

Artur Kołakowski^{1,2}, Krzysztof Piórowski^{1,3}, Jeremi Strzałek⁴

Meandry konceptualizacji. Część 1. Kiedy konceptualizacja spotyka się z diagnozą

Meanders of conceptualisation. Part 1. When conceptualisation meets diagnosis


¹Szkoła Psychoterapii Crescentia, Warszawa, Polska

²Zespół Gabinetów Psychoterapeutycznych Poza Schematami, Warszawa, Polska

³Toruński Ośrodek Psychoterapii i Pomocy Psychologicznej, Toruń, Polska

⁴Klinika Neurochirurgii, Chirurgii Kręgosłupa i Nerwów Obwodowych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Krzysztof Piórowski, Toruński Ośrodek Psychoterapii i Pomocy Psychologicznej, ul. Tadeusza Kościuszki 54/36, 87-100 Toruń, e-mail: k.piorowski@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2025.0024>

ORCID iDs

1. Artur Kołakowski <https://orcid.org/0000-0001-7826-5912>

2. Krzysztof Piórowski <https://orcid.org/0009-0007-5961-812X>

3. Jeremi Strzałek <https://orcid.org/0009-0007-7694-2730>

Streszczenie

W artykule przedstawiono znaczenie konceptualizacji przypadku w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Konceptualizacja to kluczowy element pozwalający terapeutę zrozumieć problemy pacjenta i zaplanować adekwatny proces psychoterapii. Opracowanie konceptualizacji powstaje we współpracy z pacjentem i dotyczy analizy jego obecnych trudności i historii życia oraz przyczyn powstałych problemów. Proces tworzenia konceptualizacji przypadku umożliwia wyznaczenie kierunków terapii i wybór adekwatnego protokołu leczenia. Omówiono także z perspektywy teoretycznej proces budowania konceptualizacji uwzględniający etap diagnozy i podano przykłady praktyczne. Wskazano ponadto na niezwykle ważny podczas konceptualizowania pacjenta proces superwizji oraz zaprezentowano jego praktyczny przykład w ujęciu poznawczo-behawioralnym. Dodatkowym celem artykułu było umożliwienie czytelnikom wykorzystania zawartych w nim informacji jako wskazówek, które mogą okazać się pomocne w przygotowywaniu opisu konceptualizacji pacjenta oraz w omawianiu konceptualizacji z pacjentem.

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, konceptualizacja przypadku, konceptualizacja poznawczo-behawioralna

Abstract

The article presents the importance of case conceptualisation in cognitive behavioural therapy. Conceptualisation is a key element that allows the therapist to understand the patient's problems and plan an appropriate course of psychotherapy. The development of a conceptualisation is carried out in collaboration with the patient and involves analysing their current difficulties, life history, and the causes of the problems. The process of creating a case conceptualisation enables the determination of therapeutic directions and the selection of an appropriate treatment protocol. The article also discusses, from a theoretical perspective, the process of building a conceptualisation, including the diagnostic stage, and provides practical examples. Additionally, it highlights the crucial role of supervision during patient conceptualisation and presents a practical example in a cognitive behavioural framework. Another aim of the article is to enable readers to use the information it contains as guidance, which may be helpful in preparing a patient conceptualisation report and in discussing the conceptualisation with the patient.

Keywords: cognitive behavioural therapy, case conceptualisation, cognitive behavioural conceptualisation

WSTĘP

Zagadnienie konceptualizacji przypadku w psychoterapii poznawczo-behawioralnej jest w ostatnich latach coraz częściej dyskutowane i opisywane. Potrzebny jest rozwój podejścia związanego z tworzeniem konceptualizacji, gdyż nie tylko przybliża ona terapeutę do próby całościowego zrozumienia pacjenta, jego funkcjonowania i trudności oraz wpływu trudności na życie, ale przede wszystkim pozwala zaplanować konkretne oddziaływania psychoterapeutyczne i adekwatny plan terapii. W efekcie dobrze przygotowana konceptualizacja będzie wpływała na jakość prowadzonej psychoterapii. W różnych nurtach terapeutycznych ta kwestia wygląda różnie, zwłaszcza jeśli chodzi o wytyczne i plan terapii. Dobrze opracowana konceptualizacja pozwala terapeutce poznawczo-behawioralnej na wybór odpowiedniego protokołu leczenia, który zawiera techniki pracy adekwatne dla danego rodzaju problemu/zaburzenia.

Celem niniejszego artykułu nie jest przegląd piśmiennictwa dotyczącego konceptualizacji ani teoretyczna analiza tego zagadnienia. Na ten temat dostępnych jest relatywnie sporo opracowań zarówno w języku polskim, jak i angielskim (por. m.in. Easden i Fletcher, 2020; Easden i Kazantzis, 2018; Grzankowska, 2023; Kołakowski i Pawełczyk, 2010; Kuyken *et al.*, 2009; Needleman, 1999; Persons, 2006; Popiel i Pragłowska, 2022; Słysz, 2017; Spencer *et al.*, 2020; Stefaniak i Łysiak, 2024; Wright *et al.*, 2005). Celem autorów niniejszej pracy było natomiast przedstawienie, z praktycznego punktu widzenia, kilku najważniejszych (według nich) filarów opracowanej w nurcie poznawczo-behawioralnym wystarczająco dobrej konceptualizacji przypadku. W związku z tym zaprezentowano ideę i znaczenie danego obszaru konceptualizacji, którą uzupełniono o przykłady praktyczne. Tworzenie konceptualizacji jest jedną z podstawowych umiejętności, którą powinien posiadać każdy psychoterapeuta. Proces jej nauki i doskonalenia trwa jednak zwykle co najmniej kilka lat i odbywa się podczas kształcenia w czteroletnich szkołach psychoterapii poznawczo-behawioralnej i na spotkaniach superwizyjnych, a także w dalszej samodzielnej praktyce psychoterapeutycznej.

Konceptualizacja przypadku w terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy*, CBT) nadaje znaczenie trudnościom pacjenta, przedstawia ich rozwój i wyznacza kierunki leczenia (Kuyken *et al.*, 2009). Tworzenie konceptualizacji przypadku jest procesem, w którym terapeuta najpierw opisuje, co się dzieje tu i teraz oraz co się działo kiedyś (a mogłoby mieć związek z obecnymi trudnościami), a następnie wyjaśnia możliwe przyczyny powstania zgłaszanych trudności i rozwoju zaburzenia w odniesieniu do konkretnej teorii oraz badań naukowych. Jedną z podstawowych funkcji konceptualizacji jest wyznaczanie kierunku terapii, czego efektem ma być złagodzenie lub wyeliminowanie objawów bądź wyleczenie zaburzenia (Kuyken *et al.*, 2009).

Dodatkowym potwierdzeniem znaczenia konceptualizacji przypadku w psychoterapii są różnego rodzaju badania nad związkiem

między kompetencjami terapeutów w odniesieniu do ich umiejętności konceptualizowania przypadku a postępami i wynikami prowadzonej przez nich psychoterapii. Dla przykładu, już Kuyken i wsp. (2016) w wyniku analiz opisywanych modeli i badań nad nimi doszli do wniosku, że istnieje związek pomiędzy dobrze przygotowaną konceptualizacją przypadku a wynikami prowadzonej terapii. Z kolei Easden i Fletcher (2020) wykazali, że zwiększone kompetencje w zakresie konstruowania konceptualizacji w przypadku prowadzonej terapii z pacjentami z depresją były związane z większą redukcją nasilenia jej objawów.

KIEDY DIAGNOZA SPOTYKA SIĘ Z KONCEPTUALIZACJĄ

Terapia poznawcza ma długą historię, sięgającą lat 60. zeszłego wieku. Można więc mówić raczej nie o jednym rodzaju terapii, ale o całej grupie CBT, w tym też o terapiach trzeciej fali. Autorzy w niniejszym artykule chcą skupić się przede wszystkim na klasycznym podejściu poznawczo-behawioralnym. Jednym z jego podstawowych założeń jest uznanie, że terapia służy przede wszystkim leczeniu zaburzeń psychicznych. Nie jest więc elitarna, czyli dostępna dla bogatych mieszkańców wielkich miast, ale raczej egalitarna, czyli próbuje nieść pomoc jak najszerzej grupie pacjentów, w ograniczonym czasie trwania leczenia, zarówno w dużych miastach, jak i małych miejscowościach. Dodatkowo w ostatnich latach różnego rodzaju zalecenia i wytyczne zaczynają podkreślać skuteczność podobnych oddziaływań podejmowanych online (Kowalski *et al.*, 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Tak rozumiana klasyczna CBT może zajmować się ograniczoną liczbą problemów i trudności pacjenta. Skupia się przede wszystkim na leczeniu konkretnego zaburzenia, a więc na doprowadzeniu do ustąpienia objawów lub – częściej – na zmniejszeniu ich nasilenia. Warto również zaznaczyć, że nawet w klasycznym ujęciu CBT oprócz pracy z objawem coraz częściej bierze się pod uwagę także poprawę jakości życia pacjenta (Beck, 2020). Takie założenie niesie ze sobą oczywiście wiele ograniczeń szeroko opisywanych w piśmiennictwie. Na przykład w trakcie ograniczonego w czasie leczenia konkretnego zaburzenia (np. depresji, lęku społecznego) nie jest zwykle możliwe zajmowanie się innymi, „życiowymi” problemami pacjenta. By być skuteczną, terapia nie może więc być wymyślana od nowa dla każdego kolejnego pacjenta, ale raczej powinna opierać się na programach terapii, których skuteczność została potwierdzona badaniami (często potocznie mówi się o „protokołach” leczenia). Istnieją wyspecjalizowane wydawnictwa, na których stronach można znaleźć szeroki wybór takich programów, na przykład seria „Treatments That Work” publikowana przez Oxford University Press, z której część pozycji wydało jedno z polskich wydawnictw.

Dodatkowo warto zauważyć, że to klasyczne podejście poznawczo-behawioralne nie ogranicza się jedynie do pracy z zaburzeniami opisanymi w DSM-5-TR czy ICD-11, ale dotyczy także często występujących problemów

<p>1. Badanie pacjenta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wywiad dotyczący podstawowego problemu 2) Wywiad dotyczący pozostałych problemów (aktywne pytania dotyczące głównych zaburzeń) 3) Historia leczenia (terapia + leki) 4) Badanie stanu psychicznego <p>2. Wywiad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obecne funkcjonowanie pacjenta w trzech sferach życia (osobistej, zawodowej, społecznej) 2) Historia życia, w której największą uwagę zwraca się na to, co działo się w relacjach pacjenta zarówno z ważnymi osobami, jak i rówieśnikami <p>3. Planowanie leczenia na podstawie wytycznych</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Miejsce CBT w leczeniu 2) Jaki program będzie podstawą leczenia <p>4. Przedstawienie planu leczenia. Omówienie, czym terapia będzie się zajmowała, a czym nie. Oszacowanie długości trwania terapii</p> <p>5. Kontrakt i psychoedukacja</p> <p>6. Pierwsza sesja terapeutyczna (cele klienta związane z leczeniem zaburzenia)</p>
--

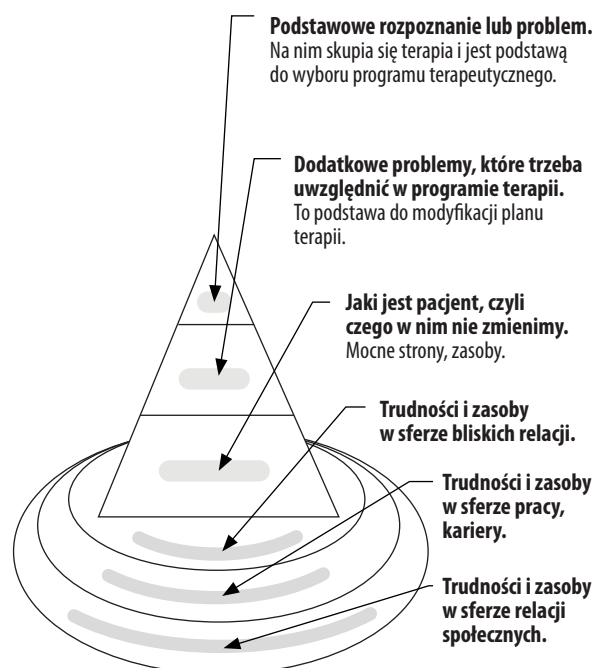
Tab. 1. Przykładowy subiektywny model pierwszych spotkań z pacjentem przed rozpoczęciem psychoterapii (opracowanie własne)

psychologicznych, na przykład niskiej samooceny, perfekcjonizmu, myśli samobójczych czy samouszkodzeń (por. Fennell, 2008; Gordon, 2023; Keegan, 2024; Walsh, 2014). Jeśli tak rozumie się model psychoterapii, to pierwsze sesje poświęcone są na coś, czego większość podręczników nie opisuje, czyli często koncentrują się one na poznawaniu i rozeznaniu, to jest określeniu oczekiwań pacjenta, postawieniu i omówieniu diagnozy oraz wybraniu odpowiedniego programu terapeutycznego (tab. 1).

Bardzo praktycznym modelem graficznym konceptualizacji diagnozy przeprowadzonej na potrzeby psychoterapii jest tzw. model kapelusza (Kołakowski, 2023) (ryc. 1), na którym terapeuta stara się umieścić podstawowe informacje na temat objawów pacjenta i jego funkcjonowania w różnych sferach życia. Poniżej przedstawiono syntetyczny opis modelu i praktyczny przykład jego zastosowania (tab. 2):

1. Podstawowe rozpoznanie, z którym wiąże się model terapii.

U wielu pacjentów trafiających na psychoterapię można na podstawie wywiadu, badania i analizy dokumentacji



192 Ryc. 1. Model konceptualizacji diagnozy (opracowanie własne)

rozpoznać więcej niż jedno zaburzenie. W takim wypadku istotne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, które z tych rozpoznań jest istotne z perspektywy pracy w trakcie terapii.

2. Dodatkowe problemy, które należy uwzględnić w planie terapii.

Może być to zaburzenie współistniejące, ale także inny złożony problem psychologiczny, na przykład niska samoocena, słaba regulacja emocji lub perfekcjonizm. Każdy z tych problemów warto uwzględnić już na etapie planowania terapii.

3. Jaki jest pacjent, czyli czego w nim nie zmieniać.

Zawsze istnieje pokusa, by „pójść trochę za daleko”. Wyobraźmy sobie sytuację, że jedziemy do warsztatu samochodowego na wymianę opon, a mechanik wycenił nam lakierowanie i chce, byśmy zostawili nasz samochód na kilka tygodni. Pacjenci żyją w realnym świecie, tak więc to, co dzieje się wokół nich, może wpływać na ich zaangażowanie w proces terapii i możliwość uzyskania poprawy. Na pewno znaczenie ma to, czy pacjent jest osobą samotną, czy może liczyć na wsparcie bliskich osób, czy ma stabilną sytuację zawodową, czuje się kompetentny w tym, co robi, czy niedawno stracił pracę. Czy w przypadku trudności może się zwrócić o pomoc do znajomych czy też nie ma sieci społecznego wsparcia.

4. Funkcjonowanie w sferze bliskich relacji

– w pewnym uproszczeniu osoby, z którymi pacjent mieszka, spotyka się lub rozmawia codziennie lub prawie codziennie i które mają wyraźny wpływ na jego decyzje i codzienne funkcjonowanie.

5. Funkcjonowanie w sferze pracy, kariery

– jak radzi sobie w pracy z jej wykonywaniem, jakie ma relacje ze współpracownikami i przełożonymi, jak radzi sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych w pracy.

6. Funkcjonowanie w sferze relacji społecznych

– jak generalnie pacjent radzi sobie w relacjach społecznych z innymi ludźmi, w szkole, na uczelni, gdy wychodzi ze znajomymi na przykład na obiad czy imprezę towarzyską.

W praktyce opisany przykład pacjenta można przedstawić na rycinie (ryc. 2).

Zdarza się, zwłaszcza na początku pracy terapeutycznej, że etap konceptualizacji wydaje się dość skomplikowany i niełatwy w wykonaniu. Warto jednak pamiętać, że nie tylko praktyka i kolejne próby konceptualizowania pacjentów rozwijają te umiejętności. Na ich rozwój wpływa

Pan Paweł*, 34 lata, trafia na konsultację do psychoterapeuty skierowany przez lekarza psychiatrę z powodu trwającego od kilku lat i słabo reagującego na leczenie farmakologiczne pogorszenia nastroju. Lekarz powiedział pacjentowi, że bez psychoterapii jego stan raczej się nie poprawi.

W trakcie zbierania wywiadu terapeuta uzyskał następujące informacje: pacjent uważa, że okresy złego nastroju mógł mieć od czasów liceum, jednak stały się one dużym problemem już w czasie pierwszego roku studiów. Przeniósł się wtedy do dużego miasta i źle znosił przeprowadzkę, utratę znajomych oraz trudności z poznawaniem nowych osób. Sama nauka na studiach nie sprawiała mu problemu. Od tego czasu kilkakrotnie zdarzały mu się okresy bardzo złego funkcjonowania (zły nastrój oraz trudności z wystawianiem i wywiązywaniem się z obowiązków). Było to przyczyną problemów na sesji egzaminacyjnej na IV roku. Po ukończeniu studiów pacjent 3 razy w ciągu 9 lat był na dłuższym zwolnieniu z tego powodu.

Pacjent zapytany o inne problemy podaje, że ma duże trudności zarówno z poznawaniem nowych osób, jak i z zabieraniem głosu w sytuacjach publicznych. Obawia się oceny innych osób, odrzucenia i wyśmiania. Pracuje w dużym banku jako analityk kredytowy, jest ceniony przez współpracowników, podoba mu się, że większość spraw może załatwiać poprzez e-maile, ale bardzo go stresują wszelkie spotkania z innymi współpracownikami – zarówno w pokoju socjalnym, jak i w czasie zebrań czy szkoleń. Nigdy nie był na spotkaniu integracyjnym, zawsze znajdował powód, by się tam nie pojawić.

Pacjent podaje, że odkąd pamięta, nie lubił spotkań w dużym gronie osób i poznawania nowych znajomych. W swoim rodzinnym mieście miał dwóch bliskich kolegów, ale ten kontakt rozluźnił się, gdy każdy z nich poszedł na studia do innego miasta.

Obecnie pacjent mieszka sam. Wynajmuje pokój w mieszkaniu wraz z trzema innymi osobami, ale nie utrzymują bliższych kontaktów. Obecnie nie jest w żadnej relacji romantycznej. Jego ostatni związek rozpadł się około roku wcześniej z powodu jego niechęci do spotkań ze znajomymi byłej dziewczyny.

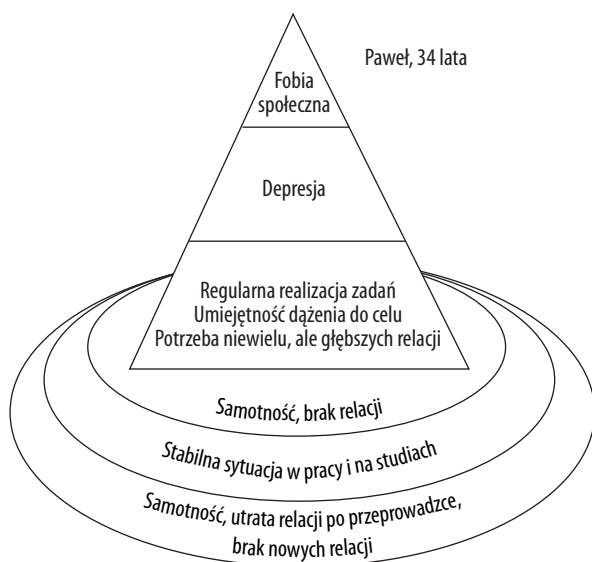
W historii życia zwraca uwagę wyśmiewanie przez rówieśników w drugiej połowie szkoły podstawowej – pacjent miał wtedy nadwagę i słabo grał w piłkę nożną.

Pacjent dopytywany o historię swoich objawów zgłasza, że dużo dłużej towarzyszy mu silny lęk przed odrzuceniem lub wyśmianiem niż obniżenie nastroju. Uważa to też za najważniejszy problem.

* Dane pacjenta zmieniono, uniemożliwiając jego identyfikację.

Tab. 2. Praktyczny przykład zastosowania modelu konceptualizacji diagnozy (opracowanie własne)

również superwizja, zwłaszcza na początkowym etapie pracy. Konceptualizacja przypadku nie tylko służy zrozumieniu historii pacjenta i jego objawów, ale także jest niezwykle pomocna podczas superwizji. W jej trakcie zaś, w klasycznym poznawczo-behawioralnym rozumieniu superwizji, praca terapeutyczna nie koncentruje się na odpowiedzi na pytanie: „Co zmienić?”, ale: „Dlaczego tak się dzieje?”, „Co pacjent musi odkryć, by móc próbować modyfikować swój sposób funkcjonowania?”. Warto zatem spojrzeć na temat konceptualizacji i jej tworzenia z perspektywy superwizji, której ustrukturyzowany, klasyczny poznawczo-behawioralny sposób może być niezwykle pomocny. Odwołując się do opisanego modelu pierwszych spotkań z pacjentem, można stwierdzić, że zazwyczaj będzie on niezwykle powtarzalny, przewidywalny, podobnie jak sam proces superwizji. Z tym że ta ostatnia będzie się skupiała



Ryc. 2. Model konceptualizacji diagnozy Pawła (opracowanie własne)

przede wszystkim na tym, czy terapeutcie udało się zrealizować opisany model. Przykładowy, subiektywny, nieidealny model superwizji klasycznej CBT może obejmować następujące obszary (w tab. 3 przedstawiono przykład superwizji odnoszącej się do tych kwestii):

- 1. Jaką pacjent ma diagnozę (jeśli trudno ją ostatecznie postawić, warto cofnąć się do listy objawów i problemów).** Punktem wyjścia do postawienia diagnozy nozologicznej jest lista problemów i objawów, z którymi pacjent zgłosił się na terapię. Warto też zwrócić uwagę na czas ich trwania, kolejność pojawiania się, kiedy i z jakiego powodu dochodziło do pogorszenia czy poprawy w funkcjonowaniu pacjenta. Dzięki liście objawów można określić rodzaj zaburzenia, zgodnie z klasyfikacją DSM-TR lub ICD-10/11. Warto także w kilku zdaniach wskazać na ewentualne wczesne doświadczenia, które wpłynęły na występowanie danych trudności lub które zdaniem terapeuty przyczyniły się do pojawienia się danego zaburzenia.
- 2. Czy mamy dodatkowe rozpoznania (problemy), które każą modyfikować program terapii.** W badaniach naukowych skuteczność programów terapeutycznych jest oceniana zazwyczaj w pracy ze zmotywowanymi pacjentami, nieposiadającymi zaburzeń współistniejących. Niestety w codziennej praktyce często przychodzi nam pracować z osobami, u których można ustalić więcej niż jedno rozpoznanie. Interesują nas problemy czy zaburzenia, które z klinicznego punktu widzenia mogą wpływać lub pozostawać w związku z bieżącym zaburzeniem (diagnozą). Wiąże się to oczywiście z koniecznością posiadania przez terapeutę adekwatnej wiedzy z zakresu między innymi psychosomatyki czy psychologii zdrowia oraz diagnozy różnicowej. Warto problem zaburzeń współwystępujących traktować szeroko. Z jednej strony interesują nas dodatkowe rozpoznania problemów, zaburzeń psychicznych czy zaburzeń osobowości, z drugiej nierzadko konieczne są modyfikacje planów terapii z uwagi na współwystępujące

1. Jaką pacjentka ma diagnozę?

Superwizowaną pacjentką jest kobieta, lat 21. Pacjentka zgłasza następujące **problemy**: napięcie i niepokój podczas przebywania w grupie ludzi, kłopoty z zabieraniem głosu podczas wystąpień na zajęciach, lęk przed byciem źle ocenioną i odrzuconą, lęk w sytuacjach społecznych. **Objawy**, których pacjentka doświadcza, to: a) czerwienienie się, pocenie, drżenie głosu i rąk podczas przebywania i przemawiania przed grupą ludzi (somatyczne); b) koncentracja na sobie, aby nie powiedzieć niczego głupiego; przewidywanie reakcji innych osób na swoje zachowanie (poznawcze); c) unikanie chodzenia na zajęcia, przebywania w grupie koleżanek i kolegów oraz zabierania głosu na zajęciach. **Wczesne doświadczenia**: lękowa, ale też krytykująca i wymagająca matka; wycofany emocjonalnie, krytykujący ojciec; wyśmiewana w szkole podstawowej, nieśmiała, wycofana społecznie w szkole podstawowej i gimnazjum. Pacjentka od zawsze czuła się „gorsza, inna, niekompetentna”. W szkole była wyśmiewana i prześladowana przez koleżanki i kolegów. Po szkole średniej podjęła studia. Od tego czasu sytuacja z rówieśnikami uległa zmianie – nie była już kozłem ofiarnym. Jak jednak podaje, nie знаła nikogo i „bała się ludzi, ich oceny oraz wyśmiania i odrzucenia”. Nie leczyla się dotąd psychiatrycznie. Zgłosiła się na terapię, skierowana przez lekarza pierwszego kontaktu. **Diagnoza**: fobia społeczna F40.1 wg ICD-10.

2. Czy są dodatkowe rozpoznania (problemy), które każą modyfikować program terapii?

Pacjentka ujawnia cechy osobowości unikającej (bez spełnienia kryteriów diagnostycznych).

3. Co mówią wytyczne na temat CBT w leczeniu danego zaburzenia?

Jest ona zalecana jako główna metoda leczenia zaburzeń lęku społecznego. Wytyczne z zaleceniami do jej stosowania znajdują się między innymi w zasadach NICE (wytyczne kliniczne CG159). Według tych wytycznych rekomendowaną formą leczenia fobii społecznej jest zarówno farmakoterapia, jak i CBT. Decyzje o konieczności stosowania farmakoterapii podejmuje lekarz psychiatra, dostosowując zalecenia indywidualnie dla konkretnego pacjenta. Celem psychoterapii CBT jest nabycie konkretnych umiejętności w wyniku stosowania technik terapeutycznych, które pozwolą osobie borykającej się z tym problemem lepiej funkcjonować. Nieodłącznymi elementami są psychoedukacja, identyfikowanie, rozpoznawanie myśli, które nasilają przeżywany lęk społeczny, eksperymenty behawioralne, modelowanie i relaksacja oraz zmiana sposobu myślenia o sobie i innych.

4. Jakie programy terapeutyczne są dostępne?

Najpopularniejszym modelem pracy z lękiem społecznym jest model poznawczy Clarka i Wellsa. Inne protokoły terapeutyczne do leczenia lęku społecznego to model Heimberga, który koncentruje się na mentalnej reprezentacji własnej osoby (w Polsce dostępny jest podręcznik zawierający protokół leczenia fobii społecznej według tego modelu), oraz model Leary'ego – autoprzentacyjna koncepcja lęku społecznego.

5. Który program wybrano?

Do pracy terapeutycznej z opisywaną pacjentką wybrano model poznawczy Clarka i Wellsa, gdyż zakłada on, że kiedy osoba cierpiąca na lęk społeczny znajduje się w sytuacji, która wywołuje w niej lęk, aktywizuje zdobyte na bazie wcześniejszych doświadczeń dysfunkcyjne założenia i przekonania. Dotyczą one siebie, sytuacji społecznych i świata („jeśli ktoś nie okazuje, że mnie lubi, to znak, że mnie nie lubi”, „jestem niespójny”, „ludzie są krytykujący” itp.). Tego typu założenia i przekonania powodują, że osoby doświadczające lęku społecznego interpretują potencjalnie „normalne” relacje społeczne jako zagrażające i niebezpieczne. Gdy na skutek wydarzenia krytycznego zaktywizują się w takiej osoby te przekonania i założenia, pojawiają się u niej objawy lęku społecznego i charakterystyczne dla tego zaburzenia mechanizmy podtrzymujące. Pierwszym z nich są zachowania zabezpieczające, których celem jest zredukowanie odczuwania ryzyka bycia źle postrzeganym i ocenionym. Drugim natomiast jest przeniesienie uwagi i skoncentrowanie jej na sobie. W czasie potencjalnie zagrażającej sytuacji osoba cierpiąca na lęk społeczny zaczyna koncentrować się na swoich objawach i monitorować je. Zniży to, traci zasoby uwagi potrzebne do wchodzenia w interakcje społeczne oraz na podstawie obserwacji własnych objawów buduje nieadekwatnie negatywny obraz siebie w oczach innych. Ponadto utrudnia sobie zgromadzenie informacji zwrotnej z otoczenia, która pozwoliłaby podważyć jej treści poznawcze.

6. Czy na początku terapii przewidywano konieczność modyfikacji programu? W jaki sposób? Dlaczego?

W związku z ujawnieniem cech osobowości unikającej założono możliwość modyfikacji protokołu terapeutycznego o dodatkowe sesje związane z socjalizacją z modelem poznawczym i psychoedukacją na temat unikania, a także dodatkowych sesji na etapie identyfikacji mechanizmów zabezpieczających. Ponadto przyjęto możliwość zwiększenia liczby sesji na etapie ekspozycji i eksperymentów behawioralnych.

7. Jakie są cele pacjenta związane z redukcją nasilenia objawów/problemów?

Cele do terapii: 1) zmniejszenie poziomu odczuwanego lęku społecznego (z 9 do 3 pkt); 2) inicjowanie co najmniej jednej, 5–10-minutowej rozmowy na przerwie z koleżanką/kolegą; 3) wychodzenie do sklepu i rozmowa ze sprzedawcą 3 razy w tygodniu.

8. Czy terapia jest zgodna z wybranym programem?

Na razie odbyły się 4 sesje przeznaczone na nawiązanie kontaktu, zebranie wywiadu, diagnozę i psychoedukację dotyczącą założeń CBT oraz 5 sesji terapeutycznych. Podczas 1. i 2. sesji terapeutycznej na podstawie przykładów z życia pacjentki dokonywano przeglądu ostatnich sytuacji związanych z fobią społeczną, uzyskiwano i eksplorowano informacje niezbędne do stworzenia modelu poznawczego oraz przedstawiono model poznawczy fobii społecznej na przykładzie konkretnej sytuacji opowiedzianej przez pacjentkę. Przeprowadzono psychoedukację dotyczącą lęku społecznego. Zapoznano pacjentkę z modelem poznawczym fobii społecznej. Dodatkowo w ramach pracy własnej pacjentka prowadziła dzienniczek zapisu myśli. Na 3. sesji, w związku z wniesioną przez pacjentkę sytuacją – kilka razy w ciągu doby zmierzyła sobie ciśnienie krwi i wyniki znacznie przekraczały normę (np. 151/90 mm Hg) – odstąpiono od protokołu i zajęto się tym problemem w ramach interwencji kryzysowej. Wysłuchano obaw pacjentki, omówiono potencjalne możliwości rozwiązania trudności. Nawiązano także do zaburzenia modelu lęku społecznego i mechanizmu unikania, gdyż okazało się, że pacjentka obawia się wizyty u lekarza i unika jej z uwagi na lęk przed czekaniem w kolejce oraz samą rozmową z lekarzem. Wykorzystano metodę *problem solving* do ustalenia planu działania i próby zmiany sytuacji. Na kolejnych sesjach, 4. i 5., identyfikowano i manipulowano zidentyfikowanymi mechanizmami zabezpieczającymi, uprzednio powtarzając ich rolę i znaczenie dla podtrzymywania zaburzenia oraz ćwiczone kierowanie uwagi na zewnątrz. Pracę poznawczą skoncentrowano na analizie i testowaniu NAM (np. „na pewno śmieją się ze mnie”, „to, że się czerwienię, to dowód, że jestem inna od nich”), próbowano (bezsukcesyjnie) omawiać zadanie domowe i analizować powody jego niewykonania.

Podczas wszystkich sesji terapeuta miał wrażenie, że pacjentka potrzebuje dużo więcej czasu na zrozumienie omawianych kwestii – często unikała myślenia i przywoływania sytuacji wywołujących lęk, była także niechętna np. testowaniu NAM czy ćwiczeniu przekierowywania uwagi na zewnątrz oraz unikała wykonywania zadań domowych (od 3. sesji). Pacjentka wносиła, że rozumie zasady działania lęku, podczas 5. sesji oceniała, że jego siła nie zmalała (była taka sama jak przy pierwszej wizycie – 9/10 pkt). Podniosła także kwestię, że zdecydowała się zapisać do lekarza w związku z wysokim ciśnieniem tętniczym (jednak do 5. sesji nie zrobiła tego).

W trakcie superwizji podstawowym zagadnieniem było skupienie się na tym, czy terapię prowadzono zgodnie z wybranym programem, ponieważ kwestia diagnozy i wyboru sposobu pracy była całkowicie prawidłowa i zasadna. Superwizor skoncentrował się na tym, że informacja od pacjentki o wysokich wynikach pomiarów ciśnienia spowodowała odejście od protokołu – dość wyraźne przeskokowanie kilku etapów pracy poznawczej i początkowych eksperymentów behawioralnych z nasileniem niepokoju około 60 SUD. Warto zauważyć, że zadanie zapisania się do lekarza dla tej pacjentki z lękiem społecznym, bez względu na zasadność takiego postępowania, jest niezwykle silną ekspozycją i jak widać z przebiegu terapii w danej chwili zbyt trudną dla pacjentki. Dlatego rekomendacja superwizora skupiała się przede wszystkim na powrocie do tego etapu terapii, na którym była pacjentka – praca na poziomie identyfikacji S-MA-E/Z, dyskusja z MA, tworzenie myśli alternatywnych, praca na poziomie zniekształceń poznawczych. Kolejnym etapem będzie zbudowanie gradacji ekspozycji (jedną z takich gradacji może być kontakt z lekarzem – np. e-mail do przychodni, e-mail do lekarza, teleporada, wideoporada, wizyta w przychodni).

Warto też zwrócić uwagę, że zauważenie na etapie diagnozy cech osobowości unikającej pozwala postawić hipotezę, że przez każdy etap terapii pacjentka będzie przechodzić dłużej, niż zaplanowano w standardowym programie, najprawdopodobniej będzie też potrzebować większej liczby powtórzeń i dzielenia zadań na bardzo małe etapy. Problem ten nie został do końca uwzględniony w sposobie prowadzonej terapii (tempo, duża trudność zadań, za małe wsparcie na etapie uczenia się nowych umiejętności).

U pacjenta z trwającymi od lat objawami zaburzeń lękowych pojawiają się dodatkowo objawy depresji
Cechy zaburzeń osobowości
Małe umiejętności społeczne
Niska samoocena
Perfekcjonizm
Współwystępowanie depresji i zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Tab. 4. Przykładowe problemy psychologiczne, które mogą wpłynąć na konieczność modyfikacji protokołu leczenia (opracowanie własne)

dotatkowe trudności u pacjenta, takie jak m.in. niska samoocena, perfekcjonizm, samouszkodzenia czy przewlekłe myśli samobójcze.

- 3. Co mówią wytyczne na temat CBT w leczeniu danego zaburzenia.** CBT, rozumiana jako metoda leczenia, wymaga stosowania sprawdzonych i powtarzalnych sposobów prowadzenia terapii, tak jak powtarzalne są leczenie nadciśnienia tętniczego, terapia choroby wrzodowej czy sposób przeprowadzenia operacji. Sami raczej nie chcielibyśmy brać udziału w eksperymencie, gdzie ktoś będzie na nas wypróbował nowy, wymyślony ostatniej nocy, autorski sposób leczenia. Dlatego konieczne jest planowanie prowadzenia terapii w oparciu o istniejące programy terapeutyczne.

Choć CBT jest współcześnie uznawana za skuteczny sposób leczenia, to nie zawsze jest to jedyny lub podstawowy rodzaj oddziaływań leczniczych. Rozpoczynając pracę z danym zaburzeniem, warto upewnić się, czy CBT jest rekomendowana jako podstawowy sposób jego leczenia (jak np. w depresji czy lęku społecznym), czy może stanowi uzupełniającą formę oddziaływania terapeutycznego (jak np. w chorobie afektywnej dwubiegunowej czy zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi). Warto zatem sięgać zarówno do najnowszego piśmiennictwa krajowego lub zagranicznego, jak i do ogólnodostępnych źródeł internetowych takich organizacji, jak American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), American Psychological Association (APA), American Psychiatric Association lub National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

- 4. Jakie programy terapeutyczne są dostępne? 5. Który program został wybrany?** Współcześnie dostępnych jest wiele programów terapeutycznych opisujących prowadzenie terapii danego zaburzenia. Dlatego autorzy niniejszego artykułu zachęcają do refleksji nad wyborem adekwatnego modelu leczenia, który skupiałby się na najważniejszych problemach pacjenta. Jest to istotne, gdyż nie zawsze jeden, np. powszechnie znany i stosowany protokół terapeutyczny, będzie najlepszym wyborem. Przykładowo w pracy z pacjentem doświadczającym lęku uogólnionego podstawowym problemem może nie być zamartwianie się, ale nietolerancja niepewności. W związku z tym lepszym rozwiązaniem w pracy będzie oparcie się nie na powszechnie znanym modelu metapoznawczym Wellsa, ale na modelu nietolerancji niepewności Dugasa i Robichaud. Pociąga to za sobą konieczność poznania

i operowania różnymi protokołami leczenia zaburzeń, aby elastycznie dostosowywać je do objawów występujących w obrębie zdiagnozowanych problemów.

- 6. Czy na początku terapii przewiduje się konieczność modyfikacji programu? W jaki sposób? Dlaczego?**

Punkt ten jest powiązany z punktem 2. Jeśli nie ujawniono występowania żadnych dodatkowych rozpoznań czy problemów, to najprawdopodobniej nie będzie konieczności modyfikowania programu terapii. Jeśli natomiast w diagnozie pacjenta uwzględniono dodatkowe rozpoznania lub problemy, to informacje te będą niezbędne do ewentualnej konieczności modyfikacji protokołu terapeutycznego (tab. 4). Warto także zwrócić uwagę na inne, niemedyczne trudności życiowe pacjentów (np. niedawne rozstanie z partnerem życiowym, utrata pracy czy żałoba), które mogą pociągać za sobą konieczność modyfikacji protokołów terapeutycznych, na przykład w celu przeprowadzenia kilku sesji interwencji kryzysowej lub wsparcia psychologicznego.

- 7. Jakie są cele pacjenta związane z redukcją nasilenia objawów/problemów?**

W klasycznym ujęciu CBT terapeuta i pacjent starają się wskazać konkretne cele (behawioralne, poznawcze lub emocjonalne), których realizacja wiąże się z redukcją objawów leczonego zaburzenia. Warto w tym miejscu przypomnieć, że cele w CBT mają być określone według zasady SMART (*Simple, Measurable, Achievable, Relevant, Timely defined*). Oznacza to, że powinny być swoiste (konkretne), Mierzalne (można łatwo ocenić, czy zachodzi zmiana), Atrakcyjne (i ważne dla pacjenta), Realistyczne (pacjent może je osiągnąć) i Terminowe (możliwe do zrealizowania w określonym czasie).

- 8. Czy sposób prowadzenia terapii jest zgodny z założeniami wybranego programu/modelu terapii?**

Współcześnie zdecydowanie rzadziej spotyka się podejście, zgodnie z którym program terapii powinien być realizowany dokładnie tak, jak opisano w podręczniku. Dominuje raczej podejście, że proponowany program trzeba trochę zindywidualizować do potrzeb każdego pacjenta. Czasami podręcznik proponuje, by danemu zagadnieniu poświęcić jedną sesję, natomiast w praktyce okazuje się, że pacjent potrzebuje zdecydowanie więcej czasu, by opanować jakąś umiejętność. Z drugiej strony zbyt dalekie odejście od danego modelu leczenia powoduje, że przestaje on być skuteczny – jest „za mało cukru w cukrze”.

Tym problemem zajmuje się właśnie superwizja – jaki protokół/model terapii wybrano do pracy z pacjentem.

Które jego elementy zrealizowano, w jakim czasie (liczba sesji). Warto się także zastanowić, czy terapeuta pracuje zgodnie z wytycznymi danego protokołu czy ma trudności z jego realizacją. Niezwykle istotne jest również odniesienie się nie tylko do perspektywy terapeuty, ale też do perspektywy pacjenta – jakie cele udało mu się osiągnąć, czy wystąpiły jakieś trudności, czy może uznał jakieś elementy terapii za zbyt trudne lub niezrozumiałe. Autorzy niniejszego artykułu pragną podkreślić, że są to zazwyczaj jedne z pierwszych kwestii poddawanych superwizji – czy ustalone rozpoznanie jest właściwe, czy odpowiednio dobrano do niego model terapii i czy terapeuta realizuje program zgodnie z jego założeniami. Praktyczny przykład zastosowania klasycznego modelu superwizji przedstawiono w tab. 3.

PODSUMOWANIE

CBT jest oparta na założeniu o wzajemnym wpływie i oddziaływaniu myśli, emocji, fizjologii i zachowania na funkcjonowanie człowieka. Ów człowiek w procesie interakcji z otoczeniem (i samym sobą) nadaje znaczenie napotkanym sytuacjom i tworzy własny, niepowtarzalny i indywidualny obraz świata, innych, ale także samego siebie. W zależności od tej interpretacji poznawczej i nadanemu jej znaczeniu ocenia to, co się dzieje wokół niego i z nim samym. Ta swoista interpretacja w połączeniu z doświadczeniami wyniesionymi z dzieciństwa może sprzyjać powstawaniu różnego rodzaju trudności, zaburzeń czy chorób psychicznych.

CBT oparta na diagnozie, konceptualizacji i sformułowaniu problemu stanowi pomost pomiędzy teoretycznym modelem danego zaburzenia a praktycznym zastosowaniem metod i technik terapeutycznych, zebranych w konkretne programy terapii, których skuteczność potwierdzono w badaniach. By było to jednak możliwe, sposób leczenia musi być zgodny z prawidłowo postawioną diagnozą.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; krytyczne zrecenzowanie artykułu: AK, KP. Napisanie artykułu: AK, KP, JS. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: KP, JS.

Piśmiennictwo

- Beck JS: Terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020.
- Easden MH, Fletcher RB: Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychother Res* 2020; 30: 151–169.
- Easden MH, Kazantzis N: Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: a state of the science review. *J Clin Psychol* 2018; 74: 356–384.
- Fennell MJV: Przewycięzanie niskiego poczucia własnej wartości. Wydawnictwo Alliance Press, Gdynia 2008.
- Gordon KH: Myśli samobójcze. Jak pokonać ból emocjonalny, odzyskać siłę i przywrócić życiu sens. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2023.
- Grzankowska I: Konceptualizacja w nurcie poznawczo-behawioralnym jako metoda diagnozy na przykładzie pacjentki z lękiem społecznym. In: Basińska MA, Grzankowska I (eds.): Wybrane zagadnienia z psychologicznej diagnozy klinicznej (t. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2023: 119–150.
- Keegan E (ed.): Perfekcjonizm kliniczny. Konceptualizacja i leczenie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2024.
- Kołakowski A (ed.): Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2023.
- Kołakowski A, Pawełczyk A: Uczenie wstępnej konceptualizacji poznawczej na podstawie postaci z bajek i literatury pięknej. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 303–310.
- Kowalski J, Blaut A, Dragan M et al.: Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023. Wydawnictwo PTPB, Warszawa 2024.
- Kuyken W, Beshai S, Dudley R et al.: Assessing competence in collaborative case conceptualization: development and preliminary psychometric properties of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS). *Behav Cogn Psychother* 2016; 44: 179–192.
- Kuyken W, Padesky CA, Dudley R: Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. Guilford Press, New York 2009.
- National Institute for Health and Care Excellence: Depression in children and young people: identification and management. 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
- Needleman LD: Cognitive Case Conceptualization. A Guidebook for Practitioners. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah 1999.
- Persons JB: Terapia poznawcza w praktyce. Podejście w oparciu o sformułowanie przypadku. Wydawnictwo Alliance Press, Gdynia 2006.
- Popiel A, Pragłowska E: Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2022.
- Slysz A: Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2017.
- Spencer HM, Dudley R, Freeston MH et al.: What are the essential ingredients of a CBT case conceptualization for voices and delusions in schizophrenia spectrum disorders? A study of expert consensus. *Schizophr Res* 2020; 224: 74–81.
- Stefaniak W, Łysiak M: Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2024.
- Walsh BW: Terapia samouszkodzeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Wright JH, Basco MR, Thase ME: Learning Cognitive-Behavior Therapy. An Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, Washington 2005.