycznego ugruntowania zbioru hipotez. Można jednak powiedzieć, że tworzy się hipotezy ugruntowane empirycznie, ponieważ są one zakorzenione w doświadczeniu (głównie na podstawie obserwacji klienta). Mimo założeń o zrozumieniu fenomenologicznym, terapeuci egzystencjalni nie unikają całkowicie terminologii psychologicznej, podając przykłady studiów przypadku. Są to pojęcia w większości specyficzne dla ich nurtu i mało abstrakcyjne.

W związku z dużą różnorodnością teorii zaliczanych do nurtu humanistycznego i trudnością w znalezieniu wspólnego mianownika w podejściu do konceptualizacji przypadku skoncentruję się na jednej z nich – terapii Gestalt. Wybór tej koncepcji wynika głównie z tego, że spośród koncepcji humanistycznych psychoterapia Gestalt należy do najpopularniejszych na polskim gruncie. Warto w tym miejscu dodać, że współczesna psychoterapia Gestalt różni się pod wieloma względami od klasycznej psychoterapii Gestalt, zapoczątkowanej w latach 50. XX w. przez Fritza Perlsa i jego współpracowników (Perls, Hefferline i Goodman, 1951/2013). Współcześnie akcent został przeniesiony ze wspierania indywidualności i autonomii w psychoterapii na wspieranie tworzenia więzi, co stanowi odzwierciedlenie zmieniającego się kontekstu społecznego (Drat-Ruszczak, 2016). Zmieniło się też nastawienie praktykujących terapeutów Gestalt do badań i rozwoju teorii, na gruncie której pracują (początkowo było ono nieco sceptyczne). Wyrazem tego są niektóre publikacje, np. *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (Francesetti, Gecele i Roubal, 2016). Psychopatologia jest tu rozumiana w specyficzny sposób, odmiennie od innych modalności psychoterapii; „jest współtworzonym fenomenem pola, wyłania się w kontakcie granicznym i może zostać przekształcona w procesie kontaktu” (Francesetti, Gecele i Roubal, 2016, s. 32).

Większość autorów opracowań na temat psychoterapii Gestalt nie posługuje się w ogóle terminem konceptualizacja przypadku. W jednej z prac mowa jest np. o konceptualizacji doświadczenia (Mann, 2010). Z kolei w książce poświęconej współczesnej psychoterapii Gestalt pojawia się określenie „konceptualizowanie

sytuacji” (Roubal, Gecele i Francesetti, 2016, s. 118). W obu przypadkach mamy do czynienia z innym przedmiotem konceptualizacji (niedotyczącym bezpośrednio problemu czy osoby). Dlatego głównym źródłem bezpośrednich informacji na temat konceptualizacji w psychoterapii Gestalt prezentowanych w niniejszym podrozdziale jest artykuł Kenofera (2015).

Terapia Gestalt opiera się na doświadczeniu (*experiential*). Jej korzenie tkwią w psychoanalizie i fenomenologii. Bazuje na trzech zasadniczych założeniach, które rzutują na sposób budowania konceptualizacji (Mann, 2010):

1. Poszukiwanie zrozumienia następuje przez to, co jest oczywiste i jawne, a w mniejszym stopniu przez interpretację obserwatora (idea fenomenologii).
2. Doświadczenie osoby eksploruje się w kontekście jej sytuacji i pola (teoria pola; *field theory*).
3. Podstawowe znaczenie w terapii ma dialog (jako specyficzna forma kontaktu).

Kenofer (2015) jako punkt wyjścia swoich rozważań na temat konceptualizacji przypadku w psychoterapii Gestalt traktuje stwierdzenie, iż niezależnie od podejścia teoretycznego celem konceptualizacji jest dostarczenie psychoterapeucie wskazówek na temat tego, co stanowi problem klienta i na czym ma skoncentrować swoją uwagę podczas spotkania terapeutycznego. Z jednej strony, terapia Gestalt z założenia jest przeciwna tworzeniu skryptów postępowania, ponieważ uwaga terapeuty ma być skierowana na danej chwili (*process of the moment*) (Mackwen, 1997, za: Kenofer, 2015). Z drugiej jednak, terapeuci potrzebują pewnej koncepcji osoby/problemu, która może być źródłem wskazówek podczas prowadzenia terapii. Perls (1951/2013), uważany za współtwórcę psychoterapii Gestalt, pisze o potrzebie wskazówek dotyczących tego, w jakim kierunku patrzeć. Jak zauważa Kenofer (2015), dla Perlsa koncepcja (*conception*) jest tłem (kontekstem). Nie ma tu natomiast mowy o wskazówkach dotyczących leczenia, co jest znamienne dla podejścia humanistycznego.

We współczesnej psychoterapii Gestalt podejście, jakie przyjmował Perls, zostało poszerzone (Roubal, Gecele i Francesetti, 2016). Wyróżnia się trzy perspektywy diagnostyczne:

- perspektywa objawu – skoncentrowanie na osobie i doświadczanych przez nią objawach;
- perspektywa kontekstu – koncentrowanie się na relacjach (systemie), funkcjach objawów w relacjach oraz przyjmowanych rolach;
- perspektywa „współ-tworzona” – koncentracja na „tu i teraz” procesu terapeutycznego, obserwacja doświadczenia wzajemnego powiązania wszystkich procesów w polu.

Pierwsze dwie perspektywy są niespecyficzne dla psychoterapii Gestalt. Perspektywa objawu odgrywa dużą rolę w podejściu poznawczo-behawioralnym i psychodynamicznym, a perspektywa kontekstu jest charakterystyczna dla psychoterapii

systemowej (choć ich rozumienie nie jest tożsame w terapii Gestalt i systemowej, ze względu na odmienne cele terapeutyczne). Trzecia perspektywa („współ-tworzenia”) jest specyficzna dla psychoterapii Gestalt. Te perspektywy uzupełniają się i pozwalają terapeutom na stworzenie diagnozy wielowymiarowej. Każda z nich może mieć swoje miejsce w gestaltowskiej konceptualizacji przypadku, choć najtrudniejsza do opisanego i uchwycenia (ze względu na ciągłą zmienność w czasie) jest perspektywa „współ-tworzenia”. Lobb (2016, s. 52) sugeruje, że przyjęcie przez gestaltystów paradygmatu „współ-tworzonego» pomiędzy”, w miejsce paradygmatu wewnątrzpsychicznego, oznacza, że terapeuta postrzega siebie i pacjenta jako dialogową całość. Znaczenie komunikacji wyłania się we „wzajemnej percepcji wyrażającej relacyjną intencjonalność” (Lobb, 2016, s. 52).

W kontekście współczesnej psychoterapii Gestalt konceptualizacja przypadku została zdefiniowana jako proces zastosowania teorii terapii Gestalt do pojedynczego przypadku, którego celem stanowi określenie za pomocą terminów teoretycznych, co jest problemem i jak można się do niego ustosunkować w terapii (Kenofler, 2015).

Pisząc o miejscu konceptualizacji przypadku w psychoterapii Gestalt, należałoby wskazać na ograniczenia samej konceptualizacji, które pozostają w sprzeczności z założeniami tego nurtu. Po pierwsze, konceptualizacja jest wyrażona w perspektywie „osoby trzeciej”, co jest odległe od tego, jak klient doświadcza rzeczywistości/sytuacji (Kenofler, 2015), podczas gdy w terapii Gestalt ten subiektywny punkt widzenia klienta jest kluczowy. Po drugie, każda konceptualizacja jest niekompletna, akcentuje tylko niektóre aspekty, a inne pozostawia ukryte. Jest to z kolei sprzeczne z założeniem o holistycznym ujęciu człowieka. Po trzecie, konceptualizacja odnosi się do pewnego momentu w czasie. Natomiast gestaltycy kładą nacisk na to, że konceptualizacja rozwija się w toku terapii i powinna podlegać ciągłej rewizji.

Diagnoza (termin *diagnosis*), którą w psychoterapii Gestalt często się minimalizuje, polega na zastosowaniu konstruktorów teoretycznych do stworzenia skrótowego obrazu tego, jak osoba nawiązuje i zrywa kontakt ze swoim światem zewnętrznym. Jak pisze Mann (2010, s. 86), „diagnozować to obserwować i oceniać sytuację osoba – świat”. Nawet gdy diagnoza ma charakter relacyjny, to tworzenie skrótowych hipotez powoduje, że coś się traci z całej historii klienta (Mann, 2010). Zachowanie pełni określone funkcje. Zrozumienie tych funkcji jest możliwe, gdy są one rozważane w kontekście całej sytuacji osoby. W ten sposób funkcja może być rozumiana, a nie zaetykietowana. Opisywanie zachowania klienta w relacji do sytuacji wymaga posługiwania się częściej czasownikami niż rzeczownikami, a więc zmienna natura diagnozy w podejściu humanistycznym ma swoje odzwierciedlenie w języku, którym posługuje się terapeuta. Określenia takie jak *narcyzm* czy *borderline* lokują klienta w określonym czasie i przestrzeni, czego raczej unika się na gruncie omawianego nurtu psychoterapii.

Diagnozowanie (*assessment*), rozumiane jako proces pozyskiwania informacji, w psychoterapii Gestalt dotyczy głównie tego, w jaki sposób klient wchodzi w kontakt i jak go zrywa. Gestaltysty przywiązują dużą wagę do niewerbalnej ekspresji klientów. Informacje zwrotne dla klienta odnoszą się do tego, co terapeuci widzą i słyszą. Unikają interpretacji (zwłaszcza w czasie sesji), co opiera się na założeniu, że prawdziwe znaczenie klienta i jego świata można znaleźć nie w teorii, ale w aktualnym doświadczeniu (Prochaska i Norcross, 2006). Podstawowymi metodami wykorzystywanymi w diagnozowaniu są obserwacja oraz rozmowa. Mann (2010, s. 88) wyróżnia następujące etapy procesu diagnozowania (*assessment*):

1. Zidentyfikowanie problemu prezentowanego przez klienta (dlaczego zgłasza się na terapię i dlaczego właśnie teraz).
2. Sformułowanie (*formulate*) hipotez na temat tego, jak problem mógł się rozwijać i/lub jak był podtrzymywany, w odpowiedzi na sposób bycia (*being*) klienta i sposób mówienia o prezentowanym problemie.
3. Eksplorowanie oczekiwań klienta wobec terapii i praca nad zidentyfikowaniem możliwych celów.
4. Praca wraz z klientem nad skonstruowaniem możliwych sposobów osiągnięcia celów; wyjaśnienie, że jest to terapia oparta na procesie, a nie na efekcie (*outcome-therapy*).
5. Rozważenie, czy psychoterapia Gestalt jest odpowiednim podejściem w pracy z konkretnym klientem i czy dany terapeuta jest właściwą osobą do towarzyszenia temu klientowi.

Mimo że Mann (2010) posługuje się terminem diagnoza (*assessment*), to pierwsze cztery komponenty diagnozowania można by odnieść, ze względu na ich treść, do konceptualizacji przypadku (kroki prowadzące do jej utworzenia).

Zawarte w literaturze wskazówki dotyczące konceptualizacji przypadku *sensu stricto* w psychoterapii Gestalt są dość ogólne. Na przykład Philip Brownell (2005) wymienia następujące komponenty konceptualizacji: kontekst, indywidualne doświadczenie (fenomenologia klienta), adaptacja (sposób dostosowywania się klienta do różnych kontekstów), holizm – rozpoznanie, że wszystkie rzeczy pozostają w relacji do klienta. Ponadto podkreśla się, że zidentyfikowane wzorce mogą być nieaktualne w innej chwili. Ocena ma nadawać kierunek interwencjom terapeutycznym, ale te trzeba każdorazowo dostosowywać do sytuacji (kontekstu). Duży nacisk, większy niż w modelu psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym, kładzie się na zmianę ustaleń w zakresie konceptualizacji.

Kenofer (2015, s. 115) wymienia pięć komponentów konceptualizacji przypadku w postaci pytań, na które terapeuta poszukuje odpowiedzi:

1. Co jest problemem? (prezentacja problemu przez klienta, zwykle wyrażona przez klienta rozbieżność między tym jak jest, a tym, jak pragnie, żeby było; inicjatorem zmian jest tylko klient lub odbywa się to w dialogu)

2. Dlaczego klient zgłasza się na terapię w tym czasie? (powody zgłoszenia się na terapię w tym momencie – z jakiego powodu klient chce rozwiązać problem czy domknąć sprawę akurat teraz?)
3. Dlaczego klient doświadcza zgłaszanej trudności jako problemu?
4. Co podtrzymuje problem? (terapeuta bierze pod uwagę, że impas może być odzwierciedleniem konfliktu między potrzebami)
5. Co musi się wydarzyć, żeby rozwiązać problem? (czego osoba potrzebuje, żeby rozszerzyć granice swojego „ja”, dostarczyć nowych doświadczeń dla *self*)

Chociaż psychoterapeuta Gestalt koncentruje się z założenia na chwili obecnej („tu i teraz”), to często stara się uchwycić także kontekst i poznać historię klienta (Mann, 2010). Specyficzne jest jednak to, że zidentyfikowanie przyczyn (jak problem powstał) nie jest istotnym aspektem konceptualizacji przypadku w tym modelu (Kenfer, 2015). Główne obszary eksploracji, zwłaszcza podczas pierwszych sesji, to: sposób wchodzenia klienta w kontakt, sposób poruszania się, korzystanie ze wsparcia w trakcie sesji oraz poza gabinetem. Terapeuta próbuje ustalić, w jaki sposób to, jak klient wchodzi w kontakt i jak go zrywa, odzwierciedla prezentowaną przez niego historię życia. Równie istotne jest zidentyfikowanie potencjalnych barier i wyzwań, z którymi klient zmaga się w życiu codziennym. Synteza podstawowych problemów klienta służy temu, by pokazać mu, w jaki sposób doszło do powstania tych problemów i jak są ze sobą powiązane. Efekt tego procesu nie jest jednak traktowany jak pewnik. Przeciwnie, często konieczne jest rozszerzenie i/lub korekta konceptualizacji (Clemmens, 2012).

Najważniejsze kategorie pojęciowe, którymi posługują się psychoterapeuci Gestalt, to: kontakt, mechanizmy unikania/przerywania kontaktu. Warto w tym miejscu dodać, iż wraz ze zmianami, jakie zachodziły w obrębie psychoterapii Gestalt, zmianie ulegał także język. Na przykład pojawiło się określenie „mechanizmy zakłócania kontaktu”, w miejsce zwrotu „mechanizmy przerywania kontaktu” (Mizerska, 2016). Zinker (1991), rozwijając koncepcję Perlsa, nakreślił mapę doświadczenia obejmującego 7 faz w procesie kontaktu organizmu ze środowiskiem: 1. Doznanie, 2. Rozpoznanie, 3. Ocena i planowanie, 4. Działanie, 5. Kontakt, 6. Asymilacja i domknięcie, 7. Wycofanie. Za pomocą tego schematu można opisywać procesy psychiczne lub potrzeby fizyczne. Procesy moderujące kontakt z otoczeniem, pełniące głównie funkcje obronne (unikanie bezpośredniego kontaktu z *self* i otoczeniem) to: introjeksja (przyswajanie tego, co oferuje świat w bierny sposób, bez sprawdzenia), projekcja (przypisywanie innym „odszczepionych” części siebie), konfluencja (niedoświadczenie granic między środowiskiem a własnym organizmem), retrorefleksja (kierowanie na siebie tego, co chciałoby się zrobić innym lub tego, co chciałoby się otrzymać od innych), defleksja (unikanie sedna sprawy w swych działaniach) (Fromm i Muller, 1977, za: Mann, 2010; Prochaska i Nor-

cross, 2006). Introjektowane przekonania (introjekty) mogą podtrzymywać inne przekonania i prowadzić do zachowań retrofleksyjnych. Przykładowo: retrofleksja „Jestem zły na siebie” może być wspierana przez zintrojektowane przekonanie „Nie można się złościć” (Mann, 2010, s. 51). Co ciekawe, Perls, Hefferline i Goodman (1951/2013) traktują tendencję do retrofleksji, introjeksi lub projekcji jako mechanizmy neurotyczne i wskazują na skutek ich stosowania w postaci lęku. Oznacza to uwzględnianie także procesów nieświadomych.

Dla uporządkowania tych konstruktów wyróżnia się następujące dymensje (MacKewn, 1997, za: Mann, 2010):

1. Introjeksja *versus* odmowa przystosowania (akomodacji); między tymi skrajnościami znajdują się kwestionowanie i asymilowanie.
2. Retrofleksja *versus* niepohamowana ekspresja; między tymi skrajnościami jest umiarkowana ekspresja.
3. Projekcja *versus* zawłaszczanie wszystkiego; między tymi skrajnościami znajduje się posiadanie (*owning*).
4. Konfluencja *versus* izolacja; między tymi skrajnościami jest różnicowanie (dyferencjacja).

Ogólna mapa wzajemnych powiązań elementów w konceptualizacji przypadku w psychoterapii Gestalt mogłaby wyglądać tak jak na rycinie 11.

mechanizm unikania kontaktu → inny mechanizm unikania kontaktu  
→ ograniczony kontakt z otoczeniem (niezdrowe funkcjonowanie)

Rycina 11. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu terapii Gestalt

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mann (2010).

Dla porównania: w terapiach egzystencjalnych zakłada się następujące powiązania przyczynowo-skutkowe między podstawowymi kategoriami pojęciowymi:

świadomość trosk egzystencjalnych → lęk → mechanizmy obronne

Rycina 12. Związki przyczynowo-skutkowe w modelu egzystencjalnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Yalom (1980, za: Prochaska i Norcross, 2003).

Lęk jest tu rozumiany jako lęk ontologiczny, będący nieodłączną częścią ludzkiej egzystencji. Podobnie jak w psychoanalizie lęk stanowi w tym nurcie podstawową kategorię pojęciową (Prochaska i Norcross, 2006). Różnica dotyczy jego genezy.

W myśl terapii egzystencjalnej nie trzeba eksplorować wczesnej historii życia klienta, bo lęk jest od niej niezależny.

W opracowaniach na temat psychoterapii Gestalt oprócz kategorii specyficznych pojawiają się terminy niespecyficzne, takie jak doświadczenia psychotyczne, doświadczenia depresyjne, lęk, ataki paniki, style relacyjne, zaburzenia osobowości, zachowania przemocowe (Francesetti, Gecele i Roubal, 2016). Są to kategorie z obszaru psychopatologii, jednak akcentowane jest doświadczanie tych stanów przez klienta.

Do zadań terapeuty w psychoterapii Gestalt należy m.in. kreowanie bezpiecznych warunków, w których klient może eksperymentować z różnymi sposobami bycia, oraz ułatwianie klientowi zakończenia tego, co niedokończone („zamykanie” niedomkniętych figur) (Mann, 2010). W tym nurcie podkreśla się rolę świadomości terapeuty w zakresie wpływu na klienta oraz własnych tendencyjności (*biases*). Dla porównania: w podejściu psychodynamicznym relacja terapeutyczna również podlega analizie, ale dotyczy głównie jednego członu (wpływ pacjenta na terapeutę). Natomiast w podejściu humanistycznym (nie tylko w terapii Gestalt) przywiązuje się dużą wagę do wzajemnego wpływu, a więc także wpływu terapeuty na klienta.

Celem w psychoterapii Gestalt jest „poszerzanie świadomości” (Prochaska i Norcross, 2006) oraz dotarcie do autentycznego „Ja” (Sęk, 2016). W praktyce oznacza to przejście od koncentracji na myśleniu do świadomości zmysłów, zakorzenionej w czasie terażniejszym (kluczowy postulat: „być tu i teraz”). Prototypową interwencją jest np. zaproszenie klienta do uczestniczenia w ćwiczeniach gestaltowskich, często sprowadzających się do aktywnej ekspresji emocji. Należą do nich m.in. wymyślone przez Perlsa (1970, za: Prochaska i Norcross, 2006) „eksperymenty gestaltowskie”: „gra w dialog” („rozmowa” między przeciwstawnymi biegunami swojej osobowości), „odgrywanie projekcji” (klient odgrywa osobę będącą obiektem jego projekcji). Techniki terapeutyczne nawiązują do teorii figury i tła, wspierając u klienta proces domykania „figur” i niezalutwionych spraw (Sęk, 2016). Terapeuta podkreśla podczas sesji terapeutycznych, że nie bierze odpowiedzialności za klienta. Charakterystyczne dla psychoterapii Gestalt jest też to, że relacja terapeutyczna stanowi nie tylko element procesu terapeutycznego, ale także treść terapii (Prochaska i Norcross, 2006).

Jako przykład konceptualizacji przypadku w ramach terapii Gestalt przytoczę pokrótce przypadek pani C (Prochaska i Norcross, 2006). To 47-letnia kobieta, mająca sześcioro dzieci. Uskarża się, że przez ostatnie 10 lat odczuwała przymus mycia się (mycie rąk ok. 25–30 razy dziennie przez ponad 5 minut, poranny rytuał mycia całego ciała trwający 2 godziny). W przeszłości miała obsesję na punkcie owsików; częste i dokładne mycie się tłumaczyła obawą przed zachorowaniem. Twierdzi, że nigdy w życiu nie odczuwała podniecenia seksualnego. Z informacji biograficznych wynika, że pani C pochodziła z surowej rodziny, która traktowała seksualność

w sposób represyjny. Jej matka wyrażała obrzydzenie wobec seksu i przywiązywała bardzo dużą wagę do czystości, a ojciec nie tolerował wyrażania złości.

Dokonując konceptualizacji przypadku, można zauważyć, że pani C była od dzieciństwa uczona, żeby nie uznawać części aspektów swojego ciała; straciła kontakt ze źródłami pragnień seksualnych oraz cielesną podstawą uczucia złości. Starła się całkowicie „odciąć” od swojego ciała poprzez ciągle zmywanie go. Aby nie słuchać swojego ciała, podejmuje kompulsywne działania. W momencie kiedy pojawiły się te objawy, pani C była sfrustrowana brakiem czasu i energii na samorealizację. Przerzuciła odpowiedzialność za swoje niesatysfakcjonujące życie na owsiki. Ciąg przyczynowo-skutkowy poszczególnych elementów konceptualizacji wygląda w przybliżeniu tak jak na rycinie 13.

Jak widać, kluczowe w tym przykładzie są mechanizmy unikania kontaktu. Pokazana została geneza zachowań zorientowanych na unikanie kontaktu.

<p>zakazy ze strony rodziców (dotyczące złości i sfery seksualnej) → introjekcja (zakazów) → retrofleksja (ograniczenie „kontaktu z ciałem” – tłumienie ekspresji złości i doświadczania sfery seksualnej) → pogłębianie odcinania się od własnego ciała (częste mycie się)</p>
---

Rycina 13. Graficzna prezentacja konceptualizacji przypadku pani C

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Prochaska i Norcross (2006).

Można przypuszczać, że zachęta ze strony terapeuty do wzięcia odpowiedzialności za swoją nerwicę mogłaby spowodować uaktywnienie „zablokowanych” emocji (przeżywanie żalu). Terapeuta nie brałby odpowiedzialności za panią C, co mogłoby być powodem złości z jej strony (wyrażonej w relacji terapeutycznej), a to z kolei mogłoby być momentem przełomowym w terapii, ze względu na zapoczątkowanie ekspresji emocji w bezpiecznych warunkach terapeutycznych (Prochaska i Norcross, 2006). Takie przewidywania są jednak nieco odległe od idei zawartych w koncepcji Gestalt, zgodnie z którą psychoterapeuta reaguje na bieżąco, w czasie sesji terapeutycznej i nie tworzy z wyprzedzeniem planu interwencji.

Analizując humanistyczny model konceptualizacji przypadku pod kątem pierwszego podziału na rodzaje sformułowań, można go zaklasyfikować na przykładzie psychoterapii Gestalt do sformułowań częściowych. Właściwie nie ma takiego momentu w procesie terapeutycznym, w którym terapeuta traktuje konceptualizację jako pełną (ukończoną), ma ona przez cały czas znamiona tymczasowości.

Konceptualizacja w omawianym podejściu jest zdecydowanie bardziej skoncentrowana na osobie niż na problemie. Psychoterapeuta unika określeń etykietujących, odnoszących się do określenia problemu, przewidując, że w każdej chwili wzorzec funkcjonowania może się zmienić. Konceptualizacja ta ma najczęściej cha-

rakter jednomodelowy, choć szczegółowe modele, na których się opiera, zawierają też idee pochodzące z innych nurtów psychoterapii.

W podejściu humanistycznym konceptualizacja jest w pełni oparta na osobistym znaczeniu. Psychoterapeuci z założenia nie odwołują się do listy potencjalnych czynników przyczynowych czy listy problemów. Znamienne jest także stosowanie zwykle tego samego języka do opisu psychopatologii i zdrowia. Przykładem mogą być dymensje opisujące sposób wchodzenia klienta w kontakt z otoczeniem (mechanizmy unikania kontaktu), którymi terapeuci posilkują się niezależnie od tego, czy klient wykazuje objawy psychopatologiczne, czy też nie (MacKewn, 1997, za: Mann, 2010).

Konceptualizację przypadku można scharakteryzować jako opartą na podejściu oddolnym. Zakłada się, że prawdziwe znaczenie klienta i jego świata można znaleźć nie w teorii, ale w aktualnym doświadczeniu (Prochaska i Norcross, 2006). Założenia teoretyczne stanowią punkt odniesienia dla terapeuty, ale są wtórne wobec kategorii powstałych na bazie subiektywnego doświadczenia.

Ostatni podział dotyczy jednostronnego podejście do konceptualizacji *versus* opartego na współpracy (*collaborative*). W podejściu humanistycznym, a w terapii Gestalt w szczególności, mamy do czynienia z konceptualizacją opartą na współpracy. Ważny jest dialog Ja – Ty. Wyjaśnienie doświadczeń i problemów klienta tworzy się pomiędzy (*between*) klientem a terapeutą (Mann, 2010). Zestawienie charakterystyk konceptualizacji w podejściu humanistycznym zawiera tabela 4.

Tabela 4. Konceptualizacja przypadku w modelu humanistycznym

Nazwy rodzajów konceptualizacji	Charakterystyka konceptualizacji w modelu humanistycznym
częściowa <i>versus</i> pełna konceptualizacja	częściowa konceptualizacja
konceptualizacja skoncentrowana na osobie <i>versus</i> konceptualizacja specyficzna dla problemu	konceptualizacja skoncentrowana na osobie
konceptualizacja wielomodelowa <i>versus</i> jednomodelowa	konceptualizacja jednomodelowa
konceptualizacja oparta na liście czynników <i>versus</i> bazująca na osobistym znaczeniu	konceptualizacja oparta na osobistym znaczeniu
podejście odgórne <i>versus</i> oddolne	podejście oddolne
jednostronne podejście do konceptualizacji <i>versus</i> oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	konceptualizacja oparta na współpracy (w kontekście dialogu Ja – Ty)

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę specyficzne cechy konceptualizacji przypadku w podejściu humanistycznym na przykładzie psychoterapii Gestalt, takie jak wielowymiarowość czy

niestałość (konceptualizacja jako proces), trudno uchwycić jej swoistą treść i strukturę. Charakterystyczne jest raczej unikanie struktury i poszukiwanie niepowtarzalnych kategorii odnoszących się do doświadczenia klienta. Na zrozumienie klienta mają wpływ nie tylko przemyślenia psychoterapeuty, ale także jego subiektywne odczucia, emocje i wrażenia, które pojawiają się w relacji terapeutycznej. Są to elementy, które w niewielkim stopniu podlegają intersubiektywnemu opisowi. Oprócz tych trudno uchwytanych komponentów są również kategorie wspólne z innymi podejściami. Od nastawienia konkretnego terapeuty zależy, w jakich proporcjach odwołuje się do specyficznych i niespecyficznych dla tego nurtu kategorii.

## 2.4. MODEL SYSTEMOWY KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Zainteresowanie rodzinnymi uwarunkowaniami problemów pacjenta/klienta występuje nie tylko w terapiach systemowych, ale także w terapiach indywidualnych prowadzonych w innych nurtach, choć w ograniczonym zakresie. Definitywnie rzecz ujmując, psychoterapeuci systemowi *sensu stricto* są bardziej zorientowani na system rodzinny (*family system-oriented*) niż na jednostkę i utożsamiają się z paradygmatem systemowym (Sperry, 1986).

Ogólnym celem terapii systemowych jest poprawa funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Ważny wyznacznik teorii mieszczących się w zakresie podejścia systemowego stanowi to, że bazują one na założeniach ogólnej teorii systemów i cybernetyki (Prochaska i Norcross, 2006). Przyjmuje się, że systemy rodzinne dysponują mechanizmami, które utrzymują równowagę behawioralną. W odniesieniu do systemu rodzinnego przedmiotem analizy są nie tylko elementy tego systemu (poszczególni członkowie rodziny), ale i relacje (współzależności) między nimi oraz kontekst społeczny. W nurtach teoretycznych, które powstały w pierwszym okresie rozwoju podejścia systemowego (m.in. teoria systemów rodzinnych, strukturalna teoria rodziny, strategiczna teoria rodziny), objawy lub symptomy jednego członka rodziny są traktowane jako sposób utrzymywania spójności rodziny lub jako impuls do zmiany (H. Goldenberg i I. Goldenberg, 2006).

Zgodnie ze współczesnym myśleniem systemowym, bazującym na założeniach konstruktywizmu społecznego, nie istnieje jeden obraz poznawanego systemu (np. rodziny). W literaturze pojawia się nawet stwierdzenie, że „obrazów jest tyle, ilu jest obserwatorów, którzy poprzez swoje doświadczenie je konstruują” (Siewierska, Śliwczyńska i Namysłowska, 2008, s. 19). Zdaniem cytowanych autorek, nie jest możliwe nałożenie na siebie i uzgodnienie (uwspólnienie) różnych map problemu rodziny, pochodzących od poszczególnych członków rodziny oraz od psychoterape-

peuty. Ponadto współczesne terapie systemowe w niewielkim stopniu koncentrują się na objawie (Siewierska, Śliwczyńska i Namysłowska, 2008).

W związku z tym, że podejście systemowe nie jest monolitem i składa się z wielu alternatywnych teorii, które różnią się częścią założeń, trudno określić wspólny rdzeń konceptualizacji przypadku. Te różnice występują zwłaszcza między teoriami modernistycznymi a postmodernistycznymi (współczesnymi) (Chrzastowski i de Barbaro, 2011). W niniejszym rozdziale skoncentruję się bardziej na teoriach modernistycznych.

W psychoterapii systemowej przyjmuje się ogólną definicję konceptualizacji przypadku jako zrozumienie przez psychoterapeutów tego, w jaki sposób problemy powstają i jak są podtrzymywane (Reiter, 2014). Kluczowe jest to, że konceptualizacja łączy problem prezentowany przez pacjenta (rodzinę) z właściwym planem interwencji (Sperry, 2005).

Konceptualizacja przypadku w podejściu systemowym, tak jak w pozostałych podejściach, stanowi źródło wskazówek dotyczących interwencji terapeutycznych. Ramy teoretyczne umożliwiają integrację danych zdobytych od rodziny oraz wybór i zastosowanie odpowiednich strategii działania. Specyficznym dla podejścia systemowego celem stawiania hipotez wyjaśniających jest wywołanie zmiany, a nie dotarcie do prawdy o rodzinie (Cierpiałkowska i Czabała, 2016). Dzieje się tak np. wówczas, gdy hipotezy wypowiedziane podczas sesji terapeutycznej oraz pytania bazujące na hipotezach terapeuty przyczyniają się do większego zaangażowania rodziny w pracę nad zmianą. Dodatkowo swoistym dla tego podejścia celem konceptualizacji jest określenie pozycji terapeuty w stosunku do rodziny (Reiter, 2014).

Identyfikując miejsce systemowej konceptualizacji przypadku w procesie psychoterapii, można stwierdzić, że jej tworzenie rozpoczyna się jeszcze przed spotkaniem z rodziną i trwa przez cały czas trwania terapii (Reiter, 2014). Różnica między podejściem systemowym a pozostałymi podejściami polega na tym, że zmienność konceptualizacji jest z założenia bardzo duża (nowe hipotezy stawia się i sprawdza podczas każdej sesji terapeutycznej). Tworzenie konceptualizacji jest dynamicznym procesem, w którym hipotezy są rewidowane w świetle terażniejszych wydarzeń (Eells, 2010a).

Psychoterapeuta, tworząc konceptualizację przypadku, koncentruje się na systemie rodzinnym klienta i innych systemach w jego życiu. Jeśli chodzi o procedury diagnostyczne, które stosuje w tym celu, to podstawą jest rozmowa z członkami rodziny, pozwalająca na ocenę jej sytuacji. Sposób zadawania pytań i ich rodzaj różnią się w pewnym stopniu od standardowych sposobów prowadzenia rozmowy diagnostycznej w terapiach niesystemowych (Siewierska, Śliwczyńska i Namysłowska, 2008). Specyficzne dla tego podejścia są nie tylko pytania cyrkularne, ale także pytania wprowadzające niepewne hipotezy. Ważną metodą jest też obserwacja ukie-

runkowana na konkretne elementy systemu rodzinnego, np. wzorce transakcyjne rodziny (H. Goldenberg i I. Goldenberg, 2006). Oprócz tego terapeuci systemowi często posługują się genogramem, żeby osiągnąć głębsze zrozumienie dynamiki rodziny i relacji interpersonalnych (H. Goldenberg i I. Goldenberg, 2006; Zubernis i Snyder, 2016).

W literaturze przedmiotu znajduje się stosunkowo mało informacji na temat konceptualizacji przypadku w terapiach systemowych. Może to wynikać z jej specyfiki (wspomniana wyżej zmienność). Niektóre opracowania (np. Chrzęstowski, 2014) zawierają wprawdzie informacje o specyfice diagnozy w systemowej terapii rodzin, ale nie występuje tam wprost określenie „konceptualizacja przypadku”. Jednym z nielicznych modeli systemowej konceptualizacji jest propozycja Diane Gehart (2010, za: Reiter, 2014). Autorka wyróżnia 6 komponentów konceptualizacji:

- przedstawienie klienta (członków rodziny) – informacje demograficzne;
- prezentacja trosk klienta (rodziny) – zgłaszany powód przyjścia na terapię, czas wystąpienia problemu/symptomu, podejmowane próby poradzenia sobie z problemem;
- informacje o kontekście (*background information*) – historia rodziny, wcześniejsze terapie, wydarzenia poprzedzające wystąpienie problemu/symptomu itp.;
- diagnoza systemowa (*systemic assessment*) – zidentyfikowanie interakcyjnych i relacyjnych wzorców rodziny; uwzględnia się relacje w rodzinie (aktualnej) oraz związki międzypokoleniowe; rodzina jest rozpatrywana jako całość oraz jako zbiór podsystemów (małżeński, rodzicielski, dziecięcy itp.); bierze się także pod uwagę indywidualne i rodzinne mocne strony i zasoby;
- genogram – zastosowanie metody graficznej reprezentacji rodziny; pozwala zobaczyć członków rodziny i dynamikę relacji między nimi;
- perspektywa klienta (członków rodziny) – dyskusja na temat kluczowych komponentów konceptualizacji, żeby zobaczyć, czy klient się z nimi zgadza.

Spośród tych komponentów, specyficzne dla podejścia systemowego są dwa: diagnoza systemowa oraz genogram, pozostałe występują także w innych modelach konceptualizacji. Punkty 5. i 6. odnoszą się do aktywności terapeuty, a więc koncepcja Gehart (2010, za: Reiter, 2014) obrazuje także elementy procesu tworzenia konceptualizacji przypadku.

Przedstawiona wyżej propozycja nie uwzględnia wszystkich komponentów składowych. Inne elementy niespecyficzne, które często występują w konceptualizacjach w podejściu systemowym, to: sformułowanie kliniczne (*clinical formulation*) – określenie, jak rozwinęły się symptomy/objawy i jaki jest mechanizm ich podtrzymywania, sformułowanie kulturowe (*cultural formulation*) – wskazanie, w jaki sposób czynniki kulturowe (status socjo-ekonomiczny, region geograficzny, grupa przynależności etnicznej itp.) mogą wpływać na wzorec symptomów oraz sformułowanie planu interwencji (*treatment formulation*) (Sperry, 2010).

W zależności od przyjętej teorii w ramach podejścia systemowego przywiązuje się większą wagę do poszczególnych elementów konceptualizacji. Na przykład terapeuci opierający się na teorii Minuchina koncentrują się na silnych stronach członków rodziny i rodziny jako całość, takich jak wspierające i opiekuńcze transakcje w rodzinie (Minuchin i Fishman, 1981, za: Reiter, 2014). W zależności od preferowanych teorii różna będzie też rola przypisywana genogramowi.

W związku z przyjmowanym stanowiskiem filozoficznym (modernizm *versus* postmodernizm) różne jest także podejście terapeutów do tego, jak traktować konceptualizację (Józefik, 2016). W pierwszym przypadku (modernistyczne ujęcie) będzie ona postrzegana jako obraz (odzwierciedlenie) tego, jaka jest rodzina. Natomiast w drugim przypadku (ujęcie postmodernistyczne), zgodnie z założeniami konstruktywizmu i konstruktywizmu społecznego, będzie ona traktowana jako subiektywna konstrukcja obrazu rodziny przez psychoterapeutę, różniąca się od obrazów rodziny, jakie mają jej członkowie. Co więcej, przyjmuje się, że inni terapeuci mogliby mieć odmienny obraz tej samej rodziny, w zależności od własnych życiowych doświadczeń itd.

Główne kategorie pojęciowe, jakimi posługują się psychoterapeuci systemowi, to: granice, podsystemy, koalicje, uwikłanie i brak zaangażowania (model strukturalny), proces transmisji międzypokoleniowej (model międzypokoleniowy), symetryczne i komplementarne wzorce komunikacji, hierarchia rodzinna (model strategiczny) (H. Goldenberg i I. Goldenberg, 2006). W zależności od przyjętej teorii hipotezy dotyczą głównie komunikacji (np. komplementarne *versus* symetryczne procesy komunikacyjne) lub struktury (np. zbyt sztywne *versus* płynne granice między podsystemami, koalicje). W ramach terapii postmodernistycznych (np. narracyjna lub krótkoterminowa zorientowana na rozwiązanie) znacznie ogranicza się wprowadzanie kategorii diagnostycznych, które miałyby służyć wyjaśnieniu tego, co dzieje się w rodzinie (Chrzastowski, 2014).

Jako przykład konceptualizacji utworzonej w ramach podejścia systemowego przytoczę pokrótce przypadek rodziny Mosleyów (Reiter i Ray, 2014, s. 126). W związku z tym, że podejście systemowe składa się z kilku teorii, niezintegrowanych w jedną koncepcję teoretyczną, przykład będzie dotyczył tylko konceptualizacji utworzonej przez pryzmat jednej wybranej teorii – strategicznej (Reiter i Ray, 2014). Warto nadmienić, iż w książce pod redakcją Reitera (2014), z której został zaczerpnięty prezentowany przykład, ta sama rodzina jest analizowana pod kątem różnych teorii i każda konceptualizacja ma swoje, różniące się między sobą, konotacje dla pracy terapeutycznej.

Oto najważniejsze informacje, jakie terapeuta zebrał na podstawie rozmowy z rodziną Mosleyów. Jej członkami są: Miranda (38 lat), Stephen (41 lat), Coby (16 lat), Theresa (14 lat) i Brandon (10 lat). Miranda i Stephen są małżeństwem i mają troje biologicznych dzieci. Stephen czuje się wyizolowany w swojej rodzinie.

Coby spędza dużo, czasu grając w gry komputerowe. Brandon ma zdiagnozowaną łagodną postać autyzmu. Kiedy Stephen dowiedział się o autyzmie syna, trudno mu było to zaakceptować (jak sam przyznaje). Stephen spędza mało czasu z Brandonem. Miranda pomaga w odrabianiu zadań domowych Brandonowi, a Stephen pomaga Theresie i Coby'emu. Stephen i Miranda często sprzeczali się w domu; sprzeczki dotyczyły spraw finansowych i kwestii przejścia Mirandy na cały etat w pracy. Miranda nie chciała pracować na pełen etat, ponieważ uważała, że Brandon wymaga indywidualnej stałej opieki w ciągu dnia. Miranda twierdzi, że czuje się przeciążona w swojej rodzinie. Nie była z mężem na wakacjach od czasu narodzin Coby'ego. Kiedy okazało się, że Brandon cierpi na autyzm, relacja między Mirandą a Stephenem przekształciła się w ich ocenie z relacji mąż – żona w relację dwojga ludzi, którzy żyją obok siebie i opiekują się dziećmi. Miranda najwięcej czasu spędza z Brandonem. Coby mówi, że ma lepsze relacje z matką niż z ojcem, jednak matka poświęca mu mało czasu.

Rodzina zapytana o problem i jego kontekst odpowiedziała, że siedem miesięcy przed sesją terapeutyczną Coby zaczął narzekać na szkołę. Na początku nowego roku szkolnego mówił rano, że źle się czuje i nie może iść do szkoły. Kiedy przebywał w szkole, to kładł głowę na ławce i czasami zasypiał. Szkolna pielęgniarka zaleciła mu wizytę u lekarza, ale lekarz stwierdził, że od strony medycznej wszystko jest w porządku. Coby przyznał, że wolałby mieć nauczanie indywidualne w domu. Miranda była za tym, żeby pozwolić Coby'emu zostać jeden dzień w domu, ale Stephen był temu przeciwny i chciał zmusić Coby'ego do pójścia do szkoły. Kiedy w związku z zachowaniem Coby'ego rodzice zabronili mu oglądania telewizji oraz grania w gry telewizyjne, to nie zareagował na to, tylko siedział sam w swoim pokoju. Po czterech dniach niechodzenia do szkoły między Coby'm a jego ojcem doszło do ostrej wymiany zdań i przepychanki. Miranda chciała zainterweniować, ale Stephen powiedział, żeby się nie wtrącała. Theresa także podjęła próbę przekonania brata, żeby zaczął chodzić do szkoły. Coby po kłótni z ojcem zaczął przeżywać swoje rodzeństwo. Z powodu przedłużających się absencji był zagrożony powtarzaniem klasy.

Hipotezy, jakie zostały postawione przez terapeutę na temat zgłaszanego problemu, są następujące. Odmowa Coby'ego chodzenia do szkoły (symptom) nie jest tylko jego problemem (zgodnie z założeniem teorii strategicznej problemem jest zachowanie będące częścią sekwencji zachowań wśród zachowań innych członków rodziny; Haley, 1987, za: Reiter i Ray, 2014). Członkowie rodziny biorą udział w podtrzymywaniu tego symptomu. Gdy Coby odmawia pójścia do szkoły, Miranda próbuje go przekonać do zmiany zdania. Jak to nie działa, to wkracza Stephen i przekonuje syna, żeby poszedł do szkoły. Rodzeństwo także prosi brata, żeby poszedł do szkoły. Zachowania Theresy i Brandona podtrzymują istniejące reguły relacyjne w rodzinie. Można przypuszczać, że gdyby rodzeństwo zachowało się inaczej, np. stanęli po stronie swojego brata lub sami odmówili pójścia do szkoły, sekwencja

zachowań wokół odmowy Coby'ego wyglądałaby inaczej i mogłaby doprowadzić do rozwiązania problemu. W tym nurcie psychoterapii problem jest konceptualizowany jako występujący w kontekście społecznym. Coby prawdopodobnie nie uświadamia sobie, czemu nie chce chodzić do szkoły. Kolejna hipoteza mówi o tym, że zachowanie chłopca może być sposobem na to, by chronić Stephena i Mirandę przed większymi konfliktami małżeńskimi i rozstaniem się. Od początku związku z Mirandą Stephen nie czuł silnej pozycji w rodzinie. W sytuacji, gdy trzeba było podjąć jakąś decyzję, Stephen bardziej zwracał uwagę na potrzeby i pragnienia żony niż własne. Problem Coby'ego pozwala Mirandzie i Stephenowi uniknąć ujawnienia się różnic między małżonkami (np. w zakresie oczekiwań dotyczących rodzicielstwa i reguł funkcjonowania rodziny). Jest czymś, co ich jednoczy. Coby mógł czuć napięcie między rodzicami i nieświadomie rozwinął swój symptom. Ponadto Miranda bardziej niż jej mąż koncentruje się na problemie syna, przez co narusza granice międzypokoleniowe. Wchodzi ona w koalicje z różnymi członkami rodziny przeciwko Stephenowi (np. z Thesą). Chroni to Mirandę i jej męża przed zaangażowaniem się w konflikt, którego doświadczają tylko okazjonalnie. Zachowanie Coby'ego może być poza tym rozumiane jako komunikat skierowany do rodziców, że nie jest już dzieckiem i rodzice nie mogą mu dłużej mówić, co ma robić. Tak więc hipotezy wyjaśniające obejmują także to, czego członkowie rodziny sobie nie uświadamiają. Specyfika tych wyjaśnień, odwołujących się do nieświadomości, polega na tym, że to, co nieświadomione, odnosi się do relacji.

W planie interwencji zostały uwzględnione takie działania, jak korekta koalicji międzypokoleniowych oraz zachęta do wspólnej pracy Mirandy i Stephena (widocznej dla Coby'ego), pomoc rodzinie w zmianie traktowania nastolatka adekwatnie do jego wieku (okres adolescencji). Można przypuszczać, że gdy Coby zobaczy rodziców współpracujących, to symptom ustąpi (chłopiec zacznie chodzić do szkoły). Tak więc terapeuta nie skupiał się na przeszłości i tkwiących w niej przyczynach problemu, ale na teraźniejszych działaniach, które trzeba podjąć, aby rozwiązać problem.

Jak można zauważyć, nie ma w tej przykładowej konceptualizacji wskazanych przyczyn symptomu tkwiących w odległej przeszłości. Mamy tu do czynienia z cyrkularnym pojmowaniem przyczynowości (elementy systemu oddziałują na siebie w sposób kołowy, występuje pętla wzajemnych sprzężeń zwrotnych).

niewyrażony konflikt między Mirandą a Stephanem → zachowanie Coby'ego (objaw) → zachowania członków rodziny podtrzymujące objaw → zachowanie Coby'ego (objaw)

Rycina 14. Graficzna prezentacja przypadku rodziny Mosleyów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Reiter i Ray (2014).

W tym wyjaśnieniu zostały wzięte pod uwagę zachowania zarówno rodziców, jak i rodzeństwa Coby'ego. Najbardziej ogólny schemat przedstawiono na rycinie 15.



Rycina 15. Graficzna prezentacja przypadku rodziny Mosleyów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Reiter i Ray (2014).

Charakterystyczne dla tego modelu wyjaśniania, a widoczne w przykładowej konceptualizacji, jest stawianie kilku alternatywnych hipotez, niepowiązanych ze sobą. Dopiero w toku działań interwencyjnych te hipotezy są weryfikowane.

Biorąc pod uwagę analizę teoretyczną oraz przykład konceptualizacji, można stwierdzić, że model systemowy konceptualizacji nie zawsze uwzględnia historię życia rodziny. Wyjaśnienia mają charakter relacyjny. Obejmują czynniki świadome oraz w pewnym zakresie nieświadome. Wyróżnikiem jest cyrkularne ujmowanie przyczynowości.

Konceptualizację w podejściu systemowym można także opisać pod kątem sześciu aspektów określających rodzaje opracowań przypadku. Opisując pierwszy z nich, można stwierdzić, że mamy do czynienia z konceptualizacją częściową. Terapeuta na bieżąco sprawdza hipotezy wyjaśniające i stawia kolejne. Ostateczna weryfikacja użyteczności postawionych hipotez ma miejsce na etapie ewaluacji skuteczności interwencji terapeutycznych. Konceptualizacja w tym podejściu jest skoncentrowana na relacjach między osobami, co można potraktować jako specyficzną postać sformułowania skoncentrowanego na osobie. Należałoby dodać, że podejście w terapiach systemowych ewoluowało od skupienia się na objawach (konceptualizacja specyficzna dla problemu) w kierunku skoncentrowania się na potrzebach zgłaszanych przez rodzinę (konceptualizacja skoncentrowana na kliencie).

Rozważając kolejny podział, można dodać, iż konceptualizacje w podejściu systemowym są najczęściej jednomodelowe (bazujące na wybranych teoriach systemowych).

Konceptualizację w modelu systemowym można ponadto scharakteryzować jako opartą na osobistym znaczeniu, a nie na liście czynników, ponieważ uwzględnia osobiste obrazy problemu wszystkich członków rodziny (uczestniczących w terapii).

Według Reitera (2014) konceptualizacje przypadku w podejściu systemowym są skoncentrowane na teorii, a więc mają charakter odgórnny. Tak jest w przypadku klasycznych (modernistycznych) podejść systemowych, a nie dotyczy to podejść współczesnych (postmodernistycznych), które są bardziej oddolne. W przypadku współczesnych terapii systemowych ramy teoretyczne odgrywają drugorzędą rolę (Chrzastowski i de Barbaro, 2011).

W tym podejściu występuje duży poziom współpracy, terapeuta jest zainteresowany tym, jak problem widzą członkowie rodziny, i przedstawia im swoje hipotezy na ten temat (choć nie wszystkie). Można powiedzieć, że konceptualizacja jest w pewnym zakresie negocjowana.

Zestawienie wszystkich charakterystyk konceptualizacji w omawianym modelu znajduje się w tabeli 5.

Tabela 5. Cechy konceptualizacji przypadku w podejściu systemowym

Nazwy rodzajów konceptualizacji	Charakterystyka konceptualizacji w modelu systemowym
częściowa <i>versus</i> pełna konceptualizacja	częściowa konceptualizacja
konceptualizacja skoncentrowana na osobie <i>versus</i> konceptualizacja specyficzna dla problemu	specyficzna postać konceptualizacji skoncentrowanej na osobie (skoncentrowanie na systemie rodzinnym)
konceptualizacja wielomodelowa <i>versus</i> jednomodelowa	konceptualizacja jednomodelowa
konceptualizacja oparta na liście czynników <i>versus</i> bazująca na osobistym znaczeniu	specyficzna postać konceptualizacji opartej na osobistym znaczeniu (skoncentrowanie na perspektywie członków rodziny)
podejście odgórne <i>versus</i> oddolne	podejście odgórne (ujęcie modernistyczne) lub oddolne (ujęcie postmodernistyczne)
jednostronne podejście do konceptualizacji <i>versus</i> oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	konceptualizacja oparta na współpracy (wysoki poziom współpracy)

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując charakterystykę modelu systemowego konceptualizacji przypadku, można stwierdzić, że terapeuta koncentruje się głównie na terażniejszości, a historia życia rodziny odgrywa drugorzędną rolę. Przyczynowość ujmowana jest cyrkularnie, chociaż są również elementy myślenia liniowego. Interwencje terapeutyczne w pewnym sensie poprzedzają opracowanie przypadku (testuje się pojedyncze hipotezy, także niepewne). Trudno jednoznacznie określić zakres konceptualizacji w tym podejściu. Wprawdzie terapeuci dążą do wieloaspektowego ujęcia problemu, uwzględniając perspektywy poszczególnych członków rodziny oraz przejawy problemu w różnych sferach życia, różne konteksty i mechanizmy interpersonalne problemu (Chrzastowski, 2014), jednak w ograniczonym zakresie bierze się pod uwagę intrapsychniczne mechanizmy problemu. Indywidualne problemy są traktowane jako mniej istotne, ważniejsze jest to, w jakiej relacji pozostają do szerszego kontekstu i dynamiki systemu rodzinnego (Sperry, 2005).

## 2.5. MODEL INTEGRACYJNY KONCEPTUALIZACJI PRZYPADKU

Poprzednie podrozdziały odnosiły się do konceptualizacji jedno- lub dwumodelowych (podejście poznawczo-behawioralne). Badania pokazują, iż jedna trzecia psychologów praktyków deklaruje, że dominującą orientacją teoretyczną, w jakiej pracują, jest orientacja „eklektyczna” lub „integracyjna” (Prochaska i Norcross, 2006, za: Dawson i Moghaddam, 2015). Niniejszy podrozdział będzie poświęcony konceptualizacji przypadku w podejściu integracyjnym. Większość dostępnych opracowań na temat integracyjnych modeli psychoterapii nie zawiera bezpośrednich odniesień do struktury i treści konceptualizacji przypadku.

Należałoby w tym miejscu podkreślić, że nie każde łączenie elementów pochodzących z różnych podejść terapeutycznych można określić mianem integracji. Posługiwanie się technikami lub strategiami z różnych teorii, bez integracji założeń tych teorii, oznacza podejście eklektyczne (Zubernis i Snyder, 2016). Warunkiem teoretycznej integracji jest stworzenie spójnych ram teoretycznych, które zawierają aspekty dwóch albo więcej teorii. Zarówno w przypadku eklektyzmu, jak i integracji cel stanowi efektywne leczenie (Goldfriend, Pachanskis i Bell, 2005, za: Zubernis i Snyder, 2016).

Przykładem modelu integracyjnego konceptualizacji przypadku jest model Zubernisa i Snydera (2016), który autorzy określają mianem temporalnego/kontekstowego (*Temporal/Contextual Model; T/C*). Chociaż sami autorzy traktują swoją koncepcję jako przykład integracyjnego (*integrative*) podejścia do konceptualizacji przypadku, to w innym miejscu piszą, że jest to model ateoretyczny, który umożliwia studentom inkorporowanie do konceptualizacji przypadku konstruktów teoretycznych z różnych paradygmatów teoretycznych. W związku z tym, że ten model dotyczy konceptualizacji na gruncie doradztwa (*counseling*), a nie psychoterapii, zostanie przedstawiony tylko w ogólnym zarysie.

Model T/C stanowi ramy dla zrozumienia klienta i interakcji z nim. Odnosi się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, które są zawarte w klasyfikacji zaburzeń DSM-V. Terapeuta/doradca uwzględnia trzy sfery: zachowanie, poznanie i afekt. Zachowanie ocenia się na podstawie obserwacji podczas sesji. Ważne jest zrozumienie, dlaczego klient zachowuje się w określony sposób. W zakresie poznania istotne jest określenie, jak klient odbiera i interpretuje informacje pochodzące ze środowiska zewnętrznego. Co do afektu, to ocena dotyczy zdolności klienta do regulacji emocjonalnej, jak również świadomości i ekspresji emocji. Przyjmuje się, że zdolność samoregulacji kształtuje się pod wpływem historii relacji z rodzicami i historii przywiązania. Czynniki genetyczne i fizjologiczne mają wpływ na wszystkie trzy sfery: zachowanie, poznanie i afekt.

Konceptualizacja przypadku według tego modelu zawiera następujące elementy składowe:

- aspekty osobowości: postawy, wartości, przekonania, samoocena, poczucie własnej wartości, styl przywiązania;
- biologia;
- fizjologia;
- środowisko klienta: kultura, relacje, wpływ społeczny, relacja z terapeutą/doradcą;
- perspektywa czasowa: przeszłość, teraźniejszość, przyszłość;
- role życiowe.

Interesującym elementem, rzadko ujmowanym w innych modelach konceptualizacji, jest perspektywa czasowa.

Następny przykład integracyjnego modelu konceptualizacji stanowi koncepcja Barbary Ingram (2006), określana jako koncepcja kluczowych hipotez. Model jest oparty na metateorii rozwiązywania problemów. Chociaż sama autorka (Ingram, 2006, 2009b) deklaruje, że jej koncepcja konceptualizacji przypadku należy do teorii integracyjnych, to charakter tej koncepcji (integracyjny *versus* eklektyczny) może budzić wątpliwości (Słysz, 2015). Argumentem, który przemawia na rzecz traktowania modelu Ingram jako integracyjnego, jest koncentracja na teorii, a nie na technikach terapeutycznych, oraz łączenie elementów dwóch bądź więcej teorii. Jednak można też zauważyć, że ta koncepcja pozostaje na dużym poziomie ogólności. Autorka prezentuje wprawdzie zasady i przykłady łączenia wybranych elementów (hipotez kluczowych), ale nie powstała w ten sposób całościowa, spójna koncepcja wyjaśniająca. Ma ona raczej charakter fragmentaryczny i pozostawia dużą swobodę psychoterapeucie (Słysz, 2015). Ostatecznie to od psychoterapeuty, który posługuje się tą koncepcją, zależy, czy jego postępowanie terapeutyczne ma charakter integracyjny, czy eklektyczny.

Głównym celem Ingram (2006) było dostarczenie psychoterapeutom narzędzia, które wspomogą proces diagnozowania klienta w ramach wielu teorii (*multitheoretical*) oraz dokonywania integracyjnej konceptualizacji przypadku. Choć inni autorzy (Lampropoulos, 2009; Stricker, 2009) podkreślają, że koncepcja Ingram (2006) jest przeznaczona dla psychoterapeutów reprezentujących integracyjne podejście do psychoterapii, to sama badaczka wskazuje także na możliwości wykorzystania jej koncepcji w ramach jednego podejścia teoretycznego. Można zatem wyodrębnić dwa główne sposoby posługiwania się koncepcją kluczowych hipotez. Pierwszy sposób polega na wykorzystaniu hipotez pasujących do jednego podejścia teoretycznego i formułowaniu konceptualizacji przypadku zgodnie z tym podejściem. Drugi oznacza sformułowanie konceptualizacji przypadku na gruncie wybranej istniejącej koncepcji integracyjnej lub samodzielłą syntezę elementów różnych teorii. Przykłady z własnej praktyki, jakie przytacza autorka (Ingram, 2006,

2009a), świadczą o przyjęciu przez nią drugiego sposobu postępowania i ten będzie analizowany w niniejszym podrozdziale.

W ramach procesu diagnozowania (*assessment*) Ingram (2006) wyróżnia pięć aktywności psychoterapeuty, którymi kolejno są:

1. Identyfikacja problemu – lista problemów powinna być kompletna i całościowa (wszechstronna); sformułowanie problemu nie zawiera pojęć teoretycznych, wyjaśniających.
2. Sformułowanie celów terapii – cele powinny nawiązywać do problemów.
3. Określenie zasobów klienta.
4. Zebranie i uporządkowanie danych na temat historii życia klienta, w tym informacji dotyczących ostatniego czasu (co skłoniło klienta do zgłoszenia się do terapeuty); główną metodą jest rozmowa, wspomagana w razie potrzeby metodami graficznymi (np. oś czasu, genogram) lub narzędziami diagnostycznymi.
5. „Burza mózgów” dotycząca hipotez – wybór hipotez najbardziej pasujących do tego, co mówi klient; z drugiej strony, hipotezy ukierunkowują proces zbierania informacji (wpływ dwukierunkowy).

Po tych pięciu etapach dochodzi do sporządzenia i realizacji planu interwencji. Działania terapeutyczne mają wynikać z wcześniejszych ustaleń; różny może być czas realizacji planu (terapia krótko- lub długoterminowa) lub jej forma (terapia grupowa, indywidualna, rodzinna itp.). Ostatnim etapem jest monitorowanie efektywności postępowania terapeutycznego.

Ingram (2006) proponuje, by w punkcie wyjścia konceptualizacji uporządkować zgromadzone dane w następujący sposób (w ramach modelu SOAP):

- informacje ogólne o osobie badanej;
- zgłaszany problem;
- kontekst;
- sformułowanie problemu;
- cele;
- baza danych: dane subiektywne (S) – pochodzą od klienta lub jego rodziny, dane obiektywne (O) od eksperta, z obiektywnego testu lub nagrania (audio/wideo); zalicza się tu także dane z obserwacji (wyglądu i zachowania klienta);
- diagnoza (*assessment*) (A);
- plan interwencji (P).

Główna idea zawarta w pracach Ingram (2006) polega na tym, że psychoterapeuta podczas tworzenia konceptualizacji przypadku ma do dyspozycji listę kluczowych hipotez i każdorazowo sprawdza, które hipotezy znajdują uzasadnienie w zebranych danych diagnostycznych i które mogą mieć zastosowanie w wyjaśnianiu problemu klienta. Hipotezy odnoszą się do potencjalnych przyczyn problemów klienta (biologicznych, sytuacyjnych, środowiskowych i kulturowych) oraz modeli

(behawioralnego, poznawczego, egzystencjalnego i psychodynamicznego) wyjaśniających podłoże tych problemów. Poniżej znajduje się sześć grup kluczowych hipotezy sformułowanych przez Ingram (2006, ss. 8–9, za: Słysz, 2015). Przy każdej hipotezie podane są symbole literowe i cyfrowe, jakimi posługuje się autorka koncepcji na ich oznaczenie.

#### I. Hipotezy biologiczne (B)

- B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobieżenia pogorszenia się jego stanu, a także psychospołecznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.
- B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.
- B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne związane z chorobami cielesnymi oraz zaburzenia fizjologiczne związane ze stanem umysłu.

#### II. Kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana (CS)

- CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem (*emergency*) – konieczne jest natychmiastowe działanie.
- CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.
- CS3: Klient jest na etapie zmiany i zmagają się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.
- CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.

#### III. Hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się (BL)

- BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecendentach (czynn timerach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.
- BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.
- BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.

#### IV. Hipotezy dotyczące sfery poznawczej (C)

- C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.

- C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.
- C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.
- C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny (*self-talk*).

#### V. Hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej (ES)

- ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.
- ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.
- ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może obejmować religię.

#### VI. Nieświadome dynamizmy zachowania (P)

- P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.
- P2: Problem stanowi odtworzenie doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.
- P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „Ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.
- P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością.

#### VII. Czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe (SCE)

- SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.
- SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględni wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.
- SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.
- SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.

SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające z innych przyczyn.

SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie.

SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.

Kluczowe hipotezy są z założenia sformułowane dość ogólnie. Dlatego mogą jedynie nadawać kierunek wyjaśnieniom psychologicznym i wspomagać tworzenie bardziej szczegółowych hipotez wyjaśniających. Ponadto ułatwiają strukturyzację danych otrzymanych od klienta, zrozumienie jego problemów oraz wybór odpowiedniego sposobu interwencji (Lazare, 1976, za: Ingram, 2006).

Język, w jakim zostały sformułowane kluczowe hipotezy, jest w dużej mierze ateoretyczny (większość terminów jest niespecyficzna dla któregośkolwiek z głównych nurtów teoretycznych). Dopiero rozwinięcie hipotez podczas ich stosowania do konkretnego przypadku może zawierać terminy pochodzące z różnych teorii (w zależności od wybranych ram teoretycznych). Warto zauważyć, iż Ingram (2009) zaleca stosowanie żargonu psychologicznego tylko wówczas, gdy poprawia to, a nie utrudnia, zrozumienie klienta. Ta „powściągliwość” w stosowaniu terminów teoretycznych wydaje się specyficzna dla podejścia integracyjnego i nie prowadzi do tworzenia tautologicznych wyjaśnień. Na etapie stawiania hipotez ważne jest, jak podkreśla Ingram (2009), żeby nie stawiać (wybierać z listy) wszystkich możliwych hipotez, które pasują do klienta, ale tylko te, które są użyteczne w opracowywaniu planu interwencji. Kryterium rozstrzygającym jest więc użyteczność.

Na zakończenie prezentacji koncepcji kluczowych hipotez Ingram (2006, 2009a) podam jeden przykład konceptualizacji przypadku. Informacje dotyczące klientki (pani Q), dostarczone przez psychoterapeutkę (Ingram, 2009), są następujące: kobieta, 36-letnia, atrakcyjna, modnie ubrana, z pochodzenia Azjatka i Hiszpanka. Pani Q jest mężatką od 12 lat (mąż to profesor ekonomii, odnoszący sukcesy); opisała swojego męża jako powściągliwego intelektualistę, który nie okazuje swoich uczuć. Ma 8-letniego syna. Po ślubie nie pracowała, od 3 lat uczęszcza na kurs kreatywnego pisania i pisze krótkie opowiadania.

Klientka zgłosiła następujące problemy podczas pierwszej sesji:

„Mam tendencję do porzucania trudnych sytuacji w impulsywny sposób”.

„Ignoruję swoje potrzeby i pokazuję nadmierną wrażliwość na potrzeby innych”.

„Nie jestem pewna, czy porzucenie mojego małżeństwa jest najlepszą decyzją”.

Na tej podstawie psychoterapeutka określiła następujące problemy klientki (w języku psychologicznym):

1. Tendencja klientki do impulsywnych działań zamiast przemyślanych decyzji.
2. Brak pewności klientki co do zdolności do osiągnięcia sukcesu zawodowego i frustracja związana z poświęcaniem się dla rodziny.
3. Ambivalencja wobec przyszłości swojego małżeństwa.

Informacje (skrótowe) dotyczące historii życia pani Q (skrótowe) są następujące. Ma ona dwóch starszych braci. Gdy się urodziła, to matka skupiała na niej całą swoją uwagę. Gdy klientka miała 6 lat, urodził się jej młodszy brat, który jest niepełnosprawny, i od tamtej pory jej matka skupiła swoją uwagę bardziej na młodszym synu. Pani Q twierdzi, że poczuła się wówczas zdradzona. Starła się mieć jak najlepsze oceny w szkole i pomagać w domu, żeby zyskać pochwały ze strony matki. Klientka opisuje swoją matkę jako emocjonalną, kontrolującą i krytyczną, a ojca jako pracowitego, powściągliwego i cierpliwego. Ojciec klientki zmarł, gdy miała 14 lat, po walce z chorobą nowotworową. W wieku 16 lat zaczęła się spotykać z 24-letnim muzykiem. Wówczas wyprowadziła się z domu i zamieszkała ze swoim chłopakiem. Po dwóch latach bycia w związku, kiedy jej partner nadużywał alkoholu i stosował wobec niej przemoc słowną, wyprowadziła się od niego. Po dwóch miesiącach dowiedziała się, że jej chłopak zginął w wypadku samochodowym, był pod wpływem narkotyków. W tym czasie pani Q zgłosiła się po pomoc do terapeuty, żeby poradzić sobie z żalobą i poczuciem winy. Nie potrafiła jednak pozbyć się myśli, że gdyby nie zerwała ze swoim chłopakiem, to on by żył. Podczas terapii podjęła decyzję o rozpoczęciu studiów. Będąc na drugim roku, poznała swojego przyszłego męża i po roku znajomości wzięli ślub.

Poniżej zestawiono hipotezy kluczowe, które zdaniem terapeutki okazały się przydatne w wyjaśnianiu problemów klientki:

- I. Hipotezy biologiczne: B1. Nie ma żadnych biologicznych (medycznych) przyczyn trudności klientki; wiele jej zasobów (inteligencja, zdolności artystyczne) może mieć uwarunkowania genetyczne; B2. Brak; B3. Klientka wykonuje szybko codzienne czynności, unika odczuwania emocji w swoim ciele.
- II. Kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana: CS1. Brak; CS2. Stres, jaki odczuwa klientka, jest wywoływany przez nią samą, choć klienta spostrzega go jako zewnętrzny; CS3. Jedyne dziecko klientki poszło do szkoły, więc może ona zredukować swoją aktywność jako matki; klientka spostrzega to jako nowy etap życia – czas na realizowanie swoich osobistych celów; CS4. Klientka doświadczyła strat (śmierć ojca, byłego chłopaka). Gdy myśli o separacji z mężem, lęk przed stratą staje się dominujący.
- III. Hipotezy dotyczące zachowania oraz uczenia się: BL1. Brak; BL2. Klientka nie nauczyła się dotychczas inaczej odreagowywać emocje, jak poprzez impulsywne zachowania; BL3. Klientka nie potrafi „zarządzać” swoimi emocjami, ma deficyty w zakresie umiejętności komunikowania się i rozwiązywania problemów.

- IV. Hipotezy dotyczące sfery poznawczej: C1. Klientka opisuje nierealistyczne cele: „opuścić męża i żeby mąż był zadowolony”; „wycofać się z roli matki i żeby to nie miało negatywnego wpływu na dziecko”; C2. Klientka ma błędne przekonania, np.: „moje małżeństwo przeszkadza mi w realizowaniu kreatywności”; C3. Klientka domyślała się, co myśli jej mąż i nie sprawdzała swoich przypuszczeń; C4. Myśli klientki wywołują jej złość i lęk oraz ograniczają jej decyzje, np. „nie poradzę sobie”, „to moja ostatnia szansa”.
- V. Hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej: ES1. Klientka poszukuje sensu życia i zmagą się z trudnymi decyzjami. Kwestia egzystencjalnego lęku łączy się z nasileniem i czasem trwania jej lęku – klientka boi się zostać sama i zaakceptować konsekwencje swoich wyborów; ES2. Klientka chciałaby być wolna i równocześnie nie doświadczać konsekwencji tego, doświadcza siebie jako przymuszaną do działania w danym kierunku, a nie jako osobę dokonującą wolnych wyborów; ES3. Klientka przeżywa silne poczucie winy i konflikt wewnętrzny związany z myśleniem o rozwodzie, na co bez wątpienia ma wpływ jej wychowanie.
- VI. Nieświadome dynamizmy zachowania: P1. Wewnętrzne aspekty tożsamości klientki pozostają w konflikcie: matka *versus* pisarka; P2. Klientka z wczesnego dzieciństwa wyniosła doświadczenie, że nie może być sobą („ja prawdziwe”) i utrzymać miłość ze strony swojej matki; P3. Klientka na początku swojego małżeństwa czuła satysfakcję, gdy zaspokajała potrzeby swojego męża i czuła się wartościowa, bo była jego żoną; P4. Złość na brata („zabrał” jej matkę) i ojca (opuścił ją) mogą mieć wpływ na jej emocje do męża.
- VII. Czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe: SCE1. Mąż klientki dąży do zachowania status quo i nie popiera jej dążenia do rozwoju zawodowego; SCE3. Klientka ma wsparcie ze strony przyjaciół. Matka i rodzeństwo klientki stają po stronie jej męża; SCE4. Klientka dobrze wypełniała role matki/żony. Konflikt pojawił się wówczas, gdy chciała podjąć rolę pisarki; SCE5. Brak; SCE6. Brak; SCE7. Przestrzeń fizyczna (pomieszczenie, w którym klientka przebywa) może mieć wpływ na możliwość jej skoncentrowania się na pisaniu.

Plan interwencji, jaki powstał na podstawie powyższej analizy, wygląda w następujący sposób:

1. skoncentrować się na egzystencjalnych problemach poszukiwania własnej drogi przez klientkę, dokonywania wyborów i przyjmowania odpowiedzialności;
2. podkreślać, że klientka dostrzega sens i możliwość realizacji swoich twórczych tendencji w kreatywnym pisaniu (ES1, ES2, ES3);
3. eksplorować konflikty wewnętrzne między aspektami osobowości (P1);
4. rozwijać nowe umiejętności podejmowania decyzji, „zarządzania emocjami” i komunikacji z mężem (BL3);

5. zauważyć potrzebę stworzenia przestrzeni, w której klientka będzie mogła skupić się na pisaniu i nie myśleć o obowiązkach domowych (SCE7).

Propozycje interwencji są ściśle związane z kluczowymi hipotezami, które zostały postawione.

Specyfikę modelu integracyjnego konceptualizacji przypadku na przykładzie koncepcji Ingram można dodatkowo scharakteryzować w odniesieniu do sześciu podziałów na rodzaje sformułowań.

Biorąc pod uwagę pierwszy podział (częściowa *versus* pełna konceptualizacja przypadku) można określić ją jako pełną. Po kilku etapach systematycznego zbierania informacji i tworzenia konceptualizacji przypadku przechodzi się w zasadzie do realizowania planu interwencji. Konceptualizacji nie traktuje się jako czegoś niestałego, podlegającego ciągłym modyfikacjom. Znamienne jest też sporządzanie konceptualizacji w formie pisemnej.

W zakresie drugiego aspektu można ją określić jako skoncentrowaną na osobie. Wprawdzie określenie problemu klienta jest ważnym etapem tworzenia konceptualizacji przypadku i Ingram (2006) posługuje się określeniem „metoda zorientowana na problem” (*problem-orienten method*), jednak nie buduje się konceptualizacji specyficznej dla rodzaju problemu. Określa się problem w sposób zindywidualizowany, bez odwoływania się do kategorii diagnostycznych.

Konceptualizacje tworzone na bazie modeli integracyjnych są najczęściej wielomodelowe, choć w przypadku modelu Ingram możliwe jest też wykorzystanie jej na gruncie jednego podejścia terapeutycznego (konceptualizacja jednomodelowa).

W przypadku propozycji Ingram (2006) mamy do czynienia z konceptualizacją opartą na liście czynników. Lista problemów i ich możliwych przyczyn wymaga od terapeutów, aby rozważyli wszystkie wymienione w niej kategorie psychologiczne. Mimo że fakty są w pewnym sensie „dopasowywane” do hipotez, to gama tych hipotez jest z założenia bardzo szeroka i pozwala na wieloaspektowe ujęcie problemu klienta.

Specyfika sposobu tworzenia konceptualizacji przypadku w podejściu integracyjnym, na przykładzie modelu Ingram (2006), pozwala ją określić jako realizującą podejście odgórne. To lista hipotez kluczowych stanowi główne ramy teoretyczne, które wyznaczają obszary poszukiwań w zakresie informacji diagnostycznych. Nie jest to jednak typowe podejście odgórne, ponieważ w pierwszym etapie zbierania informacji z wywiadu z klientem autorka zaleca, żeby nie odbierać ich przez filtr teorii. Dopiero w kolejnym kroku terapeuta odnosi informacje do kluczowych hipotez i sprawdza, które pasują do informacji pochodzących od klienta.

W opracowaniu Ingram (2006) brakuje informacji na temat tego, czy konceptualizacja jest oparta na współpracy. Biorąc pod uwagę przykłady (opisy przypadków), jakie przedstawia autorka, można przypuszczać, iż zakres współpracy z klientem podczas tworzenia konceptualizacji przypadku jest niezbyt duży. W opisie faz

pierwszego wywiadu z klientem można znaleźć informację, że pod koniec spotkania terapeuta przedstawia klientowi częściową konceptualizację przypadku, a w szczególności sformułowanie problemu, cele psychoterapii i hipotezy. Daje klientowi możliwość odniesienia się do tego i ewentualnej korekty, jeśli to konieczne. Oznacza to, że w tym modelu konceptualizacji bierze się pod uwagę opinię klienta, jednak zakres współpracy z klientem podczas tworzenia konceptualizacji przypadku nie jest zbyt duży.

Cechy konceptualizacji w podejściu integracyjnym na przykładzie koncepcji Ingram (2006) zamieszczono w tabeli 6.

Tabela 6. Cechy konceptualizacji w podejściu integracyjnym

Nazwy rodzajów konceptualizacji	Charakterystyka konceptualizacji w modelu integracyjnym
częściowa <i>versus</i> pełna konceptualizacja	pełna konceptualizacja
konceptualizacja skoncentrowana na osobie <i>versus</i> konceptualizacja specyficzna dla problemu	konceptualizacja skoncentrowana na osobie
konceptualizacja wielomodelowa <i>versus</i> jednomodelowa	konceptualizacja wielomodelowa
konceptualizacja oparta na liście czynników <i>versus</i> bazująca na osobistym znaczeniu	konceptualizacja oparta na liście czynników
podejście odgórne <i>versus</i> oddolne	podejście odgórne (wraz z elementami podejścia oddolnego)
jednostronne podejście do konceptualizacji <i>versus</i> oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	podejście oparte na współpracy (w ograniczonym zakresie)

Źródło: opracowanie własne.

Integracyjne modele konceptualizacji przypadku charakteryzują się wieloaspektowym ujęciem problemu klienta. Jak widać na przykładzie koncepcji Ingram (2006) oraz Zubernisa i Snydera (2016), uwzględnia się w nich czynniki biologiczne, kontekst środowiskowy czy wartości klienta. W związku z wielością czynników przyczynowych branych pod uwagę wyzwaniem dla terapeutów może być stworzenie konceptualizacji charakteryzującej się dużą spójnością.

## 2.6. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W RÓŻNYCH MODELACH – PODOBIENSTWA I RÓŻNICE

Wspólne elementy konceptualizacji, obecne we wszystkich omawianych podejściach, to: zgłaszane przez klienta objawy i trudności, oczekiwania i cele pacjenta względem terapii, zestawienie hipotez cząstkowych i skonstruowanie modelu

roboczego zawierającego definicję problemu klienta oraz wyjaśniającego, w jaki sposób mechanizmy psychologiczne przypuszczalnie doprowadziły do powstania i utrzymywania się problemów, określenie celów postępowania (terapii) – krótko- i długoterminowych, planowanie interwencji – wybór strategii i technik oddziaływań, odpowiednich do celów postępowania i istoty problemu, przewidywane trudności w terapii po stronie klienta.

Nie we wszystkich modelach konceptualizacji uwzględnia się takie elementy, jak przeżycia emocjonalne klienta podczas sesji, przeżycia psychologa w kontakcie z klientem (np. złość, sympatia), interakcja klient – psychoterapeuta (powtarzająca się struktura sesji, zdarzenia szczególne, wzorce komunikacji i kategorie stosowanych wypowiedzi), wyniki badań psychologicznych (testy, kwestionariusze, techniki projekcyjne i in.), diagnoza nozologiczna (opis funkcjonowania klienta według kryteriów wybranego podręcznika diagnostycznego) oraz dodatkowe dokumenty (dokumentacja medyczna, szkolna itp.). Relacyjne elementy konceptualizacji, związane z relacją terapeutyczną, takie jak przeżycia psychoterapeuty czy interakcja klient – psycholog zdają się szczególnie istotne w modelu psychodynamicznym i humanistycznym, a mogą być marginalizowane lub nieuwzględniane w modelu poznawczo-behawioralnym. Jeśli chodzi o wyniki badań psychologicznych, to najczęściej przeprowadza się je i wykorzystuje w ramach konceptualizacji poznawczo-behawioralnych, rzadziej w systemowych i psychodynamicznych, a prawie wcale w podejściu humanistycznym. Wpływ na to mają także indywidualne preferencje psychologa. Diagnoza nozologiczna *sensu stricto* znajduje się często w centrum (jako punkt wyjścia) konceptualizacji poznawczo-behawioralnych. Ma też znaczenie w podejściu psychodynamicznym, ale tam wykorzystuje się głównie specyficzne dla tego podejścia klasyfikacje zaburzeń. Negacja potrzeby odwoływania się do klasyfikacji zaburzeń, a wręcz dostrzeganie tego negatywnych skutków, miała przez lata miejsce na gruncie modelu humanistycznego. W ostatnim czasie obserwuje się inne podejście do tej kwestii. Różnice między zaprezentowanymi modelami konceptualizacji dotyczą ponadto stopnia uwzględniania wpływu czynników dynamicznych na rozwój i utrzymywanie się zespołu psychopatologicznego.

Podsumowanie dotychczasowych ustaleń na temat rodzajów konceptualizacji w ramach modelu poznawczo-behawioralnego, psychodynamicznego, humanistycznego, systemowego i integracyjnego znajduje się w tabeli 7.

Wyłania się następujący obraz. Większość modeli, z wyjątkiem integracyjnego (Ingram), ujmuje konceptualizację przypadku jako częściową, a więc powstającą na bieżąco i uzupełnianą w toku psychoterapii.

Ponadto prawie wszystkie modele, a więc psychodynamiczny, humanistyczny, systemowy i integracyjny, wskazują na skoncentrowanie w punkcie wyjścia bardziej na osobie niż na problemie. Inaczej jest w podejściu poznawczo-behawioralnym, na gruncie którego wypracowano różne sposoby konceptualizacji i pracy terapeutycznej.

Tabela 7. Rodzaje konceptualizacji – zestawienie

Rodzaj konceptualizacji	Model konceptualizacji
częściowa konceptualizacja	model poznawczo-behawioralny, model psychodynamiczny, model humanistyczny, model systemowy
pełna konceptualizacja	model integracyjny (Ingram)
konceptualizacja skoncentrowana na osobie	model psychodynamiczny, model humanistyczny, model systemowy, model integracyjny
konceptualizacja specyficzna dla problemu	model poznawczo-behawioralny
konceptualizacja wielomodelowa	model poznawczo-behawioralny (dwumodelowa), model integracyjny
konceptualizacja jednomodelowa	model psychodynamiczny, model humanistyczny, model systemowy
konceptualizacja oparta na liście czynników	model poznawczo-behawioralny, model integracyjny (Ingram)
konceptualizacja oparta na osobistym znaczeniu	model psychodynamiczny, model humanistyczny, model systemowy
podejście odgórne	model poznawczo-behawioralny, model psychodynamiczny, model systemowy (ujęcie modernistyczne), model integracyjny
podejście oddolne	model humanistyczny, model systemowy (ujęcie postmodernistyczne)
jednostronne podejście do konceptualizacji	–
podejście do konceptualizacji oparte na współpracy ( <i>collaborative</i> )	model poznawczo-behawioralny, model psychodynamiczny, model humanistyczny, model systemowy, model integracyjny

Źródło: opracowanie własne.

nej, w zależności od rodzaju problemu. Jak zaznaczono wcześniej, takie propozycje uporządkowania konceptualizacji pod kątem rodzajów problemów pojawiają się także na gruncie podejścia psychodynamicznego (np. Summers i Barber, 2014), jednak ta koncepcja jest mało reprezentatywna dla podejścia psychodynamicznego. Można raczej mówić o pewnym trendzie, który jest widoczny – zmiernia do większej strukturyzacji w psychoterapii, która obejmuje także obszar konceptualizacji przypadku. Podobnie sytuacja wygląda w zakresie podziału na konceptualizacje oparte na liście czynników *versus* bazujące na osobistym znaczeniu. Tylko w przypadku dwóch modeli, poznawczo-behawioralnego oraz integracyjnego (według Ingram), zakłada się odwołanie do gotowej, z góry założonej, listy czynników przyczynowych. Jak widać, skoncentrowanie na problemie oraz na liście czynników współwystępują ze sobą. Z kolei skoncentrowanie na osobie implikuje najprawdopodobniej opieranie się na osobistym znaczeniu, a nie na liście czynników.

Modele konceptualizacji są do siebie podobne także pod względem stosunku do teorii – większość z nich reprezentuje podejście odgórne, a więc to ramy teoretyczne wyznaczają obszary poszukiwań i stanowią punkt wyjścia do utworzenia konceptualizacji. Inaczej jest tylko w przypadku modelu humanistycznego i systemowego w ujęciu postmodernistycznym. Analiza założeń dotyczących konceptualizacji w tych dwóch podejściach pokazuje, że można w nich znaleźć również elementy podejścia odgórnego (gdy teoria ukierunkowuje aktywność terapeuty). Stuprocentowe podejście oddolne w przypadku celowej i świadomej konceptualizacji wydaje się niemożliwe.

Co ciekawe, w żadnym z modeli nie deklaruje się jednostronnego podejścia do konceptualizacji przypadku. W każdym z nich, w mniejszym albo większym stopniu, zakłada się uzgadnianie konceptualizacji z pacjentem/klientem i branie pod uwagę jego opinii. Można nawet zauważyć, że w tym kierunku ewoluowało wiele modeli (np. współczesny model psychodynamiczny).

Na bardzo ogólnym poziomie można zauważyć więcej podobieństw niż różnic między podejściami do konceptualizacji przypadku. Struktura konceptualizacji jest często zbliżona. Różnice dotyczą głównie treści (pojęć, założeń co do powiązań między kategoriami). Najbardziej wyróżnia się spośród innych model poznawczo-behawioralny (dotyczy to dwóch aspektów). Genezy tego można dopatrywać się w naturze podejścia teoretycznego, na którym jest zbudowany ten model (jest nomotetyczny, a nie idiograficzny) (Cierpałkowska i Wolska, 2003). Na gruncie tego podejścia psychoterapeuci mają też do dyspozycji najwięcej pomocnych materiałów (nawet gotowych schematów) przy tworzeniu konceptualizacji przypadku.

Kierunek rozwoju modeli konceptualizacji przypadku można by opisać tak: są coraz bardziej ustrukturalizowane (skoncentrowane na problemie, oparte na liście czynników). Natomiast nie można stwierdzić, czy konceptualizacja ma coraz bardziej charakter odgórny, czy oddolny (podejście postmodernistyczne). Być może jest tak, że zmiany (rozwój) przebiegają dwutorowo: z jednej strony jest coraz więcej struktury (odpowiedź na potrzeby dydaktyczne, efekt rozwoju koncepcji teoretycznych i refleksyjnego podejścia psychoterapeutów), z drugiej zaś strony unika się struktury w kontekście filozoficznego postmodernizmu.

## 2.7. KRYTERIA OCENY KONCEPCJI TEORETYCZNYCH

W ramach każdego podejścia terapeutycznego jest wiele teorii, do których potencjalnie mogą odwołać się psychoterapeuci. Liczba teorii wciąż rośnie. Skoro dobra konceptualizacja jest możliwa tylko wówczas, gdy opiera się na dobrej teorii (jedno z kryteriów, por. podrozdział 1.4.), to ważne jest postawienie pytania o kryteria dobrej teorii.

W literaturze pojawia się siedem kryteriów oceny teorii psychoterapii (Sapp, 2009): wszechstronność (*comprehensiveness*), precyzja i testowalność, oszczędność (*parsimony*), trafność empiryczna (*empirical validity*), wartość heurystyczna, wartość aplikacyjna, możliwość międzykulturowego zastosowania. Teorie zdają się stanowić kompromis między możliwie wszechstronnym, holistycznym a możliwie prostym i zwartym ujęciem zjawisk. Bardziej złożone teorie wcale nie będą bardziej przydatne w psychoterapii, jeśli ich zawilość jest nadmiarowa i zbędna (Dawson i Moghaddam, 2016). Kryterium precyzji i testowalności odnosi się przede wszystkim do pojęć (możliwość sformułowania definicji operacyjnych). Testowalność może być tu rozumiana dwojako. Po pierwsze, czy ogólne założenia teoretyczne można zweryfikować empirycznie. Po drugie, czy można zweryfikować poszczególne hipotezy, wyprowadzone na podstawie tej teorii, w odniesieniu do konkretnego pacjenta/klienta.

Dawson i Moghaddam (2015) dodają takie kryteria, jak empiryczna adekwatność (liczenie się z dostępnymi dowodami naukowymi; czy przyjmowane mechanizmy i procesy w ramach danej teorii są empirycznie uzasadnione), falsyfikowalność założeń (w praktyce), wartość aplikacyjna (ułatwianie wzajemnego zrozumienia wśród profesjonalistów w danej dziedzinie i możliwość zastosowania w praktyce), wartość predykcyjna (trafność predykcji opartych na danej teorii).

Do przywołanych wyżej kryteriów dodam jeszcze jedno. Określę je mianem potencjału teorii w zakresie możliwości budowania na jej gruncie konceptualizacji przypadku. Termin „potencjał teorii” zostanie zdefiniowany w odniesieniu do kryteriów jakości konceptualizacji przypadku, a w szczególności do kryterium wszechstronności. Określenie potencjał odnosi się w tym przypadku do ogółu elementów składowych teorii, możliwych do wykorzystania w celu stworzenia konceptualizacji przypadku. Stosowanie teorii o małym potencjale tworzenia konceptualizacji przypadku daje w efekcie konceptualizacje o małym zakresie. Przyjęto, że teorie o dużym potencjale to teorie wieloprzyczynowe, które mogą mieć tym samym większą moc eksplanacyjną. Biorąc pod uwagę tak rozumiany potencjał teorii, można go określić w odniesieniu do konkretnych teorii, posługując się np. koncepcją kluczowych hipotez według Ingram (2006). To zagadnienie pozostaje trochę na uboczu głównego nurtu rozważań w niniejszej monografii. Pozwoli jednak przyrzeć się nowej możliwości zastosowania modelu integracyjnego konceptualizacji, jaki proponuje Ingram (2006).

Skoro język kluczowych hipotez według Ingram (2006) jest w przeważającej mierze neutralny paradygmatycznie, to można przyporządkować różne elementy konkretnej teorii poszczególnym hipotezom kluczowym i sprawdzić, których obszarów dana koncepcja teoretyczna w ogóle nie obejmuje. W efekcie takiej analizy można określić potencjał teorii w zakresie możliwości budowania na jej gruncie konceptualizacji przypadku. Im więcej (potencjalnie) takich kluczowych hipotez

na temat przyczyn problemów człowieka można sformułować na bazie danej teorii, tym jej potencjał jest większy. Dla przykładu zostanie przeprowadzona analiza teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury (1977/2015). Wybór był podyktowany tym, że teoria Bandury jest niezbyt obszerna i istnieje jedna główna praca twórcy tej teorii, która zawiera najważniejsze założenia. To umożliwia przeprowadzenie pełnej analizy.

Bandura (1977/2015) we wstępie do książki *Teoria społecznego uczenia się* pisze, że teoria społecznego uczenia się wyjaśnia ludzkie zachowanie w kategoriach stałych wzajemnych interakcji między determinantami poznawczymi, behawioralnymi i społecznymi. Zachowanie, czynniki osobowe oraz środowiskowe (jako determinanty) wzajemnie na siebie oddziałują.

Przeanalizowano założenia teorii Bandury (1977/2015) pod kątem zawartych w niej czynników przyczynowych i przyporządkowano je do poszczególnych hipotez kluczowych według Ingram (2006). Wyniki analizy znajdują się poniżej.

### **I. Hipotezy biologiczne (B)**

W teorii społecznego uczenia się jest wzmianka o ograniczeniach biologicznych. Nabywanie doświadczeń bezpośrednich i zastępczych zachodzi w ramach tych ograniczeń (poziom rozwoju psychicznego i fizycznego może ograniczać możliwości nauczania się czegokolwiek). Nie wpisuje się to jednak w żadną z hipotez biologicznych według Ingram (2006).

### **II. Kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana (CS)**

Hipoteza CS1: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

Hipoteza CS2: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

Hipoteza CS3: Klient jest na etapie zmiany i zmaga się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.

Poszukując wątków związanych z rozwojem, można znaleźć fragment, w którym Bandura (1977/2015) odwołuje się do teorii rozwoju poznawczego Piageta. Jednak hipoteza CS3 według Ingram odnosi się do faz rozwoju człowieka, a więc ujęcie jest szersze.

Hipoteza CS4: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

### **III. Hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się (BL)**

BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądanych zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnikach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.

Teoria Bandury (1977/2015) traktuje o uczeniu się pod wpływem następstw własnych reakcji. Te następstwa pełnią następujące funkcje: przekazują informacje

(o tym, jak się zachowywać, żeby osiągnąć pożądane rezultaty i uniknąć karzących rezultatów), służą jako motywatory (zachęty), automatycznie wzmacniają reakcje. Następstwa służą jako motywatory wówczas, gdy dochodzi do wytworzenia symbolicznej reprezentacji przewidywanych rezultatów działań i – na bazie tego procesu – przekształcenia przyszłych konsekwencji działań w ich aktualne motywatory. Nie muszą to być konsekwencje, których osoba doświadczyła osobiście. Bandura (1977/2015) zwraca uwagę na niejasne znaczenie terminu „wzmocnienie” (nie musi być wzmacniana siła reakcji) i sugeruje, że bardziej adekwatne byłoby określenie „regulowanie”. Autor wyraża również wątpliwość, czy wzmocnienie wytwarza nowe zachowania. Jak wskazują wyniki badań, na które Bandura się powołuje (1977/2015) (Dulany, 1968, za: Bandura, 1977/2015), następstwa zachowań zwiększają jego częstotliwość pod warunkiem, że człowiek uświadamia sobie, co jest wzmacniane. Konkluzja autora teorii jest jednak taka, że świadomość może ułatwiać zmianę zachowania, jednak nie wiadomo, czy jest warunkiem koniecznym.

W zakresie determinantów następstwach występuje taka zależność, że reakcje/zachowania, których następstwem jest kara lub brak nagrody, często zanikają. Reakcje/zachowania, które są nagradzane, mają tendencję do utrzymywania się (rośnie prawdopodobieństwo tej reakcji/tego zachowania). Mamy tu do czynienia zdaniem autora z regulacją wyprzedzającą (*antecedently*). Następstwa mają wpływ na zachowania/reakcje poprzez myślenie, które integruje informacje (nawet nieregularne wzmocnienia). Wyróżnia się trzy rodzaje konsekwencji: zewnętrzne (wpływ skutków zachowania na zachowanie, np. reakcji społecznych), zastępcze, „produkowane” przez samego siebie (reakcje samooceniające, stosowane wobec siebie nagrody i kary). Potwierdzono taki sam mechanizm działania wzmocnień zewnętrznych w przypadku samouszkodzeń, zaburzeń psychosomatycznych i innych. Ocena zachowania pod kątem zasługiwania bądź nie na nagrodę zależy od standardów osobistych oraz postrzegania determinant efektu (np. zewnętrzne, wewnętrzne). Oceny przychylne mogą skutkować nagradzaniem siebie, a negatywne – karaniem.

Obserwacyjne uczenie się ma miejsce za pomocą procesów symbolicznych (przyglądanie się modelowanej aktywności, zanim jakkolwiek reakcja zostanie wykonana). W przypadku wzmocnienia obserwacyjnego wzmocnienie odgrywa rolę, ale głównie jako czynnik poprzedzający, a nie jako następstwo zachowania. Przewidywane wzmocnienie ma wpływ na to, co człowiek zaobserwuje (na co zwróci uwagę). Według tej teorii uczenie się przez obserwację może być bardziej skuteczne, gdy obserwatorzy dowiadują się wcześniej o korzyściach (następstwach) modelowanego zachowania, niż wówczas, gdy dopiero sami zostają wzmocnieni po powtórzeniu tego zachowania. Na to, czy dane zachowanie wystąpi czy nie, wpływ mają następstwa tych zachowań, w tym wzmocnienia zewnętrzne, zastępcze (*vicarious*) i wytwarzane przez samego siebie. Zachowanie modela można potraktować jako czynnik poprzedzający. Obserwowanie modela nie spowoduje naśladowania

jego zachowania, gdy występuje jeden z następujących warunków: niewłaściwe zakodowanie w pamięci modelowanych czynności, nie przechowywanie ich w pamięci, fizyczna niezdolność ich wykonania lub brak dostatecznych zachęt.

BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji, automatycznie wzmacniają reakcje.

Do tej hipotezy można odnieść następujący fragment: „Reakcje warunkowe są zasadniczo aktywowane przez samego siebie na podstawie wyuczonych oczekiwań, a nie wywoływane automatycznie” (Bandura, 1977/2015, s. 76). Ludzie uczą się wywoływać reakcje antycypacyjne (na podstawie bodźców „zapowiadających”). Gdy osoba wie, że nie ma zagrożenia, bodziec poprzedzający nie aktywizuje zagrażających myśli i nie pojawia się reakcja warunkowa.

Badania empiryczne pozwalają wnioskować, iż lęk i zachowania obronne nie są powiązane przyczynowo, tylko współwystępują ze sobą (są skutkami innej przyczyny) (Bandura, 1977/2015, ss. 69–70). Nie wiadomo, czy chodziło tu o reakcję uwarunkowaną. Doświadczenie awersyjne powoduje oczekiwanie urazu, a to z kolei może wywoływać lęk oraz zachowania obronne.

BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.

Uczenie się (społeczne) następuje głównie poprzez obserwację innych w życiu codziennym. Stopniowo modelowanie behawioralne jest zastępowane modelowaniem werbalnym. W książce Bandury (1977/2015) mowa jest o umiejętnościach społecznych, zawodowych i rekreacyjnych. Źródłem modelowania mogą być też media (modelowanie symboliczne).

#### **IV. Hipotezy dotyczące sfery poznawczej (C)**

Bandura (1977/2015), odnosząc się do sfery poznawczej, wspomina o wyjaśnieniach fenomenologicznych dotyczących skutków wzmocnień (zależą one od tego, jak sposób wzmocnienia jest spostrzegany). To, jak zachęty wpływają na motywację, zależy od subiektywnego spostrzegania.

C1: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.

Ludzie nie zawsze wyciągają na podstawie swojego doświadczenia prawidłowe wnioski probabilistyczne (Bandura, 1977/2015). Surowe standardy oceniania (trudno jednoznacznie je zakwalifikować do którejś z grupy hipotez) mogą prowadzić do chronicznego zmęczenia, stanów depresyjnych itp. Przejawem tego może

być ocenianie osiągnięć względem „wygórowanych celów końcowych”, w przeciwieństwie do oceny realistycznych celów cząstkowych (pośrednich). Inne przykłady zniekształceń poznawczych, na które zwraca uwagę Bandura (1977/2015) to: wielkościowe fantazje, „imputowanie” prześladowczych intryg.

C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.

Do błędnych sposobów przetwarzania informacji można zaliczyć niewłaściwe generalizacje (generalizacja ze zdarzeń wzbudzających awersję na nieszkodliwe zdarzenia, podobne jedynie semantycznie lub fizycznie). Bandura (1977/2015) zwraca uwagę, iż przekonania niezgodne z prawdą są efektem nadmiernego generalizowania nawet trafnych obserwacji, dotyczących ograniczonego zakresu doświadczeń człowieka. Błędy w myśleniu wynikają też z niepoprawnego wnioskowania indukcyjnego lub dedukcyjnego.

C4: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

## V. Hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej (ES)

W teorii społecznego uczenia znajduje się stwierdzenie, które można odnieść do sfery egzystencjalnej: „Zachowanie jest częściowo wyznaczone przez preferencje dotyczące wartości” (Bandura, 1977/2015, s. 125). Wartości zostały przez Bandurę potraktowane jako determinanty zachowania – podnoszą wartość zachęt do aktywności, które pozwalają na ich realizację.

ES1: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.

Bandura (1977/2015, s. 188) definiuje wolność (w ramach swojej koncepcji) jako „istnienie pewnej liczby możliwości, które są ludziom dostępne i z których mają prawo korzystać”. Wolność jest możliwa w sytuacji wielu alternatyw zachowania. Autor wskazuje na kilka ograniczeń wolności: brak umiejętności (zachowania), samoograniczenia (np. wynikające z nadmiernych obaw), zakazy społeczne.

ES3: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

## VI. Nieświadome dynamizmy zachowania (P)

P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.

Bandura (1977/2015) wspomina o cechach człowieka, które mogą modyfikować wpływy zewnętrzne. Na przykład zależność między modelującymi wpływami otoczenia a skłonnością do przyjmowania wysokich standardów jest modyfikowana przez takie cechy „obserwatorów” jak skłonność do postrzegania zdarzeń jako determinowanych osobiście lub zewnętrznie oraz orientacja na osiągnięcia. Do

czynników modyfikujących modelowanie zalicza się właściwości osoby (obserwatora): brak pewności siebie, niska samoocena, zależność od innych.

P2: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

P3: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością.

W teorii społecznego uczenia się nie ma mowy o nieświadomych dynamizmach zachowania. Można jedynie zwrócić uwagę na konstrukt „imputowanie prześladowczych intryg” jako obronę przed potępieniem siebie za błędy. Mimo że nie występuje tu określenie mechanizmy obronne, to funkcja tego zniekształcenia poznawczego jest podobna jak mechanizmów obronnych (nieświadomych).

## VII. Czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe (SCE)

SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.

Bandura (1977/2015) pisze o rodzinie w kontekście wpływów modelujących. Ludzie poddawani są oddziaływaniom modeli rodzinnych (wpływ modelowania na społeczne uczenie się, a w szczególności naśladowanie standardów). Standardy są przekazywane za pomocą przykładu (zachowania) lub przekazu słownego, przy czym ten pierwszy ma większą siłę oddziaływania. W sytuacji gdy przekazywane standardy są ze sobą sprzeczne (np. niezgodność oddziaływań/standardów osób dorosłych i rówieśników), dzieci mogą preferować standardy rówieśników. Jest także mowa o szkodliwych systemach interakcji zwrotnych w rodzinie, takich jak np. wzmacnianie zachowań wymuszających.

SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględni wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.

Ludzie poddawani są oddziaływaniom modeli subkulturowych. Ponadto Bandura (1977/2015) odwołuje się do różnic kulturowych, pisząc o kulturowym warunkowaniu standardów. W społecznościach, w których dominującą rolę odgrywa etyka samodoskonalenia, ludzie nagradzają się tylko za znaczne osiągnięcia. Autor wspomina także o kontekście kulturowym, pisząc o modelowaniu oraz wzmocnieniach. Modele stanowią przykłady wzorców kulturowych. Społeczeństwa różnią się pod względem zorientowania wzmocnień – indywidualnie czy zbiorowo, w zależności od kultury (indywidualistyczna *versus* kolektywistyczna).

SCE3: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

SCE4: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów, mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.

Bandura (1977/2015) wspomina o dyskryminacji w kontekście ograniczeń wolności. Możliwość samostanowienia może być ograniczona przez akceptowaną społecznie dyskryminację związaną z kolorem skóry, płcią, wyznaniem, pochodzeniem etnicznym itp.

SCE6: Brak odniesień w teorii społecznego uczenia się.

SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.

W środowisku mają miejsce wpływy modelujące. Teoria społecznego uczenia się przyjmuje założenie determinizmu wzajemnego, który łączy elementy determinizmu środowiskowego (wpływy środowiskowe zmieniają zachowanie) oraz determinizmu osobowego (zachowanie determinuje środowisko). Oznacza to, że to samo zdarzenie może być bodźcem, reakcją lub środowiskowym czynnikiem wzmacniającym, w zależności od miejsca sekwencji, które rozpatrujemy.

Warto zwrócić uwagę, iż Bandura (1977/2015) pisze głównie o zachowaniach niepatologicznych, więc możliwości zastosowania jej do wyjaśniania zachowań patologicznych są ograniczone. Mocną stroną tej teorii jest z kolei to, że większość zaprezentowanych tez ma swoje uzasadnienie w danych z badań empirycznych, nie jest ona spekulatywna.

Zestawienie wszystkich kluczowych hipotez, które można by postawić na bazie teorii społecznego uczenia się, znajduje się w tabeli 8.

Podsumowując, teoria społecznego uczenia się pozwala postawić hipotezy odnoszące się do 4 z 7 grup hipotez. Wynik sumaryczny (hipotez kluczowych) wynosi 10 (na 28 możliwych hipotez). Oznacza to, że teoria Bandury pozwala wykroczyć poza wyjaśnianie na bazie tylko i wyłącznie modeli behawioralnych. Zawiera też wątki z modelu poznawczego i egzystencjalnego, choć w małym zakresie. Analogicznie do przeprowadzonej analizy można by przyrzeć się innym teoriom, określając ich potencjał w zakresie możliwości budowania na jej gruncie konceptualizacji przypadku.

Tabela 8. Potencjał teorii społecznej uczenia się – podsumowanie

Hipotezy kluczowe		Mozliwość wykorzystania hipotez w ramach teorii Bandury
B1: Problem ma przyczynny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięciu pogorszeniu się jego stanu, a także psychospołecznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.		–
B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.		–
B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.		–
CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem (emergency) – konieczne jest natychmiastowe działanie.		–
CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.		–
CS3: Klient jest na etapie zmiany i zмага się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.		–
CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.		–
BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnیکach poprzedzających „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.	tak	tak
BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.	tak	tak
BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	–	–
C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	tak	tak
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	tak	tak
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	tak	tak

C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	–
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	–
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	tak
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może obejmować religię.	–
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	–
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	–
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	–
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśl i emocje poza świadomością.	–
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	tak (minimalnie)
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględni wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	tak
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	–
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	–
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów, mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.	tak
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie (mental patient).	–
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	tak

Oznaczenia: B1–B3 – hipotezy biologiczne, CS1–CS4 – kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3 – hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4 – hipotezy dotyczące sfery poznawczej, ES1–ES3 – hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4 – nieswiadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7 – czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.



## Rozdział 3

# Prezentacja badań własnych nad konceptualizacją przypadku

Ze względu na cechy konceptualizacji przypadku, które zostały omówione w poprzednich rozdziałach, takie jak jej procesualny czy prospektywny charakter, badania nad konceptualizacją są bardzo utrudnione. Próby, jakie podejmowano w tym zakresie, jak zauważa Hallam (2013), nie ujmowały zwykle sedna konceptualizacji, chociażby z powodu ukierunkowania psychoterapeutów biorących udział w badaniach na myślenie retrospektywne. Badanie procesu tworzenia konceptualizacji czy jej struktury byłoby prawdopodobnie najbardziej wiarygodne i trafne ekologicznie, gdyby odbywało się w kontekście praktyki psychoterapeutycznej. Na przykład wówczas, gdy psychoterapeuta zapisywałby na bieżąco, w trakcie sesji terapeutycznej oraz tuż po spotkaniu z pacjentem, rodzące się w jego głowie spostrzeżenia i hipotezy. Mogłoby to jednak w pewnym zakresie zakłócać kontakt z pacjentem (ograniczenie kontaktu wzrokowego podczas robienia notatek w trakcie sesji itp.). Poza tym świadomość psychoterapeuty, że uczestniczy w badaniu naukowym, mogłaby modyfikować jego naturalną aktywność w tym zakresie. Ograniczeniem takiej metody badań w warunkach naturalnych byłoby także to, że każdy psychoterapeuta ma do czynienia z innym przypadkiem i porównywanie konceptualizacji utworzonych na bazie innego materiału diagnostycznego miałyby ograniczoną wartość badawczą.

Aby ominąć przynajmniej część wspomnianych wyżej trudności, z wyjątkiem zakłócającego udziału zmiennej aprobaty społecznej, w badaniach nad diagnozą psychologiczną lub konceptualizacją przypadku stosuje się uproszczone metody, dające wgląd tylko w niewielki wycinek tego procesu. Biorąc pod uwagę typ aktywności badanego eksperta, można wyróżnić trzy zasadnicze grupy takich metod:

- zadanie diagnostyczne, które polega na formułowaniu hipotez na piśmie (np. Eells i Lombart, 2005; Eells et al., 2005);
- zadanie polegające na nagłaśnianiu myśli (technika głośnego myślenia) dotyczących pacjenta (np. Słysz, 2008);
- zadanie polegające na graficznej prezentacji pomysłu na konceptualizację przypadku (np. Mayfield, Kardash i Kivlighan, 1999).

Odnosząc się do materiału diagnostycznego wykorzystywanego do badań, można stwierdzić, że przeważają winiety (krótkie opisy zawierające dane demograficzne i biograficzne na temat pacjenta oraz zgłaszany problem). Alternatywą byłoby wykorzystanie metody symulowanego klienta (Zalewski, Filipiak i Tarnowska, 2012) lub materiału filmowego (z udziałem realnego pacjenta lub aktorów). Znane przykłady wykorzystania techniki głośnego myślenia (druga metoda) dotyczą głównie diagnozy nozologicznej. W badaniach własnych nad konceptualizacją przypadku zastosowano trzecią metodę, polegającą na graficznej prezentacji hipotez na podstawie materiału filmowego. Argumenty, które przemawiały za takim wyborem, zostaną zaprezentowane w kolejnej części niniejszego rozdziału.

### 3.1. CEL I METODA BADAŃ

Celem tego rozdziału jest zaprezentowanie wyników badań empirycznych dotyczących konceptualizacji przypadku w psychoterapii, a w szczególności kategorii pojęciowych, jakimi posługują się psychoterapeuci. Badania były prowadzone w ramach większego projektu badawczego pt. „Struktura wiedzy ekspertów i jej uwarunkowania na przykładzie konceptualizacji przypadku”<sup>1</sup>. Źródłem inspiracji do powstania niniejszego projektu, ze względu na poruszany problem oraz zastosowane metody, były wspomniane już badania Mayfielda i in. (1999).

Głównym celem badań własnych było uzyskanie szerokiej wiedzy na temat uwarunkowań konceptualizacji przypadku. Testowano zbiór hipotez zakładających, że struktura konceptualizacji problemu pacjenta uwarunkowana jest poziomem doświadczenia zawodowego, refleksyjnością w praktyce oraz wcześniejszą świadomą aktywnością ukierunkowaną na doskonalenie własnych umiejętności. Aktywność ta może wyrażać się m.in. w uczestnictwie w profesjonalnych szkoleniach i superwizji oraz w stałym monitorowaniu własnej aktywności zawodowej. Brano pod uwagę takie cechy struktury map pojęciowych, jak np. liczba utworzonych kategorii, całkowita liczba strzałek (związek przyczynowo-skutkowy lub następstwo czasowe), liczba strzałek dwustronnych (wzajemny wpływ). Wyniki badań na ten temat zostały omówione w innej pracy (Słysz, Haładziński i Kaczmarek, 2017).

W niniejszej publikacji przedstawiony zostanie efekt realizacji innego celu, choć odnoszącego się także do uwarunkowań konceptualizacji. Było nim określenie, w jakim stopniu czynnikiem różnicującym treść konceptualizacji przypadku jest podejście teoretyczne deklarowane przez praktyków. Sposób realizacji tak zarysowanego celu zostanie zaprezentowany w tym rozdziale. Psychoterapeuci są raczej zgodni co do tego, że podejście teoretyczne – ze względu na jedną z cech definicyjnych koncep-

<sup>1</sup> Projekt został zrealizowany w ramach grantu NCN nr 2013/11/B/HS6/01567.

tualizacji przypadku (wyrażanie problemu w języku danej teorii) – stanowi ważny wyznacznik konceptualizacji przypadku. Brakowało jednak badań empirycznych, które pozwalałyby stwierdzić zakres tego wpływu.

Pytania badawcze, na które poszukiwano odpowiedzi, odnoszą się do dwóch obszarów:

1. Kategorie pojęciowe: Jaki jest stopień zgodności między psychoterapeutami (niezależnie od nurtu psychoterapii) w zakresie stosowanych kategorii pojęciowych? Jaki jest stopień podobieństwa między kategoriami stosowanymi przez terapeutów deklarujących to samo podejście terapeutyczne? Czy kategorie pojęciowe stosowane przez psychoterapeutów są specyficzne dla deklarowanych przez nich podejść terapeutycznych?
2. Powiązania między kategoriami: Jaki jest stopień podobieństwa między konceptualizacjami przypadku utworzonymi przez terapeutów deklarujących to samo podejście terapeutyczne? W jakim stopniu elementy konceptualizacji przypadku są zgodne z założeniami podejść terapeutycznych deklarowanych przez terapeutów?

Stwierdzenie wysokiego stopnia podobieństwa między konceptualizacjami przypadku w obrębie poszczególnych podejść terapeutycznych pozwoliłoby wykazać, że terapeuci w dużej mierze bazują na teorii psychoterapii i psychopatologii, której się wyuczili, oraz że metody konceptualizacji – mimo niezbyt dużego stopnia ustrukturyzowania – charakteryzują się stosunkowo dużą rzetelnością. Maksymalne podobieństwo mogłoby też oznaczać, że to raczej człowiek (pacjent/klient) jest „dopasowywany” do modelu teoretycznego. Mniejsze podobieństwo mogłoby z kolei świadczyć o tym, że stopień dopasowania nie jest tak duży. Przemawiałoby to wówczas za odwoływaniem się przez psychoterapeutów do „ukrytej” koncepcji człowieka. Ponadto możliwe stanie się uchwycenie niektórych cech konceptualizacji, specyficznych dla poszczególnych modeli psychoterapii (poznawczo-behawioralnego, psychodynamicznego, humanistycznego, systemowego i integracyjnego).

Badania własne zostały zaplanowane w taki sposób, żeby uzyskać graficzną reprezentację złożonego i przyczynowo-skutkowego wnioskowania diagnostycznego. Konceptualizacje przypadku, jakie zostaną poddane analizie, mają postać map pojęciowych stworzonych przez psychoterapeutów, obrazujących powiązania między elementami konceptualizacji (kategoriami pojęciowymi). Powstały one w wyniku zastosowania metody „Zadanie dla psychoterapeutów – konceptualizacja przypadku” (*The task for psychotherapists – case conceptualisation*) (Slysz i Kaczmarek, 2017). Aby skrócić czas wykonywania zadania diagnostycznego, ujednotlić niektóre elementy procesu tworzenia map oraz ułatwić ich porównywanie, podjęto decyzję o utworzeniu i wykorzystaniu w badaniach specjalnej aplikacji komputerowej.

Częścią składową metody są 37-minutowy film (sesja terapeutyczna) nagrany na użytek badań, transkrypcja rozmowy z filmu (por. załącznik nr 1) oraz specjalna

aplikacja komputerowa („Wspomagane komputerowo zadanie tworzenia mapy pojęciowej”; *Computer aided conceptual mapping task*; CACMT)<sup>2</sup> (Słysz i Kaczmarek, 2017). Film powstał z udziałem profesjonalnych aktorów. Zawiera informacje na temat aktualnej sytuacji pacjentki (zgłaszany problem, warunki rodzinne itp.) oraz dane biograficzne<sup>3</sup>.

Zadaniem psychoterapeutów uczestniczących w badaniach, zawartym w instrukcji, było zaproponowanie hipotez dotyczących przyczyn powstawania i utrzymywania się trudności klientki z filmu. W treści instrukcji dla badanych nie pojawiło się określenie konceptualizacja przypadku, jednak zawartość zadania wskazywała na cechy definicyjne konceptualizacji przypadku. Zadanie obejmowało pięć etapów:

- obejrzenie 35-minutowego filmu wyświetlanego z ekranu komputera prezentującego rozmowę psychoterapeuty z pacjentką;
- przeczytanie transkrypcji tej samej rozmowy i kategoryzacja wypowiedzi klientki (poszczególnych zdań) przy pomocy aplikacji komputerowej (treść instrukcji: „A teraz poproszę, żeby Pani/Pan prześledził/a wszystkie zdania wypowiedziane przez pacjentkę Barbarę i przyporządkował/a je do utworzonych przez siebie kategorii. Niektóre zdania mogą pozostać nieprzyporządkowane do żadnej kategorii, jeśli Pani/Pan zechce, żeby tak było. Proszę nazywać kategorie według własnego uznania (nazwa może być złożona z jednego, dwóch albo kilku wyrazów”);
- wykorzystanie zaproponowanych wcześniej kategorii psychologicznych i narysowanie (w tej samej aplikacji komputerowej) mapy pojęciowej obrazującej problemy klientki, czynniki przyczynowe oraz powiązania między nimi;
- opisanie w zwięzły sposób sporządzonej mapy poznawczej;
- spisanie propozycji wstępnych interwencji terapeutycznych.

Na etapie generowania kategorii w przypadku każdej kategorii badany (psychoterapeuta) określał zestaw zdań uzasadniających daną kategorię. Ponadto określał typ tworzonej kategorii („trudność”, „przyczyna” lub „inny”) oraz stopień istotności kategorii („niski”, „średni” lub „wysoki”), który odzwierciedlał subiektywne przekonanie o ważności danej kategorii dla zrozumienia problemu pacjentki. Dla każdego definiowanego połączenia między kategoriami psychoterapeuta określał: typ połączenia (jedna z trzech opcji: „związek przyczynowo-skutkowy”, „następstwo czasowe”, „inny”), stopień istotności połączenia („niski”, „średni” lub „wysoki”) oraz pewność co do wskazywanego połączenia („niska”, „średnia” lub „wysoka”). Ostatni parametr odnosi się do tego, w jakim stopniu terapeuta był pewien, że zachodzi zależność wskazana przez hipotezę o związku przyczynowo-skutkowym lub następstwie

<sup>2</sup> Prezentowana aplikacja komputerowa dostępna jest na stronie internetowej Instytutu Psychologii UAM pod adresem: [http://www.staff.amu.edu.pl/~uamzpoip/?dzial=slysz\\_grant](http://www.staff.amu.edu.pl/~uamzpoip/?dzial=slysz_grant).

<sup>3</sup> Źródło informacji o klientce, które były podstawą do opracowania scenariusza filmu *Dollard, Auld, White* (1953).

czasowym. Zastosowana procedura nie narzucała więc uczestnikowi badań liczby kategorii, liczby zdań wspierających (naprowadzających na pomysł kategorii pojęciowych) oraz sposobu nazywania tych kategorii. Z jednej strony tworzy to trudności w analizie porównawczej map, z drugiej jednak zmniejsza wpływ procedury na sposób myślenia uczestników badań.

Zastosowana metodyka umożliwia wskazanie, jakim aparatem pojęciowym posługują się przedstawiciele różnych podejść terapeutycznych w odniesieniu do tych samych pól znaczeniowych. Mimo klasyfikowania wypowiedzi pacjentki do tych samych lub podobnych „podzbiorów” kategorii, osoby pracujące w różnych nurtach teoretycznych mogą różnie je nazywać (stosować inne kategorie pojęciowe). Metoda dostarcza danych pozwalających określić, w jakim stopniu psychoterapeuci są zgodni między sobą pod względem zastosowanych kategorii pojęciowych i które kategorie są stosowane niezależnie od nurtu psychoterapii. Ponadto daje możliwość stwierdzenia, w jakim zakresie kategorie stosowane przez psychoterapeutów oraz hipotezy dotyczące powiązań między nimi są zgodne z założeniami deklarowanych przez nich podejść terapeutycznych.

Aby odpowiedzieć na pytania badawcze postawione na początku tego podrozdziału, przeprowadzono analizy ilościowe i jakościowe zgromadzonych danych. Analizie poddane zostały zarówno kategorie pojęciowe tworzące konceptualizację, jak i powiązania między tymi kategoriami. Wykorzystano także niektóre dane z ankiety „Profil zawodowy psychoterapeuty” (załącznik nr 2), którą badani wypełniali po zakończeniu zadania diagnostycznego.

### 3.2. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH

W badaniach uczestniczyło 90 psychoterapeutów mających minimum rok stażu pracy, w wieku od 28 do 73 lat ( $M = 42,27$ ,  $SD = 11,7$ ); 80% stanowiły kobiety (72 osoby), a 20% mężczyźni (12 osób). Grupa badana była zróżnicowana ze względu na poziom doświadczenia w zakresie diagnozy i pomocy psychoterapeutycznej ( $M = 11,86$  lat stażu pracy,  $SD = 8,92$ ); 32 osoby spełniały przyjęte kryteria bycia ekspertem (minimum 10 lat stażu pracy, prowadzenie superwizji). Największy odsetek psychoterapeutów wskazywał jako dominujące w pracy podejście humanistyczne (28 osób, czyli 31%) i psychodynamiczne lub psychoanalityczne (28 osób, czyli 31%). Przedstawiciele podejścia systemowego stanowili 6% (5 osób), poznawczo-behawioralnego 4% (4 osoby), a 8% (7 osób) wskazało podejście „inne”. Pozostałe osoby (18 osób, czyli 20%) deklarowały, że wykorzystują w pracy dwa główne podejścia terapeutyczne. Biorąc pod uwagę także modalności wskazywane jako wykorzystywane dodatkowo w pracy terapeutycznej, całkowita liczba deklarowanych nurtów psychoterapeutycznych wynosiła: jeden (24% osób), dwa (35% osób), trzy i więcej (41% osób). Tak

więc 3/4 psychoterapeutów biorących udział w badaniach deklaruje, że wykracza w swojej pracy poza ramy jednego podejścia terapeutycznego.

### 3.3. ANALIZA KATEGORII SEMANTYCZNYCH

W tym podrozdziale zostaną omówione wyniki badań na temat aparatu pojęciowego, jakim posługują się przedstawiciele różnych podejść terapeutycznych w odniesieniu do tych samych lub podobnych pól znaczeniowych (semantycznych). Zostanie udzielona odpowiedź na pytanie o stopień zgodności między psychoterapeutami w zakresie stosowanych kategorii pojęciowych (niezależnie od nurtu psychoterapii). Należy w tym miejscu podkreślić, że faktycznie stopień zgodności odnosi się nie tylko do samych kategorii pojęciowych, ale także do zdań (wypowiedzi pacjentki) będących podstawą utworzenia tych kategorii. Nie dokonywano analizy podobieństwa kategorii w oderwaniu od wypowiedzi pacjentki, tylko zastosowano zaawansowane analizy matematyczno-statystyczne pozwalające uwzględnić pola semantyczne.

Przyjęto założenie, że kategorie mapy pojęciowej opisują pewne ukryte (*latent*) pola semantyczne, co oznacza, że możliwa jest transformacja mapy pojęciowej z przestrzeni rysunku (2D) do przestrzeni semantycznej, wspólnej dla wszystkich badanych psychoterapeutów (Kaczmarek i Słysz, 2017a). Określenie wspólnej przestrzeni semantycznej kategorii było konieczne w celu opracowania metody porównywania i analizy map pojęciowych (zob. podrozdział 3.4.). Założono, że warunkiem koniecznym dla uznania danej reprezentacji za przydatną w zadaniu porównywania map jest możliwość wyodrębnienia w takiej przestrzeni klastrów kategorii o zbliżonym polu semantycznym i określenie niezawodnej funkcji podobieństwa między kategoriami (biorąc pod uwagę różne konfiguracje wypowiedzi pacjentki wskazywane przez terapeutów jako uzasadnienie dla tych kategorii). Testowano różne metody określania reprezentacji przestrzennej umożliwiającej prawidłowe grupowanie kategorii podobnych. Spośród analizowanych podejść najlepszym sposobem klasteryzacji okazała się analiza głównych składowych (*principal components analysis* – PCA) (Kaczmarek i Słysz, 2017a). Zastosowanie tej metody analizy pozwala wykryć i uwzględnić korelacje między kategoriami wspieranymi przez różny zestaw zdań (wypowiedzi pacjentki). Chociaż metoda grupowania nie pozwala na porównywanie kategorii specyficznych dla niewielkiej liczby psychoterapeutów, to jednak możliwe jest oddzielenie tych kategorii od dominujących grup semantycznych. Kategorie te są grupowane w pojedynczy klastery o niskiej spójności.

Liczba wszystkich kategorii utworzonych przez 90 psychoterapeutów wyniosła 1806 ( $M = 20$ ,  $SD = 17$ ; minimum: 3, maksimum: 135). W pierwszym kroku wyodrębniono za pomocą analizy PCA z normalizacją 16 czynników (klastrów kategorii). Warto podkreślić, że za pomocą zastosowanej metody klasteryzacji i znajdowania

podobieństw 1238 kategorii utworzonych przez psychoterapeutów, czyli 68,5%, zaklasyfikowano do 15 klastrów (względnie homogenicznych podzbiorów). Pozostałe 568 kategorii (31,5%) znalazło się w pojedynczym klastrze o stosunkowo niskiej spójności. Następnie sędziowie kompetentni przeanalizowali listy kategorii w obrębie 15 klastrów, biorąc pod uwagę ich treść<sup>4</sup> (znaczenie językowe), pod kątem trafności przyporządkowania kategorii do poszczególnych klastrów. Miało to na celu sprawdzenie metody klasteryzacji, ale efekty analizy można też wykorzystać do analizy podobieństwa między kategoriami pojęciowymi w całej grupie terapeutów. Efekt tych analiz przedstawiono w tabeli 9. Zawarto w niej informacje o całkowitej liczbie kategorii w obrębie poszczególnych klastrów (na podstawie analizy PCA) oraz liczbie kategorii podobnych do siebie (znaczeniowo) według sędziów kompetentnych. Obszary tematyczne (nazwane tu metakategoriami) zostały uporządkowane malejąco, ze względu na procent podobnych znaczeniowo kategorii w ramach danego klastra.

Procent podobnych kategorii utworzonych przez poszczególnych psychoterapeutów, w obrębie różnych obszarów, waha się od 28,9% do 85%. Tylko w przypadku czterech obszarów tematycznych liczba identycznych lub podobnych znaczeniowo kategorii wynosi poniżej 50%. Najwyższy procent (80%–85%) podobnych kategorii dotyczy faktów z życia pacjentki (utrata ważnej osoby) oraz środowiska zewnętrznego (opuszczająca matka, przemoc ze strony matki). Stosunkowo dużo podobnych kategorii psychoterapeuci stworzyli w obszarze depresji i niskiej samooceny. Wydaje się, że są to kategorie uniwersalne, niespecyficzne dla określonych podejść terapeutycznych. Relatywnie mniejsza (od 40% do 60%) zgodność była w zakresie mechanizmu obronnego projekcji oraz emocji (lęk, poczucie winy). Najmniej (ok. 30%) podobnych kategorii pojęciowych pojawiło się w obszarze zazdrości i rywalizacji pacjentki z matką oraz niedojrzałości lub zależności. Wśród kategorii z obszaru psychopatologii znalazła się depresja oraz depresja dziecięca (w odniesieniu do przeszłości pacjentki). Zestawienie szczegółowych kategorii, które znalazły się w obrębie poszczególnych klastrów, znajduje się w tabeli 10. W środkowej kolumnie zamieszczono kategorie podobne, a w ostatniej kolumnie kategorie znajdujące się w obrębie tego samego klastra, ale niepasujące znaczeniowo (zdaniem sędziów kompetentnych). W nawiasach podano, jakie jest dominujące podejście terapeutyczne deklarowane przez autora/autorkę kategorii: **H** – nurt humanistyczny, **P-B** – nurt poznawczo-behawioralny, **Ps** – nurt psychodynamiczny, **S** – nurt systemowy, **In** – nurt integracyjny. Przyjęto

<sup>4</sup> Instrukcja dla sędziów kompetentnych była następująca: „Po przeczytaniu podkategorii w ramach każdej kategorii proszę podkreślić te, które nie pasują do pozostałych w obrębie danej grupy podkategorii. Kategorie można uznać za pasujące, jeśli mają te same nazwy lub stanowią swoje synonimy (np. „traumatyczne wydarzenie” i „trauma”) lub są zblizonymi odpowiednikami danego konstruktu teoretycznego w obrębie różnych teorii (np. „superego” i „schemat powinności”), lub odnoszą się do tego samego konstruktu, tylko na różnym poziomie ogólności (np. „emocje” i „smutek”).”

Tabela 9. Zestawienie metakategorii

Nazwa metakategorii*	Liczba kategorii** w obrębie klastra	Kategorie podobne	
		Liczba	Procent***
Przemoc	40	34	85,0
Opuszczająca matka	110	90	81,8
Strata (śmierć ojca pacjentki)	84	67	79,8
Depresja, niska samoocena	177	124	70,0
Idealizacja	78	52	66,6
Relacja z matką, złość do matki, granice	133	85	64,6
Pragnienia i potrzeby	45	28	62,2
Lęk	60	37	61,6
Depresja w dzieciństwie	23	14	60,8
Zahamowanie seksualne i seksualność	44	26	59,0
Poczucie winy	116	61	52,5
Różne lęki, relacja z mężem	173	84	48,5
Projekcja	33	14	42,4
Niedojrzałość lub zależność	67	21	31,3
Zazdrość, rywalizacja z matką	76	22	28,9

\* Nazwy metakategorii (czynników) zostały nadane przez badacza na podstawie analiz dokonanych przez sędziów kompetentnych. \*\* Kategorie pojęciowe (semantyczne) wykorzystywane podczas tworzenia konceptualizacji przez osoby badane. \*\*\* Procent kategorii podobnych znaczeniowo w ramach danego klastra.

Źródło: opracowanie własne.

zasadę, że jeśli co najmniej jeden przedstawiciel danego podejścia terapeutycznego (jako dominującego) utworzył daną kategorię, to zostało to odnotowane.

Wydarzenie, jakim była śmierć ojca pacjentki, gdy miała 10 lat, było brane pod uwagę przez przedstawicieli wszystkich pięciu nurtów psychoterapii (włączając w to nurt integracyjny). Przez niektórych terapeutów było ono określane mianem wydarzenia traumatycznego. Specyficzny termin dla podejścia poznawczo-behawioralnego („czynnik spustowy – śmierć ojca”) wystąpił tylko raz. Co ciekawe, określenie kojarzone z podejściem psychodynamicznym („zerwanie więzi przez wczesną stratę obiektu”) pojawiło się w humanistycznej konceptualizacji przypadku.

Kolejny element konceptualizacji, czyli relacja z mężem, również został uwzględniony przez psychoterapeutów pracujących we wszystkich nurtach. Kategorią uniwersalną (wspólną) był też lęk przed oceną. Pojawiły się pojedyncze określenia specyficzne dla poszczególnych nurtów psychoterapii: małżeństwo ucieczkowe (psychoterapia systemowa), zahamowanie dążeń libidalnych, lęki edypalne (psychoterapia psychodynamiczna), realizacja siebie w związku (psychoterapia humanistyczna). Interesujące jest pojawienie się takich kategorii, jak symbiotyczność czy

osobowość zależna w konceptualizacjach terapeutów humanistycznych, ponieważ na gruncie podejścia humanistycznego raczej unika się kategoryzacji (diagnozy klasyfikacyjnej).

Poczucie winy (emocja) było uwzględnione przez psychoterapeutów pracujących w różnych nurtach. Nieco zaskakujące może być posłużenie się terminem „superego” (wywodzącego się z psychoanalizy) przez psychoterapeutów pracujących w nurcie poznawczo-behawioralnym czy systemowym.

Kategorie powtarzające się we wszystkich podejściach to: obniżona samoocena, niskie poczucie własnej wartości oraz depresja/depresyjność. Poczucie braku sensu życia okazało się występować nie tylko w podejściu humanistycznym, ale także psychodynamicznym. Podobnie było z kategorią „poczucie niespełnienia”, które wystąpiło także w konceptualizacji psychodynamicznej. Z kolei kategoria „wyuczona bezradność”, pochodząca z teorii poznawczo-behawioralnych, wystąpiła w konceptualizacji humanistycznej. Interesujące jest to, że w obrębie tego samego klastra znalazły się kategorie „depresja” i „niska samoocena”. Może to wskazywać na to, że oba terminy znajdują się w obrębie tej samej sieci semantycznej (są między nimi relacje znaczeniowe).

„Relacja z matką” jako element konceptualizacji przypadku pojawiła się u przedstawicieli każdego z nurtów psychoterapii. Można zauważyć, że w podejściu poznawczo-behawioralnym mowa jest o matce (jej zachowaniu). Z kolei w podejściu psychodynamicznym występuje specyficzne określenie obiektu (nie u wszystkich terapeutów). Co ciekawe, określenie „obiekt” pojawia się sporadycznie także w konceptualizacji humanistycznej (np. „poczucie opuszczenia przez dwa obiekty”). Znaczenie terminu „obiekt” (wyobrażenie lub reprezentacja osoby) odwołuje się do subiektywnego wyobrażenia osoby i teoretycznie wpisuje się bardziej w założenia psychoanalizy.

Kategorie pojęciowe „pragnienia” i „potrzeby” pojawiają się u przedstawicieli każdego z nurtów psychoterapii. Specyficzne dla niektórych konceptualizacji w podejściu psychodynamicznym jest uwzględnianie i akcentowanie potrzeb seksualnych. Z kolei w konceptualizacjach opartych na modelu humanistycznym jest mowa bardziej o wyrażaniu potrzeb (także jako trudność w tym obszarze). Mowa jest również o zatrzymaniu samorealizacji (termin charakterystyczny dla podejścia humanistycznego).

Lęki bywały uwzględniane przez psychoterapeutów bazujących na różnych podejściach terapeutycznych. Sporadycznie występowały kategorie odnoszące się do rodzajów lęku, akcentowanych w ramach niektórych koncepcji: „lęk egzystencjalny” (podejście humanistyczno-egzystencjalne), „lęk separacyjny” (podejście psychodynamiczne). Ale w konceptualizacji humanistycznej pojawia się np. kategoria „projekcja lęków”, która jest specyficzna dla psychoanalizy. Swoiste dla części konceptualizacji psychodynamicznych jest uwzględnianie lęku przed własną agresją

(np. do córki). Przedstawiciele pozostałych nurtów koncentrują się na lęku, ale nie traktują go jako przejawu nieuświadomionej agresji.

Kategoria „depresja” pojawia się w każdym nurcie (w sumie występuje 31 razy), co może przemawiać za tym, że nie unika się diagnozy kategoryjnej jako elementu konceptualizacji przypadku (także w podejściu humanistycznym, które deklaratywnie tego unika). Oznacza to, że zgodność co do przypisywania kategorii z zakresu psychopatologii wyniosła ok. 35%. Byli jednak psychoterapeuci, którzy uniknęli wysuwania wniosków co do kategorii zaburzeń pacjentki, pisząc zamiast tego np. o „konsekwencjach utraty ojca” (podejście humanistyczne).

„Zahamowanie seksualne” pojawia się przynajmniej raz w podejściach: humanistycznym, psychodynamicznym oraz systemowym, nie zostało natomiast uwzględnione w podejściu poznawczo-behawioralnym. Pokazuje to, że terapeuci poznawczo-behawioralni nie włączali do konceptualizacji sfery, w odniesieniu do której pacjentka świadomie nie zgłaszała żadnych trudności. Co ciekawe, jeden z psychoterapeutów pracujących w podejściu psychodynamicznym proponuje kategorię fenomenologiczną: „nigdy nie rozmawiała o seksie”.

Podobnie jak lęk, także poczucie winy, o którym pacjentka rozmawia z terapeutą, pojawia się w konceptualizacjach w ramach każdego z nurtów psychoterapii. Interesujące jest to, że termin „superego”, który wydawałby się zarezerwowany dla podejścia psychodynamicznego (źródłowo z teorii Zygmunta Freuda), pojawia się też u przedstawicieli innych podejść: humanistycznego, poznawczo-behawioralnego i systemowego. Specyficznym określeniem dla nurtu humanistycznego i w pewnym sensie odpowiednikiem superego jest określenie „introjekty związane z powinnościami”.

„Relacja z mężem” jako element konceptualizacji przypadku pojawiła się u przedstawicieli różnych podejść psychoterapii. Kategorie specyficzne, jakie wystąpiły tylko na gruncie nurtu, w którym występują, to: zahamowanie dążeń libidalnych (twórczego wykorzystania gniewu i popędu seksualnego) (nurt psychodynamiczny), retrofleksja (nurt humanistyczny), małżeństwo ucieczkowe (nurt systemowy).

Termin „projekcja”, który jest specyficzny dla podejścia psychodynamicznego, pojawił się także w konceptualizacjach bazujących na innych podejściach: humanistycznym i integracyjnym. W przypadku podejścia systemowego i poznawczo-behawioralnego był uwzględniany tylko wówczas, gdy psychoterapeuta deklarował korzystanie z dwóch dominujących nurtów, w tym psychodynamicznego. Co ciekawe, do podobnych wypowiedzi pacjentki, które nasuwały hipotezy dotyczące mechanizmów obronnych (głównie projekcji), którzy z przedstawicieli nurtu poznawczo-behawioralnego utworzył kategorię „zniekształcenia poznawcze”. Jest to obszar, z którego pacjenci często nie zdają sobie sprawy (nie są świadomi swoich zniekształceń poznawczych), a na który psychoterapeuci poznawczo-behawioralni zwracają uwagę.

Kolejne dwie kategorie („niedojrzałość” i „zależność”) pojawiały się w większości konceptualizacji, z wyjątkiem poznawczo-behawioralnych. Zaskakujący może być fakt

Tabela 10. Kategorie szczegółowe

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
strata (śmierć ojca pacjentki)	<p>śmierć (nagła) ojca (H, P-B, Ps, S, In),            żaloba (niedomknięta) (H, Ps, S),            czynnik spustowy – śmierć ojca (P-B),            nieobecny ojciec (H),            opuszczenie (Ps, S),            poczucie opuszczenia (H),            przerażenie nagłą śmiercią ojca (H),            szok z powodu śmierci ojca (Ps),            trauma (H, P-B, Ps, S, In),            utrata/strata ojca (H, Ps, S, In),            wydarzenie traumatyczne (H),            zerwanie więzi przez wczesną stratę obiektu (H)</p>	<p>brak poczucia bezpieczeństwa (P-B),            kryzys (P-B/S),            nielączenie (Ps),            niezgoda na rzeczywistość (In),            regres (H),            zaprzeczona złość na ojca (Ps)</p>
przemoc	<p>agresja (H, H/Ps),            agresja matki w dzieciństwie (H),            dominująca matka (H),            doświadczenia przekroczenia granic fizycznych (H),            doświadczenie przemocy (Ps),            obiekt nadużywający,            obiekt nadużywający (Ps),            przekraczanie granic (H, Ps/S),            przemoc (fizyczna) ze strony matki (H, H/P-B, P-B, Ps, Ps/S, In),            przemoc (H, H/Ps, S/Ps, In),            przemocowa i zawłaszczająca matka (H),            zranienie (S)</p>	<p>impulsywność (H/S),            odcięcie od emocji (H),            poczucie krzywdy (P-B/Ps),            trauma (Ps)</p>
opuszczająca matka	<p>relacja (trudna) z matką (H, P-B, Ps, S, In),            brak ciepła w relacji z matką (Ps),            brak emocjonalnego dostrojenia ze strony matki (Ps),            brak emocjonalnego kontaktu z matką (H),</p>	<p>brak poczucia bezpieczeństwa (H),            lęk przed matką (P-B/H),            negatywne obrazy obiektów (Ps),            odcięcie od emocji (H),</p>

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
	<p>brak kojącego obiektu matczynego (Ps),                      brak możliwości wyrażania siebie w relacji (H),                      brak odzwierciedlenia ze strony matki (H),                      brak reakcji matki na potrzeby pacjentki w dzieciństwie (In),                      brak uwagi ze strony matki (P-B),                      brak wsparcia matki (S),                      brak zainteresowania ze strony matki (otoczenia) (H),                      brak/zaburzenie więzi (H, S/P-B, Ps, S),                      chłodna, odrzucająca matka (Ps),                      chłód emocjonalny (Ps/S),                      dominująca i krytyczna matka nieragująca na potrzeby dziecka (P-B),                      doświadczanie uczące pacjentkę, że jej potrzeby są niedostrzegane przez otoczenie (H),                      mało obecna matka (Ps),                      matka nieragująca (P-B),                      matka mało responsywna (In),                      matka zadaniowa, brak dostępności emocjonalnej (P-B),                      negatywny obraz relacji z obiektem (P),                      niedostateczne wsparcie emocjonalne ze strony matki (H),                      niedostatecznie dobry obiekt (Ps),                      niezaspokojone potrzeby emocjonalne (H),                      obraz innych jako opuszczających/frustrujących (Ps),                      obraz obiektu: obojętny, opuszczający (Ps),                      opuszczenie (H, Ps),                      opuszczenie emocjonalne (H),                      osamotnienie/poczucie osamotnienia w relacji z matką (H, P-B, Ps),                      poczucie braku wsparcia (H),                      poczucie bycia nieważnym (In),                      poczucie krzywdy w relacji z innymi (Ps),</p>	<p>osobowość łękowa (H),                      przemoc (H/S),                      skierowanie w przeszłość (H),                      potrzeby przeciwko wolności (H/S),                      smutek (Ps),                      zależność (H/S)</p>

<p>depresja, niska samoocena</p>	<p>poczucie opuszczenia przez dwa obiekty (H), poczucie opuszczenia, zaniedbania (H), pomijanie potrzeb przez najbliższych (S), przemoc emocjonalna ze strony matki (H), relacja z obiektem (Ps), styl przywiązania (S)</p>	
<p>depresja, niska samoocena</p>	<p>poczucie (niskie) własnej wartości (H, P-B, Ps, S), agresja kierowana ku sobie/ przeciwko self (H, Ps, S), anhedonia (P-B), ból egzystencjalny (S), brak celu w życiu (Ps), brak poczucia sensu życia/ istnienia (H, H/S, P-B/H, In), brak poczucia sprawczości (H), deprecjonowanie siebie (H), depresja/depresyjność (H, Ps, S, In), dewaluacja ze strony matki (S/Ps), myśli depresyjne (Ps), myśli rezygnacyjne (P-B, P-B/H, In), nadmierny krytycyzm wobec siebie (Ps, In), nastroj depresyjny (H), negatywne oceny wobec siebie – introjekty (H), niereczywisty, niespójny obraz siebie (H), niska/ obniżona samoocena (H, P-B, S, Ps), objawy depresyjne (H, Ps), obraz self: bezwartościowe (Ps), obraz siebie jako gorszej, niezdolnej do samodzielności (Ps), poczucie bezradziei (P-B), poczucie bezwartościowości (H), poczucie niekompetencji osobistej, zawodowej (H), poczucie niespełnienia (Ps, In)</p>	<p>autoprezentacja (In), dekompensacje narcystyczna (H/Ps), mechanizmy unikania kontaktu – retrofleksja (H), negowanie przez matkę (H/Ps), poczucie pustki (H/Ps), rola cierpiętnicy (Ps), smutek (H), zniekształcenia poznawcze (P-B)</p>

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
idealizacja	<p>poczucie nieszczerstwa (H),  poczucie pustki (Ps),  podstawowe przekonanie o niezasługiwaniu na miłość i byciu bezwartościowym (P-B),  przekonanie o byciu beznadziejnym (P-B),  przekonanie kluczowe „jestem gorsza” (P-B),  rola nieudacznika (Ps/S),  rola ofiary (In),  samokrytycyzm pacjentki (In),  samoopis wysocony negatywnym obrazem „Ja” (Ps),  skrypt braku umiejętności (H),  spadek/obniżenie nastroju (P-B, Ps),  spostrzeganie siebie przez deficyty (H),  stany depresyjne (H),  uczucie smutku (H, P-B, S)</p>	
idealizacja	<p>wyuczona bezradność (Ps),  zagrożenie suicydalne (S),  zinternalizowana wrogość wobec siebie samej (H),  złe samopoczucie (H),  idealizacja (H, Ps, P-B/S, Ps/S),  idealizacja męża (H, P-B, P-B/Ps, S/Ps),  idealizacja postaci mężczyzny (S),  idealizacja-deprecjacja (S),  idealizowanie ludzi, dzieleni na dobrych i złych (H),  łączenie (Ps),  obraz wyidealizowanego, ale psychicznie nieobecnego / słabego męża (Ps),  obrona idealizacja (Ps),  pozorna idealizacja męża (Ps),</p>	<p>cechy histeryczne (H, Ps),  relacja z ojcem (H, Ps),  wątki edypalne (H, Ps),  wyparcie (In),  tęsknota do ojca (H/Ps),  zablokowanie złości do męża (H)</p>

	<p>pozytywna ocena męża (H),  przeniesienie (H, Ps/S),  przeniesienie (ojca na męża) (H),  przeniesienie na relację z mężem uwielbienia i oddania ojcu (H),  przeniesienie pragnień z ojca (Ps),  przeniesienie uczuć na inne osoby (H),  świadoma reprezentacja obiektu (Ps),  wspaniały, dobry i słodki mąż/ojciec (H),  wyidealizowany obraz męża (Ps),  zaspokajanie potrzeby ojca w mężu (Ps/S)</p>	
<p>relacja z matką</p>	<p>relacja (trudna) z matką (H, Ps, H/Ps, H/P-B, S, In),  ambiwalentna więź (H),  dominacja matki (H/S, H/Ps),  dominacja, zawłaszczenie ze strony matki (H, In),  klientka ciągle bardziej w roli córki niż matki (H),  konfluencja (zachowań) (H, H/S),  kontrolująca matka (Ps),  matka hamująca samodzielnienie córki (H),  matka wymagająca i zarządzająca (H),  matka wyřęczająca, wchodzi w rolę matki a nie babci (P-B),  matka surowa, dominująca (Ps),  nadmierne krytykująca, intruzyjna matka (In),  negacja matki (In),  nieprzyjęcie matki, wrogość do matki (In),  obraz innych jako zaborczych i nadużywających (Ps),  obraz matki (Ps),  obraz matki jako silnej i narcystycznej (Ps),  obraz obiektu: kontrolujący, krytyczny (Ps),  odbieranie sprawczości córce przez matkę (Ps/S),  prawdopodobnie zależność symbiotyczna (H),  przekraczanie/brak granic (H, P-B, Ps, S/P-B, S/Ps, S),</p>	<p>bezradność,  brak decyzyjności i poczucia wpływu (In),  brak miłości i wdzięczności (In),  brak sprawstwa (H),  przekonanie kluczowe „jestem nieważna” (P-B/S),  niemożność bycia matką dla swoich dzieci (Ps),  problem z określeniem granic (H),  separacja indywidualności (In),  wrogość (H)</p>

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
	<p>przemoc matki (H),                      przywiązanie ambiwalentne (H, Ps, H/Ps),                      relacja do obiektu (H, Ps),                      rozmyte granice (S),                      rygorystyczna matka (H),                      rywalizacja (z matką) (H, Ps, P-B/Ps, S/Ps, S),                      rywalizująca matka (H),                      symbiotyczne relacje w rodzinie,                      umniejszanie siebie w relacji z matką (In),                      uzurpacja matki (In),                      wchodzenie babci w rolę matki (P-B/S),                      wielka matka, duch matki (In),                      zależność od matki (H/Ps, Ps),                      zatrzymana/zahamowana złość do matki (H),                      zawłaszczająca matka (H),                      złość na matkę (Ps, H/Ps, In)</p>	
<p>pragnienia i potrzeby</p>	<p>frustracja potrzeb seksualnych (Ps),                      kontakt z potrzebami (H),                      nieakceptowane pragnienia (Ps),                      niespójność zachowania w zakresie wyrażania, niewyrażania własnych potrzeb (H, In),                      nieświadome pragnienia (Ps),                      potrzeba afiliacji (Ps),                      potrzeba niezależności/„żywności” (Ps),                      potrzeba uwolnienia dziecięcej energii, dobrych uczuć (H/Ps),                      potrzeba/pragnienie zabawy (H),                      potrzeby (P-B/S),                      pragnienia (Ps, Ps/S),                      pragnienia i potrzeby (niespełnione) (Ps, P-B),</p>	<p>brak radości (H), impulsy zakazane (Ps),                      mała dziewczynka (H),                      obrony maniackalne (Ps), pozycja Dziecka (H)</p>

	<p>pragnienia popędowe (S),  pragnienia radości i zabawy z ludźmi (Ps/S),  przyjemność i złość (Ps/S),  rozbieżność pragnień i realności (Ps),  świadomość potrzeb i pragnień (Ps),  trudność podążania za potrzebami (H),  wewnętrzne siły libidalne (poczucie przyjemności, radości) (Ps/S),  wysokie potrzeby społeczne (S),  zasoby, przyjemności (P-B, H),  zatrzymanie samorealizacji (H)</p>	
<p>lęk</p>	<p>lęk (H, H/S, P-B/S, P-B/Ps, S/Ps),  lęk przed śmiercią (H, H/P-B, Ps/S, S),  lęk przed utratą ważnego obiektu (Ps),  lęk przed utratą (H),  lęk przed ponowną utratą bliskiej osoby (H/Ps),  przewidywanie śmierci córki (Ps),  lęk pacjentki o córkę (Ps),  lęk egzystencjalny (H),  lęk separacyjny (Ps),  martwienie się (P-B),  zaburzenia lękowe (H),  reakcja lękowa (H/S, H),  objawy lękowe (H),  lękowość (Ps),  lęk przed własną agresją do córki (Ps/S),  projekcja własnych lęków (H),  obraz obiektu: przesładowczy (Ps),  obawa o życie i zdrowie dzieci (H)</p>	<p>brak empatii do córki (Ps),  mechanizmy unikania kontaktu blokujące złość (H),  poczucie braku kontroli (S),  podświadome pragnienie śmierci własnej córki (H),  utajona agresywność (Ps),  wyparta agresja (Ps)</p>
<p>depresja w dzieciństwie</p>	<p>depresja/depresyjność (H, P-B, Ps, Ps/S, S),  depresja dziecięca (Ps, P-B),  depresja reaktywna (S/P-B),</p>	<p>brak zaangażowania poza domem (H),  mechanizmy unikania kontaktu (H),  pragnienie zdobycia uwagi (Ps),</p>

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
seksualność i zahamowanie seksualne	<p>rezygnacja z wpływu na własne życie, trwanie w bezradności (H), utrata zainteresowań (P-B), utrata sensu życia (H), żaloba (H), konsekwencje utraty ojca (H), objawy traumy (In), wysoki poziom trudnego do samodzielnego przetworzenia lęku i smutku (Ps)</p> <p>konflikt na poziomie seksualnym (Ps), niewyrażanie wprost własnych pragnień przez pacjentkę i jej męża (H), niespełnienie erotyczne (H/P-B), niezintegrowany obszar seksualny (H), nigdy nie rozmawiała o seksie (Ps), popędowość (Ps, H/S), przeżywanie seksualności przez pacjentkę (H, Ps), seksualność (H, H/Ps, Ps), ucieczka od własnej seksualności (Ps/S), wstyd (H, S, In), wyparte impulsy seksualne (Ps), zablokowanie własnej seksualności (H), zahamowanie seksualne (H, Ps, S), zakaz bycia popędliwym (Ps), zamknięcie na dialog z mężem w sprawie seksu (Ps/S), życie seksualne klientki tematem tabu (H, Ps)</p>	<p>samotność i opuszczenie (Ps), stosunek do obowiązków szkolnych (Ps)</p> <p>atak na zależność (Ps), niedojrzałość klientki/bardziej dziewczynka niż kobieta (H), fałszywe <i>self</i>, ukrywające prawdziwe (Ps), lęk przed oceną (H, Ps), opór (In), osamotnienie (Ps), poczucie niespełnienia jako osoba i kobieta (H/P-B), refleksyjność (Ps)</p>
poczucie winy	<p>introjekty związane z powinnościami wobec innych (H), opresyjne superego (Ps), patologiczne superego (S/Ps), poczucie winy (H, P-B, Ps, S),</p>	<p>duże poczucie odpowiedzialności (S), fałszywe <i>self</i> (H/Ps), gra przemocowa (H), imprinting z dzieciństwa (Ps/S),</p>

<p>lęki/relacja z mężem</p>	<p>poczucie winy nieadekwatne i patologiczne (H), sadyistyczne superego (H, P-B), surowe /każące superego (P-B, Ps, S), winna-powinna (H)</p>	<p>lament (Ps), narcystyczny wstyd (Ps), obsesyjność pacjentki (In), oscylacja od symbiozy do różnicowania, zasługiwanie na miłość/uwagę (Ps)</p>
<p>lęki/relacja z mężem</p>	<p>brak komunikacji w małżeństwie (H, Ps), brak poczucia prawa do istnienia (granice, wpływ, decyzyjność) (H), brak satysfakcji w relacji z mężem (Ps), lęk (P-B, Ps), lęk przed konfrontacją (In), lęk przed oceną/opinią innych (P-B, Ps, S), lęk przed więzią (In), lęk przed wyodrębnieniem (H), lęk przed wyrażaniem potrzeb (Ps), lęk przed złością innych (P-B), lęki edypalne (Ps), lęki separacyjne (Ps), małe poczucie bliskości wobec męża (H), małżeństwo ucieczkowe (S), małżeństwo ucieczkowe, przeniesienie dominacji matki na relację z mężem (H), masochistyczne obwinianie obiektu (Ps), obraz innych jako odmawiających niezależności (Ps), obraz męża jako nierozumiejącego potrzeby (Ps), opór (H), osobowość zależna (H), poczucie winy w stosunku do męża (P-B), realizacja siebie w związku (H), relacja z mężem (H, P-B, Ps, S, In), retrorefleksja (H)</p>	<p>brak pewności siebie (S), brak poczucia miłości dawanej i doznawanej (Ps), cechy osobowości zależnej (H/Ps), konflikt intrapsychiczny (Ps), Kopciuszek (In), nadmierna kontrola (P-B/S), nieracjonalne przekonania (H), omijanie własnych potrzeb (S)</p>

Obszar	Zestawienie kategorii podobnych	Przykłady różniących się kategorii
	<p>stopująca rola męża (Ps),                      symbiotyczność (H),                      ukrywanie potrzeb przed mężem (Ps),                      zablokowanie – Zinker (H),                      zahamowanie – lęk (Ps),                      zahamowanie dążeń libidalnych (twórczego wykorzystania gniewu i popędu seksualnego) (Ps),                      zależność (H, Ps, S, In)</p>	
projekcja	<p>identyfikacja (H),                      mechanizmy obronne (Ps),                      mechanizmy obronne: projekcja lęku na dzieci (H),                      projekcja (H, Ps, H/P-B, H/Ps),                      projekcja lęków/niepokoju (H),                      projekcja przeniesieniowa (In),                      projekcja różnych aspektów, m.in. zakazów (Ps),                      projekcje związane z narcystycznym <i>self</i> (H/Ps),                      projektowanie na syna własnych urazów związanych z biedą w dzieciństwie (Ps/S),                      spostrzeganie i rozumienie innych (H),                      zniekształcenia – przewidywanie przyszłości, katastrofizacja (P-B)</p>	<p>czytanie w myślach (H),                      fantazjowanie lękowe (In),                      lęk o syna (In),                      egocentryzm i egotyzm (In),                      kategoria „mieć” (S),                      pieniądze (P-B)</p>
niedojrzałość lub zależność	<p>czuje się dziewczynką, udaje dorosłą (H),                      dziecięce „ja” wewnętrzne (Ps/S),                      dziecko – zregresowana w relacji intymnej, dziewczynka czy kobieta (In),                      identyfikacja z dzieckiem (Ps),                      infantylizm, brak zdolności do refleksji (Ps),                      kontakt z własnym dzieckiem – w kategoriach AT (H),</p>	<p>brak poczucia bezpieczeństwa (S),                      dom jako więzienie (Kopciuszek) (H),                      histeryczność (H),                      marzeniowość (In),                      negatywny obraz domu (S)</p>

	<p>lęk przed usamodzielnieniem (H),  lęk przed zależnością (Ps),  niedojrzałość (H, Ps),  nieumiejętność budowania dojrzałej, satysfakcjonującej relacji z mężem (In),  poszukiwanie własnego dojrzałego „Ja” (H/S),  regresja (H/S, Ps/S),  stan ego: dziecko, zregresowana w relacji intymnej (H),  tęsknota do bycia małą dziewczynką, zachowanie osoby mało dojrzałej (In),  zależność (H, S)</p>	
<p>zazdrość, rywalizacja z matką</p>	<p>ból emocjonalny/zazdrość (H),  matka uzależniona, utrzymuje władzę poprzez gratyfikację potrzeb (H),  mieszane uczucia do matki (H/Ps),  negatywne uczucia do matki (H),  porównywanie się (In),  rywalizacja (z matką) (H, H/S, S),  rywalizująca matka (H),  symbiotyczne relacje w rodzinie (H/Ps),  uzurpacja matki (In),  zamiana ról: matka klientki w roli matki dla wnuczki (H),  zazdrość (Ps, P-B/Ps, S),  złość na matkę (P-B)</p>	<p>brak sprawczości i wpływu klientki (H),  manipulacja (H),  narcyzm/powierzchowne relacje (Ps),  opuszczenie matki przez córkę (Ps/S),  sprawczość innych (H)</p>

Źródło: opracowanie własne.

występowania takich terminów, jak „kontakt z własnym dzieckiem – w kategoriach AT”, „stan ego: dziecko, zregresowana w relacji intymnej” w ramach konceptualizacji humanistycznej.

Kategorie szczegółowe z obszaru „zazdrość” i „rywalizacja z matką” pojawiały się głównie w konceptualizacjach utworzonych przez psychoterapeutów łączących dwa podejścia psychoterapeutyczne. Zwraca uwagę fakt, że w podejściu humanistycznym były też określenia odnoszące się bezpośrednio do matki (np. jej charakterystyka jako dominującej), podczas gdy w innych podejściach kategorie dotyczą przede wszystkim uczuć pacjentki.

Na podstawie powyższych analiz można wnioskować, że istnieje wspólny rdzeń konceptualizacji (podobieństwo między paradygmatami na metapoziomie). Poza tym wiele terminów specyficznych dla psychoanalizy pojawia się też w konceptualizacjach utworzonych przez psychoterapeutów bazujących głównie na innych koncepcjach teoretycznych. W przypadku terapii Gestalt (podejście humanistyczne) może to wynikać z psychoanalitycznych korzeni tego nurtu. Perls, twórca psychoterapii Gestalt, był psychoanalitykiem, znał psychoanalizę i mimo że stworzył nowy nurt psychoterapii, czerpał także z dorobku psychoanalizy. Mniej oczywiste są powody stosowania kategorii psychoanalitycznych przez przedstawicieli nurtu poznawczo-behawioralnego. Podane wyżej przykłady pokazują także, że terminy są „zapożyczane” z innych koncepcji teoretycznych nie tylko przez psychoterapeutów humanistycznych, ale także przez psychoterapeutów psychodynamicznych. Można na tej podstawie wysnuć wnioski nie tylko na temat konceptualizacji przypadku, ale również na temat natury samych podejść psychoterapeutycznych. Potencjał wyjaśniający poszczególnych koncepcji teoretycznych wydaje się niewystarczający, żeby pełniej zrozumieć przyczyny trudności klientki.

Powyższe zestawienia nie informują precyzyjnie o tym, jaki procent psychoterapeutów deklarujących pracę w poszczególnych nurtach psychoterapii tworzył podobne kategorie, ponieważ niektórzy psychoterapeuci generowali więcej niż jedną kategorię do podobnych zestawów zdań. W związku z tym sporządzono dodatkowe zestawienie (tabela 11.), tym razem biorąc pod uwagę procent psychoterapeutów (spośród wszystkich 90 osób biorących udział w badaniach), którzy stworzyli co najmniej jedną kategorię w ramach poszczególnych 15 klastrow kategorii.

Największa zgodność ponadparadygmatyczna między terapeutami dotyczyła depresji i niskiej samooceny (75% osób). Nieco mniej (ok. 60%) psychoterapeutów było zgodnych co do faktów dotyczących środowiska zewnętrznego (utrata ojca przez pacjentkę, opuszczająca matka, przemoc ze strony matki) oraz emocji (poczucie winy, lęki). Mniej niż połowa (ok. 38–44%) psychoterapeutów była zgodna w zakresie takich kategorii, jak: idealizacja (mechanizm obronny), lęk oraz pragnienia i potrzeby. Dużo mniejsza zgodność (14–25%) była w zakresie następujących kategorii: projekcja (mechanizm obronny), depresja dziecięca, niedojrzałość i seksualność. Może wynikać

Tabela 11. Procentowa zgodność psychoterapeutów co do metakategorii

Obszar	Liczba psychoterapeutów zgodnych w zakresie tego obszaru
Depresja, niska samoocena	68 (75,5%)
Opuszczająca matka	62 (68,8%)
Relacje z matką	56 (62,2%)
Strata (śmierć ojca pacjentki)	55 (61,0%)
Poczucie winy	55 (61,1%)
Przemoc	54 (60,0%)
Lęki, relacja z mężem	54 (60,0%)
Idealizacja	40 (44,4%)
Lęk	37 (41,1%)
Pragnienia i potrzeby	35 (38,8%)
Depresja dziecięca	23 (25,5%)
Seksualność	23 (25,5%)
Niedojrzałość lub zależność	20 (22,2%)
Projekcja	13 (14,4%)
Zazdrość, rywalizacja z matką	8 (8,8%)

Źródło: opracowanie własne.

to z tego, że są to kategorie mające duże znaczenie tylko w wyjaśnieniach w podejściu psychodynamicznym (historia życia pacjentki – depresja dziecięca, seksualność oraz mechanizm obronny projekcja). Zgodność w zakresie rozpoznania idealizacji wydaje się stosunkowo wysoka, jeśli weźmiemy pod uwagę, jaki procent psychoterapeutów psychodynamicznych dokonał takiego rozpoznania.

Podsumowując, procentowy stopień zgodności między psychoterapeutami w zakresie stosowanych kategorii pojęciowych (niezależnie od nurtu psychoterapii) jest stosunkowo duży. Psychoterapeuci posługują się podobnymi (ale nie tożsamymi znaczeniowo) terminami w odniesieniu do zbliżonych zestawów danych diagnostycznych. Być może różnice tkwią w powiązaniach między kategoriami. Będzie to przedmiot dalszych analiz w tym rozdziale.

### 3.4. ANALIZA PODOBIENSTWA MAP POJĘCIOWYCH

Dalsze analizy miały na celu określenie, jaki jest stopień podobieństwa między kategoriami powstałymi na gruncie tego samego podejścia terapeutycznego oraz jaki jest stopień podobieństwa między mapami pojęciowymi utworzonymi przez terapeutów deklarujących to samo podejście terapeutyczne.

Opisaną w podrozdziale 3.3. reprezentację przestrzeni semantycznej wykorzystano do porównywania map pojęciowych. Zastosowano metodę automatycznej analizy i porównywania map (Kaczmarek i Słysz, 2017a; Kaczmarek i Słysz, 2017b). W takiej analizie, traktując mapę jako graf, gdzie kategorie tworzone przez eksperta stanowią węzły grafu, zaś relacje między nimi są skierowanymi krawędziami, konieczne było uwzględnienie podczas porównań zarówno topologii połączeń, jak i lokalizacji węzłów. Podobieństwo dwóch kategorii bazuje nie tylko na ich odległości we wspólnej przestrzeni semantycznej, ale również uwzględnia liczbę zgodnych połączeń, które każda z tych kategorii tworzy z innymi kategoriami podobnymi. Porównywanie realizowane było w następujących krokach (Kaczmarek i Słysz, 2017b):

1. Na podstawie podobieństwa we wspólnej przestrzeni semantycznej tworzony był zbiór możliwych przyporządkowań kategorii mapy 1 i mapy 2, których odległość nie przekracza pewnego ustalonego progu.

2. Dla każdej pary kategorii sprawdzane było, czy istnieje zgodna ścieżka do pozostałych par (ścieżka istnieje wtedy, gdy dla testowanych kategorii można znaleźć połączenie między nimi, zarówno na mapie 1, jak i mapie 2).

3. Utworzona została macierz podobieństwa, która dla każdej pary kategorii zawiera informację o podobieństwie w przestrzeni semantycznej oraz o podobieństwie połączeń z innymi parami.

Podobieństwo całkowite zostało definiowane jako iloczyn liczby wspólnych kategorii względem całkowitej liczby kategorii w obu mapach oraz liczby zachowanych połączeń względem całkowitej liczby połączeń. Obliczone wskaźniki zostały wyrażone w procentach (od 0 do 100%). Fragment macierzy podobieństwa (dla 20 map) znajduje się w załączniku 3.

W związku z małą próbą badanych, których dominującą orientacją teoretyczną jest podejście poznawczo-behawioralne, systemowe lub integracyjne, porównania przeprowadzono tylko w grupie terapeutów psychodynamicznych oraz humanistycznych. Wzięto pod uwagę wszystkie wskaźniki podobieństw między parami map (z macierzy podobieństwa), osobno dla obu podejść terapeutycznych. W obu przypadkach było to 378 wskaźników podobieństwa (od 0 do 100%) w zakresie kategorii i tyle samo wskaźników całkowitego podobieństwa między mapami. Wskaźniki podobieństw między kategoriami terapeutów reprezentujących podejście humanistyczne okazały się istotnie wyższe ( $M = 68,73$ ,  $SD = 13,36$ ) niż wskaźniki podobieństw między kategoriami terapeutów prezentujących podejście psychodynamiczne ( $M = 56,85$ ,  $SD = 21,54$ ,  $t(630) = -9,109$ ,  $p < 0,01$ ). Wskaźniki podobieństw całkowitych między mapami terapeutów pracujących w podejściu humanistycznym również okazały się wyższe ( $M = 23,92$ ,  $SD = 15,21$ ) niż wskaźniki podobieństw całkowitych między mapami terapeutów pracujących w podejściu psychodynamicznym ( $M = 19,48$ ,  $SD = 15,21$ ),  $t(754) = -4,034$ ,  $p < 0,01$ .

Jest to interesujący wynik, bo chociaż oba modele konceptualizacji są mało sformalizowane, to humanistyczny model konceptualizacji sprawia wrażenie (na podstawie analizy literatury) mniej sprecyzowanego niż psychodynamiczny. Uzyskane rezultaty badań, wskazujące na większe podobieństwo między humanistycznymi konceptualizacjami, można tłumaczyć m.in. tym, że grupa psychoterapeutów psychodynamicznych była bardziej zróżnicowana pod względem deklarowanych nurtów (np. było kilku psychoterapeutów analitycznych) niż grupa terapeutów humanistycznych (głównie gestaltyści). Z drugiej strony, prezentowane rezultaty mogą też wskazywać na naturę konceptualizacji psychodynamicznych – prawdopodobnie stopień ich złożoności jest na tyle duży, że trudno uzyskać podobne do siebie mapy pojęciowe.

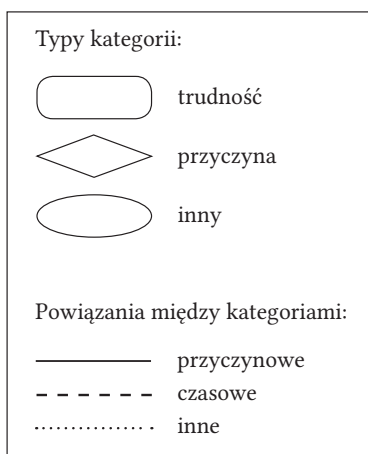
### 3.5. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W POSZCZEGÓLNYCH PODEJŚCIACH TERAPEUTYCZNYCH – PRZYKŁADY

Aby bliżej przyjrzeć się konceptualizacjom utworzonym w ramach poszczególnych podejść psychoterapeutycznych, przeprowadzono także analizę jakościową wybranych map pojęciowych oraz komentarzy opisowych sporządzonych przez badanych terapeutów.

Określając specyfikę przyjętego podejścia jakościowego, posłużę się analogią do studium przypadku. Robert Stake (2009, s. 627) wyodrębnia trzy rodzaje studiów przypadku: autoteliczne, instrumentalne i mieszane. Autoteliczne studium prowadzi się z powodu zainteresowania określonym przypadkiem (samym w sobie). Natomiast celem instrumentalnego studium przypadku jest pogłębienie wiedzy o szerszym zjawisku lub wyciągnięciu bardziej ogólnych wniosków. Kryterium wyboru przypadku jest jego potencjalna użyteczność dla zrozumienia innego zjawiska. Z kolei mieszane studium przypadku (określane także mianem „zbiorowego studium przypadku”) polega na tym, że badaniu poddaje się równolegle kilka przypadków w celu głębszego poznania określonego zjawiska. Badacz sam dokonuje wyboru przypadków, które mają większy potencjał w zakresie założonego celu. Zauważa się, że porównanie jako swoje narzędzie poznawcze ukierunkowuje uwagę na jedną lub kilka cech przypadku, jednak umniejsza znaczenie tych cech, które są mało porównywalne. Jak zauważa Stake (2009), koncentrując uwagę na podstawach porównań, można przeoczyć unikalne cechy przypadku. Odwołując się do tego podziału, analizy, które zostaną przedstawione w tym podrozdziale, można zaliczyć do mieszanych studiów przypadku.

Analizie będzie podlegało 20 konceptualizacji (mapa pojęciowa oraz pisemne propozycje interwencji), po 4 z każdego podejścia terapeutycznego. Zostaną one potraktowane jako swoiste przypadki. Będą stanowiły ilustrację konceptualizacji

przypadku w różnych podejściach psychoterapii. Każdorazowo podane zostaną także ogólne informacje o autorze (deklarowane podejście terapeutyczne, wykształcenie, staż pracy, obszar pracy zawodowej). Oznaczenia na mapach odnoszące się do rodzajów kategorii są następujące: romb – przyczyna, prostokąt – trudność, owal – inny. Poziom istotności kategorii i powiązań między nimi, szacowany przez terapeutów, odzwierciedlają kolory linii: czarny kolor linii – kategorie i strzałki uznane przez terapeutę za bardzo ważne, szary kolor linii – kategorie i strzałki uznane przez terapeutę za średnio lub mało ważne. Legenda do prezentowanych w dalszej części pracy map znajduje się na rycinie 16.



Rycina 16. Oznaczenia zastosowane na mapach obrazujących konceptualizację przypadku

Źródło: opracowanie własne.

Kryterium wyboru przypadków do analizy była deklarowana orientacja terapeutyczna (modalność). Do analizy włączono w pierwszej kolejności te mapy pojęciowe, których autorzy deklarowali tylko jedną modalność lub jedną główną (gdy brakowało innych przykładów). W przypadku podejścia psychodynamicznego, w ramach którego było więcej takich map niż 4, dobór był losowy. Chodziło o to, żeby scharakteryzować konceptualizacje utworzone przez psychoterapeutów reprezentujących (deklaratywnie) jedno wybrane podejście teoretyczne.

Zostaną przeprowadzone porównania dwojakiego rodzaju. Najpierw każda propozycja konceptualizacji będzie analizowana pod względem specyfiki kategorii pojęciowych stosowanych przez psychoterapeutów względem deklarowanych przez nich podejść terapeutycznych oraz zgodności elementów konceptualizacji przypadku z założeniami tych podejść. Podstawą do tego będą informacje na temat specyfiki poszczególnych podejść terapeutycznych zawarte w rozdziale 2.

Następnie przeanalizowany zostanie zakres poszczególnych konceptualizacji (w tabeli), osobno dla każdego podejścia terapeutycznego. W tym celu posłuży koncepcja kluczowych hipotez według Ingram (2006). Im więcej kluczowych hipotez zostało wziętych pod uwagę, tym szerszy jest zakres konceptualizacji. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że to, które hipotezy kluczowe są uwzględniane w konceptualizacji przypadku, zależy w dużej mierze od przypadku (rodzaju problemów pacjenta/klienta i ich uwarunkowań). Jednak w sytuacji, gdy wszyscy psychoterapeuci mieli do dyspozycji ten sam materiał diagnostyczny, można zauważyć, które hipotezy spośród wszystkich możliwych (wybieranych) hipotez były pomijane tylko przez niektórych psychoterapeutów.

Na końcu charakterystyki przykładowych konceptualizacji zamieszczone zostaną wskaźniki liczbowe podobieństw między mapami. Wzięto pod uwagę odpowiednie wskaźniki podobieństw między parami map (z macierzy podobieństwa), obliczone według zasad opisanych w podrozdziale 3.4. Uwzględniono wspólną przestrzeń semantyczną kategorii, tak więc podobieństwo zostało wyznaczone na podstawie metakategorii.

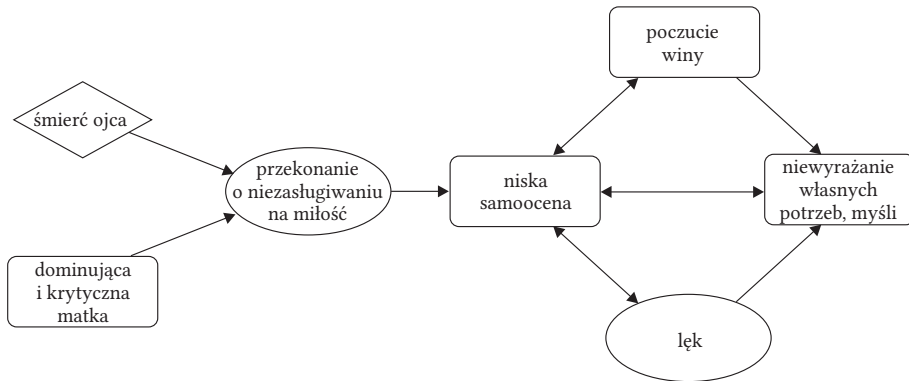
### 3.5.1. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PODEJŚCIU POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM

W tym podrozdziale zostaną przedstawione przykładowe mapy obrazujące sposób myślenia psychoterapeutów pracujących w podejściu poznawczo-behawioralnym.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 41

Autorką mapy nr 41 jest psychoterapeutka, która kształciła się w podejściu poznawczo-behawioralnym i takie podejście deklaruje jako dominujące w swojej pracy. Ukończyła studia psychologiczne. Ma 4-letnie doświadczenie w pracy terapeutycznej. Sporządzoną przez nią mapę pojęciową prezentuje rycina 17.

W tym przykładzie niska samoocena, reakcje emocjonalne (lęk, poczucie winy) oraz niewyrażanie własnych potrzeb, myśli i uczuć zostały potraktowane przez psychoterapeutę jako trudności pacjentki. Z kolei doświadczenia życiowe (śmierć ojca, dominująca i krytyczna matka, niereagująca na potrzeby dziecka) doprowadziły do przekonania pacjentki o niezasługiwaniu na miłość i byciu bezwartościowym. To przekonanie jest przyczyną niskiej samooceny, która wywołuje dwie emocje: lęk i poczucie winy. Te emocje zostały wskazane jednocześnie jako przyczyna i skutek niewyrażania własnych potrzeb, myśli i uczuć. Między niską samooceną a niewyrażaniem własnych potrzeb, myśli i uczuć pojawia się relacja wzajemnego wpływu (powiązanie zwrotne).



Rycina 17. Przykład poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 41).

Źródło: materiał z badań własnych.

Nawiązując do schematu przedstawionego w podrozdziale 2.1., w tej konceptualizacji obecne są niektóre elementy charakterystyczne dla poznawczo-behawioralnego modelu konceptualizacji, np. zidentyfikowanie doświadczeń życiowych, które przyczyniły się do rozwoju i utrwalenia kluczowych przekonań. Nie zostały natomiast wprowadzone przekonania pośredniczące, sytuacja (czynnik wyzwalający) oraz negatywne myśli automatyczne. Jeśli potraktujemy niską samoocenę jako uogólnienie negatywnych myśli, to właśnie one zostały wskazane jako bezpośrednia przyczyna reakcji emocjonalnej, co wpisuje się w założenia podejścia poznawczo-behawioralnego. Na końcu łańcucha przyczynowo-skutkowego znalazło się zahamowanie reakcji behawioralnej (niewyrażanie własnych potrzeb, myśli i uczuć). Na uwagę zasługują połączenia zwrotne (strzałki dwukierunkowe): między emocjami a niską samooceną oraz między niską samooceną a reakcją behawioralną. Chociaż w teorii terapii poznawczo-behawioralnej przyjmuje się założenie, że to sfera poznawcza (treści, procesy i struktury poznawcze) wpływa na emocje i zachowanie (Clark i Steer, 1996, za: Popiel i Pragłowska, 2008), to w praktyce uwzględnia się także możliwość wzajemnego wpływu między sferą poznawczą a sferą emocjonalną (np. Popiel i Pragłowska, 2008). Prezentowany przykład z badań własnych potwierdza, że terapeuta poznawczo-behawioralny może dostrzegać także możliwość wzajemnego wpływu między tymi sferami (sprzężenie zwrotne). Mapa poznawcza prezentuje umiarkowanie złożone myślenie przyczynowo-skutkowe (dwie lub trzy przyczyny prowadzą do jednego skutku, skutek jest wywołany przez maksymalnie dwie przyczyny). Uwzględnione zostały wydarzenia z historii życia pacjentki.

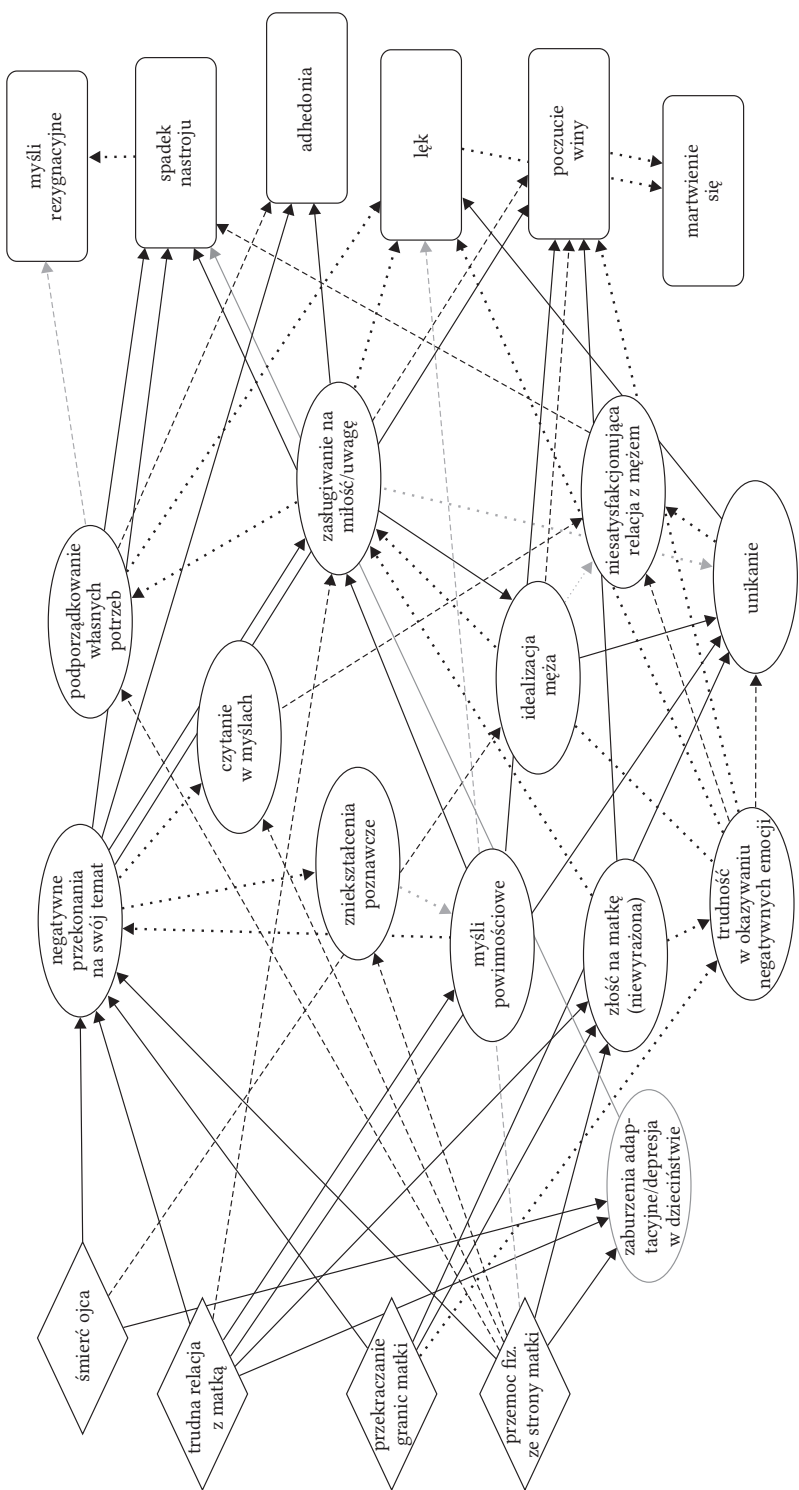
Komentarz autorki mapy wskazuje na to, że w swojej ocenie nie trzymała się w pełni kategorii poznawczo-behawioralnych. Zadeklarowała dodatkowo, że dodałaby wczesne doświadczenia, dysfunkcjonalne przekonania oraz automatyczne myśli.

Psychoterapeutka proponuje w odniesieniu do pacjentki pracę terapeutyczną nad asertywnym wyrażaniem własnych potrzeb, myśli i emocji, a więc skupia się w pierwszej kolejności na sferze zachowań (deficytowych). Następnym krokiem byłoby poszukiwanie aktywności, które dawałyby pacjentce satysfakcję i stwarzały możliwość rozwoju osobistego. Praca nad relacją z matką miałaby mieć miejsce po wyposażeniu jej w pewne umiejętności i po wzmocnieniu samooceny. Zrozumienie przyczyn wystąpienia deficytów umiejętności byłoby więc przydatne dopiero w dalszych etapach pracy terapeutycznej. Nie wiadomo, w jakim stopniu i zakresie psychoterapeutka odnosiłaby się podczas sesji terapeutycznych do historii życia pacjentki. Widoczne jest bezpośrednie „wyprowadzenie” propozycji interwencji z elementów konceptualizacji przypadku, jednak w ograniczonym zakresie (żadna z interwencji nie dotyczy bezpośrednio sfery poznawczej).

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 45

Autorka kolejnej mapy pojęciowej kształci się w podejściu poznawczo-behawioralnym i deklaruje, że jest to dominująca orientacja teoretyczna, którą wykorzystuje w pracy. Jako inną (dodatkową) modalność podaje psychoterapię Gestalt (nurt humanistyczny). Jest absolwentką studiów psychologicznych. Ma roczne doświadczenie w pracy terapeutycznej. Oprócz tego prowadzi badania naukowe. Mapę nr 45 prezentuje rycina 18.

W tej konceptualizacji do trudności pacjentki zaliczone zostały: myśli rezygnacyjne, spadek nastroju, anhedonia, lęk, poczucie winy i martwienie się, a więc obejmują one przede wszystkim sferę emocjonalną (z wyjątkiem myśli rezygnacyjnych). Określenie „martwienie się” pochodzi z języka potocznego. Zostały uwzględnione wydarzenia życiowe (nagła śmierć ojca, trudna relacja z matką, przekraczanie granic przez matkę, przemoc fizyczna ze strony matki). Wszystko to, jak można wyczytać z mapy, przyczyniło się do trudności adaptacyjnych (depresja w dzieciństwie) oraz negatywnych przekonań pacjentki na swój temat (nie wskazano treści tego przekonania). Przekonania prowadzą z kolei do reakcji behawioralnych (zasługiwanie na miłość/uwagę) oraz reakcji emocjonalnych (anhedonia, spadek nastroju, poczucie winy). Pojawia się też lęk, ale nie ma na mapie czynników, które mogły się do niego przyczynić (wskazano powiązanie „inne” i nie wiadomo, jak je interpretować). Poczucie winy jest skutkiem myśli powinnościowych i złości na matkę. Tak więc, zgodnie z założeniami koncepcji poznawczo-behawioralnej, emocje są traktowane przede wszystkim jako efekt przekonań. Zostały utworzone także kategorie specyficzne dla podejścia poznawczo-behawioralnego, takie jak „czytanie w myślach” czy zniekształcenia poznawcze, ale nie zostały one powiązane z innymi kategoriami strzałkami oznaczonymi jako „związek przyczynowo-skutkowy”, więc nie będą poddane dalszej analizie. Łańcuchy przyczynowo-skutkowe składające się na mapę są bardzo złożone.



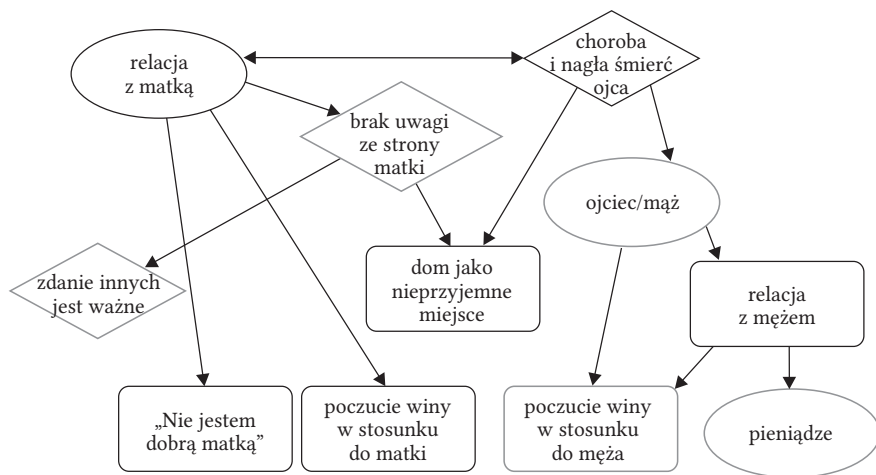
Rycina 18. Przykład poznawczo-behavioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 45)

Źródło: materiał z badań własnych.

Propozycja interwencji dotyczy restrukturyzacji poznawczej (przekonania na swój temat, schemat zasługiwania na miłość). Psychoterapeutka zadeklarowała, że pracowałaby nad poczuciem winy oraz wyrażaniem emocji, np. złości (do matki i męża). Pozostałe propozycje nie są związane bezpośrednio z kategoriami utworzonymi podczas generowania mapy: praca nad wyrażaniem potrzeb, budowanie poczucia kompetencji (np. w obszarze zawodowym), praca nad stawianiem granic matce, praca nad dostarczaniem sobie przyjemności. Część tak sformułowanych interwencji jest charakterystyczna dla podejścia humanistycznego (praca nad wyrażaniem emocji). Jest to zrozumiałe, ponieważ psychoterapeutka deklaruje posługiwanie się w swojej pracy także podejściem humanistycznym. W tym przypadku wpływ jest widoczny bardziej w planie interwencji niż konceptualizacji przypadku (geneza problemu). Być może w sytuacji, w której terapeuta posługuje się inną modalnością niż jego podstawowa, ta dodatkowa modalność nie ma większego wpływu na konceptualizację przypadku, ale jest wykorzystywana na etapie planowania interwencji (eklektycyzm techniczny).

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 51

Mapa nr 51 jest autorstwa psychoterapeutki poznawczo-behawioralnej, która obecnie szkoli się w tym podejściu terapeutycznym. Jako dodatkową modalność wykorzystywaną w pracy z pacjentem podaje podejście systemowe. Ukończyła studia psychologiczne i od pięciu lat prowadzi psychoterapię indywidualną. Ma także doświadczenie zawodowe w obszarze diagnozy psychologicznej. Mapa znajduje się na rycinie 19.



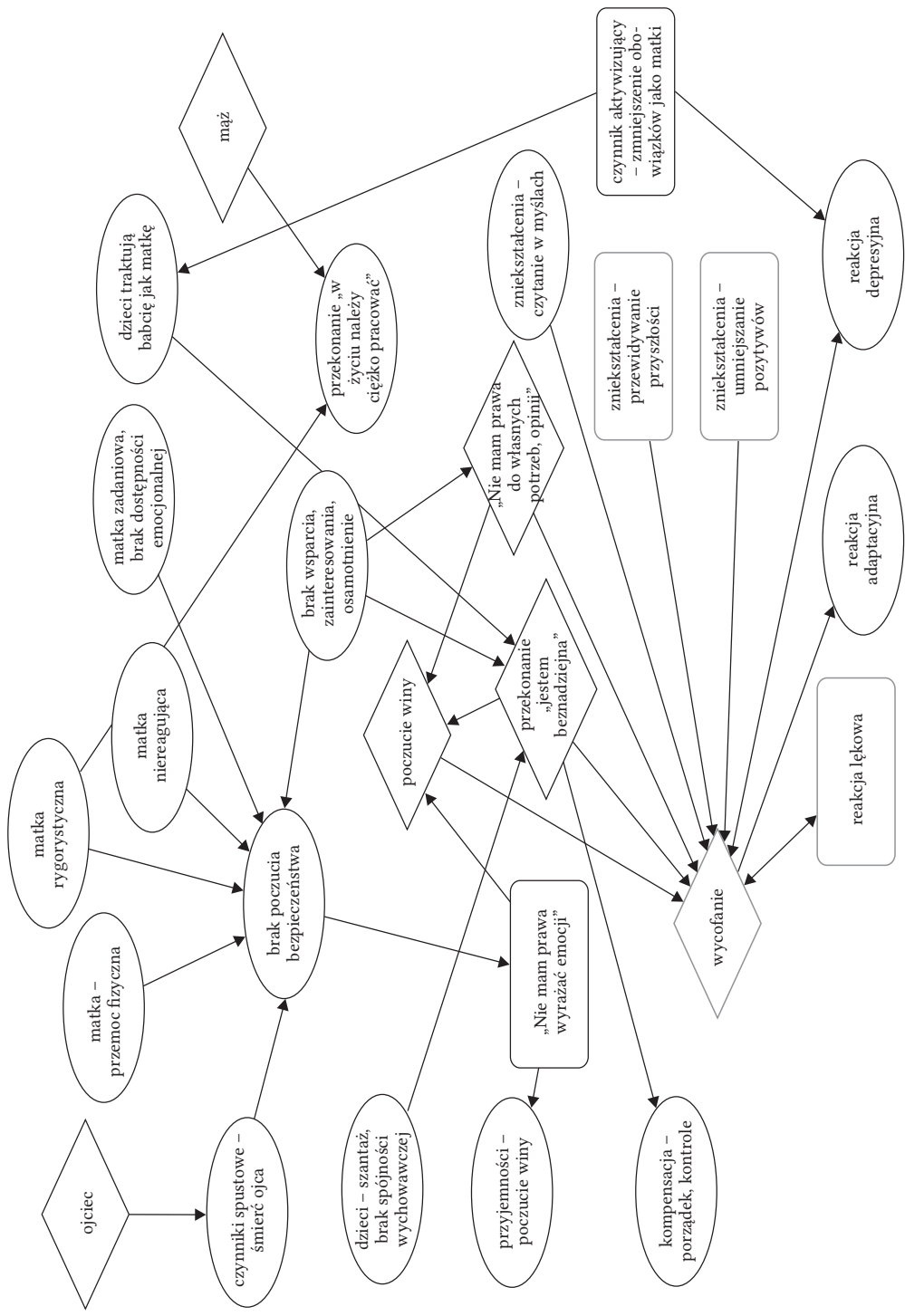
Rycina 19. Przykład poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 51)

Źródło: materiał z badań własnych.

Kolejna mapa prezentuje konceptualizację, w której trudności pacjentki zostały zidentyfikowane jako: poczucie winy (w stosunku do matki i męża), relacja z mężem, przekonanie „nie jestem dobrą matką” i przekonanie „dom jako nieprzyjemne miejsce”. Przyczynami tych trudności mogły być relacje z matką oraz choroba i nagła śmierć ojca pacjentki. Doświadczenie braku uwagi ze strony matki doprowadziło do ukształtowania się przekonań (nie zostały wprost tak nazwane, ale można je zaliczyć do przekonań ze względu na ich treść): „zdanie innych jest ważne”, „dom jako nieprzyjemne miejsce”. Nie ma jednak na mapie żadnych skutków tych przekonań w postaci reakcji emocjonalnych, behawioralnych czy fizjologicznych. Poczucie winy zostało połączone bezpośrednio z kategorią „relacje z matką” (związek przyczynowo-skutkowy – poczucie winy jako skutek relacji z matką). Analogicznie relacje z mężem zostały wskazane jako przyczyna poczucia winy w stosunku do męża. Dwa ostatnie powiązania nie są specyficzne dla podejścia poznawczo-behawioralnego, bo nie zawierają przekonań i myśli będących „ogniwem” łączącym doświadczenia życiowe i reakcje emocjonalne. Nie wiadomo, czy mamy tu do czynienia z pewnym skrótem myślowym, czy może terapeutka celowo zobrazowała bezpośredni związek między tymi kategoriami. Dodatkowo pojawia się kategoria „pieniądze”, która nie została wyjaśniona.

W komentarzu do mapy psychoterapeutka dodaje, że w zakresie relacji z matką ważnymi czynnikami były przemoc ze strony matki w dzieciństwie oraz brak uwagi, zainteresowania i akceptacji z jej strony. Relacja z matką oraz doświadczenie nagłej śmierci ojca (gdy pacjentka miała 10 lat) skutkowały brakiem poczucia bezpieczeństwa. Zdaniem psychoterapeutki, wybór starszego mężczyzny jako partnera życiowego również prawdopodobnie wynika z doświadczeń z domu rodzinnego. Hipoteza ta wpisuje się w założenia podejścia systemowego, z którego psychoterapeutka także dodatkowo korzysta (jak deklaruje) w swojej pracy. Traktowanie męża jako osoby ważniejszej, mądrzejszej, której nie można się sprzeciwić (jak ojcu), powodowało z jednej strony oddalenie się partnera (trudności w relacji seksualnej), z drugiej strony spadek autentyczności, zamykanie się w sobie i poczucie winy w stosunku do męża. Z kolei izolacja dorowadziła do ograniczenia zainteresowań i możliwości ich realizacji, co wywoływało uczucie smutku, lęku i beznadziejności oraz pogłębiło spadek poczucia własnej wartości, a to doprowadziło do niespełniania kolejnych potrzeb. Zaniedbywanie realizacji potrzeb lub zaprzeczanie im spowodowało z kolei obniżenie poczucia własnej wartości, smutek i poczucie beznadziejności. Kategorie: smutek, lęk, poczucie beznadziejności, poczucie własnej wartości, pragnienia i potrzeby (niespełnione) nie zostały na mapie powiązane z pozostałymi elementami. Takie kategorie, jak spadek autentyczności i zamykanie się w sobie pojawiły się tylko w komentarzu pisemnym terapeutki.

Analizując powiązania przyczynowo-skutkowe, można stwierdzić, że wyjaśnienia są jedno- lub dwuprzyczynowe, nie ma powiązań wieloprzyczynowych.



Rycina 20. Przykład poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 92)

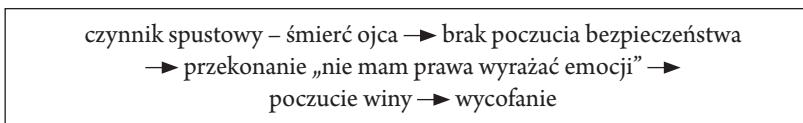
Źródło: materiał z badań własnych.

Propozycje interwencji są następujące: badanie poziomu lęku oraz monitorowanie stanu, praca nad poczuciem własnej wartości/samoakceptacją, odkrycie zasobów klientki, praca nad zwiększeniem aktywności, która sprawia przyjemność, praca nad poczuciem winy, beznadziejnością, praca nad przekonaniem, które zostały wyniesione z wcześniejszych życiowych doświadczeń (domu rodzinnego), np. „nie jestem dobrą matką”. Propozycje interwencji zostały „wyprowadzone” z konceptualizacji przypadku (biorąc także pod uwagę treść komentarza terapeutki, a nie tylko prezentację graficzną). Wśród nich najbardziej specyficzne dla podejścia poznawczo-behawioralnego jest stosowanie interwencji ukierunkowanych na przekonania pacjenta. Część elementów na mapie wydaje się nieużyteczna z pragmatycznego punktu widzenia, nie prowadzi bowiem do wniosków dotyczących interwencji.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 92

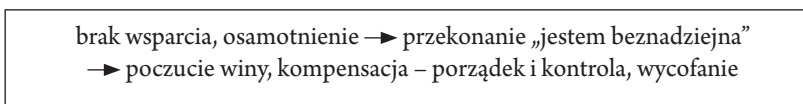
Mapę nr 92 opracowała psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, która jest w trakcie szkolenia w tym podejściu terapeutycznym. Ukończyła studia psychologiczne i od ośmiu lat prowadzi psychoterapię indywidualną. Ma także kilkuletnie doświadczenie w obszarze diagnozy psychologicznej (nie licząc diagnozy w ramach psychoterapii). Mapę nr 92 przedstawia rycina 20.

W prezentowanej konceptualizacji zostały wyeksponowane jako trudności następujące przekonania pacjentki: „nie mam prawa wyrażać emocji”, „jestem beznadziejna”, „nie mam prawa do własnych potrzeb, opinii”, „w życiu należy ciężko pracować” oraz zniekształcenia poznawcze: „czytanie w myślach”, przewidywanie przyszłości/katastrofizacja. Na mapie, która charakteryzuje się dużym stopniem złożoności, można znaleźć następujące fragmenty specyficzne dla podejścia poznawczo-behawioralnego (ryciny 21–23):



Rycina 21. Fragment poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 92)

Źródło: materiał z badań własnych.



Rycina 22. Fragment poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 92)

Źródło: materiał z badań własnych.

brak wsparcia, osamotnienie → przekonanie „nie mam prawa do własnych potrzeb i opinii” → poczucie winy → wycofanie

Rycina 23. Fragment poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 92)

Źródło: materiał z badań własnych.

W końcowej części całego łańcucha przyczynowo-skutkowego znajduje się kategoria „wycofanie”. Trzykrotnie powtarza się schemat, w którym przekonanie prowadzi do emocji (poczucie winy), a ta z kolei wywołuje reakcję behawioralną (wycofanie). W przypadku dwóch ostatnich przekonań poprowadzone zostały także strzałki (wskazujące na związek przyczynowo-skutkowy) bezpośrednio do kategorii „wycofanie”. Wśród przyczyn wycofania znajdują się także specyficzne dla podejścia poznawczo-behawioralnego kategorie: „zniekształcenia – czytanie w myślach”, „zniekształcenia – przewidywanie przyszłości, katastrofizacja”, „zniekształcenia – umniejszanie pozytywów”. Do mapy została włączona także reakcja lękowa oraz depresyjna (w obu przypadkach występuje połączenie zwrotne z wycofaniem). Terapeutka wykracza więc poza prosty schemat wyjaśniania: „emocja → zachowanie”, specyficzny dla podejścia poznawczo-behawioralnego, i wskazuje na powiązanie na zasadzie sprzężenia zwrotnego między tymi kategoriami.

Proponowana praca terapeutyczna w tym przypadku to: aktywizacja zachowania, praca pozytywna nad dysfunkcjonalnymi przekonaniami (ogólnie). Taka propozycja interwencji została „wyprowadzona” z konceptualizacji i jest specyficzna dla podejścia poznawczo-behawioralnego. Można też zauważyć, że interwencje nie nawiązują do historii życia pacjentki.

Do wspólnych elementów wszystkich czterech konceptualizacji w podejściu poznawczo-behawioralnym należą przekonania poznawcze oraz emocje jako ich konsekwencje. Zostały także uwzględnione wydarzenia życiowe/doświadczenia, choć tylko w konceptualizacji przypadku, a nie w planie interwencji. Psychoterapeuci zwracali ponadto uwagę na zasoby pacjentki (korzystanie z nich w pracy terapeutycznej). Na podstawie powyższej analizy nasuwa się wniosek, że wspólnym mianownikiem zaprezentowanych konceptualizacji jest następujący ogólny schemat myślowy (rycina 24.):

wczesne doświadczenia → kluczowe przekonania →  
reakcja (emocjonalna, behawioralna)

Rycina 24. Związki przyczynowo-skutkowe w poznawczo-behawioralnej konceptualizacji przypadku

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 12. Hipotezy stosowane przez psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w koncepcjonalizacjach przypadku
<p>B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięcia pogorszeniu się jego stanu, a także psychospołecznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.</p>	<p>–</p>
<p>B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.</p>	<p>–</p>
<p>B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.</p>	<p>–</p>
<p>CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem (<i>emergency</i>) – konieczne jest natychmiastowe działanie.</p>	<p>–</p>
<p>CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.</p>	<p>doświadczenie śmierci ojca (mapy nr 41, 45, 51, 92), dominująca i krytyczna matka (mapa nr 41), przekraczanie granic przez matkę (mapa nr 45), przemoc fizyczna ze strony matki (mapa nr 45 i 92), brak uwagi ze strony matki (mapa nr 51 i 92), brak spójności wychowawczej (mapa nr 92)</p>
<p>CS3: Klient jest na etapie zmiany i zмага się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.</p>	<p>–</p>
<p>CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.</p>	<p>śmierć ojca pacjentki (mapy nr 41, 45, 51, 92)</p>
<p>BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnikach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.</p>	<p>czynnik spustowy – śmierć ojca → brak poczucia bezpieczeństwa (mapa nr 92), poczucie winy → wycofanie (mapa nr 92)</p>
<p>BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.</p>	<p>reakcja lękowa → wycofanie (mapa nr 92)</p>

BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	brak umiejętności wyrażania własnych potrzeb, myśli i emocji (mapy nr 41, 45, 51), brak umiejętności stawiania granic (mapa nr 45)
C1: Klient cierpi z powodu wzajemnych nieogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	–
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	przekonanie pacjentki o niezastępowaniu na miłość i byciu bezwartościowym (mapa nr 41), negatywne przekonania na swój temat (mapa nr 45), przekonanie „nie jestem dobrą matką” (mapa nr 51), przekonanie „dom jako nieprzyjemne miejsce” (mapa nr 51), przekonanie „nie mam prawa wyrażać emocji” (mapa nr 92), przekonanie „jestem beznadziejna” (mapa nr 92), przekonanie „nie mam prawa do własnych potrzeb, opinii” (mapa nr 92), przekonanie „w życiu należy ciężko pracować” (mapa nr 92)
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	„czytanie w myślach” (mapa nr 45 i 92), zniekształcenia poznawcze (mapa nr 45), zniekształcenia po- znancze: przewidywanie przyszłości, katastrofizacja, umniejszanie pozytywów (mapa nr 92)
C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	–
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	–
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	–
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	–
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	–

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w koncepcjonalizacjach przypadku
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	wzorzec zachowania: zasługiwanie na miłość/uwagę (mapa nr 45), traktowanie męża jako osoby, której nie można się sprzeciwić (mapa nr 51)
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „Ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	–
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością	–
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	–
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględni wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	–
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	–
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	pacjentka uważa, że jest złą matką (mapa nr 51)
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające z innych przyczyn.	–
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie ( <i>mental patient</i> ).	–
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	–

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, CS–CS4: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, E1–E3: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieświadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

Nie wiadomo, które przekonania w zamyśle psychoterapeutów uczestniczących w badaniach były przekonaniem kluczowym, a które pośredniczącymi. Być może rozróżnienie ich nie jest istotne w praktyce terapeutycznej. Element, który się nie pojawiał, a występuje w ogólnym modelu konceptualizacji poznawczo-behawioralnej, to negatywne myśli automatyczne. Sporadycznie występowały sytuacje jako czynniki wyzwajające.

Dla pełniejszej charakterystyki przykładowych konceptualizacji poznawczo-behawioralnych przedstawię tabelę z hipotezami kluczowymi według Ingram (2006) wraz ze wskazaniem hipotez, które wystąpiły w analizowanych przykładach (tabela 12.).

Ze względu na liczbę grup hipotez zakres poszczególnych konceptualizacji waha się między 2 a 4 (na 7 możliwych). Z grupy hipotez bazujących na modelu behawioralnym we wszystkich przykładowych konceptualizacjach była wprowadzana hipoteza kluczowa BL3 (dotycząca deficytów umiejętności). Z kolei z grupy hipotez bazujących na modelu poznawczym wykorzystywano dwie: C2 (przekonania poznawcze) i C3 (zniekształcenia poznawcze). Interesujące jest pojawienie się hipotez z obszaru „nieświadome dynamizmy zachowania” (hipoteza P2) oraz „czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe” (hipoteza SCE4). Żadna z przywołanych konceptualizacji nie zawierała hipotez egzystencjalnych. Można na tej podstawie wysunąć wnioski, które hipotezy łatwiej jest terapeutom integrować z modelem poznawczo-behawioralnym konceptualizacji.

Podsumowując tę część analizy, można powiedzieć, że przykładowe konceptualizacje są w dużej mierze zgodne z podstawowymi założeniami modelu poznawczo-behawioralnego. Minimalizowane jest znaczenie kontekstu (tylko przeszłość, brak włączenia aktualnego kontekstu).

Obliczono dodatkowo wskaźniki liczbowe (procentowe) podobieństwa dla poszczególnych par map (tabele 13. i 14.). Wykorzystano dane z macierzy podobieństwa opisanej w podrozdziale 3.4., która dla każdej pary kategorii zawiera informację o podobieństwie w przestrzeni semantycznej oraz o podobieństwie połączeń z innymi parami.

Podobieństwo dotyczy głównie zawartych w mapach kategorii (średnia podobieństw wynosi 79,83%) i jest stosunkowo wysokie. Niższe są wskaźniki podobień-

Tabela 13. Podobieństwo między mapami pod względem kategorii

Numer mapy	41	45	51
41	–	–	–
45	76%	–	–
51	61%	88%	–
92	82%	94%	78%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 14. Podobieństwo całkowite między mapami

Numer mapy	41	45	51
41	–	–	–
45	61%	–	–
51	40%	42%	–
92	54%	41%	30%

Źródło: opracowanie własne.

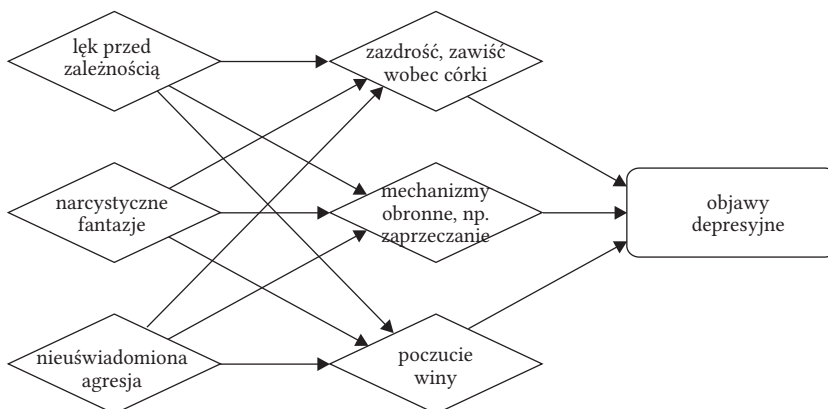
stwa całkowitego (średnia wynosi 44,7%). Ze względu na małą liczbę analizowanych przykładów, wnioski wysunięte na tej podstawie są ograniczone.

### 3.5.2. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PODEJŚCIU PSYCHODYNAMICZNYM

W tym podrozdziale zostaną przedstawione przykłady map obrazujących sposób myślenia psychoterapeutów pracujących w podejściu psychodynamicznym.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 31

Mapa nr 31 została opracowana przez psychoterapeutkę psychodynamiczną, która ukończyła szkolenie (szkołę terapii) w tym podejściu. Jest absolwentką studiów psychologicznych. Od 4 lat pracuje jako psychoterapeutka i ma dodatkowo doświadczenie w prowadzeniu badań naukowych. Mapę nr 31 prezentuje rycina 25.



Rycina 25. Przykład psychodynamicznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 31)

Źródło: materiał z badań własnych.

W tej konceptualizacji jako trudność zostały wskazane objawy depresyjne. Wśród bezpośrednich uwarunkowań tych objawów znajdują się mechanizmy obronne (zaprzeczanie, idealizacja, dewaluacja) będące skutkiem takich czynników, jak lęk przed zależnością, narcystyczne fantazje oraz nieświadomiona agresja. Narcystyczne fantazje pacjentki, jak wynika z komentarza autorki mapy, dotyczą tego, jakie pacjentka mogłaby prowadzić życie i ile osiągnąć, gdyby inni jej nie hamowali (najpierw matka, potem mąż). Komentarz do tego fragmentu mapy jest następujący: „W rzeczywistości to pacjentka sama nie podejmuje różnych aktywności i wyzwań, które mogłyby ją skonfrontować np. z porażką czy bardziej realistycznym obrazem siebie. Skutkiem są objawy depresyjne, też pewne cechy masochistyczne”. Podobnie jak mechanizmy obronne lokuje się kategoria „poczucie winy” wśród uwarunkowań objawów depresyjnych. Psychoterapeuta rozumuje prawdopodobnie w następujący sposób: nieświadome agresywne impulsy (zwłaszcza wobec dzieci i męża) powodują poczucie winy, a to z kolei jest podłożem objawów depresyjnych.

Wśród kategorii będących częścią tej konceptualizacji są kategorie specyficzne dla podejścia psychodynamicznego: mechanizmy obronne oraz czynnik nieświadomy (nieświadomiona agresja, narcystyczne fantazje). Nie pojawia się ważna w podejściu psychodynamicznym kategoria, jaką jest konflikt. Następstwem popędu agresji są emocje: poczucie winy i zazdrość. W tej propozycji konceptualizacji widoczne jest połączenie ze sobą kilku czynników, z których żaden samodzielnie nie wywołuje objawów. W tym przykładzie nie ma kategorii odnoszących się bezpośrednio do przeszłych wydarzeń życiowych lub obiektów relacyjnych.

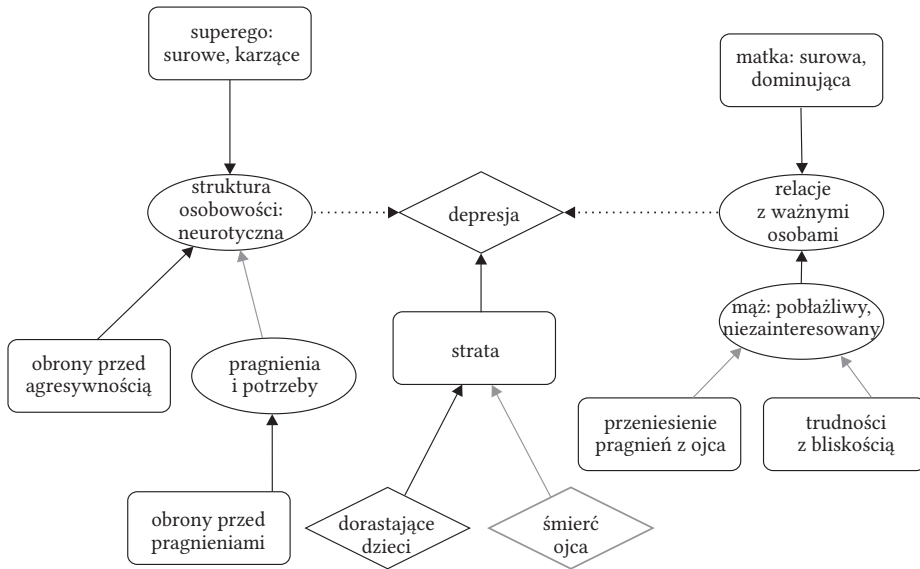
Propozycje interwencji obejmują konfrontacje i klaryfikacje (np. dlaczego pacjentka nie poszła do pracy; jak to się dzieje, że jest zależna finansowo od męża i cierpi z tego powodu, dlaczego nic nie robi na wakacjach itd.) oraz pokazywanie pacjentce roli nieświadomości. Interwencje odnoszą się do sfery nieświadomości pacjentki i są związane z częścią elementów występujących w konceptualizacji przypadku.

Mapa zawiera stosunkowo złożone związki przyczynowo-skutkowe (kilka przyczyn prowadzi do jednego skutku, skutek jest wywołany przez kilka przyczyn). Nie ma natomiast żadnych połączeń zwrotnych.

### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 73

Mapa nr 73 została opracowana przez psychoterapeutkę psychodynamiczną, która ukończyła szkolenie (szkołę terapeutyczną) w tym podejściu. Jest absolwentką studiów psychologicznych. Psychoterapię indywidualną prowadzi od 3 lat. Mapa nr 73 znajduje się na rycinie 26.

Podobnie jak w poprzedniej konceptualizacji wyjaśniana jest depresja pacjentki. Wśród uwarunkowań depresji z jednej strony pojawia się neurotyczna struktura osobowości, która wynika z obrony przed pragnieniami i agresywnością oraz surowego/karzącego superego, z drugiej zaś strony relacje z ważnymi osobami uwarunkowane



Rycina 26. Przykład psychodynamicznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 73)

Źródło: materiał z badań własnych.

zachowaniem matki (surowa, dominująca) oraz męża (pobłażliwy, niezainteresowany). Nie wiadomo, czy terapeutka miała na myśli taki obraz rodziców w oczach pacjentki, czy fakty z jej życia (zachowania rodziców). Specyficzna dla podejścia psychodynamicznego jest kategoria związana z przeniesieniem pragnień pacjentki z ojca na męża. Ponadto do depresji przyczyniły się straty (śmierć ojca w przeszłości, dorastające dzieci). Uwarunkowania depresji (relacje z ważnymi osobami, straty, neurotyczna struktura osobowości) nie są ze sobą powiązane, stanowią odrębne czynniki, z których żaden samodzielnie nie powoduje stanu depresyjnego. Wprawdzie w komentarzu psychoterapeutki nie ma mowy o konflikcie wewnętrznym, ale w domyśle tkwi on między pragnieniami a agresywnością. Mechanizmy obronne pacjentki zostały określone jako dojrzałe, bazujące na wyparciu. Wypowiedź psychoterapeutki wskazuje na nowe, brakujące na mapie połączenie: surowe superego i mechanizmy obronne hamują relacje z ważnymi osobami. Uzupełnieniem jest też spostrzeżenie, że pacjentka już wcześniej reagowała depresją na stratę. Na terapię zgłosiła się w momencie, gdy jej dzieci zaczęły się usamodzielniać (kolejna strata).

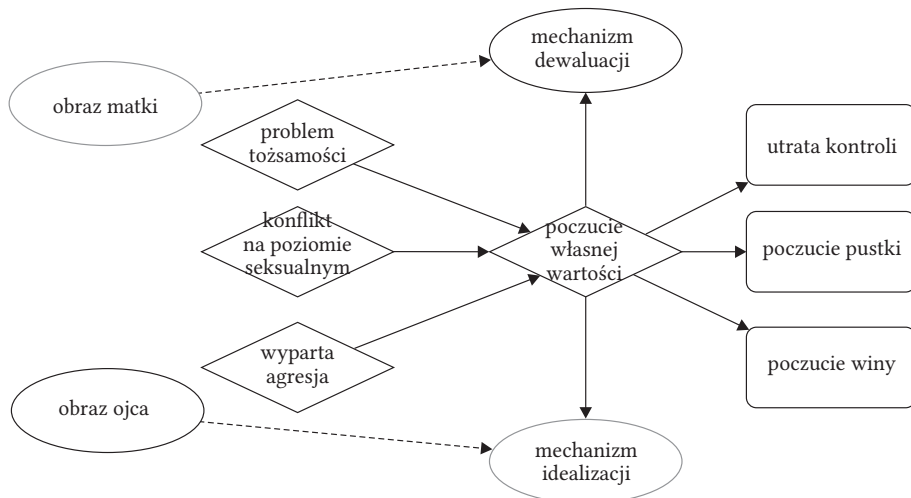
Propozycja wstępnych oddziaływań terapeutycznych obejmuje budowanie relacji (więcej wsparcia niż konfrontacji) oraz interwencje związane z superego. Konfrontacja została zaproponowana jako interwencja, ale dopiero na dalszych etapach psychoterapii. Kolejne propozycje interwencji dotyczą pracy z przeniesieniem (cytat: „Terapeuta jest mężczyzną, a przy osobowości pacjentki możemy oczekiwać,

że rozwinie się przeniesienie erotyczne – sądzę, że jest to bardzo ważny obszar pracy. Pacjentka w mężu pragnęła widzieć ojca, teraz te przeniesienia przeniesie na terapeutę”). Jak widać, uwzględnione zostały przewidywania dotyczące relacji terapeutycznej. Propozycje interwencji wynikają bezpośrednio z wstępnej konceptualizacji.

Prezentowana konceptualizacja uwzględnia przeszłość pacjentki. Przyczynowość ma głównie charakter liniowy (każda przyczyna wywołuje tylko jeden skutek). Nie ma połączeń zwrotnych.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 75

Mapa nr 75 została utworzona przez terapeutkę pracującą w podejściu psychodynamicznym, która jest w trakcie szkolenia z tego nurtu. Ukończyła studia psychologiczne i ma rok doświadczenia w pracy terapeutycznej. Mapę nr 75 prezentuje rycina 27.



Rycina 27. Przykład psychodynamicznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 75)

Źródło: materiał z badań własnych.

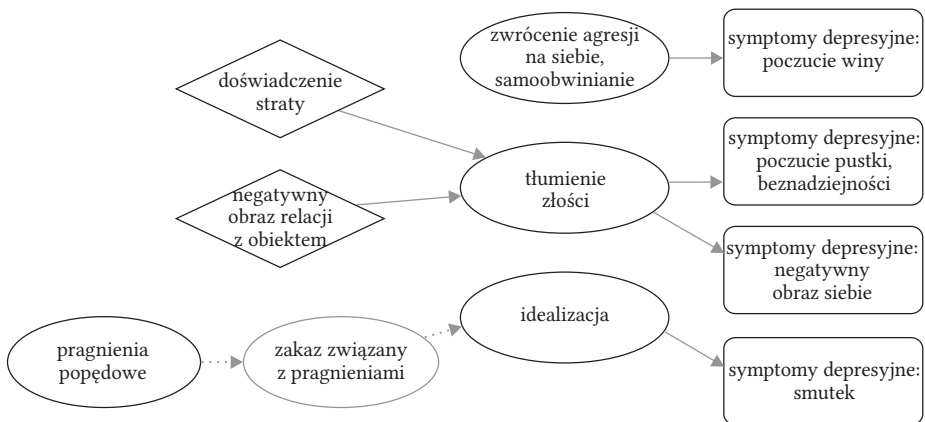
Jako trudności pacjentki w tej konceptualizacji przypadku zostały wskazane: poczucie pustki, utrata kontroli, poczucie winy. Ich bezpośrednią przyczyną jest prawdopodobnie niskie poczucie własnej wartości, mające swoje źródło w konflikcie na poziomie seksualnym, wypartej agresji i problemach pacjentki związanych z własną tożsamością. Jak wyjaśnia psychoterapeutka, konflikty powstały na poziomie tożsamościowym i seksualnym. Do konceptualizacji zostały też włączone dwa mechanizmy obronne: dewaluacja i idealizacja. Są to ważne mechanizmy w wyjaśnianiu psychodynamicznym. Nie zostały one jednak w żaden sposób powiązane z występującymi u pacjentki trudnościami. Pojawiają się więc kategorie specyficzne dla podejścia

psychodynamicznego: konflikt wewnętrzny, mechanizmy obronne (wyparcie, idealizacja, dewaluacja), obraz ojca i obraz matki. Zgodnie z założeniami tego podejścia jako główną przyczynę problemów pacjentki potraktowano konflikty wewnętrzne. Wydarzenia z historii życia nie zostały włączone do konceptualizacji przypadku.

Propozycja interwencji została opisana w następujący sposób: „Główna praca miałaby polegać na komentowaniu, nazywaniu emocji, które się pojawiają, także na konfrontowaniu pacjentki z wypartymi konfliktami przy jednoczesnej pracy wspierającej na poczuciu własnej wartości i akceptacji”. Propozycje bazują na utworzonej wcześniej konceptualizacji i są typowe dla podejścia psychodynamicznego (zwłaszcza konfrontacja).

### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 83

Autorką kolejnej mapy jest psychoterapeutka pracująca w podejściu psychodynamicznym (mająca 9-letni staż pracy w zawodzie terapeutki) i wyszkolona w tym nurcie. Ukończyła studia psychologiczne. Mapa nr 83 znajduje się na rycinie 28.



Rycina 28. Przykład psychodynamicznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 83)

Źródło: materiał z badań własnych.

W kolejnej konceptualizacji problemu jako trudność zostały wskazane objawy depresyjne (poczucie winy, poczucie pustki i beznadziejności, negatywny obraz siebie oraz smutek). Doświadczenie straty i negatywny obraz relacji z obiektem prawdopodobnie przyczyniły się do tłumienia złości, co z kolei zostało wskazane jako bezpośrednia przyczyna symptomów depresyjnych: poczucie pustki i beznadziejności, negatywny obraz siebie. Smutek został potraktowany jako skutek idealizacji, którą z kolei poprzedza następująca sekwencja zjawisk (typ związku: następstwo czasowe): „pragnienia popędowe → zakaz związany z pragnieniami → idealizacja”.

Pojawiają się więc kategorie specyficzne dla podejścia psychodynamicznego (np. obiekt, idealizacja). Jak wynika z komentarza autorki mapy, postawione hipotezy zostały potraktowane jako tymczasowe, a obraz sytuacji pacjentki jako dynamiczny, podlegający zmianom.

Propozycje interwencji, jakie pojawiły się w tym przykładzie, są mało specyficzne dla podejścia psychodynamicznego. Odnoszą się do poszerzania świadomości pacjentki związanej z trudnościami w funkcjonowaniu oraz identyfikacji emocji w różnych sytuacjach interpersonalnych.

Na podstawie mapy i komentarza do niej trudno określić, jaka jest rola historii życia w wyjaśnianiu problemu pacjentki. Jest wprawdzie odwołaniem do doświadczeń z przeszłości (strata ojca), ale propozycje interwencji odnoszą się tylko do aktualnej sytuacji pacjentki. Charakterystyczną cechą zaprezentowanych konceptualizacji jest skupianie się na nieświadomych elementach (np. idealizacja) oraz nazywanie problemów w terminach z obszaru psychopatologii (depresja). Przyczynowość jest ujmowana w sposób liniowy.

Jak wynika z powyższych analiz, każda z przykładowych konceptualizacji psychodynamicznych zawiera hipotezę, że symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością. Wydarzenia życiowe/doświadczenia były uwzględniane zarówno w konceptualizacji, jak i w propozycjach interwencji (w różnym stopniu). Wspólnym mianownikiem trzech map pojęciowych było potraktowanie depresji lub objawów depresyjnych jako głównej trudności pacjentki.

Aby poszerzyć opis przykładowych konceptualizacji poznawczo-behawioralnych, przedstawiono tabelę z hipotezami kluczowymi według Ingram (2006) wraz ze wskazaniem hipotez, które wystąpiły w analizowanych przykładach (tabela 15.).

Biorąc pod uwagę liczbę grup hipotez, zakres charakteryzowanych konceptualizacji waha się między 1 a 3 (na 7 możliwych). Z grupy hipotez bazujących na modelu psychodynamicznym we wszystkich przykładowych konceptualizacjach była wykorzystywana hipoteza kluczowa P4: „Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością”. Jedną z hipotez szczegółowych można zaliczyć do grupy hipotez egzystencjalnych (ES1). Żadna z przywołanych konceptualizacji nie zawierała hipotez biologicznych i behawioralnych. Przykładowe konceptualizacje są pod wieloma względami zgodne z założeniami modelu psychodynamicznego (kluczowa rola nieświadomych dynamizmów zachowania).

Wskaźniki podobieństwa (procentowe) między mapami znajdują się w tabelach poniżej (tabele 16. i 17.). Wykorzystano dane z macierzy podobieństwa, która powstała w sposób opisany w podrozdziale 3.4.

Średnia podobieństw pod względem kategorii wynosi 65,7%, a średnia podobieństw całkowitych jest dużo niższa i wynosi 20,83%. Można przypuszczać, że w po-

Tabela 15. Hipotezy stosowane przez psychoterapeutów psychodynamicznych

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięcia pogorszeniu się jego stanu, a także psychospołecznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.	–
B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.	–
B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.	–
CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem ( <i>emergency</i> ) – konieczne jest natychmiastowe działanie.	–
CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.	straty: dorastające dzieci, śmierć ojca w przeszłości (mapa nr 73), matka: surowa, dominiująca (mapa nr 73)
CS3: Klient jest na etapie zmiany i zмага się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.	–
CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.	strata: śmierć ojca (mapy nr 73 i 83)
BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecendentach (czynnikach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.	–
BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.	–

BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	-
C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	-
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	narcystyczne fantazje dotyczące tego, jakie pacjentka mogłaby prowadzić życie i ile osiągnąć, gdyby inni jej nie hamowali (mapa nr 31), negatywny obraz relacji z obiektem (mapa nr 83)
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	-
C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	-
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	poczucie pustki i beznadziejności (mapa nr 83)
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	-
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	-
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	superego: surowe, karzące (mapa nr 73)
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	reagowanie depresją na stratę (mapa nr 73)
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	problemy tożsamościowe (mapa nr 75)

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością	mechanizmy obronne: zaprzeczanie, idealizacja, dewaluacja (mapa nr 31), obrony przed pragnieniami i agresywnością (mapa nr 73), mechanizmy obronne: dewaluacji i idealizacji (mapy nr 75 i 83)
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	relacje z ważnymi osobami, dorastające dzieci (mapa nr 73)
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględnią wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	-
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	-
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	-
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.	-
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie ( <i>mental patient</i> ).	-
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	-

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, C51–C54: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, E51–E53: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieswiadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 16. Podobieństwo między mapami pod względem kategorii

Numer mapy	31	73	75
31	–	–	–
73	50%	–	–
75	79%	80%	–
83	78%	53%	54%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 17. Podobieństwo całkowite między mapami

Numer mapy	31	73	75
31	–	–	–
73	32%	–	–
75	26%	10%	–
83	43%	0%	14%

Źródło: opracowanie własne.

dejszczu psychodynamicznym nie ma prostego wzorca powiązań między kategoriami pojęciowymi, do którego mogliby odwoływać się terapeuci. Złożoność powiązań jest dość duża. To wyjaśniałoby stosunkowo niskie (od 0 do 43%) wskaźniki podobieństwa między propozycjami konceptualizacji przypadku.

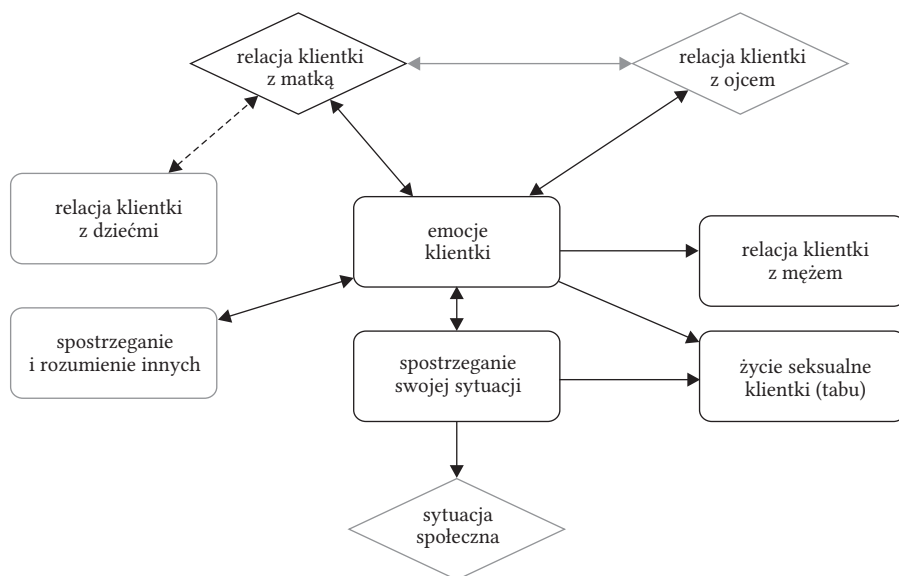
### 3.5.3. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PODEJŚCIU HUMANISTYCZNYM

W tym podrozdziale zostaną przedstawione przykładowe mapy obrazujące sposób myślenia psychoterapeutów pracujących w podejściu humanistycznym. Spośród grupy psychoterapeutów, którzy deklarowali, że pracują w nurcie humanistycznym, tylko dla czterech osób był to jedyny nurt pracy.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 38

Mapę nr 38 stworzyła psychoterapeutka deklarująca pracę w nurcie humanistycznym jako dominującym. Ukończyła studia psychologiczne oraz szkołę psychoterapii Gestalt i jako terapeutka pracuje od 5 lat. Mapa nr 38 znajduje się na rycinie 29.

W centrum konceptualizacji przypadku znajdują się emocje klientki (kategoria ogólna). Wpływ na emocje mają takie czynniki, jak relacje klientki z matką oraz relacje klientki z ojcem (zwrotny wpływ). Z kolei emocje wywierają prawdopodobnie wpływ na spostrzeganie i rozumienie innych, spostrzeganie swojej sytuacji, życie seksualne



Rycina 29. Przykład humanistycznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 38)

Źródło: materiał z badań własnych.

klientki i jej relacje z mężem. Czynniki poznawcze (spozrządanie siebie i innych) nie są tu traktowane jako bezpośredni skutek doświadczeń życiowych, jak to jest np. w podejściu poznawczo-behawioralnym. Istnieje wzajemny wpływ czynników poznawczych i emocji.

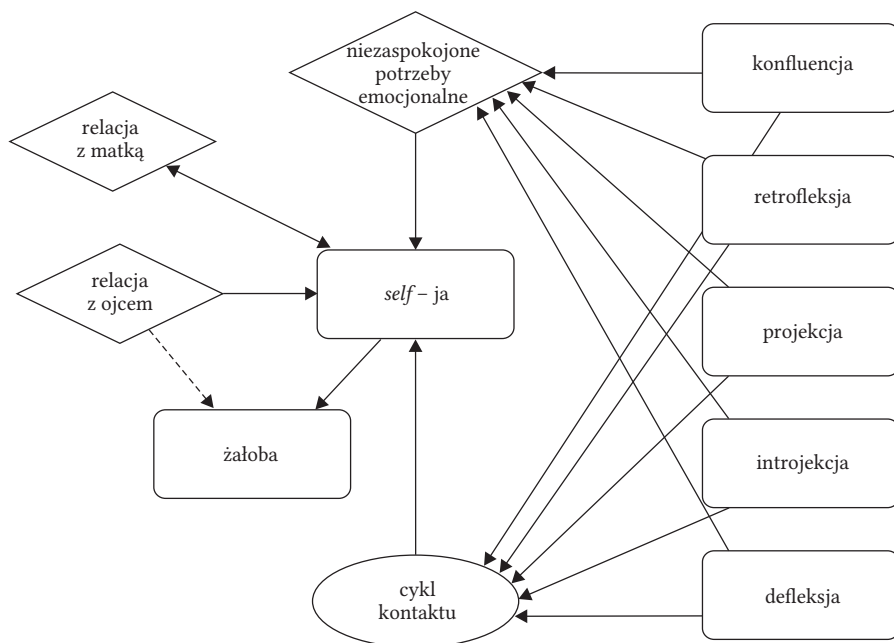
W komentarzu autorka mapy zwróciła uwagę na ważność relacji klientki z mężem. Ponadto wskazała na nierozpoznaną strefę emocji klientki z obszaru przeżywania przyjemności, u podłoża której znajduje się relacja klientki z matką oraz słabo zarysowana relacja klientki z ojcem. Zostały zatem uwzględnione doświadczenia z odległej przeszłości. Wyjaśnienia obejmują głównie świadomą sferę funkcjonowania klientki. Wśród zaproponowanych kategorii żadna nie jest specyficzna tylko dla podejścia humanistycznego.

Interwencje terapeutyczne zostały odniesione do rozpoznania strefy spozrządania i przeżyć emocjonalnych klientki w ważnych relacjach w jej życiu. Tak więc propozycje interwencji koncentrują się na aktualnej sytuacji życiowej klientki (rozpoznanie – uświadamianie sobie emocji i sposobu postrzegania siebie i innych), co jest dość charakterystyczne dla orientacji humanistycznych.

Mapę cechuje obecność powiązań zwrotnych między kategoriami (wzajemny wpływ). Uwaga terapeutki koncentruje się na terażniejszości, konceptualizacja tylko w minimalnym stopniu nawiązuje do historii życia klientki.

## CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 65

Mapa nr 65 jest autorstwa psychoterapeutki, która deklaruje dwie dominujące orientacje teoretyczne wykorzystywane w pracy z pacjentem, humanistyczną i poznawczo-behawioralną. Ukończyła zarówno szkołę psychoterapii poznawczo-behawioralnej, jak i terapii Gestalt. Jest absolwentką psychologii. W zawodzie terapeuty pracuje od 10 lat. Mapę nr 65 prezentuje rycina 30.



Rycina 30. Przykład humanistycznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 65)

Źródło: materiał z badań własnych.

Wśród kategorii tworzących mapę dominują mechanizmy unikania kontaktu (konfluencja, retrorefleksja, projekcja, introjeksja, defleksja), które w ocenie psychoterapeutki mają wpływ na niezaspokojenie potrzeb emocjonalnych. Relacje z matką i ojcem zostały włączone do konceptualizacji wraz z niezaspokojeniem potrzeb emocjonalnych jako uwarunkowania *self - ja*. Mechanizmy unikania kontaktu nie zostały wyjaśnione (nie ma na mapie czynników przyczynowych). Tak więc w tej konceptualizacji ważniejsze wydają się mechanizmy unikania kontaktu niż ich uwarunkowania.

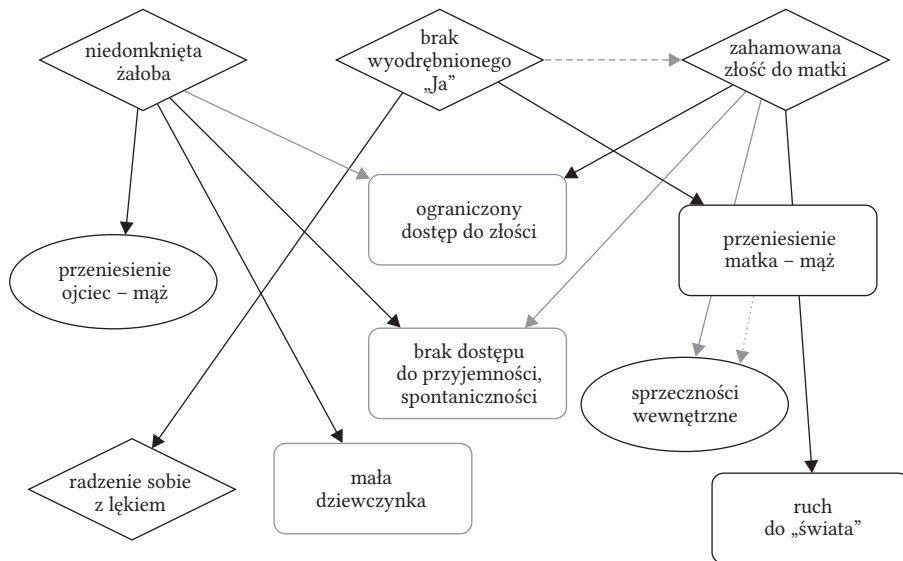
Komentarz do mapy zawiera opinię terapeutki, że mapa myśli nie jest z założenia w stanie odzwierciedlić złożoności procesów przyczynowo-skutkowych, dlatego jest dużym uproszczeniem. Dalsza część wypowiedzi nawiązuje do jednego z podstawo-

wych założeń nurtu, w którym pracuje psychoterapeutka: „Biorąc pod uwagę fenomenologiczny opis jako podstawę pracy w podejściu Gestalt, sam fakt sporządzenia takiej mapy ogranicza perspektywę”.

Zdaniem psychoterapeutki interwencje miałyby koncentrować się na: pracy z mechanizmami unikania kontaktu, wzmocnieniu zróżnicowania *self* – otoczenie, wsparciu klientki w realizacji potrzeb, rozwoju jej zainteresowań oraz jej potencjału, przepracowaniu żałoby, przygotowaniu do fazy „pustego gniazda”. Wśród propozycji interwencji pojawia się nawiązanie (nie bezpośrednio) do wspierania samorealizacji (rozwój zainteresowań i osobistego potencjału). Wystąpiła też praca nad żałobą (jako niedomknięta „figura”/ niem. *gestalt*). Nie wszystkie propozycje interwencji wynikają bezpośrednio z mapy obrazującej konceptualizację.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 72

Autorką mapy nr 72 jest psychoterapeutka pracująca w podejściu humanistycznym, absolwentka szkoły terapii Gestalt. Ma 5-letni staż pracy jako terapeutka. Ukończyła studia magisterskie inne niż psychologiczne, ale pokrewne (pedagogika). Mapa nr 72 znajduje się na rycinie 31.



Rycina 31. Przykład humanistycznej konceptualizacji przypadku (mapa nr 72)

Źródło: materiał z badań własnych.

Konceptualizacja ta nie zawiera kategorii odnoszących się bezpośrednio do historii życia klientki. Wszystkie dotyczą czasu teraźniejszego (bieżącej sytuacji klientki). Przyczyny trudności klientki zostały określone jako: niedomknięta żałoba

ba, brak wyodrębnionego „Ja”, zahamowana złość do matki. Niedomknięta żaloba doprowadziła, zdaniem psychoterapeutki, do takich trudności, jak ograniczony dostęp do złości, brak dostępu do przyjemności/spontaniczności i niedojrzałość (kategoria „mała dziewczynka”). Z kolei brak wyodrębnionego „Ja” został wskazany jako przyczyna przeniesienia: matka – mąż. Tak więc pojawia się kategoria dotycząca procesów nieświadomych (przeniesienie), jednak nie została ona potraktowana jako czynnik wyjaśniający.

Komentarza autorki mapy („Trudno mi było w pełni oddać rozumienie klientki na wykresie”) pokazuje, że psychoterapeutka dostrzega złożoność problemu klientki i nie jest to według niej myślenie dające się ująć w postaci mapy obrazującej relacje przyczynowo-skutkowe między kategoriami. Terapeutka dodaje w komentarzu słownym, że główny problem klientki polega na konflikcie między pragnieniami a powinnościami. Relacja z matką i mężem utrudniają jej realizację potrzeb („sięgnięcie po potrzeby”).

Propozycje interwencji, jakie się pojawiły ze strony terapeutki, to: nacisk na „Ja” klientki w czasie rozmowy, wsparcie jej w mocnych stronach (wzmocnienie „Ja”, by mogła wykonać ruch), praca w obszarze żaloby (po utracie ojca). Tak więc jedna z propozycji interwencji dotyczy domknięcia sprawy (praca w obszarze żaloby), co wpisuje się w specyfikę psychoterapii Gestalt. Tylko w tym temacie plan interwencji zakłada odwoływanie się do przeszłości klientki. Pozostałe interwencje mają na celu poszerzanie świadomości (np. w zakresie pragnień). Ponadto pojawił się pomysł na metodę pracy specyficzną dla terapii Gestalt – eksperyment gestaltowski (związany z wykonywaniem ruchu, działaniem). Można zauważyć, że te propozycje są powiązane ściśle z kategoriami utworzonymi przez terapeutkę.

Patrząc całościowo na tę mapę, można stwierdzić, że zawiera albo kategorie niespecyficzne dla żadnego podejścia terapeutycznego (np. radzenie sobie z lękiem), albo specyficzne dla podejścia humanistycznego (np. brak dostępu do przyjemności), albo kategorie specyficzne dla innych nurtów (np. przeniesienie). Powiązania przyczynowo-skutkowe uwzględniają taką możliwość, że podobne lub te same przyczyny wywołują różne skutki (zasada ekwipotencjalności).

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 115

Mapa nr 115 jest autorstwa terapeutki deklarującej pracę w podejściu humanistycznym. Ukończyła szkołę psychoterapii Gestalt i od 8 lat pracuje w terapii indywidualnej i rodzinnej/małżeńskiej. Ukończyła studia inne niż psychologiczne. Mapa nr 115 znajduje się na rycinie 32.

Mapa składa się z kilku niescalonych elementów. Można wyodrębnić takie trudności, jak poczucie winy ofiary przemocy, zablokowany smutek, zablokowana złość, poczucie bycia niepotrzebną, lęk, poczucie braku sensu życia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Najbardziej rozbudowana część mapy zawiera przyczynę niektórych



trudności: niedostatecznie dobry obiekt, który z kolei doprowadził bezpośrednio do niewłaściwego przeżycia dzieciństwa oraz deficytu ochrony. Skutkiem niewłaściwego przeżycia dzieciństwa jest z kolei brak sensu życia i poczucie bycia niepotrzebną. Deficyt ochrony skutkował zablokowaniem złości, radości i zabawy. W ten sposób wyjaśniany jest lęk (skutek zablokowanej radości) oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (drugi skutek zablokowanej złości). Specyficzne dla podejścia humanistycznego (Gestalt) są kategorie takie, jak: introjekt roli matki, introjekt „nie narzekaj”, których przyczyną był surowy obiekt. Mimo że termin introjekcja również występuje na gruncie psychoanalizy, to na gruncie terapii Gestalt jest on inaczej definiowany. Zablokowana ekspresja stanowi kluczowy problem w tej konceptualizacji, który jest wyjaśniany doświadczeniami życiowymi. Ponadto występują niespecyficzne dla teorii humanistycznych kategorie, np. skrypt braku umiejętności i obiekt. Jest to o tyle ciekawe, że autorka mapy nie ukończyła studiów psychologicznych, które są często źródłem wiedzy na temat innych koncepcji teoretycznych. Tę wiedzę zaczerpnęła z innych źródeł.

Komentarz autorki mapy wskazuje na to, że dostrzega przyczyny „techniczne”, które uniemożliwiły uwzględnienie czegoś na mapie. Zdaniem terapeutki, problemy klientki pochodzą od utraty dobrego obiektu (wczesna trauma); pozostał obiekt sprawiający niewystarczającą opiekę oraz stosujący przemoc. Te dwa elementy (utrata obiektu i niedostatecznie dobry obiekt) nie zostały ze sobą powiązane na mapie, choć z komentarza wynika, że współwystępując ze sobą, doprowadziły do trudności klientki.

Interwencje, jakie proponuje terapeutka, to: rozmowa i zaproszenie do doświadczania emocji, utrzymywanie z klientką dobrej („karmiącej”) więzi i przepracowanie żaloby. Podobnie jak w poprzednich propozycjach interwencji jest mowa o przepracowaniu żaloby (w języku terapii Gestalt to kwestia domknięcia niedomkniętej sprawy/ „figury”). Historia życia, w przeciwieństwie do wcześniejszych konceptualizacji humanistycznych, ma tu zasadnicze znaczenie dla wyjaśniania trudności klientki. Wśród propozycji interwencji większość skupia się jednak na dostarczaniu bieżących doświadczeń przez psychoterapeutę („karmiąca” więź), co wynika z konceptualizacji przypadku (niewystarczająco dobry obiekt w przeszłości), ale nie wymaga zajmowania się historią życia podczas pracy terapeutycznej.

Podsumowując tę część, zgodnie z koncepcją humanistyczną, zaburzenia wyjaśniane są jako trudności w rozwoju osobistym, zablokowanie ekspresji „Ja”, mała świadomość swoich potrzeb czy lęk przed odpowiedzialnością. Wszystkie cztery przykłady konceptualizacji zawierają wprawdzie elementy dotyczące przeszłości klientki (zwłaszcza relacje z matką i utrata ojca), ale propozycje interwencji sprowadzają się głównie do dostarczania klientce nowych doświadczeń i nie koncentrują się na historii życia. Kategorie nie odnoszą się do psychopatologii. Porównując mapy, nie sposób uchwycić wspólny mianownik w ciągu przyczynowo-skutkowym.

Tabela 18. Hipotezy wykorzystywane przez psychoterapeutów humanistycznych

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
<p>B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięcia pogorszeniu się jego stanu, a także psychosocjalnej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.</p>	–
<p>B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.</p>	–
<p>B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.</p>	–
<p>CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem (<i>emergency</i>) – konieczne jest natychmiastowe działanie.</p>	–
<p>CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.</p>	deficyt ochrony w dzieciństwie (mapa nr 115)
<p>CS3: Klient jest na etapie zmiany i zмага się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.</p>	nieodjrzałość („mała dziewczynka”) (mapa nr 72)
<p>CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.</p>	śmierć ojca klientki, niedomknięta żałoba (mapa nr 72)
<p>BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnیکach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.</p>	–
<p>BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.</p>	–
<p>BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.</p>	–

C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	-
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	-
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	-
C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	-
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	pouczucie braku sensu życia (mapa nr 115)
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	-
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	-
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	-
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	przeniesienie matka – mąż (mapa nr 72)
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	brak wyodrębnionego „ja” (mapa nr 72)
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością	nierozpoznana strefa emocji klientki z obszaru przeżywania przyjemności (mapa nr 38), mechanizmy unikania kontaktu (mapy nr 65 i 115), brak dostępu do przyjemności/spontaniczności (mapa nr 72)
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	-

cd. tabeli 18.

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględni wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	-
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	-
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	-
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.	-
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie ( <i>mental patient</i> ).	-
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	-

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, CS1–CS4: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–

C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, ES1–ES3: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieświadome dynamizmy zachowania,

SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy opis zostanie poszerzony o zestawienie hipotez kluczowych według Ingram, które wystąpiły w analizowanych przykładach (tabela 18.).

Co ciekawe, symptomy klientki są traktowane jako skutek określonych wcześniejszych doświadczeń traumatycznych. Przykładowe konceptualizacje zawierają hipotezy z różnych grup hipotez. Biorąc pod uwagę ten aspekt, zakres poszczególnych konceptualizacji waha się między 2 a 3 (na 7 możliwych). Najczęściej powtarzała się hipoteza kluczowa P4 z obszaru nieświadomych dynamizmów zachowania: „Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością”. Rzuca to nowe światło na charakterystykę konceptualizacji w psychoterapii humanistycznej. Wśród czynników przyczynowych znajdują się także nieświadome mechanizmy, choć są opisywane w przeważającej mierze za pomocą specyficznych dla terapii humanistycznej kategorii pojęciowych. Hipotezy wyjaśniające są skoncentrowane wokół zahamowania w sferze emocjonalnej. Historia życia nie była w każdym przypadku uwzględniana wśród czynników przyczynowych.

Zestawienie wskaźników (procentowych) podobieństw między mapami znajduje się poniżej (tabele 19. i 20.):

Tabela 19. Podobieństwo między mapami pod względem kategorii

Numer mapy	38	65	72
38	–	–	–
65	75%	–	–
72	80%	45%	–
115	52%	62%	67%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 20. Podobieństwo całkowite między mapami

Numer mapy	38	65	72
38	–	–	–
65	49%	–	–
72	36%	0%	–
115	14%	7%	10%

Źródło: opracowanie własne.

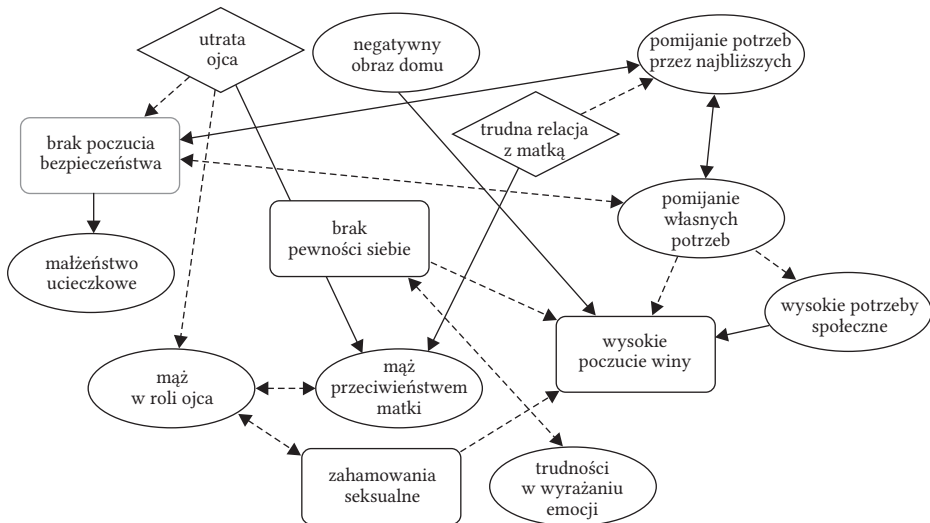
Średnia wskaźników podobieństw pod względem kategorii wynosi 63,5%, a średnia wskaźników podobieństw całkowitych 19,3%. Jak widać, są to wyniki zbliżone do uzyskanych w przypadku omawianego wcześniej podejścia psychodynamicznego.

### 3.5.4. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PODEJŚCIU SYSTEMOWYM

W tym podrozdziale zostaną podane przykłady map obrazujących sposób myślenia psychoterapeutów pracujących w podejściu systemowym. Jednak należy podkreślić, że trzy z czterech map zostały stworzone przez psychoterapeutów deklarujących, że korzystają w pracy również z innych podejść teoretycznych (psychodynamicznego lub poznawczo-behawioralnego). Trudność ze znalezieniem przykładów „czystej” konceptualizacji systemowej wynika z tego, że wielu psychoterapeutów szkolących się w podejściu systemowym łączy przynajmniej dwa podejścia psychoterapeutyczne w swojej praktyce.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 47

Autorka pierwszej mapy jest terapeutką pracującą w obszarze psychoterapii od 5 lat (psychoterapia indywidualna i rodzinna/małżeńska). Ukończyła studia psychologiczne. Jest w trakcie szkolenia z podejścia systemowego i deklaruje, że orientacja systemowa jest w jej przypadku dominująca w pracy z pacjentami. Wykorzystuje także modalność poznawczo-behawioralną i AT (Analizę Transakcyjną). Mapę nr 47 prezentuje rycina 33.



Rycina 33. Przykład systemowej konceptualizacji przypadku (mapa nr 47)

Źródło: materiał z badań własnych.

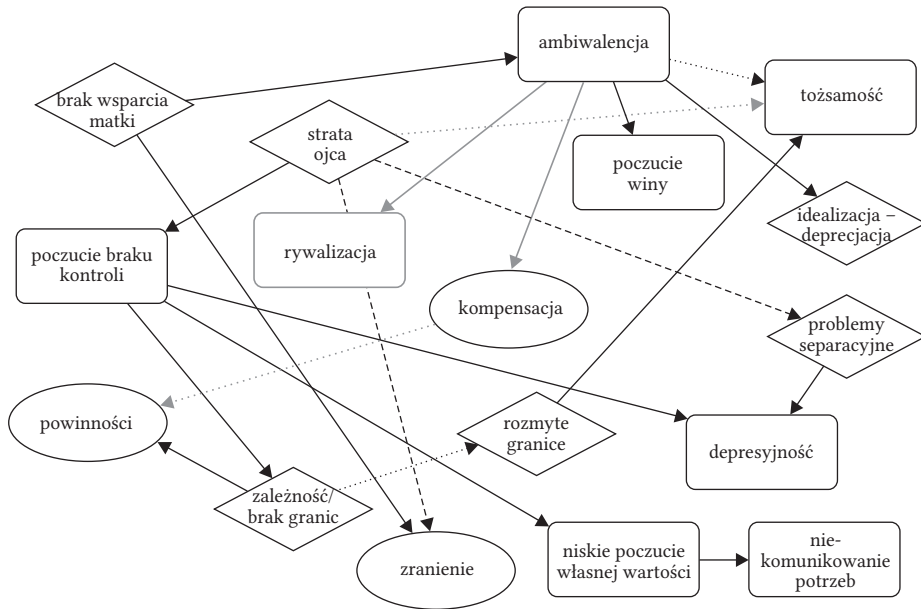
Trudnościami wskazanymi w tej konceptualizacji są: wysokie poczucie winy, brak poczucia bezpieczeństwa, brak pewności siebie oraz zahamowanie seksualne. Poczucie winy jest skutkiem negatywnego obrazu domu oraz wysokich potrzeb społecznych. Kolejne dwie trudności (brak poczucia bezpieczeństwa, brak pewności siebie) zostały wyjaśnione głównie poprzez wskazanie przyczynowości cyrkularnej. Brak poczucia bezpieczeństwa wynika z utraty ojca we wczesnym dzieciństwie (przyczynowość liniowa), a ponadto wiąże się (wpływ dwukierunkowy) z pomijaniem potrzeb przez najbliższych oraz pomijaniem przez pacjentkę własnych potrzeb. Brak pewności siebie wiąże się z kolei zwrotnie z wysokim poczuciem winy oraz trudnościami w wyrażaniu emocji. Sprzężenie zwrotne występuje także między zahamowaniem seksualnym a dwoma elementami: stawianiem męża w roli ojca oraz wysokim poczuciem winy. Wśród aspektów związanych z rodziną można wskazać fragment mapy, który obrazuje, że trudne relacje z matką oraz utrata ojca w dzieciństwie przyczyniły się do wyboru męża będącego przeciwieństwem matki. Poza tym pomijanie potrzeb przez najbliższych przyczynia się do pomijania własnych potrzeb (wpływ dwukierunkowy). Nie wszystkie problemy zostały połączone z wzorcami interakcji w rodzinie. Ciekawym elementem konceptualizacji jest wyjaśnienie wysokiego poczucia winy negatywnym obrazem domu (wpływ myśli, a więc wpływ sfery poznawczej na emocje). Jest to założenie charakterystyczne dla podejścia poznawczo-behawioralnego, z którego autorka mapy korzysta świadomie (zgodnie z deklaracją).

W komentarzu do mapy jej autorka zaznaczyła, że wprowadziła powiązania cyrkularne między poszczególnymi kategoriami. Jest to sposób myślenia specyficzny dla podejścia systemowego (cyrkularne ujmowanie przyczynowości). Podsumowując, prezentowana konceptualizacja cechuje się tym, że nie zawiera kategorii z obszaru diagnozy nozologicznej, uwzględnia historię życia klientki i obejmuje głównie czynniki z obszaru świadomości pacjentki. Część wyjaśnień ma charakter relacyjny (uwzględnia relacje z innymi).

W związku z brakiem komentarza dotyczącego propozycji interwencji nie można w przypadku tej propozycji wyciągnąć wniosków na temat powiązania celów i planu interwencji z konceptualizacją.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 120

Autorka mapy nr 120 ukończyła pełne szkolenie z terapii systemowej oraz studium uzależnień. Jest absolwentką psychologii. Terapię indywidualną prowadzi od 10 lat, a rodziną/mażeńską od 4 lat. Deklarowana dominująca orientacja teoretyczna wykorzystywana w pracy to systemowa, a inne orientacje, wskazane jako dodatkowe, to: humanistyczna, poznawczo-behawioralna i psychodynamiczna. Mapa nr 120 znajduje się na rycinie 34.



Rycina 34. Przykład systemowej koncepcji przypadku (mapa nr 120)

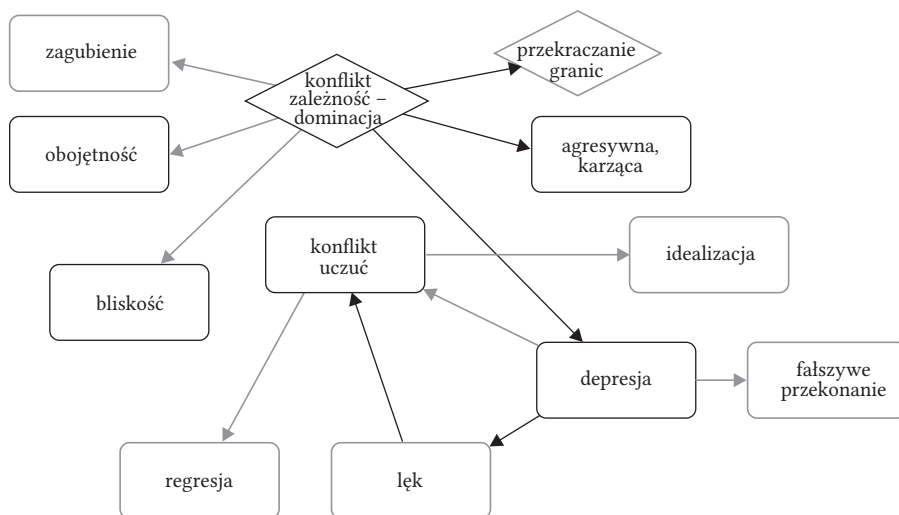
Źródło: materiał z badań własnych.

Na tej mapie przedstawiono takie trudności pacjentki, jak poczucie braku kontroli, niskie poczucie własnej wartości, problemy z tożsamością, niekomunikowanie potrzeb, depresyjność, poczucie braku kontroli, ambiwalencja, poczucie winy i rywalizacja. Niektóre z nich prowadzą do innych trudności. Na końcu łańcucha przyczynowo-skutkowego znajdują się trzy z wymienionych problemów: tożsamość, depresyjność i niekomunikowanie potrzeb. W genezie problemów z tożsamością ważną rolę mogły odegrać, jak można wyczytać z mapy: brak wsparcia matki i wynikająca z tego ambiwalencja oraz „rozmyte” granice w rodzinie. Z kolei depresyjność ma swoje źródło w nagłej śmierci ojca w dzieciństwie oraz w związanym z tym poczuciu braku kontroli i problemach separacyjnych. Jak wynika z komentarza terapeutki do mapy, depresyjność pacjentki wyraża się przez: poczucie braku wpływu na swoje życie, dominujące w obrazie siebie i świata poczucie winy oraz zaburzenie poczucia tożsamości. Podobnie jak depresyjność, niekomunikowanie potrzeb przez pacjentkę ma swoje źródło w poczuciu braku kontroli, które doprowadziło do niskiego poczucia własnej wartości (przyczyna bezpośrednia niekomunikowania potrzeb). Do kategorii specyficznych dla podejścia systemowego można zaliczyć: zależność/brak granic, „rozmyte” granice. Pozostałe kategorie są niespecyficzne dla tego podejścia. Jest to zrozumiałe ze względu na deklarowane przez terapeutkę sięganie do innych nurtów teoretycznych (poznawczo-behawioralnego, psychodynamicznego i humanistycznego).

Psychoterapeutka zaproponowała interwencje skoncentrowane na „separowaniu” pacjentki od otoczenia, następnie ustalenie jej potrzeb, analizowanie emocji i preferencji oraz wyrażanie akceptacji dla indywidualizacji i wyodrębnienia się „Ja” pacjentki. Kolejne pomysły na interwencję to: rozmowy dotyczące ustalania granic w relacjach z otoczeniem, praca w obszarze lęku związanego ze stawianiem granic. Interwencje wynikają bezpośrednio z konceptualizacji przedstawionej za pomocą mapy i są dość specyficzne dla podejścia systemowego (koncentracja uwagi na granicach itp.).

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 111

Autorka kolejnej mapy pracuje w obszarze psychoterapii indywidualnej i rodzinnej/małżeńskiej od 15 lat. Odebrała pełne szkolenie w podejściu systemowym oraz szkoliła się w psychoterapii w ramach studiów podyplomowych. Jest absolwentką psychologii. W ankiecie dotyczącej profilu zawodowego podaje dwa główne dominujące podejścia terapeutyczne, w ramach których pracuje: systemowe i psychodynamiczne. Mapa nr 111 znajduje się na rycinie 35.



Rycina 35. Przykład systemowej konceptualizacji przypadku (mapa nr 111)

Źródło: materiał z badań własnych

Jako ważne – z punktu widzenia terapeutki – trudności pacjentki zostały wskazane takie kategorie, jak obojętność, problemy związane z bliskością, agresywna/karząca, depresja, konflikt uczuć. Pierwsze cztery trudności wynikają z konfliktu wewnętrznego zależność – dominacja. Natomiast konflikt uczuć jest prawdopodobnie następstwem depresji i lęku.

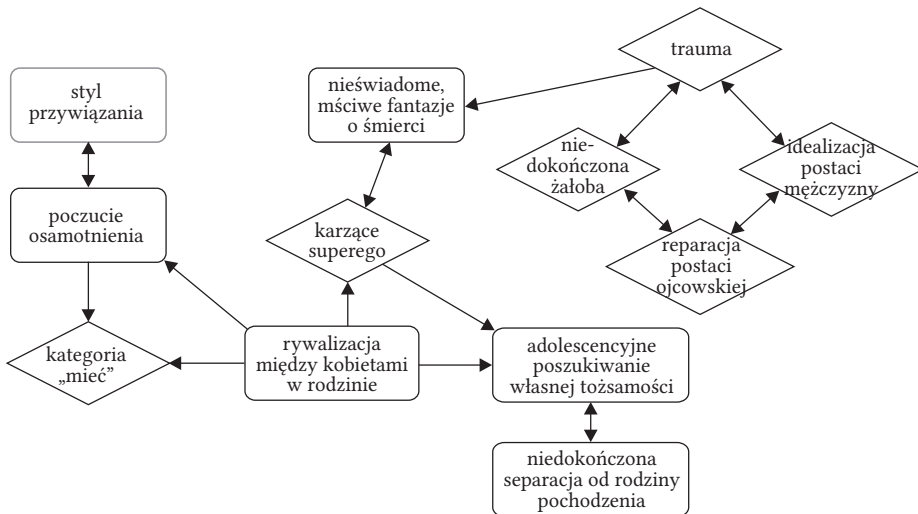
Z komentarza autorki mapy wynika, że kluczowym elementem konceptualizacji jest konflikt uczuć pacjentki, która była niezauważana przez bliskich. Włączenie do hipotez wyjaśniających roli bliskich jest ważnym elementem w systemowej konceptualizacji przypadku. Pozostałe składowe tej konceptualizacji są niespecyficznych dla podejścia systemowego. Depresja i samooskarżanie się są interpretowane jako odzwierciedlanie uczuć wczesnodziecięcych.

Proponowane kroki interwencji to: nazwanie krzywd, próba połączenia wczesnych doświadczeń z wyborami życiowymi i decyzjami dotyczącymi stylu życia czy stylów relacji oraz skontaktowanie się z uczuciami.

Można wyodrębnić takie cechy przytoczonej konceptualizacji, jak uwzględnienie diagnozy nozologicznej (depresja), odwoływanie się do przeszłości klientki (historia życia) oraz eksplorowanie nieświadomości (konflikty wewnętrzne). Graficzna prezentacja mapy wskazuje na linearne wnioskowanie o przyczynach i skutkach, choć widoczne jest wskazywanie, że ta sama przyczyna może wywołać wiele skutków.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 116

Mapę nr 116 opracowała psychoterapeutka mająca 25-letni staż pracy. Deklaruje wykorzystywanie w pracy z pacjentem jednej dominującej orientacji teoretycznej (systemowa) oraz jednej dodatkowej (psychodynamiczna). Ukończyła studia psychologiczne oraz pełne szkolenie z terapii systemowej. Mapa nr 116 znajduje się na rycinie 36.



Rycina 36. Przykład systemowej konceptualizacji przypadku (mapa nr 116)

Źródło: materiał z badań własnych.

W tej propozycji konceptualizacji wyodrębniono kilka trudności pacjentki: poczucie osamotnienia, rywalizacja między kobietami w rodzinie, adolescencyjne poszukiwanie własnej tożsamości, niedokończona separacja od rodziny pochodzenia oraz nieświadome, mściwe fantazje o śmierci. Specyficzne dla podejścia systemowego jest włączenie trudności określonej jako „niedokończona separacja od rodziny pochodzenia”, która jest powiązana zwrótnie z adolescencyjnym poszukiwaniem własnej tożsamości. Kolejnym elementem relacyjnym jest rywalizacja między kobietami w rodzinie, która ma wpływ m.in. na poczucie osamotnienia, karzące superego oraz adolescencyjne poszukiwanie własnej tożsamości. Pojawia się kilka kategorii pojęciowych, które są specyficzne dla podejścia psychodynamicznego: karzące superego, reparacja postaci ojcowskiej, idealizacja postaci mężczyzny oraz nieświadome, mściwe fantazje o śmierci. Uwzględniono więc także przeszłe doświadczenia klientki oraz treści nieświadome. W komentarzu autorki mapy można odnaleźć informację, że trudno było uwzględnić na mapie relacje „matka – córka – ojciec” i przyczynowość cyrkularną.

Propozycje interwencji były następujące: praca nad procesem niedokończonej żaloby, praca nad relacją z matką, praca nad poszukiwaniem własnej tożsamości. Wszystkie elementy zostały „wyprowadzone” z pierwszej części konceptualizacji przypadku i są spójne z ustaleniami na temat przyczyn problemów klientki.

Charakterystykę przykładowych czterech konceptualizacji można poszerzyć o wskazanie, które kluczowe hipotezy według Ingram zostały w nich uwzględnione (tabela 21.). Jak wynika z tego zestawienia, hipotezy pochodzą z 4 grup hipotez kluczowych. Zakres pojedynczych konceptualizacji, w odniesieniu do grup hipotez, wynosi od 3 do 4 (na 7 możliwych). Pojawiły się hipotezy dotyczące systemu rodzinnego (choć w ograniczonym zakresie), nieświadomych dynamizmów oraz odtworzenia doświadczeń z wczesnego dzieciństwa. Problemy były postrzegane jako efekt interakcji społecznych (rodziny) pacjentki oraz procesów wewnątrzpsychicznych. Tak więc przeszłe doświadczenia były ważne o tyle, o ile mają odzwierciedlenie w aktualnym samopoczuciu i wzorcach zachowania pacjentki.

Myślenie cyrkularne na temat przyczynowości było odzwierciedlone tylko w jednej konceptualizacji, jednak nie pozwala to na ogólne wnioski dotyczące myślenia linearnego w konceptualizacjach systemowych. Należy wziąć pod uwagę to, że sama forma zadania diagnostycznego bardziej sprzyjała myśleniu liniowemu, przyczynowo-skutkowemu. Mimo że psychoterapeuci mieli do dyspozycji także strzałki dwukierunkowe (oznaczające połączenia zwrótnie między czynnikami), to instrukcja zawierała pytanie o przyczyny problemów pacjentki. Drugim, poza charakterem zadania diagnostycznego, powodem ograniczonej możliwości wyciągania wniosków na temat natury konceptualizacji przypadku w podejściu systemowym jest łączenie przez psychoterapeutów, których mapy analizowano, różnych teorii (oprócz dominującego podejścia terapeutycznego).

Tabela 21. Hipotezy wykorzystywane przez psychoterapeutów systemowych

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
<p>B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięcia pogorszeniu się jego stanu, a także psychosocjalnej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.</p>	<p>–</p>
<p>B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.</p>	<p>–</p>
<p>B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.</p>	<p>–</p>
<p>CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem (<i>emergency</i>) – konieczne jest natychmiastowe działanie.</p>	<p>–</p>
<p>CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.</p>	<p>trudne relacje z matką (mapa nr 47), utrata ojca w dzieciństwie (mapy nr 47 i 83)</p>
<p>CS3: Klient jest na etapie zmiany i zmagają się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.</p>	<p>adolescencyjne poszukiwanie własnej tożsamości i niedokończona separacja od rodziny pochodzenia (mapa nr 116)</p>
<p>CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żaloby lub innych problemów związanych ze stratą.</p>	<p>utrata ojca w dzieciństwie (mapy nr 47 i 83), niezauważanie pacjentki przez bliskich w przeszłości (mapa nr 111)</p>
<p>BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnikiach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.</p>	<p>–</p>
<p>BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.</p>	<p>–</p>

BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	-
C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	-
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	negatywny obraz domu (mapa nr 47), negatywny obraz siebie (mapa nr 83)
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	-
C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny (self-talk).	-
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	-
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	-
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	-
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	brak pewności siebie (mapa nr 47)
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	stawianie męża w roli ojca (mapa nr 47), brak poczucia bezpieczeństwa (mapa nr 47), odzwierciedlenie uczuć z wczesnego dzieciństwa (depresja i oskarżanie się) (mapa nr 111)
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „Ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	-
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością.	mechanizm obronny: idealizacja (mapa nr 83), konfikty wewnętrzne (mapa nr 111), nieświadome, mściwe fantazje o śmierci (mapa nr 116), superego (mapa nr 116), reparacja postaci ojcowskiej (mapa nr 116)

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	uwzględnione relacje z matką i relacje z mężem (mapa nr 47), rywalizacja między kobietami w rodzinie (mapa nr 116), niedokończona separacja od rodziny pochodzenia (mapa nr 116)
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględnią wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	-
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	pomijanie potrzeb pacjentki przez jej bliskich (mapa nr 47)
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	-
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.	-
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie ( <i>mental patient</i> ).	-
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	-

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, CS1–CS4: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, ES1–ES3: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieświadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz analizy jakościowej map myśli sporządzonych przez psychoterapeutów obliczono wskaźniki (procentowe) podobieństwa między opisanymi wyżej czterema mapami. Wyniki przedstawiono w tabelach 22. i 23. Wskaźniki pochodzą z macierzy podobieństwa, która była omawiana w podrozdziale 3.4.

Tabela 22. Podobieństwo między mapami pod względem kategorii

Numer mapy	47	83	111
47	–	–	–
120	58%	–	–
111	50%	91%	–
116	81%	83%	62%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 23. Podobieństwo całkowite między mapami

Numer mapy	47	83	111
47	–	–	–
120	26%	–	–
111	10%	12%	–
116	31%	23%	13%

Źródło: opracowanie własne.

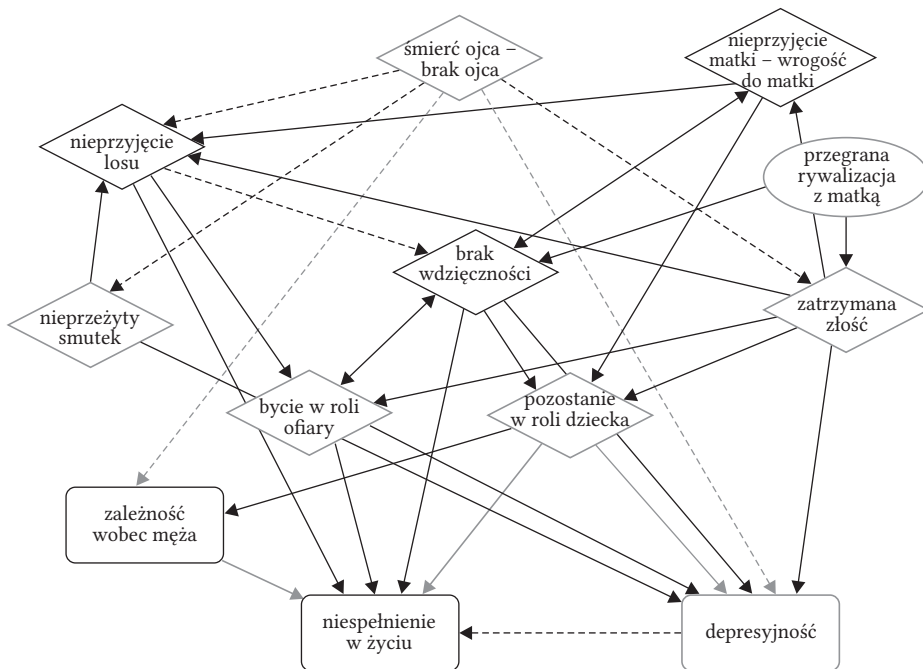
Podobieństwo dotyczy głównie kategorii (średnia podobieństw równa się 70,83%). Można zauważyć, że wskaźniki podobieństwa w zakresie kategorii są stosunkowo wysokie (nawet do 91%). Natomiast średnia podobieństw całkowitych jest dużo niższa i wynosi 19,17%. Mimo że te ostatnie wskaźniki nie są zbyt wysokie, to nie ma map zupełnie niepodobnych do siebie.

### 3.5.5. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W PODEJŚCIU INTEGRACYJNYM

W tym podrozdziale zostaną podane przykłady map prezentujących sposób myślenia psychoterapeutów pracujących w podejściu integracyjnym. Podczas omawiania poszczególnych przypadków podane zostaną informacje na temat tego, w jakim konkretnie nurcie psychoterapeuta odbywał szkolenie.

## CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 79

Psychoterapeuta, który opracował mapę nr 79, ma 7-letnie doświadczenie w terapii indywidualnej i 5-letnie w terapii rodzinnej/małżeńskiej. Ukończył studia psychologiczne oraz szkołę integratywnej psychoterapii MetaSystemowej. Dominującą modalnością w pracy terapeutycznej jest dla tego terapeuty integratywna terapia MetaSystemowa, a dodatkowo wskazuje na korzystanie z teorii poznawczo-behavioralnych, psychodynamicznych oraz innych (M. Ericksona). Mapa nr 79 znajduje się na rycinie 37.



Rycina 37. Przykład integracyjnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 79)

Źródło: materiał z badań własnych.

Mapa wskazuje na trzy trudności pacjentki: zależność wobec męża, niespełnienie w życiu oraz depresyjność. Wprawdzie pojawia się kategoria z obszaru psychopatologii (depresyjność), to jednak w ocenie psychoterapeuty nie jest to ważna kategoria dla zrozumienia pacjentki. Jednym z powodów niespełnienia w życiu było nieprzyjęcie losu (po śmierci ojca) oraz bycie w roli ofiary. Jako druga przyczyna tego niespełnienia w życia został wskazany brak wdzięczności wynikający z wrogości do matki (wpływ tych dwóch elementów jest wzajemny). Zostały zatem wskazane okoliczności z przeszłości. Taka sama sekwencja „nieprzyjęcie matki – wrogość do matki → pozostanie w roli dziecka” przyczyniła się do zależności od męża. Wśród przyczyn depresyjności

wskazano 5 czynników: bycie w roli ofiary (skutek nieprzyjęcia losu), nieprzeżyty smutek („zablokowane emocje”), brak wdzięczności, pozostanie w roli dziecka oraz zatrzymana złość. Co ciekawe, za przyczynę zatrzymanej złości uznana została przegrana rywalizacja z matką. „Niespełnienie w życiu” jest terminem niespecyficznym, choć ze względu na znaczenie (wyraz bliskoznaczny do słowa samorealizacja) wydaje się najbardziej pasować do podejścia humanistycznego. Podobnie jest z terminem „nieprzyjęcie losu”. Myślenie przyczynowo-skutkowe wydaje się w tym przypadku dość złożone. Kilkakrotnie powiązania między elementami są wzajemne (zależność zwrotna).

Jak wynika z komentarza terapeuty do mapy, ważnym w wyjaśnianiu czynnikiem jest śmierć ojca pacjentki, gdy miała 10 lat, w kontekście mało wspierającej emocjonalnie matki. Dodatkowym elementem, który pojawia się w komentarzu słownym, a który nie wystąpił na mapie, jest stwierdzenie, że pacjentka najprawdopodobniej „zatrzymała” smutek oraz złość związane z „nieposiadaniem” mamy takiej, jakiej potrzebowała. Zdaniem terapeuty pacjentka wyrażała złość w sposób bierny, np. poprzez niebranie odpowiedzialności za swoje życie. Niektóre hipotezy dotyczą więc relacji z bliskimi (z mężem, z matką).

Terapeuta proponuje następujące kroki pracy terapeutycznej:

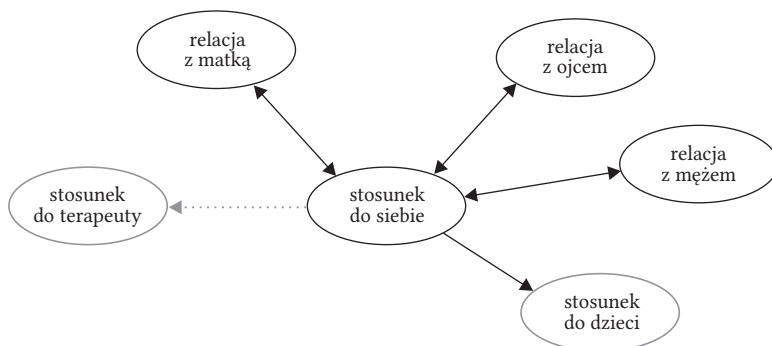
- 1) praca w kierunku ujawnienia i przeżycia uczuć pierwotnych pacjentki (głównie złości, smutku i bezradności związanych ze śmiercią ojca i relacji z matką);
- 2) praca na odtworzeniu więzi pacjentki z matką i ojcem;
- 3) praca nad budowaniem odpowiedzialności pacjentki za swoje życie i nad wychodzeniem z roli ofiary.

Terapeuta kładzie nacisk na wyrażanie emocji „tu i teraz”. Propozycje wynikają bezpośrednio z konceptualizacji przypadku zaprezentowanej przez terapeutę (graficznie i słownie).

Biorąc pod uwagę kategorie, na których koncentruje się psychoterapeuta (także podczas planowania interwencji), to część z nich wpisuje się w podejście humanistyczne (ekspresja emocji, odpowiedzialność). Są też wątki relacyjne, które wskazują na myślenie systemowe. Charakterystyczną cechą tej konceptualizacji jest to, że większość terminów jest neutralna paradygmatycznie. Być może jest to specyficzna cecha integracyjnych konceptualizacji.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 109

Terapeuta, który jest autorem mapy nr 109, ma 20-letni staż pracy w zakresie psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej/małżeńskiej. Oprócz tego ma doświadczenie w zakresie superwizowania pracy innych terapeutów. Odbił szkolenie z psychoterapii integratywnej. Deklaruje wykorzystywanie różnych modalności: terapii humanistycznej, terapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej, systemowej i terapii schematu. W pracy wykorzystuje głównie podejście integra-



Rycina 38. Przykład integracyjnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 109)

Źródło: materiał z badań własnych.

cyjne, a w szczególności terapię schematu. Mapa nr 109 została zaprezentowana na rycinie 38.

To ujęcie konceptualizacji nie zawiera terminów specyficznych dla żadnych nurtów teoretycznych. W centrum jest stosunek do siebie, na który wpływ miały: relacja z matką, relacja z ojcem i relacja z mężem. Wpływ ten jest wzajemny, tzn. stosunek do siebie ma wpływ na relacje z ważnymi osobami (matka, ojciec, mąż).

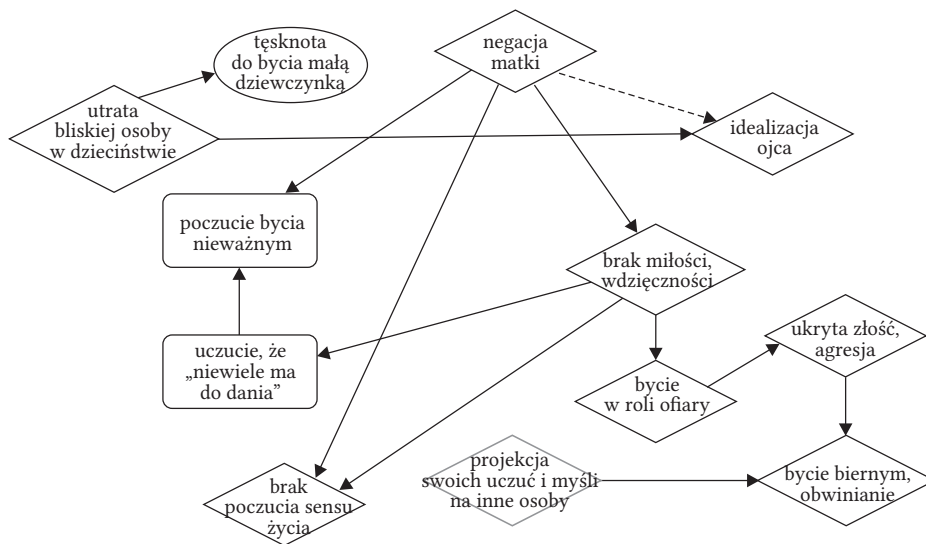
W komentarzu uzupełniającym do mapy terapeuta dodaje, że największe znaczenie w kształtowaniu się stosunku pacjentki do siebie miało nastawienie jej matki, a w najmniejszym stopniu – relacja z mężem. Stosunek do siebie wywiera z kolei wpływ na nastawienie pacjentki do własnych dzieci. Można przypuszczać, że posługiwanie się kategoriami niespecyficznymi dla różnych podejść stanowi sposób radzenia sobie z tym, że niektóre zjawiska psychologiczne bywają nazywane różnie w różnych koncepcjach (kwestia języka i terminów teoretycznych) mimo treściowej zbieżności lub podobieństwa. Opisywana mapa charakteryzuje się ponadto dużym stopniem ogólności kategorii składowych.

Przykładowa interwencja miałaby polegać, zdaniem terapeuty, na psychoedukacji dotyczącej roli, jaką odgrywa we własnym funkcjonowaniu sama pacjentka, oraz tego, jak traktowanie przez innych wpływa na uczucia i myśli względem siebie i funkcjonowanie w życiu. Interwencje wprowadzicie wynikają z ustaleń dotyczących konceptualizacji przypadku, ale zatrzymują się na etapie psychoedukacji, więc trudno się do nich odnieść w kontekście psychoterapeutycznym.

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 39

Autorką mapy nr 39 jest psychoterapeutka, która ukończyła szkolenie z zakresu integratywnej psychoterapii MetaSystemowej i pracuje w tym nurcie. Inne orienta-

cje wykorzystywane jako dodatkowe to orientacja psychodynamiczna i systemowa. Ukończyła studia magisterskie pokrewne psychologii (pedagogiczne). W obszarze psychoterapii indywidualnej i rodzinnej/małżeńskiej pracuje od 5 lat. Mapę nr 39 przedstawia rycina 39.



Rycina 39. Przykład integracyjnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 39)

Źródło: materiał z badań własnych.

Terapeutka wskazała następujące trudności klientki: poczucie bycia nieważną, uczucie, że niewiele ma do dania, bycie w roli ofiary oraz brak poczucia sensu życia. Wprawdzie dwie ostatnie kategorie zostały przedstawione graficznie jako przyczyny trudności, to jednak struktura mapy wskazuje na to, że są to również trudności pacjentki. Poczucie bycia nieważną oraz brak poczucia sensu życia wynikają z negacji matki. Wydarzenie, jakim była dla pacjentki utrata bliskiej osoby w dzieciństwie (ojca), doprowadziło do idealizacji ojca oraz tęsknoty do bycia małą dziewczynką (niedojrzałość). Można znaleźć następującą sekwencję przyczynowo-skutkową (rycina 40.):

negacja matki → brak miłości, wdzięczności → bycie w roli ofiary →  
ukryta złość, agresja → bycie biernym, obwinianie

Rycina 40. Fragment integracyjnej konceptualizacji przypadku (mapa nr 39)

Źródło: materiały z badań własnych.

W tej sekwencji zachowanie jest bezpośrednim efektem emocji, choć mowa tu o ukrytej (nieświadomej) złości. Konceptualizacja obejmuje także procesy nieświadome.

W komentarzu terapeutka zwraca uwagę na zaburzoną relację klientki z matką, wstyd, brak poczucia sensu życia, depresyjność, małą dbałość o przyjemności, obwinianie, brak zainteresowania seksem. Spośród tych kategorii tylko dwie (brak poczucia sensu życia i obwinianie) znalazły się na mapie prezentującej pomysł na konceptualizację. Cechą charakterystyczną tej propozycji konceptualizacji jest odwołanie się do historii życia klientki. Poza określeniami pochodzącymi źródłowo z psychoanalizy (idealizacja, wyparcie) terminy są niespecyficzne dla konkretnych podejść psychoterapeutycznych.

Interwencje, jakie proponuje terapeutka, są ściśle związane z pomysłem na konceptualizację, czyli:

- 1) wzbudzenie wdzięczności za to, co klientka dostała od matki;
- 2) konstruktywne wyrażenie złości i rozczarowań do matki, a w dalszej kolejności do męża;
- 3) wyrażenie złości i żalu do ojca, że umarł.

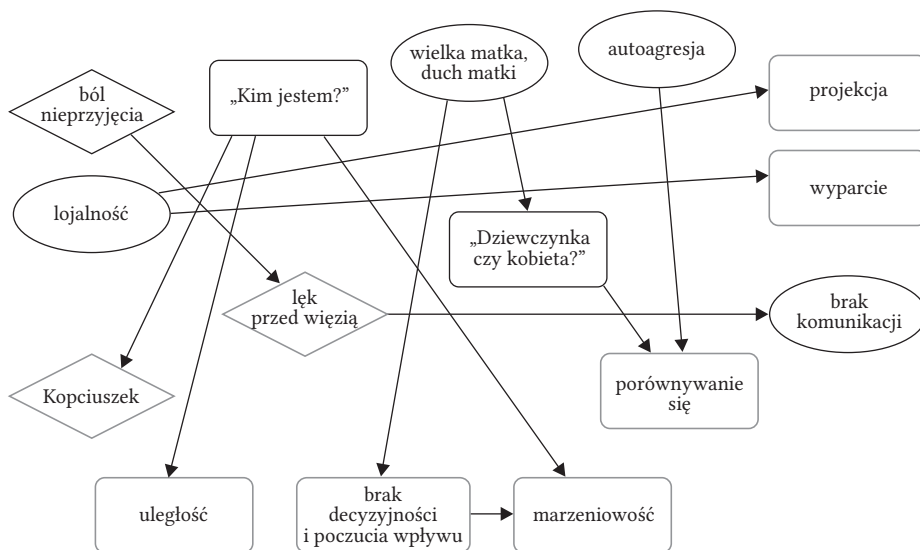
Biorąc pod uwagę sens tych interwencji, są one bliskie podejściu humanistycznemu. Można też zauważyć włączanie do konceptualizacji kategorii z obszaru psychologii pozytywnej (np. wdzięczność).

#### CHARAKTERYSTYKA MAPY NR 67

Kolejna terapeutka jako dominującą orientację terapeutyczną wykorzystywaną w pracy z klientem wskazuje orientację integratywną, a jako dodatkową – systemową. Szkoliła się w zakresie terapii Gestalt oraz systemowej. Oznacza to, że próby integracji w obszarze psychoterapii są raczej samodzielne. Ukończyła studia psychologiczne. Ma 12-letnie doświadczenie w terapii indywidualnej oraz kilkuletnie w terapii rodzinnej/małżeńskiej i w obszarze diagnozy psychologicznej (nie licząc diagnozy w ramach psychoterapii). Superwizuje też pracę innych terapeutów. Mapa nr 67 znajduje się na rycinie 41.

Jako trudności pacjentki zostały wskazane pytania dotyczące tożsamość („kim jestem?”, „dziewczynka czy kobieta?”) oraz brak decyzyjności i poczucia wpływu. Kategoria „kim jestem?” nie została poprzedzona czynnikami warunkującymi. Z kolei kategoria „dziewczynka czy kobieta?” oraz „brak decyzyjności i poczucia wpływu” są prawdopodobnie skutkiem czynnika określonego jako „wielka matka, duch matki”. Do tej konceptualizacji zostały także włączone mechanizmy obronne (projekcja, idealizacja), ale nie ma na mapie żadnych ich skutków.

Komentarz słowny poszerza tę konceptualizację: tęsknota za ojcem spowodowała wyidealizowanie go oraz szukanie spełnienia jego obecności w relacji z mężem. Pokazuje to, że w podejściu integracyjnym może być tak, że nawet gdy pojawiają



Rycina 41. Przykład systemowej konceptualizacji przypadku (mapa nr 67)

Źródło: materiał z badań własnych.

się mechanizmy specyficzne dla nurtu psychodynamicznego, to nie odgrywają one podobnej roli, jaką odgrywają w podejściu, z którego zostały zaczerpnięte. Uwarunkowania tych mechanizmów są też niespecyficzne dla modelu psychodynamicznego (lojalność, a nie konflikt). Pojawia się także lęk przed więzią, uwarunkowany bólem nieprzyjęcia i skutkujący brakiem komunikacji. Nie ma tu elementów odnoszących się stricte do sfery poznawczej. Na podstawie mapy oraz uzupełniającego komentarza słownego można stwierdzić, że przeszłość klientki została włączona do konceptualizacji (cytat: „Matka, która nie przyjęła córki w całości, jej pragnień, potrzeb, uczuć, która ją krytykowała i pomijała, wpłynęła na niemoc stawania się przez córkę autonomiczną, odpowiedzialną za swoje życie kobietą”).

Terapeutka sugeruje podjęcie następujących interwencji:

- 1) danie wglądu w powiązania między relacją pacjentki z matką i mężem (podwójna lojalność);
- 2) pokazanie tęsknoty za ojcem, przeżycie żaloby;
- 3) konstruowanie tożsamości dorosłej kobiety (czego chce, jaka jest, co lubi itd.) i zachęta do ryzyka utraty aprobaty otoczenia przy realizowaniu siebie.

Propozycje interwencji nawiązują do wcześniejszych ustaleń w ramach konceptualizacji przypadku. Nie obejmują jednak wszystkich wskazanych trudności pacjentki. Można też zauważyć, że kategorie zostały w taki sposób sformułowane, że są łatwo przekładalne na działanie.

Tabela 24. Hipotezy wykorzystywane przez psychoterapeutów integracyjnych

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięciu pogorszeniu się jego stanu, a także psychosocjalnej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.	–
B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.	–
B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.	–
CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem ( <i>emergency</i> ) – konieczne jest natychmiastowe działanie.	–
CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.	śmierć ojca pacjentki (mapy nr 79, 39, 67)
CS3: Klient jest na etapie zmiany i zмага się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.	pytanie o tożsamość – „Kim jestem?” itp. (mapa nr 67)
CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żałoby lub innych problemów związanych ze stratą.	niewyrażenie smutku po stracie bliskiej osoby (mapy nr 39 i 67)
BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnikach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.	–
BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.	–
BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	–

C1: Klient cierpi z powodu wzajemnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	-
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	bycie w roli ofiary (mapy nr 79 i 39), poczucie bycia nieważną (mapa nr 39)
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	-
C4: Problem jest wzmacniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	-
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	brak poczucia sensu życia (mapa nr 39)
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	niebranie przez pacjentkę odpowiedzialności za swoje życie (mapa nr 79), brak decyzyjności i poczucia wpływu (mapa nr 67)
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	-
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	stosunek do siebie (mapa nr 109)
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	-
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „Ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	pozostanie w roli dziecka (mapa nr 79), niedojrzałość (mapa nr 39)
P4: Symptomy lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością.	mechanizmy obronne: idealizacja (mapy nr 39 i 67), projekcja (mapa nr 39), wyparcie (mapa nr 67)
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	wpływ relacji z ważnymi osobami (mapy nr 67 i 109)

cd. tabeli 24.

Hipotezy	Wykorzystanie hipotez w konceptualizacjach przypadku
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględnią wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	-
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	brak wsparcia ze strony matki pacjentki (mapa nr 79)
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	-
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające z innych przyczyn.	-
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie (mental patient).	-
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	-

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, CS1–CS4: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, ES1–ES3: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieświadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

Wspólnym mianownikiem tych czterech integracyjnych konceptualizacji jest akcentowanie wątków relacyjnych oraz duża elastyczność w wiązaniu różnych elementów ze sobą i nietrzymanie się w sposób sztywny jednego modelu teoretycznego.

Dla pełniejszej charakterystyki wyodrębnionych konceptualizacji wskazano, które hipotezy z koncepcji Ingram w nich wystąpiły (tabela 24.).

W podanych przykładach konceptualizacji w modelu integracyjnym powtarza się hipoteza P3: „Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia »Ja« i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci”. Dotyczy to przede wszystkim niedojrzałości pacjentki. Obecna jest zatem wyraźnie perspektywa psychologii rozwojowej. Wyjaśnienia są wieloprzyczynowe, uwzględniają zarówno sferę poznawczą (hipoteza C1), egzystencjalną (hipotezy ES1 i ES 2), jak i kontekst społeczny (hipotezy SCE1 i SCE3). Zakres konceptualizacji, jeśli chodzi o liczbę grup hipotez, wynosi od 2 do 5 (na 7 możliwych).

Dodatkowo, analogicznie jak w przypadku pozostałych podejść terapeutycznych, zaprezentowano wskaźniki (procentowe) podobieństw między poszczególnymi mapami pojęciowymi (tabele 25. i 26.):

Tabela 25. Podobieństwo między mapami pod względem kategorii

Numer mapy	39	79	109
39	–	–	–
79	54%	–	–
109	67%	83%	–
67	67%	44%	62%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 26. Podobieństwo całkowite między mapami

Numer mapy	39	79	109
39	–	–	–
79	20%	–	–
109	36%	53%	–
67	22%	12%	31%

Źródło: opracowanie własne.

Jak widać, podobieństwo dotyczy głównie kategorii (średnia podobieństw wynosi 62,93%). Z kolei średnia dla całkowitych podobieństw równa się 29%. Minimalne podobieństwo całkowite między dwiema mapami wynosi 12%, a maksymalne 53%. Zastanawiające jest to, że dwie mapy (nr 39 i 79), które zostały stworzone w ramach tego samego nurtu psychoterapii (MetaSystemowej), nie są wcale bardziej do siebie podobne niż pozostałe pary map (z wyjątkiem pary nr 79 i 67).

### 3.5.6. KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU W RÓŻNYCH PODEJŚCIACH – PODSUMOWANIE

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wnioski dotyczące porównania przykładowych konceptualizacji przedstawionych w poprzednich podrozdziałach, które powstały na gruncie pięciu podejść terapeutycznych: poznawczo-behawioralnego, psychodynamicznego, humanistycznego, systemowego oraz integracyjnego.

W pierwszym kroku analizy płaszczyzną porównawczą będzie koncepcja kluczowych hipotez według Ingram (2006). Zestawiono wszystkie hipotezy, jakie pojawiały się w ramach przykładowych 20 konceptualizacji, wraz ze wskazaniem podejść reprezentowanych przez autorów tych hipotez (tabela 27.).

Jedyną grupą hipotez, jaka nie pojawiała się w przykładowych konceptualizacjach, była grupa hipotez biologicznych (B1–B3). Hipotezy z grupy II („Kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana”), z wyjątkiem hipotezy CS1 („Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem – konieczne jest natychmiastowe działanie”), wystąpiły w konceptualizacjach utworzonych przez przedstawicieli wszystkich podejść terapeutycznych. Oznacza to z jednej strony, że były to ważne czynniki wyjaśniające w przypadku klientki z filmu (Barbary), a z drugiej strony, że są to elementy konceptualizacji niespecyficzne dla żadnego z podejść. Jedną z hipotez (C2) z grupy hipotez dotyczących sfery poznawczej, które są charakterystyczne dla terapii poznawczo-behawioralnej, okazała się niespecyficzna dla tego podejścia psychoterapii (wystąpiła we wszystkich konceptualizacjach, z wyjątkiem humanistycznej). Podobne zjawisko można zaobserwować w przypadku hipotezy ES1 („Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia”), należącej do grupy hipotez dotyczących sfery egzystencjalnej i duchowej. Mimo że ta grupa kojarzona jest z podejściem humanistycznym, to hipoteza ES1 wystąpiła także w konceptualizacjach psychodynamicznych i integracyjnych. Co ciekawe, hipoteza ES3, która nawiązuje do duchowego wymiaru życia, wystąpiła tylko w konceptualizacji integracyjnej, co wskazuje na jej szeroki zakres. Hipotezy z grupy VI („Nieświadome dynamizmy zachowania”; P1–P4) okazały się niespecyficzne dla żadnego z podejść terapeutycznych, występowały bowiem zarówno w konceptualizacjach psychodynamicznych, jak i humanistycznych, systemowych, integracyjnych, poznawczo-behawioralnych (najrzadziej). Zatem sfera nieświadoma jest uwzględniana w różnych konceptualizacjach, a nie tylko w psychodynamicznych.

Pozostałe dwie grupy hipotez okazały się specyficzne tylko dla niektórych podejść terapeutycznych. Hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się (BL1–BL3) występowały tylko w konceptualizacjach poznawczo-behawioralnych, a więc są bardzo specyficzne dla tego podejścia. Niektóre hipotezy (SCE1 i SCE3) z ostatniej grupy („Czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe”) są z kolei specyficzne dla

Tabela 27. Hipotezy wykorzystywane przez psychoterapeutów – podsumowanie

Hipotezy	Podejścia terapeutyczne, w ramach których wykorzystano daną hipotezę
B1: Problem ma przyczyny biologiczne – klient potrzebuje interwencji medycznej w celu ochrony życia i zapobiegnięcie pogorszeniu się jego stanu, a także psychospołecznej pomocy w radzeniu sobie z chorobą, niepełnosprawnością oraz innymi biologicznymi ograniczeniami.	–
B2: Należy rozważyć zastosowanie interwencji medycznej.	–
B3: Ze względu na połączenie między umysłem a ciałem należy poddać leczeniu problemy psychologiczne, które związane są z chorobami cielesnymi, oraz zaburzenia fizjologiczne, które związane są ze stanem umysłu.	–
CS1: Symptomy klienta wskazują, że mamy do czynienia z nagłym przypadkiem ( <i>emergency</i> ) – konieczne jest natychmiastowe działanie.	–
CS2: Symptomy klienta są skutkiem określonych stresorów sytuacyjnych występujących w ostatnim czasie lub wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.	podejście poznawczo-behawioralne, podejście psychodynamiczne, podejście humanistyczne, podejście systemowe, podejście integracyjne
CS3: Klient jest na etapie zmiany i zmaga się z problemami związanymi z przejściem do kolejnej fazy rozwojowej.	podejście humanistyczne, podejście systemowe, podejście integracyjne
CS4: Klient przeżył stratę i potrzebuje wsparcia podczas żaloby lub innych problemów związanych ze stratą.	podejście poznawczo-behawioralne, podejście psychodynamiczne, podejście humanistyczne, podejście systemowe, podejście integracyjne
BL1: Analiza behawioralna problemowych oraz pożądaných zachowań powinna dostarczyć informacji o antecedentach (czynnikach poprzedzających, „wyzwalaczach”) oraz konsekwencjach (następstwach, czynnikach wzmacniających), które będą pomocne w planowaniu interwencji.	podejście poznawczo-behawioralne
BL2: Uwarunkowana reakcja emocjonalna (np. lęk, strach, złość oraz przygnębienie) jest źródłem nadmiernych emocji, zachowań unikowych oraz nieadaptacyjnych mechanizmów służących uniknięciu dotkliwych emocji.	podejście poznawczo-behawioralne

Hipotezy	Podejścia terapeutyczne, w ramach których wykorzystano daną hipotezę
BL3: Problem wynika z deficytów umiejętności, braku kompetencji w zakresie wykorzystania posiadanych umiejętności, zdolności i wiedzy do osiągnięcia własnych celów.	podejście poznawczo-behawioralne
C1: Klient cierpi z powodu zwyczajnych niedogodności życia codziennego i ma nierealistyczne oczekiwania wobec tego, jakie powinno być jego życie.	–
C2: Niewystarczające i przestarzałe elementy w „mapie poznawczej” (np. nieadaptacyjne schematy, założenia, reguły, przekonania i narracje) są przyczyną problemu lub czynnikiem utrudniającym znalezienie rozwiązania.	podejście poznawczo-behawioralne, podejście psychodynamiczne, podejście systemowe, podejście integracyjne
C3: Klient stosuje błędne sposoby przetwarzania informacji (np. nadmierna generalizacja, myślenie zerowo-jedynkowe, „czytanie w myślach”) lub wykazuje nieelastyczny styl poznawczy.	podejście poznawczo-behawioralne
C4: Problem jest wzmocniany i/lub podtrzymywany przez dysfunkcyjny dialog wewnętrzny ( <i>self-talk</i> ).	–
ES1: Klient boryka się z problemami egzystencjalnymi, włączając w to filozoficzne poszukiwanie celu i sensu życia.	podejście psychodynamiczne, podejście humanistyczne, podejście integracyjne
ES2: Klient unika wewnętrznej wolności i autonomii, co wynika z doświadczeń z dzieciństwa, i/lub nie bierze odpowiedzialności za swoje obecne i dawne wybory.	–
ES3: Sedno problemu i/lub środki potrzebne do jego rozwiązania znajdują się w duchowym wymiarze życia, który może (lub nie) obejmować religię.	podejście integracyjne
P1: Problem jest wyjaśniany w terminach aspektów osobowości, które trzeba zidentyfikować, zrozumieć i uporządkować.	podejście psychodynamiczne, podejście systemowe, podejście integracyjne,
P2: Problem jest odtworzeniem doświadczeń z wczesnego dzieciństwa: budzą się emocje i potrzeby z tego okresu oraz wzorce zachowań z rodziny pochodzenia.	podejście poznawczo-behawioralne, podejście psychodynamiczne, podejście humanistyczne, podejście systemowe,
P3: Trudności wynikają z niepowodzeń klienta w rozwoju z powodu niedojrzałego poczucia „Ja” i koncepcji innych, które są charakterystyczne dla małych dzieci.	podejście psychodynamiczne, podejście humanistyczne, podejście integracyjne,

P4: Symptomty lub problemy są wyjaśniane w terminach nieświadomych dynamizmów; mechanizmy obronne utrzymują myśli i emocje poza świadomością	podjęcie psychodynamiczne, podjęcie humanistyczne, podjęcie systemowe, podjęcie integracyjne
SCE1: Problem należy wyjaśnić w kontekście całego systemu rodzinnego.	podjęcie systemowe, podjęcie integracyjne
SCE2: Wiedza na temat kontekstu kulturowego jest niezbędna do zrozumienia problemu i/lub do stworzenia planu interwencji, który uwzględniła wrażliwość na normy, reguły i wartości grupy kulturowej klienta.	–
SCE3: Problem jest spowodowany i podtrzymywany przez brak wsparcia społecznego.	podjęcie systemowe, podjęcie integracyjne
SCE4: Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta.	podjęcie poznawczo-behawioralne
SCE5: Problemy społeczne (np. bieda, dyskryminacja, opresje społeczne) są przyczyną innych problemów; mogą także zaostrzać trudności wynikające innych przyczyn.	–
SCE6: Problem wynika z potencjalnych korzyści i strat związanych ze społeczną rolą pacjenta – osoby zaburzonej psychicznie (mental patient).	–
SCE7: Problem jest wyjaśniany w terminach czynników środowiskowych: rozwiązania mogą obejmować opuszczenie środowiska, otrzymanie zasobów materialnych lub akceptację tego, czego nie można zmienić.	–

Oznaczenia: B1–B3: hipotezy biologiczne, CS1–CS4: kryzys, sytuacje stresowe oraz zmiana, BL1–BL3: hipotezy dotyczące zachowania i uczenia się, C1–C4: hipotezy dotyczące sfery poznawczej, ES1–ES3: hipotezy dotyczące sfery egzystencjalnej i duchowej, P1–P4: nieświadome dynamizmy zachowania, SCE1–SCE7: czynniki społeczne, kulturowe i środowiskowe.

Źródło: opracowanie własne.

podejścia systemowego i integracyjnego. Pewnym wyjątkiem jest hipoteza SCE4 („Trudności związane z wypełnianiem ról społecznych mogą przyczyniać się do dystresu i dysfunkcji klienta”), która okazała się istotna w konceptualizacji poznawczo-behawioralnej. Można więc przypuszczać, że podejście systemowe i integracyjne sprzyjają szczególnie unikaniu błędu minimalizacji kontekstu podczas tworzenia konceptualizacji przypadku.

Badania odnosiły się do cechy definicyjnej konceptualizacji, jaką jest wykorzystywanie ram teoretycznych do tworzenia konceptualizacji przypadku, zarówno w zakresie poszczególnych kategorii pojęciowych, jak i założeń wskazujących na kontekst i powiązania między różnymi elementami konceptualizacji. Z pewnością te ramy są bardzo istotne, jednak, jak wynika z zaprezentowanych analiz, terapeuci nie ograniczają się do ram jednego, dominującego (deklaratywnie) podejścia.

Biorąc pod uwagę wszystkie wskaźniki ilościowe podobieństw (w obrębie pięciu podejść terapeutycznych), zaprezentowane w podrozdziałach 3.5.1.–3.5.5., można stwierdzić, że najbardziej podobne były do siebie konceptualizacje utworzone przez psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych. Być może poznawczo-behawioralny model konceptualizacji przypadku, który ma dość jasną strukturę, temu sprzyja. W przypadku pozostałych podejść wskaźniki podobieństwa są na podobnym poziomie. Ponadto terapeuci poznawczo-behawioralni prawdopodobnie w większym stopniu niż terapeuci psychodynamiczni, humanistyczni i systemowi bazują na jednej głównej teorii psychoterapii i psychopatologii, której się wyczyli.

Warto na koniec dodać, że tam, gdzie psychoterapeuci proponowali techniki terapeutyczne (interwencje) pochodzące z innych podejść niż ich dominująca orientacja teoretyczna i nie wynikało to z przyjętej konceptualizacji problemu pacjentki, mamy do czynienia raczej z eklektyzmem technicznym. Jednak większość terapeutów uwzględniała elementy innej teorii na gruncie konceptualizacji, co wskazywałoby z kolei na integrację.

### 3.6. DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Zastosowana metoda badania pokazuje, jaki może być realny wpływ teorii na tworzenie konceptualizacji przypadku podczas wykonywania zadania polegającego na sporządzeniu mapy pojęciowej. Wnioski są interesujące z kilku powodów.

Zaprezentowano nowe podejście do badań nad konceptualizacją przypadku. W obliczu zmieniającej się terminologii w obrębie różnych nurtów psychoterapii i inkorporowania terminów z jednej teorii do innej istotne wydaje się wyjście poza analizę samych kategorii pojęciowych w oderwaniu od ich sensu empirycznego. Same słowa (terminy) zdają się mieć mniejsze znaczenie niż informacje od pacjenta, którym terapeuta nadaje znaczenie poprzez użycie określonego terminu. W zaprezentowa-

nych badaniach wzięto pod uwagę wyodrębnione empirycznie pola semantyczne, co zwiększyło możliwości badania zgodności między terapeutami w zakresie elementów konceptualizacji i powiązań między nimi, niezależnie od aparatu pojęciowego, jakim się posługiwali.

Badania wykazały, że stopień zgodności między psychoterapeutami w zakresie uwzględnianych pól semantycznych i stosowanych kategorii pojęciowych jest stosunkowo duży. Można mówić o wspólnym trzonie konceptualizacji, niezależnym od teorii, w ramach której powstała. Do powtarzających się elementów konceptualizacji konkretnego przypadku, odnoszących się do podobnych pól semantycznych, należały: utrata osoby znaczącej (ojca), relacje z matką, relacje z ojcem, poczucie winy, obniżony nastrój, lęk, niska samoocena. Co ciekawe, psychoterapeuci korzystali nie tylko z terminów teoretycznych specyficznych dla reprezentowanych przez nich podejść terapeutycznych, ale także z terminów wspólnych dla różnych modalności (niespecyficznych) oraz terminów specyficznych dla innych podejść. W podręcznikach z zakresu psychoterapii pisze się o konceptualizacji w języku danej teorii. W praktyce okazuje się, że nie jest to jeden język, ale wspomaganie się językami pochodzącymi z różnych teorii. Biorąc pod uwagę pragmatyczny sens konceptualizacji przypadku (w służbie dobrej interwencji), to taka rzeczywistość zapewne czemuś służy. Terapeuci wykraczają poza ograniczenia paradygmatyczne, żeby lepiej zrozumieć klienta. Sięgają do innej wiedzy, którą dysponują (np. ze studiów psychologicznych). Można wysunąć przypuszczenie, że funkcja kategorii pojęciowych pochodzących z innych nurtów niż dominujące podejście terapeuty polega na wypełnianiu luk, gdy brakuje konstruktów teoretycznych i odnoszących się do nich określeń na gruncie jednego podejścia. Ciekawego przykładu dostarcza McWilliams (2012). Jak zauważa, osiągnięcia w obrazowaniu mózgu (np. Rebecca L. Barlow, 1998, za: McWilliams, 2012, s. 193) dowodzą, że w mózgu istnieją nieświadome procesy, które powinno się uwzględnić w wyjaśnianiu funkcjonowania poznawczego. Być może psychoterapeuci w praktyce zauważają potrzebę uwzględnienia tych procesów, co wyjaśniałoby odwoływanie się do nieświadomych mechanizmów także przez część psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych. Byłby to argument potwierdzający, że działania wynikające z celów pragmatycznych w psychoterapii wyprzedzają niektóre doniesienia z badań.

W omawianym kontekście interesujące są wyniki ostatnich badań nad specyficznymi i niespecyficznymi interwencjami terapeutycznymi (Tschuschke et al., 2015; Koemeda-Lutz, Crameri, Schulthess i Tschuschke, 2015). Mimo że przedmiot badań był inny, można znaleźć pewne interesujące analogie. Głównym celem przywołanych badań była ocena, jak często psychoterapeuci stosują interwencje terapeutyczne specyficzne dla podejścia, z którym się identyfikują. W ramach badań przeprowadzono analizę transkrypcji rzeczywistych sesji terapeutycznych. W pierwszym badaniu (Tschuschke et al., 2015) poddano analizie nagrania z 262 sesji, pochodzących z 81 terapii indywidualnych, prowadzonych przez psychoterapeutów reprezentujących różne

nurty terapeutyczne (psychoanaliza, terapia Gestalt, integracyjna psychoterapia zorientowana na ciało, logoterapia i analiza egzystencjalna, analiza transakcyjna, analiza bioenergetyczna, analiza procesu). Procent interwencji specyficznych dla podejść terapeutycznych prezentowanych przez poszczególnych psychoterapeutów był zaskakująco niski (od 4,2% do 27,8%). Stosowano więcej interwencji specyficznych dla innych podejść (od 18% do 27%), a najwięcej – niespecyficznych lub wspólnych interwencji (od 50% do 73%). W drugim badaniu (Koemeda-Lutz et al., 2015) przeanalizowano 422 nagrania pochodzące od 42 terapeutów. Dane kodowano za pomocą narzędzia *Rating Manual* (PAP-S-RM). Analizy wykazały, że podejście deklarowane przez terapeutów wyjaśnia tylko niewielki procent wariacji w zakresie typów interwencji. Autorzy badań interpretują te wyniki w kontekście integracyjnego podejścia do psychoterapii, w którym większą rolę przypisuje się niespecyficznym czynnikom terapeutycznym, a mniejszą wagę przywiązuje się do czynników specyficznych dla konkretnych podejść. W świetle tych badań i wyników badań własnych uzasadnione wydaje się przypuszczenie, że podstawą takich niespecyficznych interwencji mogą być niespecyficzne dla tych podejść wyjaśnienia, wyznaczające kierunki interwencji. Zarówno w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku, jak i stosowania interwencji terapeutycznych tendencja jest bardzo podobna, a mianowicie terapeuci nie opierają się ściśle na jednym podejściu terapeutycznym, z którym się identyfikują. Kwestia ta wymagałaby jednak dalszych badań, obejmujących zarówno konceptualizację przypadku, jak i interwencje terapeutyczne.

Wracając do wniosków z badań własnych, zgodność co do elementów konceptualizacji (zbliżonych znaczeniowo kategorii) w obrębie poszczególnych nurtów teoretycznych jest stosunkowo duża. Inaczej sytuacja wygląda, gdy porównujemy powiązania między elementami – różnice są znacznie większe i występują nawet w obrębie tego samego podejścia. Być może wielość opcji połączeń między elementami konceptualizacji, jakie są możliwe na gruncie poszczególnych koncepcji teoretycznych, jest tak duża, że trudno uzyskać podobne mapy pojęciowe obrazujące konceptualizację tego samego przypadku. Ponadto, jak wynika z analiz jakościowych, psychoterapeuci nie trzymają się konsekwentnie jednego modelu terapeutycznego. Możliwości generalizacji tych wniosków są jednak ograniczone. W tym miejscu należałoby dodać, że większa zgodność wcale nie musi oznaczać pozytywnego zjawiska. Jak zauważa Eells (2010b), większa zgodność między terapeutami w zakresie konceptualizacji przypadku może również oznaczać, że myślą oni dość stereotypowo o pacjencie i ich wyjaśnienia są mało zindywidualizowane.

Dotychczasowe ustalenia na podstawie badań własnych podważają niektóre funkcjonujące mity na temat nurtów w psychoterapii. Po pierwsze, funkcjonuje opinia, że konceptualizacja w podejściu poznawczo-behawioralnym jest prosta. Okazuje się, że wyjaśnienia na gruncie tego podejścia bywają też bardzo złożone. Po drugie, mówi się czasem, że terapia Gestalt jest „płynna”, pozbawiona ram teoretycznych. Badania

pokazują, że stopień zgodności między psychoterapeutami humanistycznymi co do elementów konceptualizacji jest porównywalny ze stopniem zgodności między przedstawicielami innych podejść. Po trzecie, dominuje przekonanie, że psychoterapeuci akcentują różne aspekty historii życia pacjenta/klienta w zależności od nurtu psychoterapii, który wykorzystują. Okazuje się, że kwestia akcentów nie jest wcale taka oczywista. W każdym podejściu terapeutycznym, w mniejszym lub większym stopniu, nawiązuje się do historii życia pacjenta/klienta. Badania własne to potwierdzają.

Wyciągając wnioski z uzyskanych wyników, należy wziąć pod uwagę specyfikę metody, która została wykorzystana do badania konceptualizacji przypadku, a także związane z nią ograniczenia. Choć psychoterapeuci biorący udział w badaniach własnych mieli inne warunki tworzenia konceptualizacji, niż ma to miejsce w pracy z klientem/pacjentem, można przyjąć, że w sytuacji optymalnej (możliwość odsłuchania/obejrzenia nagrania z sesji, duże możliwości czasowe itp.) sposób myślenia byłby podobny do tego, który został zaprezentowany w zadaniu diagnostycznym podczas badań. Problem jednak w tym, że takie warunki nie występują w praktyce. Ponadto pierwsza część zadania (kategoryzacja wypowiedzi pacjentki) w pewnym stopniu wymuszała na psychoterapeutach bardziej szczegółową analizę, niż ma to miejsce w realnej sytuacji w gabinecie psychoterapeutycznym. Świadczyłyby o tym nawet spontaniczne wypowiedzi niektórych terapeutów uczestniczących w badaniach, którzy mówili, że było to dla nich ciekawe doświadczenie i że skłoniło ich do drobiazgowej analizy. Tworzenie konceptualizacji w warunkach naturalnych charakteryzuje się także elementami, których zabrakło w badaniach: możliwość samodzielnego zadawania pytań i sprawdzania własnych hipotez (wyznaczanie kierunku rozmowy), dostęp do własnych odczuć w relacji z pacjentem (dane z recypatii), możliwość konsultacji z superwizorem (zobaczenie niedostrzeganych wcześniej aspektów problemu pacjenta). Z tych względów można mówić tylko o pewnym przybliżeniu odkrytych w badaniach treści konceptualizacji przypadku do treści, jakie się pojawiają w pracy z pacjentami w realnej sytuacji terapeutycznej.

Kolejnym ograniczeniem związanym z metodą jest to, że psychoterapeuci mogli wykorzystać tylko te opcje rysowania mapy, które zostały przewidziane w aplikacji komputerowej. Nie mieli np. możliwości pokazania na rysunku mapy, w jaki sposób ogólne kategorie zawierają w sobie kategorie bardziej szczegółowe (relacja zawierania). Jak sygnalizowały niektóre osoby uczestniczące w badaniach, nieco inaczej narysowałyby mapę pojęciową, gdyby rysowały ją na kartce papieru zaraz po obejrzeniu filmu z sesją terapeutyczną. Pewnym ograniczeniem jest też sam fakt prezentowania konceptualizacji przypadku w postaci mapy pojęciowej. Z jednej strony rysowanie mapy stanowi zawsze pewne uproszczenie w stosunku np. do narracji. Z drugiej strony porządkuje sposób myślenia o pacjencie (trzeba np. określić, co jest przyczyną, a co skutkiem). Zatem struktura myślenia była częściowo narzucona terapeutom. W praktyce jest tak, że graficzne reprezentacje konceptualizacji przypadku są po-

wszechne w podejściu poznawczo-behawioralnym, a w pozostałych dominuje raczej forma narracji (Eells, 2010b; McLeod i McLeod, 2016). Tak więc zadanie mogło być nienaturalne dla przedstawicieli podejścia psychodynamicznego, humanistycznego i systemowego.

Ponadto w kontekście praktycznym proces tworzenia konceptualizacji przypadku jest bardziej wbudowany w proces terapeutyczny, czego nie było w zadaniu postawionym przed terapeutami. Opracowanie przypadku rozwija się poprzez rekurencyjny proces diagnozowania (*assessment*), dialog z pacjentem/klientem i rewizję (np. podczas superwizji). Na przykład Eells (2010b) posługuje się określeniem *miniformulation*, żeby podkreślić pojedyncze elementy konceptualizacji, które ukierunkowują interwencję.

W świetle argumentów przywołanych powyżej można stwierdzić, że trafność ekologiczna (*ecological validity*) przeprowadzonego pomiaru jest ograniczona. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że wszyscy badani psychoterapeuci mieli do wykonania to samo zadanie i analizowali ten sam materiał, na pewno dowiadujemy się czegoś o kategoriach pojęciowych i powiązaniach między nimi, jakimi dysponują terapeuci, abstrahując od tego, w jakim stopniu do nich sięgają w realnej sytuacji terapeutycznej.

Mimo ograniczeń i uproszczeń, jakie wiążą się z zastosowaną metodą badania konceptualizacji przypadku, prawdopodobnie udało się uchwycić najważniejsze tendencje obecne współcześnie w myśleniu psychoterapeutów. Zauważalne jest np. dążenie do integracji w psychoterapii, czyli włączania elementów innych teorii niż podstawowy paradygmat. Dzieje się to zarówno na poziomie tworzenia i modyfikacji koncepcji teoretycznych, jak i na poziomie jednostkowym (aktywności psychoterapeutów). W dyskusjach na temat integracji w psychoterapii pojawiają się pytania dotyczące tego, czy uzasadnione jest szukanie odpowiedników pojęć pochodzących z jednego podejścia teoretycznego na gruncie innych nurtów. Z kolei Johnstone i Dallos (2014) stawiają pytanie, czy jest możliwe wykorzystanie mocnych stron różnych podejść i stworzenie zintegrowanego (*integrated*) sformułowania. W pewnym sensie taką funkcję może pełnić model konceptualizacji przypadku według Ingram (2006). W literaturze pojawiła się też idea pluralistycznego podejścia do psychoterapii (w tym także do konceptualizacji), a tym samym zachęta do inkorporowania i wykorzystywania wielu perspektyw teoretycznych, żeby odkryć, co będzie najbardziej pomocne (zgodnie z kryterium użyteczności) dla konkretnego klienta (McLeod i McLeod, 2016; Wachtel, 2012). Jak wynika z badań własnych zaprezentowanych w niniejszym rozdziale, tendencja do włączania elementów pochodzących z innych podejść terapeutycznych niż deklarowane ujawnia się zarówno na poziomie stosowanych terminów teoretycznych, jak i proponowanych powiązań między kategoriami. Nieco inne rozwiązanie prezentują autorzy transdiagnostycznego podejścia do konceptualizacji (terapeuci poznawczo-behawioralni), którzy, budując ogólny model wyjaśniania i formułowania wskazówek co do interwencji, posłużyli się

wynikami badań empirycznych (np. w obszarze psychologii poznawczej, psychologii emocji i motywacji itp.), a nie założeniami innych koncepcji terapeutycznych (Frank, Davidson i Persons, 2014). Otwarte pozostaje pytanie, w jakim stopniu i jak często psychoterapeuci sięgają w praktyce do doniesień z badań empirycznych i czy zależy to od reprezentowanego podejścia.



# Zakończenie

Od kilkunastu co najmniej lat zauważalny jest ogólny trend w rozwoju poszczególnych podejść psychoterapeutycznych – w kierunku integracji z elementami innych teorii oraz przywiązywania coraz większej wagi do znaczenia relacji, zarówno relacji pacjenta/klienta z otoczeniem, jak i relacji terapeutycznej (opisuje to np. Wachtel, 2012). To ostatnie może być wzmocnione doniesieniami z badań wskazującymi na to, że bardzo ważne są niespecyficzne czynniki leczące w psychoterapii, a w szczególności relacja terapeutyczna. Analiza natury konceptualizacji przypadku, zarówno na bazie dostępnej literatury na ten temat, jak i badań empirycznych zaprezentowanych w niniejszej książce pozwala uchwycić ten trend. Język konceptualizacji przypadku prawdopodobnie odzwierciedla bieżący stan rozwoju teorii psychoterapeutycznych, a także to, na czym bazuje się, tworząc ją w praktyce. Temu trendowi może sprzyjać łatwiejszy niż dawniej dostęp terapeutów do wiedzy (zasoby w internecie, liczne warsztaty i szkolenia itp.).

Abstrahując od tego, czy pojęcia są specyficzne czy niespecyficzne dla nurtu, z którym utożsamia się psychoterapeuta, język psychologiczny jest bardzo ważny w procesie tworzenia konceptualizacji przypadku. Pozwala na określenie kierunku powiązania jednych elementów konceptualizacji z innymi. Na przykład gdy pacjent mówi „nikt mnie nie kocha”, to terapeuta może to „zakodować” jako błąd generalizacji. Dzięki temu może on odkryć zniekształcenie poznawcze, czyli coś, co prawdopodobnie nie służy pacjentowi. Niesie to ze sobą informację, że na ten aspekt warto zwrócić uwagę w trakcie planowania interwencji. Język dostarcza ponadto semantycznej sieci powiązań z innymi pojęciami w ramach danej koncepcji teoretycznej. Dzięki temu nie tylko wiadomo, jakich elementów szukać dalej, ale też co ta odkryta właściwość oznacza w funkcjonowaniu pacjenta/klienta. Idąc dalej, można na to spojrzeć także w aspekcie komunikowania się. Psychoterapeuta posługuje się znanymi mu zwrotami, żeby stworzyć komunikatywny obraz problemów pacjenta, ich etiologii i mechanizmów utrzymywania się. Komunikuje go na przykład podczas superwizji, żeby obie strony (superwizor i terapeuta) mogły, poruszając się

we wspólnych ramach teoretycznych, lepiej zrozumieć pacjenta. Osobna kwestia to komunikowanie ustaleń na temat konceptualizacji pacjentowi za pomocą innego języka, pozbawionego terminów teoretycznych.

Na zakończenie należałoby dodać ważną uwagę. Zaprezentowane w tej książce modele konceptualizacji przypadku, z wyjątkiem wspomnianych w podrozdziale 2.4. teorii postmodernistycznych w psychoterapii systemowej, wpisują się we wzorzec terapii modernistycznych, na gruncie których powstały. Ma to swoje konsekwencje dla rozumienia konceptualizacji przypadku. Terapeuta przyjmuje perspektywę tego, który wie lepiej, jakie jest źródło cierpienia pacjenta, jak można mu pomóc, i potrafi ująć to w języku określonej teorii (Chrzastowski i de Barbaro, 2011). Jest to zupełnie inne podejście, niż proponują terapeuci identyfikujący się z ideą postmodernizmu w psychoterapii (np. terapeuci narracyjni), którzy z założenia mają bardzo ograniczone zaufanie do teorii i utrzymują swoje hipotezy w stanie irrewencji, czyli swoistego lekceważenia (Cecchi, Lane i Ray, 1992, za: Chrzastowski i de Barbaro, 2011). Patrząc z tej drugiej perspektywy na kryterium zgodności między terapeutami w zakresie konceptualizacji przypadku, można zauważyć, że duży stopień zgodności może wskazywać nie tylko na stereotypowe i mało zindywidualizowane myślenie o pacjencie/kliencie, ale także na to, że obraz sytuacji, jaki dociera od pacjenta do terapeuty, jest zniekształcony przez teorię (por. Chrzastowski i de Barbaro, 2011). Skoro „teoria do pewnego stopnia dyktuje hipotezy” (Bertrando, 2007, za: Chrzastowski i de Barbaro, 2011, s. 212), to w takiej sytuacji teoria wyznaczałaby w dużym stopniu hipotezy dotyczące problemu pacjenta/klienta i jego przyczyn. Na poziomie procesów poznawczych mielibyśmy do czynienia z interpretacją opartą na kategoriach (*category-based interpretation*), odmienną od interpretacji opartej na osobie (*person-based interpretation*) (Brewer, Harasty i Feinstein, 1999). Proces ten polega na dopasowywaniu napływających informacji do wiedzy terapeuty o kategoriach, do których pacjent lub jego zachowanie zostało zaklasyfikowane. Skutkiem tego może być zatrzymanie się na wiedzy stereotypowej. W świetle tych informacji można uznać kryterium zgodności między terapeutami za niewystarczalne czy wręcz zawodne. Właściwsze, zarówno w perspektywie terapii modernistycznych, jak i postmodernistycznych, wydaje się kryterium użyteczności. Konceptualizacja jest dopóty użyteczna, dopóki jest źródłem wskazówek do interwencji, które okazują się skuteczne dla określonego pacjenta/klienta.

W tym kontekście zestawiania głównych idei modernizmu i postmodernizmu jako podejść opozycyjnych względem siebie, trzeba też dodać, że badania własne, które zostały zaprezentowane w rozdziale 3., także były zakorzenione w podejściu modernistycznym do psychoterapii. Proces tworzenia konceptualizacji przypadku został potraktowany jako ograniczający się głównie do aktywności poznawczej terapeuty, bez elementu dialogu z pacjentką. Ciekawych wniosków mogłyby dostarczyć dalsze badania, które uwzględniałyby również tę drugą perspektywę.

## Podziękowania

Serdecznie dziękuję wszystkim, którzy na różnych etapach powstawania niniejszej książki dzielili się ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem. Szczególnie dziękuję prof. dr. hab. Władysławowi Jackowi Paluchowskiemu za wszelkie inspiracje literaturowe i uwagi dotyczące pierwszej wersji książki, które pozwoliły mi doprecyzować różne kwestie. Dziękuję Recenzentce, prof. dr. hab. Helenie Sęk, za trud przeczytania pracy oraz za cenne uwagi i sugestie. Podziękowania kieruję również do wszystkich osób, z którymi miałam przyjemność współpracować podczas realizacji projektu badawczego, którego wyniki wykorzystałam w niniejszej monografii, a w szczególności dr. Marcie Karbowej-Płowens, dr. Annie Kubiak, dr. Piotrowi Kaczmarkowi, Piotrowi Haładzińskiemu oraz studentom z Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu. Zdobycie tak dużej bazy informacji na temat konceptualizacji przypadku nie byłoby możliwe bez pomocy wszystkich psychoterapeutów, którzy wzięli udział w tak czasochłonnych badaniach. Dziękuję także Dyrekcji Instytutu Psychologii UAM za stwarzanie atmosfery sprzyjającej uprawianiu nauki oraz Koleżankom i Kolegom z Instytutu za twórcze rozmowy na temat diagnozy i psychoterapii. Jestem także wdzięczna mojej rodzinie i bliskim za okazaną wyrozumiałość i wsparcie podczas realizacji tego przedsięwzięcia.



# Załączniki

## ZAŁĄCZNIK 1. TRANSKRYPCJA ROZMOWY PSYCHOTERAPEUTY Z KLIENTKĄ/PACJENTKĄ

P – psychoterapeuta, B – Barbara (klientka/pacjentka)

**P: Proszę mi opowiedzieć o swoim życiu.**

B: Niewiele pamiętam z mojego dzieciństwa, tylko tyle, że byłam nerwowym dzieckiem. Kiedy się czegoś bałam, moja matka nie reagowała na to. Mój ojciec zmarł, kiedy miałam 10 lat. To było straszne. Nie mogłam zrozumieć, jak człowiek może pojechać do szpitala w piątek, a w środę już nie żyć. Po śmierci mojego ojca straciłam zainteresowanie szkołą. Nikogo nie interesowało, co robię dobrze, a co źle (ton głosu oskarżycielski). Po śmierci ojca matka zaczęła pracować. Moja matka była rygorystyczna, chociaż pod pewnymi względami była dla mnie dobra. Kupowała mi np. ubrania i różne rzeczy. Kiedy miałam 20 lat, poznałam mojego przyszłego męża i zaczęliśmy się spotykać. Pobraliśmy się po czterech latach znajomości, ale zamieszkaliśmy w domu mojej matki. Dwa lata po ślubie urodziło się nasze pierwsze dziecko. Często byłam smutna. Moja matka brała sprawy w swoje ręce. Czuję to tak, jakby moja córka nigdy nie była moja. Córka nie przychodziła do mnie z niczym, tylko biegła do mojej matki. Na przykład raz moja córka chciała mieć nową sukienkę i powiedziałam jej: „Nie wiem, czy możemy sobie teraz na to pozwolić”. A ona na to odpowiedziała, że jak ja jej nie kupię sukienki, to pójdzie do babci i babcia jej kupi. Ja to odbieram w ten sposób: „Jeśli Ty mi czegoś nie dasz, to babcia mi da”. To mnie boli! Tak samo jest z Piotrkim, moim synem. Nawet kiedy wracał ze szkoły, od razu kręcił się koło swojej babci. Moje relacje z matką nigdy nie były ciepłe. Matka nas biła. Nigdy nie starała się nas zrozumieć.

**P: Proszę teraz opowiedzieć o swojej relacji z mężem.**

B: Mój mąż, Bartek, jest strasznie miły i słodki. On jest wspaniałym mężczyzną. Mąż jest zły na moją matkę, bo ona zjednuje sobie Piotrka i Dorotkę poprzez kupowanie

im różnych rzeczy i to go rani, ponieważ uważa, że nie powinno tak być. Wydaje mi się, że on czuje, że nie odniósł sukcesu. On się z tym źle czuje. Mieliśmy niewiele do powiedzenia w sprawie naszych dzieci.

**P: A co może Pani powiedzieć o swoich doświadczeniach seksualnych?**

B: Pamiętam, jak matka mówiła mi, że jak jakiś chłopak mnie pocałuje, to będzie prosta droga do tego, że będę miała dziecko. Kiedy zaczęłam spotykać się z chłopakami, to się bałam. Uciekałam przed bliskością, bo bałam się, że będę miała dziecko. Seks nie miał dla mnie znaczenia, bo zawsze mieszkałam w domu mojej matki. Bałam się, że matka nas nakryje. Dlatego kochaliśmy się z moim chłopakiem tylko jak byliśmy daleko, na wakacjach. Od kiedy wyprowadziliśmy się z domu mojej matki, nasze życie seksualne też się poprawiło (dłuższa pauza).

**P: O czym Pani teraz myśli?**

B: Myślę, że powinnam powiedzieć, o czym myślę.

**P: Jest Pani trudno mówić o tym, o czym Pani myśli?**

B: Nie wiem, co powiedzieć... Dlaczego tak się denerwuję, kiedy moja córka choruje? Zawsze myślę, że ona zachoruje i umrze. Planowaliśmy spotkanie z naszym synem w ten weekend. Jest dzień rodziców i on chciał, żebyśmy przyjechali. Piotrek uczy się w szkole w innym mieście. I wyobrażam sobie, że on czuje się trochę wyobcowany wśród chłopców, którzy mają więcej pieniędzy. On tego nie pisał w swoich listach do nas, ale wyobrażam sobie, że ciężko jest być tylko na stypendium, tak poza domem.

**P: A jak Pani się czuje w ostatnim czasie?**

B: Czuję się beznadziejnie. Nie mam żadnych ambicji. Nie troszczę się o doprowadzenie różnych spraw do końca. Pamiętam, jak moja matka mówiła mi, że nic nie potrafię zrobić. Nie potrafię pościelić łóżka. Nie umiem szyć. Nie umiem gotować... Mogłabym nie żyć, jeśli tak ma wyglądać moje życie.

**P: To jest powód, dla którego zgłosiła się Pani do mnie?**

B: To wszystko nastąpiło nagle. Nigdy nie myślałam o sobie tak dużo jak w ciągu ostatnich paru dni. Czuję się winna, ponieważ o wszystko obwiniam moją matkę. Nie zdawałam sobie sprawy, że ona była przyczyną wszystkiego. Czuję, że to zawsze było moim problemem. Pan musi mi pomóc. Ja nie mogę tak żyć. Boję się otworzyć usta. Boję się, że powiem coś nie tak.

**P: Czego Pani się obawia?**

B: Nie wiem... Może boję się mojej matki? Czuję się winna, mówiąc o niej za jej plecami... Nie myślałam nigdy o tym. Moja matka ingerowała w wychowywanie moich dzieci. Mówiłam Panu o Dorotce. Ona była pierwsza. Ale potem moja matka zabierała zawsze Piotrkę na spacer i pokazywała swoim znajomym. Mówiła: „Czyż nie mamy pięknego chłopca?”. I wszystkie kobiety brały go na ręce. Ja byłam wściekła, ponieważ wiedziałam, że dziecko może się przeziębici. Oczywiście wyprowadziliśmy się od mojej matki, zanim Piotrek zaczął chodzić i mówić, więc moja matka nie widywała się z nim tak często jak z Dorotką. Matka rządziła wszystkimi wkóło.

**P: A co Pani może powiedzieć o swoim mężu?**

B: Nie wiem. On przyszedł niedawno późnym wieczorem, a ja płakałam i mówiłam: „Jestem strasznie przygnębiona”. A on zapytał, czy obiad jest gotowy. I to wszystko. Naprawdę nikt nikogo nie potrzebuje. Nikt się o nikogo nie troszczy. Nikt nie interesuje się tym, co ktoś inny przeżywa w środku. To jest straszne, kiedy człowiek dowiaduje się czegoś okropnego o sobie (łkanie pacjentki).

**P: Zastanawiam się, z jakiego powodu czuje się Pani winna?**

B: Może dlatego, że ja udawałam przez te wszystkie lata, przed wszystkimi.

**P: Co mogłoby się stać, gdyby Pani postawiła się np. swojej matce?**

B: Jednego dnia ją nastraszyłam. Powiedziałam: „Jak będziesz się do mnie zwracać w ten sposób, to nie pozwolę Dorotce do Ciebie przychodzić”. Nie potrafiłam powiedzieć spokojnie. Powiedziałam to w okropny sposób (agresywny ton). Nie potrafiłam rozmawiać z nią spokojnie.

Nie kocham mojej matki. Czemu nie odkryłam tego wcześniej? Nic nie osiągnęłam. Przez całe moje życie małżeńskie nic nie zrobiłam. Nie wiem, po co ja żyję!

**P: Widzę, że jest Pani ciężko. Czy jest coś jeszcze, oprócz relacji między Panią a Pani matką, co Panią niepokoi?**

B: Czasami mam poczucie winy, jak w domu nie ma porządku. Często czuję się winna, jak nie robię czegoś na czas. Ciągle patrzę na zegarek. Myślę, że to się wzięło u mnie z czasów, kiedy mieszkałam z matką, i jak jestem w swoim domu, to czuję się podobnie. Czuję, że szlag mnie trafi, jeśli nie posprzątam np. pod łóżkiem. To jest głupie, bo mój mąż mi nigdy nic nie mówi. Boję się robić to, co inne kobiety robią bez żadnych obaw. Na przykład jak inne kobiety chcą sobie wyjść w nocy na imprezę. Ja się nawet obawiam powiedzieć mężowi, że chciałabym wyjść ze znajomymi na jakieś dobre jedzenie. Kiedy wracam późno do domu, zawsze obawiam się, że stanie się coś złego. To mi psuje całą zabawę. Wolę zostać w domu, niż popsuć sobie humor poprzez poczucie winy. Mój mąż nigdy nie narzeka, jeśli nie zrobię obiadu na czas, ale ja ciągle czuję, że nie powinnam wychodzić z domu wieczorem, żeby się zabawić.

**P: Zastanawiam się, z jakiego powodu czuje się Pani winna?**

B: Czulałam, że nie mam prawa wychodzić z domu i się bawić. Powinnam myć podłogi i gotować. Nawet zanim urodziła się moja córka, miałam poczucie winy, gdy byłam aktywna w amatorskiej grupie teatralnej. Kilka razy w tygodniu wychodziłam na próby późnym wieczorem.

**P: Z kim Pani wychodziła na spotkania grupy teatralnej?**

B: W mojej grupie było wiele kobiet, byli też mężczyźni. Byłam dobrą aktorką. Zawsze szybko uczyłam się swoich kwestii, zanim inni się nauczyli. Ale miałam poczucie, że to zajęcie nie przynosi mi żadnego zarobku (krótka pauza). Kiedy się przeprowadziliśmy... To nasza córka miała dalej do szkoły. No i tam był duży ruch na ulicy... Nasza córka chodziła z rówieśnikami do szkoły. Któregoś ranka jedno z dzieci sąsiadów zostało potrącone przez samochód. I po tym doświadczeniu

musiałam sama odwozić córkę do szkoły cztery razy dziennie. Ach... Robiłam to przez cztery lata, niezależnie od pogody. Tak jak już mówiłam, miałam poczucie winy, gdy wychodziłam z domu i miałam dobry czas.

**P: Martwiła się Pani, co inni ludzie mogą pomyśleć, jak Pani wychodzi z domu na spotkania grupy teatralnej?**

B: Co ma Pan na myśli?

**P: Mówiła Pani, że czuje się winna. Ale z jakiego powodu? Wobec kogo?**

B: Myśli Pan, że mam poczucie winy wobec mojego męża? Tak, to może być prawda. Może czuję, że nie powinnam sprawiać sobie przyjemności... Czuję się winna z wielu powodów... To jest głupie. Czuję się winna, kiedy proszę mojego męża o pieniądze. Inne kobiety nie obawiają się tego. Nie wiem, dlaczego czuję się w ten sposób. Boję się prosić o pieniądze, ale kiedy to robię, to mąż mi nigdy nie odmawia. On jest do wszystkiego pozytywnie nastawiony.

**P: Jak mówi mi Pani o swoim mężu i życiu małżeńskim, to wydaje mi się, że mówi Pani o finansowej stronie. Zastanawiam się, czemu tak jest?**

B: Może czuję, że powinnam wyjść za mężczyznę, który ma więcej pieniędzy. Ale ja kochałam Bartka. I wciąż go kocham. On jest słodki. Jest starszy ode mnie. On jest... Jak się pobraliśmy, on był całkiem egoistą, ponieważ długo był kawalerem. Teraz on jest bardziej troskliwy. Jest słodki i wyrozumiały... Ale on mnie hamuje. Powstrzymuje mnie od wielu rzeczy, które chciałabym robić. Chciałabym wychodzić z domu i się bawić, ale nie mogę tego robić. Mój mąż bardzo rzadko chce gdzieś wyjść wieczorem z wizytą do znajomych.

**P: Jak Pani się czuje, gdy mąż Panią od czegoś powstrzymuje?**

B: Zapominam o tym, nie robię z tego problemu. Nie odważyłabym się mu powiedzieć, że jestem na niego wkurzona. On prawdopodobnie też czasami jest na mnie wkurzony.

**P: Z jakiego powodu Pani mąż mógłby być na panią wkurzony?**

B: Myślę, że Bartek mógłby być na mnie naprawdę zły, bo opowiadałam wiele głupot. Pewnie zastanawia się, jak mógł poślubić taką dziewczynę jak ja (pausa). Na początku małżeństwa byłam zadowolona, ale później spadło moje zainteresowanie.

**P: Co się później stało?**

B: Moje życie stało się bardzo monotonne. Czuję w środku, że chciałabym być dziewczynką i nie chciałabym być do niczego przywiązana. Kiedy byłam młoda, chciałam uciec daleko od domu. Kiedy byłam małą dziewczynką, dom nie miał znaczenia. Byłam zadowolona, kiedy byłam poza domem. Nie lubiłam domu i teraz też go nie lubię. Nie cierpię prac domowych i czuję się winna, jeśli ich nie wykonuję. Czy to może być przeniesione z przeszłości?

**P: Ale Pani dom teraz bardzo różni się od tego, jaki Pani miała w dzieciństwie...**

B: Nie lubiłam robić nic w domu wtedy i teraz też nie lubię. To brzmi logicznie. Chociaż to jest mój własny dom, to nie lubię w nim przebywać. Choć czuję, że należy

do mnie, to wciąż tego nie lubię. Czuję, że w ten sposób byłam wychowywana. Dom nigdy nie był miejscem, w którym można być szczęśliwym.

**P: Powiedziała Pani, że Pani życie stało się bardziej monotonne. Z czym to Pani wiąże?**

B: Myślę, że to jest mój błąd. Ja naprawdę powinnam wychodzić z domu.

**P: Co ma Pani namyśli, mówiąc „to jest mój błąd”?**

B: Myślę, że nie powinnam... Powinnam być bardziej zajęta w ciągu dnia, żeby nie martwiła się tym, że zostaję w domu, że jestem znudzona i prowadzę spokojne życie. Ale... Nie wiem, co ja... Czuję, że nie mam odpowiednich umiejętności, żeby znaleźć pracę. Potrafiłam coś zrobić, jak należałam do grupy teatralnej i odgrywałam role, ale nie sprawdziłam się w żadnej profesjonalnej pracy. Mogłabym tylko pracować w sklepie z pamiątkami lub jako recepcjonistka, lub coś podobnego. Nie ukończyłam żadnego kursu... na sekretarkę lub coś podobnego. Ale przypuszczam, że mogłabym to zrobić.

**P: Tak.**

B: Nie wiem, co się ze mną dzieje... Mam zbyt łatwe życie i na to narzekam... Mam dwoje cudownych dzieci. Mam wspaniałego męża. Mam uroczy dom... Ale nie jestem szczęśliwa. To nie ma sensu.

**P: Mówi Pani, że Pani życie jest zbyt proste...**

B: Mówię, że dzieje się tak, bo ja... To, co mam, przyszło mi zbyt łatwo i jestem... Jestem niezadowolona... Jeśli nie zdobyłam tego ciężką pracą, to nie powinnam na nic narzekać, prawda?

**P: Jak Pani to widzi?**

B: To wydaje mi się logiczne. Wydaje się, że moje życie jest za łatwe. Nie jestem szczęśliwa i ciągle narzekam. Wiele osób ma w życiu gorzej niż ja. Dlaczego miałabym narzekać? Dlaczego miałabym być nieszczęśliwa? Jak to o mnie świadczy? Nie wiem, czego w życiu chcę. Nie wiem, co jest moim celem w życiu. Powinnam być zadowolona, prawda? Ale nie jestem. Jestem nieszczęśliwa.

**P: Nie chodzi o to, czy Pani powinna, czy nie powinna być zadowolona, ale o fakt, że nie czuje się Pani szczęśliwa i możemy się zastanowić, czemu tak jest.**

B: Ale jest mi wstyd, jak narzekam na to, ponieważ mam tak dużo. Mam na myśli to, że mam... dobrego męża i fajny dom, i wspaniałą córkę i syna. To mnie zawstydza. Nie wiem, czemu jestem nieszczęśliwa, nie potrafię tego stwierdzić. Nie wiem, do czego dążę. Czego chcę? Czego oczekuję od życia? Czemu muszę czuć się cały czas znudzona? Dlaczego życie musi być takie monotonne? Dlatego że nie mam wystarczająco dużo roboty? Bo mam dużo czasu? Gdybym wychodziła z domu i pracowała, to prawdopodobnie nie czułabym się tak jak teraz... Chciałabym uciec gdzieś daleko... i być daleko od mojego domu. Ale myślę, że to z braku zajęć, braku zainteresowań, braku pracy... Może to jest to, czego potrzebuję. Piotrek wyjechał daleko do szkoły. Dorotka rośnie, prawie mnie nie potrzebuje... może tylko do tego, żeby robiła jej

posiłki itp., ale do niczego więcej. Mój mąż potrzebuje mnie tylko do tego, żebym gotowała i robiła różne rzeczy w domu.

**P: Jakie rzeczy?**

B: Zmywanie i sprzątanie, ale poza tym ja... Mam czas dla siebie.

**P: Pani zdaniem, to są naprawdę jedyne rzeczy, których Pani mąż od Pani potrzebuje?**

B: On jest bardzo... On wydaje się zadowolony z życia, jakie prowadzi. Ja nie ingeruję w jego życie. Wydaje się, że on lubi wracać do domu, przebywać w domu i odpoczywać po pracy. Mój mąż jest prawnikiem i pracuje w kancelarii. Ja nie mogę w to ingerować. Jak próbowałam, to mi nie wychodziło. My jesteśmy... dwiema kompletnie różnymi osobami. On jest bardzo spokojny i zdystansowany, a ja przeciwnie. Lubię dobrze spędzić czas. Lubię się bawić. A on lubi spokojne życie.

**P: Ale te różnice osobowościowe nie przeszkadzały Pani przez ostatnie 16 lat?**

B: Myślałam o tym... Tak, przeszkadzały. Kiedyś byliśmy z wizytą u znajomych i dobrze się bawiłam, a on nagle powiedział: „Wracajmy do domu”. Więc musiałam szybko wyjść i wrócić do domu. Chcę przez to powiedzieć, że trwało to przez lata. To nic nowego. Jak Panu mówiłam, kiedy jesteśmy gdzieś zaproszeni w gości i mój mąż jest zmęczony, to nie idziemy. A ja nie czuję się na tyle stara, żeby siedzieć cały czas w domu. Chciałabym się cieszyć i bawić. Czy to źle? Czy nie mówię jak dziecko? Czy to nie świadczy o mojej niedojrzałości?

**P: A Pani myśli, że tak jest?**

B: Obawiam się powiedzieć, że tak jest. Myślę, że to jest dziecinne, chcieć dobrze spędzić czas i zapewnić sobie przyjemności. Myślę, że teraz, kiedy moje dzieci dorastają i kiedy ja się starzeję, powinnam chcieć się ustatkować i wieść bardzo spokojne życie.

**P: Skąd pomyśli, że Pani tak powinna żyć?**

B: Nie wiem... Nie mogę wychodzić z domu i robić rzeczy, które robiłam, chociaż wciąż czuję się tak, jakbym mogła to robić. Mam na myśli to, co czuję w środku. Ale to jest niewłaściwe, żeby tak robić. Myślę, że bym mogła mieć lepszy czas, ale obawiam się, co ludzie powiedzą. Moi przyjaciele, mój mąż.

**P: Jak Pani myśli, co oni mogliby powiedzieć?**

B: Powiedzą, że ona powinna dorosnąć, ona nie jest... Ona ma dorastające dzieci, powinna się zachowywać jak matka (śmiejek okazujący zakłopotanie). Ale Bartek jest bardzo powściągliwy... nie powściągliwy, ale spokojny. On jest bardzo spokojny. Nie bawiłam się, wychodząc gdzieś z moim mężem, bo on lubi chodzić do miejsc, gdzie można zjeść, wypać się i zrelaksować, idąc wcześniej do łóżka. Ale wychodziłam z nim. Nie lubiłam nawet wyjeżdżać z nim w czasie wakacji..., ale wyjeżdżałam. On cały czas chciał odpoczywać, a ja nie jestem zmęczona. Chcę się bawić, chcę żyć, przebywać z ludźmi. Czy to coś złego?

**P: Jak się Pani z tym czuje?**

B: Nie wiem... Nie mogę zrozumieć... Nic na to nie mówiłam. Nie mówiłam: „Chciałabym gdzieś pójść, gdzie jest wesoło”. Trzymałam buzię na kłódkę i nic nie mówiłam o tym..., bo wiedziałam, że nic dobrego z tego nie wyniknie, jak coś powiem. Miałam to zawsze z tyłu głowy. Wyjeżdżaliśmy na wakacje na cztery dni i wtedy siedziałam na werandzie i coś sobie czytałam. Mogłam to robić w domu. A ludzie mówili: „Och, musisz mieć wspaniały czas na wakacjach”. A ja umierałam z nudów! Miałam dość każdej minuty. Oczywiście ja nic nie mówiłam o tym mojemu mężowi. Mówiłam, że było miło... Ale nienawidziłam tego. Nie będę z nim wyjeżdżać. I nie mogę jechać sama, więc utkwiałam w miejscu (półuśmiech). Wydaje mi się, że mogę wyjechać tylko w jeden sposób... to znaczy wyjechać z nim i robić to, co on chce. Widzi Pan, jak ja i mój mąż jesteśmy różni? Dokładnie jak noc i dzień. Czuję, że dużo straciłam, jak byłam młodsza. Nie miałam na nic pozwolenia. Ale ja myślałam o małżeństwie i... mogłoby być inaczej. Ale nic się nie zmieniło. Mam na myśli przyjemności... Brzmi to dziwnie, prawda? (pauza) Ale mój mąż jest tak dobry, że ja nie mogę... Przypuszczam, że nie mogę być inna niż on... Nie mogę się z nim nie zgadzać, dopóki jest tak, jak jest... Nie mogę powiedzieć: „Zamierzam wyjść wieczorem do klubu nocnego i ty możesz zostać w domu”. Nigdy tego nie zrobiłam. Nie powiedziałam Bartkowi, jak się z tym czuję..., bo on mógłby tego nie zrozumieć... Mógłby pomyśleć, że zachowuję się jak dziecko.

**P: Kiedy była Pani zaręczona z mężem, to czy było coś, co mogło Pani kompensować ten czas społecznie mało ekscytujący?**

B: Nie było nic takiego. Nic. Byłam młoda, byłam szaleńczo zakochana. Myślałam, że on jest cudowny i go adorowałam. Nie patrzyłam na nic innego. On był słodki... Nie potrzebowałam... Nie chciałam nic innego. On był troskliwy i delikatny. Ja pracowałam wtedy w sklepie z pamiątkami, byłam na zastępstwie jednego lata. On mnie podwoził rano do pracy i zabierał mnie z pracy wieczorem o 17.30. Myślałam, że on jest taki wspaniały. A Bartek jest bardzo spokojny. Mogę powiedzieć, że on... on niczym się zbytnio nie przejmuję. On miał bardzo ciężkie życie, zbyt ciężkie, bo pracował, jak był w szkole średniej... w czasie lata. A jego rodzina była biedna. On był naprawdę... On jest naprawdę wspaniały. On sam do wszystkiego doszedł (pauza). Jest człowiekiem, na którym można zawsze polegać. Zawsze był, kiedy go potrzebowałam.

**P: Brzmi tak, jakby Pani była teraz rozczarowana?**

B: Rozczarowana? (pauza) Nie, nie wiem. Może tak jest, ponieważ ja... On jest starszy. Może gdybym wyszła za kogoś młodszego..., nie byłoby tak... Bartek jest bardzo podobny do mojego ojca, jak go pamiętam. On był godny zaufania, miał wspaniałe cechy.

**P: Mówi Pani, że Pani mąż jest podobny do Pani ojca.**

B: Bartek ma wiele podobnych cech. On jest uprzejmy i robi śniadanie w niedzielę rano, i jest taki dobroduszny dla dzieci i dla mnie...

**P: Jest coś, czego oczekuje się od męża, a nie oczekuje się od ojca?**

B: Miłość i towarzystwo? Romantyzm? (pauza) Tak jest, kiedy jest się młodym. Jak się jest starszym, to nic nie znaczy. Kiedy jest się długo w związku małżeńskim, to się całkowicie zmienia, prawda?

**P: Co ma Pani na myśli, mówiąc: „To się całkowicie zmienia”?**

B: Nie wiem, kiedy jest się młodym, to jest opieka nad dziećmi, a kiedy jest się starszym, to tego nie ma... Być w związku małżeńskim, jak jest się starszym, to jest pewnego rodzaju przyzwyczajenie. Chodzi o to, że jest to jak mycie zębów. To jest... jest mąż i tak już jest... Wiem, że nie jest później tak samo, jak jest, gdy jest się młodym (pauza). Bartek nie jest wylewną osobą.

**P: Co ma Pani na myśli, mówiąc „wylewny”?**

B: Chodzi mi o to, że on... On nie zwraca się do mnie pieszczotliwie, jak niektórzy mężowie nazywają swoje żony, on nie okazuje żadnych uczuć, jak niektórzy mężowie okazują swoim żonom..., jak widzę. Och, to jest niedorzeczne, żebym o tym mówiła, ponieważ nie da się nic zrobić. To jest takie głupie. Nie mogę wychodzić z domu i jutro się rozwiodę, ponieważ mam męża, który lubi zostawać w domu cały czas. Nie mogę tego zrobić.

**P: Co spowodowało, że Pani pomyślała o rozwodzie?**

B: To nie jest coś, co ludzie zwykle robią, jak są nieszcześliwi? Oni może... Może jestem dziecinna, myśląc o tym w ten sposób. Może nie powinnam nawet o tym pomyśleć. Jak moja matka mówi: „Jak sobie pościelisz, tak się wyśpisz”. Nie rozmyślałam o tym z matką, co miała na myśli, ale... ona mówiła o tym, że... No wie Pan.

**P: Zastanawiam się, dlaczego akurat te słowa Pani przywołała.**

B: „Jak sobie pościelisz, tak się wyśpisz”?

**P: Tak.**

B: Nie wiem, słyszałam to od mojej matki. Jest coś, co się robi i co trzeba... przyjąc (westchnienie). Nie ma sposobu, żeby od tego uciec. Och, nie wiem, są dni, kiedy wyobrażam sobie, że odchodzę i... widzę, jak wygląda inna strona świata. Ale tak nie jest. Czy to brzmi tak, jak bym narzekała?

**P: Myśli Pani, że tak jest?**

B: Nie wiem, czy jest to narzekanie? Czy brak szczęścia też jest narzekaniem?

**P: Nie wiem. Jeśli chce Pani to nazwać, myślę, że Pani wydaje się rozczarowana.**

B: Rozczarowana. Być może jestem rozczarowana. Jestem rozczarowana przez całe moje życie. To nic nowego. (pauza) Ale później mam poczucie winy, że o tym mówię... Bo czuję, że Bartek jest dla mnie dobry... Więc ja nie powinnam narzekać... Być może nie jestem wystarczająco dojrzała. Może ciągle jestem dzieckiem. Może za dużo oczekuję. Nie wiem.

**P: Co ma Pani na myśli, mówiąc: „Oczekuję za dużo”?**

B: Może za dużo oczekiwałam od życia. Ja nie umiem... Sama nie wiem. Nic nie jest doskonałe. Czasami zastanawiam się, czy gdybyśmy mieszkali sami, po tym, jak

wysłałam za męża, czy byłoby inaczej. Może gdybyśmy mieszkali sami, nasze życie byłoby inne? Być może żylibyśmy inaczej, być może... Sama nie wiem.

**P: Jak żylibyście inaczej?**

B: Może tak jest, bo byliśmy skrupowani, kiedy byliśmy w domu.

**P: A później, kiedy się przeprowadziliście z domu Pani matki, zahamowania zniknęły. To coś zmieniło?**

B: Tak i nie. Nie wiem. Ja nie mogę... Może... Nie potrafię tego wyjaśnić. Byś może te uczucia zostały z nami (przepraszający uśmiech). Czy to jest możliwe?

**P: Pani może mi powiedzieć, czy tak jest czy nie.**

B: (śmiech) Być może nie czuliśmy, że to jest ważne, bo byliśmy skrupowani przez tak wiele lat. Czy to jest możliwe?

**P: Mówi Pani „my czuliśmy”, a co Pani czuła?**

B: Każde z nas. Jak sądzę. Nie wiem, może nie ja, ale mój mąż czuł się w ten sposób, nie wiem. Nigdy go o to nie pytałam.

**P: A jak Pani się czuła?**

B: Czułam się odprężona i czułam ulgę, kiedy byłam w moim własnym domu..., ponieważ czułam się wolna. Nic mnie nie martwiło. (pauza) Wciąż czuję się tak w moim własnym domu.

**P: Przedstawiła Pani obraz swojego życia małżeńskiego. Opowiedziała Pani o swoim mężu, że jest pracowity, hojny i tak dalej. Wydaje mi się, że w tym wszystkim, co Pani opowiedziała, czegoś brakowało – relacji seksualnej między Panią i Pani mężem. Zastanowiło mnie, z jakiego powodu Pani pominęła ten temat i czy jest Pani trudno o tym mówić.**

B: Nie lubię mówić o takich osobistych sprawach.

**P: Ale wie Pani, że w psychoterapii to może być ważny temat.**

B: Wiem. (pauza) Jest mi trudno o tym mówić, bo nigdy nie rozmawiałam na ten temat z nikim, nigdy. Zawsze myślałam, że to jest coś, co należy tylko do mnie. Nie rozumiem, czemu jest to takie ważne, czemu takie rzeczy naprawdę... stanowią problem.

**P: Ponieważ jest to część całego obrazu i żeby go zrozumieć, musimy uchwycić wszystkie części.**

B: Tak, jest tak, jak Pan mówi.

**ZAŁĄCZNIK 2.**  
**PROFIL ZAWODOWY PSYCHOTERAPEUTY**  
**(ANKIETA)**

**I. Kształcenie zawodowe**

*Proszę o podanie szczegółowych informacji na temat swojego wykształcenia bazowego oraz kształcenia psychoterapeutycznego, podając daty oraz przybliżony czas trwania w latach. W odpowiednich miejscach proszę wstawić znak „x”.*

Ukończone studia wyższe:

- psychologiczne (proszę podać rok ukończenia) .....
- inne niż psychologiczne (proszę wpisać jakie oraz rok ukończenia)
- .....

Ukończone studia podyplomowe:

- NIE
- JESTEM W TRAKCIE STUDIÓW (proszę wpisać kierunek)
- .....
- TAK (proszę wpisać kierunek i rok ukończenia) .....

Ukończone studia doktoranckie:

- NIE
- JESTEM W TRAKCIE STUDIÓW (proszę wpisać kierunek)
- .....
- TAK (proszę wpisać kierunek i rok ukończenia) .....

Ukończona szkoła psychoterapii:

- NIE
- JESTEM W TRAKCIE SZKOLENIA (proszę podać nurt teoretyczny i który to rok szkolenia) .....
- TAK (proszę podać nurt teoretyczny, czas trwania w latach oraz rok ukończenia)
- .....

Ukończone ważniejsze szkolenia, kursy lub warsztaty w zakresie pomocy psychologicznej lub/i psychoterapeutycznej:

] NIE

] TAK (proszę podać w skrócie temat szkolenia, czas trwania oraz przybliżoną liczbę godzin) .....

.....

.....

Ukończone inne szkolenia zawodowe (niezwiązane bezpośrednio z psychoterapią lub psychologią):

] NIE

] TAK (proszę podać temat szkolenia, czas trwania oraz przybliżoną liczbę godzin)

.....

.....

.....

Uczestnictwo w konferencjach lub sympozjach naukowych w ciągu ostatnich 5 lat:

] NIE

] TAK – bierne uczestnictwo (proszę podać, ile razy w roku) .....

] TAK – aktywne uczestnictwo, np. referat, poster (proszę podać, ile razy w roku)

.....

## II. Praca zawodowa

*Proszę o podanie kilku informacji dotyczących pracy zawodowej, ze szczególnych uwzględnieniem pracy psychoterapeutycznej.*

Dominująca orientacja teoretyczna (modalność) wykorzystywana przez Panią/Pana w pracy z pacjentem/klientem:

] humanistyczna

] poznawczo-behawioralna

] psychodynamiczna

] systemowa

] inna (proszę podać jaka) .....

Inne orientacje teoretyczne (modalności) wykorzystywane przez Panią/Pana w pracy

z pacjentem/klientem:

] humanistyczna

] poznawczo-behawioralna

] psychodynamiczna

] systemowa

inna (proszę podać, jaka) .....

Korzystanie z superwizji własnej pracy psychoterapeutycznej w ciągu ostatnich 5 lat:

- NIE  
 TAK – superwizja indywidualna (proszę napisać, jak często) .....  
 TAK – superwizja grupowa (proszę napisać, jak często) .....  
 TAK – superwizja koleżeńska lub rówieśnicza (proszę napisać, jak często)  
 .....

Treści poruszane podczas superwizowania własnej pracy psychoterapeutycznej mają wpływ na moją pracę z pacjentem/klientem w stopniu:

- bardzo małym  
 małym

- umiarkowanym  
 dużym  
 bardzo dużym

Moje obszary aktywności zawodowej (proszę podać w przybliżeniu, jaki odsetek całkowitego czasu (100%) pracy poświęca Pani/Pan aktualnie na daną aktywność):

- diagnoza psychologiczna (nie licząc diagnozy w ramach psychoterapii) ... %  
 psychoterapia indywidualna ... %  
 psychoterapia grupowa ... %  
 psychoterapia rodzinna/małżeńska ... %  
 poradnictwo (counselling) ... %  
 interwencja w kryzysie ... %  
 prowadzenie działalności naukowej (badania, publikacje) ... %  
 prowadzenie działalności dydaktycznej ... %  
 superwizja pracy innych psychoterapeutów ... %  
 inne (proszę podać jakie) ..... %

Lata pracy w ramach poszczególnych obszarów aktywności zawodowej (proszę podać liczbę lat pracy):

- diagnoza psychologiczna (nie licząc diagnozy w ramach psychoterapii) ... lat/a  
 psychoterapia indywidualna ... lat/a  
 psychoterapia grupowa ... lat/a  
 psychoterapia rodzinna/małżeńska ... lat/a  
 poradnictwo (counselling) ... lat/a  
 interwencja w kryzysie ... lat/a  
 prowadzenie działalności naukowej (badania, publikacje) ... lat/a

- ] prowadzenie działalności dydaktycznej ... lat/a  
 ] superwizja pracy innych psychoterapeutów ... lat/a  
 ] inne (proszę podać, jakie) ..... .. lat/a

Przybliżona liczba godzin pracy psychoterapeutycznej w tygodniu (dane z ostatnich 5 lat): .....

Z jakimi pacjentami/klientami najczęściej Pani/Pan pracuje (rodzaj zaburzeń, zgłaszane problemy): .....

.....

.....

Przynależność do organizacji profesjonalnych (np. towarzystw psychoterapii):

- ] NIE  
 ] TAK (proszę podać liczbę organizacji profesjonalnych, których jest Pani/Pan członkiem) .....

## ZAŁĄCZNIK 3. MACIERZE PODOBIENSTWA MIĘDZY MAPAMI POJĘCIOWYMI

### a) Podobieństwo kategorii

Nr	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	45	47	48	49	50
31	100	44	65	53	42	71	33	62	47	45	36	81	48	27	59	71	57	53	40	62
32	44	100	47	39	50	46	54	50	61	62	39	48	52	68	64	52	48	84	58	57
33	65	47	100	74	81	79	47	75	55	62	69	73	89	44	95	83	61	52	52	69
34	53	39	74	100	83	61	45	48	54	63	89	81	80	60	91	77	73	54	60	66
35	42	50	81	83	100	78	47	42	62	41	75	68	60	40	79	67	58	43	68	71
36	71	46	79	61	78	100	71	76	67	69	55	68	71	50	83	74	61	73	56	73
37	33	54	47	45	47	71	100	69	66	62	33	77	26	64	46	44	45	64	64	50
38	62	50	75	48	42	76	69	100	76	54	69	65	63	65	55	68	70	72	76	50
39	47	61	55	54	62	67	66	76	100	44	58	77	60	40	74	68	62	74	65	55
40	45	62	62	63	41	69	62	54	44	100	50	66	42	48	51	52	34	86	65	59
41	36	39	69	89	75	55	33	69	58	50	100	62	44	60	76	82	71	29	87	58
42	81	48	73	81	68	68	77	65	77	66	62	100	62	59	72	71	68	78	73	74
43	48	52	89	80	60	71	26	63	60	42	44	62	100	62	82	86	56	44	50	60
44	27	68	44	60	40	50	64	65	40	48	60	59	62	100	50	67	45	71	38	52
45	59	64	95	91	79	83	46	55	74	51	76	72	82	50	100	78	72	57	67	74
46	71	52	83	77	67	74	44	68	68	52	82	71	86	67	78	100	75	41	67	63
47	57	48	61	73	58	61	45	70	62	34	71	68	56	45	72	75	100	32	64	68
48	53	84	52	54	43	73	64	72	74	86	29	78	44	71	57	41	32	100	83	64
49	40	58	52	60	68	56	64	76	65	65	87	73	50	38	67	67	64	83	100	64
50	62	57	69	66	71	73	50	50	55	59	58	74	60	52	74	63	68	64	64	100

Oznaczenia: Nr – nr mapy, 0–100 – wskaźniki podobieństwa (procentowe).

### b) Podobieństwo całkowite

Nr	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	45	47	48	49	50
31	100	0	37	32	0	32	11	33	12	27	14	23	16	0	31	45	22	10	13	38
32	0	100	10	18	0	4	33	23	7	26	26	26	26	0	38	33	11	19	41	21
33	37	10	100	31	16	25	0	36	5	25	37	25	16	0	28	31	11	4	17	0
34	32	18	31	100	21	36	6	21	27	55	73	39	28	12	77	67	54	36	31	4
35	0	0	16	21	100	7	0	8	16	8	35	9	14	0	23	18	25	8	14	0
36	32	4	25	36	7	100	0	21	12	21	28	29	15	9	37	43	29	0	19	6
37	11	33	0	6	0	0	100	29	8	16	0	15	0	0	8	6	4	9	0	0
38	33	23	36	21	8	21	29	100	36	40	50	39	15	6	39	46	38	31	51	5
39	12	7	5	27	16	12	8	36	100	11	29	23	0	0	24	26	11	8	12	0
40	27	26	25	55	8	21	16	40	11	100	46	35	30	6	30	43	20	47	25	3
41	14	26	37	73	35	28	0	50	29	46	100	46	19	15	61	60	57	0	64	9
42	23	26	25	39	9	29	15	39	23	35	46	100	24	6	32	44	34	4	40	15
43	16	26	16	28	14	15	0	15	0	30	16	24	100	0	21	37	22	8	0	11
44	0	0	0	12	0	9	0	6	0	6	15	6	0	100	3	9	11	4	0	0
45	31	38	28	77	23	37	8	39	24	30	61	32	21	3	100	53	38	33	17	8
46	45	33	31	67	18	43	6	46	26	43	60	44	37	9	53	100	40	33	42	14
47	22	11	11	54	25	29	4	38	11	20	57	34	22	11	38	40	100	12	28	0
48	10	19	4	36	8	0	9	31	8	47	0	4	8	4	33	33	12	100	12	0
49	13	41	17	31	14	19	0	51	12	25	64	40	0	0	17	42	28	12	100	14
50	38	21	0	4	0	6	0	5	0	3	9	15	11	0	8	14	0	0	14	100

Oznaczenia: Nr – nr mapy, 0–100 – wskaźniki podobieństwa (procentowe).

# Bibliografia

- Bandura, A. (1977/2015). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P. (1993). Advances in measures of psychodynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 574–585.
- Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Diguier, L. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 145-148.
- Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Diguier, L. (1998). Stability of the CCRT from before psychotherapy starts to the early sessions. W: L. Luborsky, P. Crits-Christoph (red.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (ss. 253–260). New York: Basic Books.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, J.S. (1979). *Cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Beck, J.S. (2012). *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bieling, P.J., Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (1), 52–69.
- Brewer, M.B., Feinstein, A. S.H. (1999). Dual processes in the cognitive representation of persons and social categories. Dual-process theories in social psychology. W: Sh. Chaiken, Y. Trope (red.), *Dual-process Theories in Social Psychology* (ss. 255–270). New York – London: Guilford Press.
- Brownell, Ph. (2005). Gestalt Therapy in Community Mental Health. W: A.L. Woldt, S.M. Toman (red.), *Gestalt therapy. History, theory and practice* (ss. 257–278). Los Angeles – London – New Delhi – Singapore – Washington DC – Boston: Sage Publications.
- Bruch, M., Bond, F.W. (red.) (1998). *Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT*. New York: Wiley.
- Butcher, J., Perry, J. (2008). *Personality assessment in treatment planning: Use of the MMPI-2 and BTPI*. Oxford: Oxford University Press.

- Butler, G. (1998). Clinical formulation. *Comprehensive clinical psychology*, 6, 1–24.
- Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., Graver, R., Schwartz, A. R. (2013). *Psychodynamic formulation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Caspar, F. (2010). Plan Analysis. W: T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 251–289). New York: Guilford Press.
- Chrząstowski, Sz. (2014). *Nie tylko schemat. Praktyka systemowej terapii rodzin*. Warszawa: Paradygmat.
- Chrząstowski, Sz., Barbaro, B. de (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cierpiałkowska, L. (2016). Współczesna psychoanaliza i jej znaczenie dla praktyki klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 101–125). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Czabała, Cz. (2016). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 605–638). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E., Sęk, H. (2016a). Modele diagnozy klinicznej a problemy diagnostyczne. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 197–212). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E., Sęk, H. (2016b). Postępowanie diagnostyczne psychologia klinicznego a konteksty i sytuacje społeczne tworzenia diagnozy. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 215–232). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Wolska, A. (2003). Diagnoza w psychoterapii. W: L. Cierpiałkowska, A. Wolska (red.), *Komunikowanie się w psychoterapii. Wybrane zagadnienia* (ss. 9–29). Szczecin: AMP Studio Paweł Majewski.
- Clemmens, M. C. (2012). The interactive field: Gestalt therapy as an embodied relational dialogue. W: T. Bar-Yoseph Levine (red.), *Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice* (ss. 39–48). London: Routledge.
- Cooper, M., Dryden, W., Martin, K., Papayianny, F. (2016). Methaterapeutic communication and shared decision-making. W: M. Cooper, W. Dryden (red.), *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy* (ss. 42–54). London: Sage Publications.
- Corrie, S., Lane, D. A. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. London: Karnac Books.
- Crellin, C. (1998). Origins and social contexts of the term „formulation” in psychological case-reports. *Clinical Psychology Forum*, 112, 18–28.
- Cullen, C., Combes, H. (2006). Formulation from the perspective of contextualism. W: N. Tarrier (red.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases* (ss. 36–51). London: Routledge.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G. (2010). The Plan Formulation Method. W: T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 198–220). New York: Guilford Press.
- Dawson, D., Moghaddam, N. (2015). *Formulation in action: Applying psychological theory to clinical practice*. Berlin: Walter de Gruyter.

- Denman, C. (1995). What is the point of a formulation. The art and science of assessment in psychotherapy. W: Ch. Mace (red.), *The Art and Science of Assessment in Psychotherapy* (ss. 167–181). London: Routledge.
- Division of Clinical Psychology (2001). *The Core Purpose and Philosophy of the Profession*. Leicester: British Psychological Society.
- Dollard, J., Auld Jr, F., White, A. M. (1953). *Steps in psychotherapy. Study of a case of sex-fear conflict*. New York: Macmillan.
- Drat-Ruszczak, K. (2016). Przedmowa do wydania polskiego. W: G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (red.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (ss. 9–13). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Eells, T.D. (2010a). History and Current Status of Psychotherapy. W: T.D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 3–32). New York: Guilford Press.
- Eells, T.D. (2010b). Comparing the Methods: Where is the Common Ground. W: T.D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 412–432). New York: Guilford Press.
- Eells, T.D. (red.) (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T.D. (red.) (2010). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T.D., Kendjelic, E.M., Lucas, C.P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144–153.
- Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C., Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579–589.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403–415.
- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 7(1), 2–42.
- Ellis, A. (1997). Using Rational Emotive Behavior Therapy techniques to cope with disability. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 17–22.
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (red.). *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (2016). Podejście psychoterapii Gestalt do psychopatologii. W: G. Francesetti, M., Gecele, J. Roubal (red.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (ss. 31–35). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Frank, R.I., Davidson, J., Persons, J.B. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning. Practical Guidance for Clinical Decision Making*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Goldfried, M.R., Pomeranz, D.M. (1968). Role of assessment in behavior modification. *Psychological Reports*, 23 (1), 75–87.
- Haarbosch, V., Newey, I. (2006). Feeling one's way in the dark: applying the scientist-practitioner model with young people who sexually offend. W: D. A. Lane, S. Corrie (red.), *The modern scientist-practitioner. A guide to practice in psychology* (ss. 130–145). Hove: Routledge.
- Hallam, R.S. (2013). *Individual case formulation*. Waltham: Academic Press.
- Horowitz, M., Eells, T. (1993). Case formulations using role-relationship model configurations: A reliability study. *Psychotherapy Research*, 3(1), 57–68.
- Hunsley, J., Mash, E.J. (2010). The role of assessment in evidence-based practice. W: M.M. Antony, D.H. Barlow (red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (ss. 3–33). New York: Guilford Press.
- Ingram, B.L. (2006). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ingram, B.L. (2009a). The case of Ms. Q: A demonstration of integrative psychotherapy guided by „core clinical hypotheses”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5 (1), 1–42.
- Ingram, B.L. (2009b). Where Does the „Core Clinical Hypothesis” Model Fit Among Models of Integrative Psychotherapy? *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5 (1), 69–79.
- Jakubowska, U. (2005). Terapia behawioralno-poznawcza – według Vitkusa. W: L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki* (ss. 204–209). Warszawa: Eneteia.
- Johnstone, L., Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. London: Routledge.
- Johnstone, L., Whomsley, S., Cole, S., Oliver, N. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: British Psychological Society.
- Józefik, B. (2016). Koncepcje systemowe i ich znaczenie dla psychologii klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 171–194). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Kaczmarek, P., Słysz, A. (2017a). *Investigation of a method for comparing experts' categorization process during case formulation task* (artykuł w recenzji).
- Kaczmarek, P., Słysz, A. (2017b). *Metoda porównywania struktury map pojęciowych* (niepublikowany raport z badań).
- Kanfer, F.H., Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12 (6), 529–538.
- Kendjelic, E.M., Eells, T.D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), 66–77.
- Kenofer, B. (2015). Developing Gestalt Case Conceptualization. *Gestalt Review*, 19 (2), 110–132.
- Klein, M. (2007). *Miłość, poczucie winy i reparacja*. Gdańsk – Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schulthess, P., Tschuschke, V. (2015). *Specificity and Pace Variability of Therapists' Interventions under Naturalistic Conditions*. Conference Paper, Conference: Society for Psychotherapy Research at Klagenfurt.
- Kolakowski, A., Pawełczyk, A. (2010). Uczenie wstępnej konceptualizacji poznawczej na podstawie postaci z bajek i literatury pięknej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10 (4), 303–310.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., Dudley, R. (2009). *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford Press.
- Lampropoulos, G. K. (2009). Issues in the development, practice, training, and research of integrative therapies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5 (1), 52–57.
- Lane, D. A. (1990). *The impossible child*. Stoke-on Trent. London: Trentham Books.
- Lane, D. A., Corrie, S. (2006). Counselling Psychology: Its influences and future. *Counselling Psychology Review-British Psychological Society*, 21 (1), 12–24.
- Lazare, A. (1976). The psychiatric examination in the walk-in clinic: Hypothesis generation and hypothesis testing. *Archives of General Psychiatry*, 33 (1), 96–102.
- Lobb, M. S. (2016). Podstawy i rozwój psychoterapii Gestalt we współczesnym kontekście. W: G. Francesetti, M., Gecele, J. Roubal (red.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (ss. 41–76). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Luborsky, L., Barrett, M. S. (2010). The Core Conflictual Relationship Theme: A Basic Case Formulation Method. W: T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 105–135). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. Washington DC: American Psychological Association.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10 (1), 11–113.
- Manassis, K. (2015). *Opracowanie przypadku w terapii dzieci i młodzieży*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mann, D. (2010). *Gestalt therapy: 100 key points and techniques*. London: Routledge.
- Marciszewski, W. (2000). *Logika współczesna w zastosowaniu do nauk społecznych*. Warszawa: Fundacja na rzecz Informatyki, Logiki i Matematyki.
- Mayfield, W. A., Kardash, C. M., Kivlighan Jr, D. M. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. *Journal of counseling Psychology*, 46 (4), 504–514.
- McLeod, J., McLeod, J. (2016). Assessment and Formulation in Pluralistic Counselling and Psychotherapy. W: M. Cooper, W. Dryden (red.), *The Handbook of Pluralistic Counselling and Psychotherapy* (ss. 15–27). London: Sage Publications.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk – Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McWilliams, N. (2012). *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Messer, S.B., Wolitzky, D.L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance. W: J.C. Muran, J.P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence based guide to practice* (ss. 97–122). New York: Guilford Press.
- Mizerska, R. (2016). O polskim wydaniu Psychoterapii Gestalt w praktyce klinicznej. W: G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (red.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (ss. 15–23). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Moghaddam, N., Dawson, D. (2015). Cognitive-Behavioural Therapy. W: D. Dawson, N. Moghaddam (red.), *Formulation in Action: Applying Psychological Theory to Clinical Practice* (ss. 36–54). Berlin – New York: Walter de Gruyter.
- Harper, D.J., Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating „formulation”. *Clinical Psychology*, 23, 6–10.
- Mumma, G.H. (1998). Improving cognitive case formulations and treatment planning in clinical practice and research. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12 (3), 251–274.
- Needleman, L.D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners*. London: Routledge.
- Noyes, A.P., Kolb, L. (1963). *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Paluchowski, W.J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Scholar.
- Peebles-Kleiger, M.J. (2002). Elaboration of some sequence analysis strategies: Examples and guidelines for level of confidence. *Journal of Personality Assessment*, 79 (1), 19–38.
- Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951/2013). *Gestalt therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. London: Souvenir Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J.B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Persons, J.B., Tompkins, M.A. (2010). Cognitive-Behavioral Case Formulation. W: T.D. Eells (red), *Handbook of psychotherapy case formulation* (ss. 290–316). New York: Guilford Press.
- Popiel, A., Prąglowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- Prochaska, J.O., Norcross J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska, J.M. (2005). Terapia behawioralno-poznawcza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki* (ss. 133–174). Warszawa: Eneteia.
- Reiter, M.D. (2014). Developing case conceptualization. W: M.D. Reiter (red.), *Case conceptualization in family therapy* (ss. 1–20). Boston: Pearson Higher Education.
- Reiter, M.D., Ray, W.A. (2014). Strategic family therapy. W: M.D. Reiter (red.), *Case conceptualization in family therapy* (ss. 126–142). Boston: Pearson Higher Education.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters*. Boston: Houghton Mifflin.

- Roth, P. (2015). Pozycja paranoidalno-schizoidalna. W: C. Bronstein (red.), *Teoria kliniczna: Perspektywa współczesna* (ss. 63–82). Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal.
- Roubal, J., Gecele, M., Francesetti, G. (2016). Diagnostyka w psychoterapii Gestalt. W: G. Francesetti, M., Gecele, J. Roubal (red.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu* (ss. 101–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Sapp, M. (2009). *Psychodynamic, affective and behavioral theories to psychotherapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Sęk, H. (2016). Podejście fenomenologiczne, egzystencjalne i humanistyczne w psychologii klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 157–170). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Siewierska, A., Śliwczyńska, J., Namysłowska, I. (2008). Czy możliwa jest diagnoza systemowa? *Psychiatria Polska*, XLII (1), 17–24.
- Słysz, A. (2014). *Refleksje nad diagnozą psychologiczną. Pytania i odpowiedzi*. Poznań: Wyd. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Słysz, A. (2015). Analiza koncepcji kluczowych hipotez klinicznych Barbary Ingram pod kątem przydatności w diagnostyce psychologicznej. *Studia Psychologiczne*, 53 (2), 19–28.
- Słysz, A., Haładziński, P., Kaczmarek, P. (2017). *The structure of the knowledge of psychotherapists and its determinants, on the example of case conceptualization* (artykuł w recenzji).
- Słysz, A., Kaczmarek, P. (2017). Jak badać proces konceptualizacji przypadku? Propozycja metody z wykorzystaniem aplikacji komputerowej. W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie – wyzwania i konteksty*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Sokolik, Z. (2005). Neopsyoanaliza. W: L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki* (ss. 117–120). Warszawa: Eneteia.
- Soroko, E. (2014). Internal relationship patterns in borderline and neurotic personality organization: An analysis of self-narratives. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12 (3), 9–28.
- Sperry, L. (2005). Case conceptualization: A strategy for incorporating individual, couple and family dynamics in the treatment process. *The American Journal of Family Therapy*, 33 (5), 353–364.
- Sperry, L. (2010). *Highly effective therapy: Developing essential clinical competencies in counseling and psychotherapy*. Abingdon: Taylor & Francis.
- Sperry, L., Sperry, J.J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. London: Routledge.
- Stake, R.E. (2009). Jakościowe stadium przypadku. W: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych* (t. 1, ss. 623–654). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2011). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk – Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W.J. (2008). Podstawy diagnozy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, ss. 23–94). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stemplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, W.J. (2013). The reliability of projective techniques as tools of psychological assessment. Part 1: Why it is unjustified to describe some of them as projective? *Problems of Forensic Sciences*, 93, 421–437.

- Stricker, G. (2009). A contribution to Psychotherapy integration. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5 (1), 43–51.
- Sturmey, P. (2009). *Clinical case formulation: Varieties of approaches*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Summers R., Barber J.P. (2014). *Terapia psychodynamiczna. Praktyka oparta na dowodach*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tarnowska, M., Kofta, M., Jedliński, K. (2015). Czynniki sprzyjające i niesprzyjające podmiotowemu spostrzeganiu pacjenta przez terapeutę. *Roczniki Psychologiczne*, XVIII (3), 381–406.
- Tarrier, N., Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30 (3), 311–328.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, S., Wyl, A. von, Schulthess, P., Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25 (4), 420–434.
- Urbański, M. (2009). *Rozumowania abdukcyjne. Modele i procedury*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Wachtel, P.L. (2012). *Komunikacja terapeutyczna*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Wells, A. (2010). *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Westin, D. (2012). Wady i zalety podejścia prototypowego, czyli diagnozy psychiatrycznej przez porównanie z prototypem. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21 (3), 155–174.
- Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk – Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zalewski, B., Filipiak, M., Tarnowska, M. (2012). Metoda symulowanego klienta w nauczaniu diagnostyki klinicznej w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18 (1), 43–48.
- Zinker, J. (1991). *Proces twórczy w terapii Gestalt*. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co.
- Zubernis, L., Snyder, M. (2016). *Case Conceptualization and Effective Interventions: Assessing and Treating Mental, Emotional, and Behavioral Disorders*. Los Angeles: Sage Publications.
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103–126.