

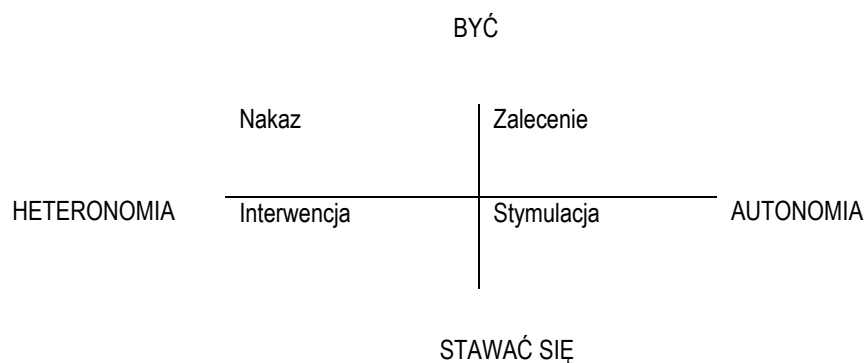
O diagnozie

Damian Zdrada

Fragment książki Damian Zdrada, Seksoholizm - perwersja i miłość. Warszawa: Dofin 2017

Potrzebuję teraz wyjaśnić bardzo poważny problem trapiący współczesną psychoterapię, co mi zajmie trochę miejsca. Jest to wątek bezpośrednio nie związany z tematem publikacji, aczkolwiek stanowi wyjaśnienie konstrukcji książki, stąd znajduje się na początku. Psychologia, psychiatria, psychoterapia - zaczyna być coraz bardziej ciasno w tym obszarze. Każda z tych dziedzin chce zadbać o swoje interesy, pojawia się przy tym trochę przepychanki. Czym się różnią między sobą, co jest przedmiotem diagnozy, jakie działania podejmują wobec pacjenta? Bardzo pomógł mi w zrozumieniu tego prof. Aleksandrowicz, którego wykładu wysłuchałem na pewnej konferencji<sup>1</sup>. Powiedział mianowicie, że „Psychoterapia powstała w obszarze medycyny, ale nie została tam przyjęta i poszukała miejsca dla siebie w psychologii”. Miał na myśli koncepcje Freuda i jego odkrycie dotyczące znaczenia nieświadomej fantazji, które do dziś jest kontrowersyjne. W efekcie spowodowało to pewien dualizm w tej dziedzinie: mamy psychoterapię służącą pomaganiu (1) i psychoterapię służącą leczeniu (2). Analogicznie do tego podziału, używa się określenia na uczestnika psychoterapii: pacjent (1) lub klient (2). Klient w tym rozumieniu to postać bardziej autonomiczna niż pacjent, bardziej podmiotowo uczestnicząca w leczeniu, współdecydująca o jego przebiegu.. Czy jednak jest to uzasadniony podział<sup>2</sup>? Zastanówmy się nad taką tezą.

Medycyna, już od czasów starożytnych Greków musiała mierzyć się z dość mocno zarysowanymi opozycjami: BYĆ - STAWAĆ SIĘ oraz AUTONOMIA - HETERONOMIA<sup>3</sup>. Ta pierwsza dymensja odnosi się do pytania: czy człowiek jest „bytem idealnym” a choroba zakłóca ten stan, w związku z czym leczenie jest powrotem do utraconej równowagi, czy może leczenie jest dopasowane do indywidualnych możliwości danego człowieka i u każdego będzie przebiegać inaczej. Drugi dualizm odnosi się z kolei do pytania, czy lekarz powinien dążyć za wszelką cenę do przywrócenia tego „idealnego ładu w człowieku” postępując dyrektywnie w oparciu o wiedzę jak powinno być, czy też przeciwne założenie, że lekarz nie musi kierować się zewnętrznymi normami, dając prawo leczonemu do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji o sposobie i celu leczenia. Łącząc ze sobą te dwa paradygmaty, zyskujemy cztery możliwości postępowania. Prezentuje to rysunek poniżej.



Ryc.1 Opracowane na podstawie: orientacje leczenia wg. Ludewig<sup>4</sup>

Najbardziej radykalnym działaniem jest NAKAZ, który zakłada, że to lekarz wie najlepiej, jaki powinien być efekt leczenia, pacjent ma się biernie temu podporządkować. Z kolei ZALECENIE nadal utrzymuje, że lekarz jest jedynym autorytetem, ale daje możliwość podjęcia decyzji pacjentowi, uznając jego autonomię. INTERWENCJA zakłada, że w toku rozwoju mogą zdarzać się momenty, kiedy ktoś potrzebuje pomocy, wówczas niezbędne jest, aby postępować dyrektywnie jednak tylko na tyle, aby procesy naprawcze człowieka mogły dokonać reszty. STYMULACJA to działanie, gdzie rolą lekarza jest jedynie zachęcenie do zmiany, uruchomienie sił, które same doprowadzą kogoś do zdrowia.

Ten prosty obraz pozwala nam na wstępne uporządkowanie myślenia o psychoterapii. Przede wszystkim możemy zobaczyć, że bez względu na postawę psychoterapeuty i jego sposób myślenia o procesie zdrowienia czy rolę odbiorcy świadczenia, zawsze będzie to leczenie. Czy będzie to jednoznacznie sformułowany komunikat, który bezdyskusyjnie należy przyjąć, czy też pomoc w odnalezieniu własnych zasobów prowadzących do zdrowienia, będziemy obracać się w obszarze leczenia, aczkolwiek różnie pojmowanego. Stąd nie mogę zgodzić się z Profesorem, że istnieje podział na dwie psychoterapie, z których jedna jest bardziej medyczna a druga służy rozwojowi osobistemu. Jego myśl jest bardzo ciekawa i w zestawieniu z przedstawionym powyżej modelem powoduje odkrycie, że ani arbitralnie stawiana diagnoza medyczna (nozologiczna), ani psychologiczne rozpoznanie deficytów i zasobów opracowane w atmosferze współpracy, nie mogą być wyznacznikiem,

czy mamy do czynienia z leczeniem czy pomaganiem. Obecne jest raczej pewne kontinuum, dające możliwość różnorodnych sposobów pracy, bez zagrożenia konsekwencją wykluczenia poza obszar leczenia. Nie oznacza to jednak, że mamy do czynienia z zupełną dowolnością podchodzenia do procesu diagnozy, o czym dalej napiszę.

Zajmuję się tym wszystkim tutaj, gdyż w najbliższym rozdziale zajmę się tą podstawową stroną diagnozy: nozologiczną (a w następnym – psychoterapeutyczną i psychologiczną). Ma ona bardzo istotne z punktu widzenia medycznego. Opisuje sposób ujawniania się cierpienia. Jest powodem, dla którego człowiek zgłasza się na leczenie. Jednak stwierdzenie zaburzenia ani nie leczy, ani nie buduje czytelnej strategii postępowania terapeutycznego, może jednak wyznaczać kierunek dalszej pracy i jej ramy. Ma także wpływ na finansowanie świadczeń przez publicznych płatników (np. NFZ), co z kolei jest przyczyną medykalizacji problemów emocjonalnych (im większy obszar problemów będzie opisany medycznie, tym bardziej zwiększy się dostępność do psychoterapii). To zjawisko powoduje wrażenie, że pojawił się niezwykle silny prymat heteronomii: opis zaburzeń jest coraz bardziej wyspecjalizowany, pozostawiając coraz mniej miejsca na zdrowie! Nakaz i interwencja stały się głównym sposobem działania lekarzy. Wiedza medyczna stała się tak złożona, że bardzo trudno jest pacjentowi uczestniczyć w podejmowaniu decyzji o swoim leczeniu. Często nie wie też, czym się ma kierować przy wyborze drogi powrotu do zdrowia. To lekarz wie lepiej, poprzez proces diagnozy, co należy zrobić. Tym samym znaczenie postawionego rozpoznania znacznie urosło. Centralny punkt diagnozy medycznej - występowanie objawów - stało się kluczową kwestią uzasadniającą proces terapeutyczny i jego skuteczność.

Jednak trzeba też widzieć korzyści płynące z medycznego nazwania problemu: wokół określonego rozpoznania gromadzimy wiedzę o tym, jak leczyć dane zaburzenie, jaka jest prognoza (czy możemy się spodziewać pełnego wyleczenia czy może będą okresy remisji itd.) - stąd, gdy mamy tą sprawę wyjaśnioną, z grubsza wiemy, co robić i czego się spodziewać. Gdy doświadczymy impasu w leczeniu, pierwszą sprawą jest sprawdzenie, czy postawiliśmy dobrą diagnozę. Ale cóż by dało samo rozpoznanie, bez głębszego zrozumienia przyczyn danego zaburzenia i mechanizmów odpowiedzialnych za to, że ten stan trwa? Posiadanie wiedzy z tego zakresu jest niezwykle ważne dla konceptualizacji problemów pacjenta. To obszar należący po części do diagnozy nozologicznej (nazywanie tego, co ma być leczone), psychologicznej (budowanie wiedzy o tym, jaki jest ten człowiek) i psychoterapeutycznej (określanie sposobu ujawniania się objawów i mechanizmów, które za nimi stoją, zjawisk obecnych w relacji terapeutycznej i ich związku z zaburzeniem).

Czym jest to diagnoza psychologiczna? Jest to umiejętność posłużenia się odpowiednimi metodami (np. wywiadem, testami, obserwacją) w celu określenia istotnych - ze względu na świadczoną usługę - właściwości badanej osoby, grupy, organizacji lub sytuacji<sup>5</sup>. Jest to w takim razie odpowiedź na pytanie: „Jaki jest ten człowiek?”. Pomaga nam lepiej zrozumieć badanego, ale czy to wystarczy do prowadzenia psychoterapii? O ile diagnoza psychologiczna to kompetencja psychologa, a szczególnie psychologa klinicznego, o tyle diagnoza psychoterapeutyczna to umiejętność psychoterapeuty. Istnieje jednak w psychologii pojęcie diagnozy funkcjonalnej, którą definiuje się jako proces, w którym zaczynając od wyjściowego problemu, analizuje się zjawiska stricte psychologiczne, ocenia zasoby i trudności osoby diagnozowanej i buduje roboczy model problemu oraz jego możliwych rozwiązań<sup>6</sup>. Te zjawiska, mieszczą się w wymiarze poznawczym, afektywnym, behawioralnym i osobowościowym. Diagnoza psychologiczna dobrze się sprawdza tam, gdzie mamy do czynienia z poradnictwem (np. zawodowym), a w psychoterapii - jest pomocna w określaniu deficytów i zasobów pacjenta. Analiza funkcjonalna pomaga odkryć psychologiczne schematy utrzymywania się objawów, ich kontekst pojawiania się. Jest dość często używana w terapii uzależnień<sup>7</sup>.

Czym w takim razie jest diagnoza psychoterapeutyczna? Aleksandrowicz, wymieniając składowe diagnozy służącej leczeniu, jako punkt wyjścia przyjmuje pytanie: Jakie stwierdzone w momencie badania, zakłócenia procesów psychicznych są istotą zaburzeń zdrowia? Odpowiada, że można je odkryć badając zarówno treść świadomą, bezpośrednio relacjonowaną przez pacjenta, jak i treść ukrytą, nieświadomą - ujawnianą poprzez kontekst doświadczenia objawów, przeżyczenia, niespójność sygnałów werbalnych i niewerbalnych itp. To ciekawa myśl, którą warto rozwinąć, gdyż - kieruje nas ona w stronę tego, co obecne w przestrzeni pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem. Sposób wchodzenia pacjenta w kontakt z terapeutą, zachowanie podczas sesji - mogą dostarczyć wielu informacji, które mogą być podstawą do diagnozy psychoterapeutycznej. Przykładowo - do terapii u psychoterapeuty męskiej płci zgłasza się atrakcyjna kobieta, mówiąca o funkcjonowaniu w kilku związkach na raz. Podczas sesji zachowuje się uwodząco wobec terapeuty. Jej dość skąpy ubiór uwypukla jej kształty, które pacjentka - mniej lub bardziej świadomie - eksponuje podczas wykonywanych gestów i zmian pozycji siedzenia. Zobaczmy taką sytuację pod kątem diagnozy trójosiowej: diagnoza nozologiczna - osobowość histrioniczna. Diagnoza psychologiczna - brak pewności siebie, niepokój i lęk przed odrzuceniem maskuje uwodzającym zachowaniem. Diagnoza psychoterapeutyczna - poprzez uwodzące zachowania stara się uzyskać kontrolę nad psychoterapeutą i procesem terapii. Oczywiście jest to duże

uproszczenie, ale chyba już rozumiesz, na czym polega różnica? Diagnoza psychoterapeutyczna budowana jest wyłącznie dla potrzeb psychoterapii. Ten jej element jest nazwaniem tego, co obecne w relacji: sposób ujawniania się zaburzeń pacjenta. To swoisty redukcjonizm diagnostyczny: interesuje nas tylko „tu i teraz”, mając w głowie jednocześnie pozostałe dwie osie diagnostyczne, które utrzymują w określonych ramach konstrukt badawczy, opisany w formie hipotezy, którą na bieżąco weryfikujemy. Diagnoza psychoterapeutyczna bywa częstym tematem superwizji (oprócz konceptualizacji i strategii). Rzadko kiedy psychoterapeuci potrzebują konsultacji w sprawie diagnozy nozologicznej. Albo jest już znana, albo sami potrafią dość dobrze określić rozpoznanie. Na ogół dość dobrze poruszają się także w obszarze diagnozy psychologicznej, rozumiejąc procesy psychiczne pacjenta i potrafiąc korzystać z psychologicznych narzędzi diagnostycznych. Jednak diagnoza psychoterapeutyczna, jest mocno zindywidualizowana. Nie ma dwóch takich samych osób. Stąd obecna jest duża trudność w określeniu obszarów do takiej pracy.

Jest jednak coś, co można o niej powiedzieć. Istnieją cztery wymiary relacji terapeutycznej, zauważalne we wszystkich modalnościach, aczkolwiek w różnym stopniu akcentowane<sup>8</sup>: (1) wymiar centralności - czyli na ile relacja jest uznawana za fundamentalny czynnik uruchamiający zmianę, (2) - wymiar środka - celu - czyli na ile relacja jest celem samym w sobie mając wymiar leczniczy a na ile środkiem, niezbędnym do uruchomienia procesu zdrowienia, (3) - wymiar relacji rzeczywistej - nierzeczywistej - czyli na ile istotne są procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia a na ile liczy się tylko to, co jest obszarem świadomym? (4) - wymiar władzy - czyli to - jaką władzę ma terapeuta i jak z niej korzysta? Gdyby spróbować przenieść tą koncepcję na grunt diagnozy zaburzeń pacjenta, otrzymamy cztery obszary:

- (1) W jaki sposób pacjent odnosi się do tego, że psychoterapeuta jest osobą, która może pomóc mu dokonać zmianę? Jak rozumie swoją rolę w procesie leczenia? Na ile jest gotowy do uruchomienia procesu zmian? W skrócie nazwę ten czynnik MOTYWACJA DO ZMIANY.
- (2) Jak zmienia się relacja terapeutyczna podczas psychoterapii (zarówno podczas jednej sesji jak i w dłuższej perspektywie czasowej)? Skrócowa nazwa to DYNAMIKA RELACJI.
- (3) Na ile wpływają na stan relacji czynniki nieświadome? Kiedy są zakłóceniami? Czy są jeszcze inne czynniki niż nieświadome, mogące blokować proces terapii? Ten wymiar nazwę ROLA ZAKŁÓCEŃ.

(4) Jak pacjent współpracuje z terapeutą? Na ile wnosi materiał do pracy, w jakim stopniu jest otwarty? Z kolei ten element nazwę po prostu WSPÓŁPRACA.

Te cztery składowe relacji wychodzą ponad podziały teoretyczne. Czy jesteś terapeutą poznawczo-behawioralnym czy psychodynamicznym, w jakimś stopniu będziesz potrzebować odnieść się do tego, co dzieje się w procesie leczniczym.

Do podobnych wniosków doszli Sass - Stańczak i Czabała<sup>9</sup>. Dokonując przeglądu badań nad relacją psychoterapeutyczną, wymienili takie jej cechy, które powtarzały się w różnych badaniach, jak: współpraca wyrażana w akceptacji celów i sposobu ich osiągnięcia (4), trudności w tworzeniu relacji terapeutycznej przez pacjenta związane z jego zaburzeniami (2), zaangażowanie w terapię (1), głębia relacji wyrażana przez intymność i miłość (2), reagowanie przez pacjenta na interwencje terapeuty (4), obecność czynników nieświadomych (3), poziom rzeczywistej relacji, pozbawionej zjawisk przeniesienia i przeciwprzeniesienia, wyrażanej przez realizm i autentyczność (3), spostrzeganie terapeuty przez pacjenta (1), postawa wobec samego procesu terapii (1), oczekiwanie, że terapeuta da pacjentowi więcej, niż jest w stanie dać (np. czasu) (3). W nawiasach podałem sposób zakwalifikowania tych zmiennych do odpowiedniej kategorii. Jak widać, te zjawiska mieszczą się w zaproponowanym przeze mnie modelu. Z całą pewnością jest ich znacznie więcej. Ponadto, aby stworzyć sobie rzeczywisty obraz tej relacji, należałoby także zdiagnozować terapeutę ☺. To już jednak inna kwestia. Poruszam ją w filozoficzny sposób w piątym rozdziale. W ten sposób otrzymaliśmy mapę diagnozy psychoterapeutycznej. Oczywiście, w każdym z tych obszarów możemy posłużyć się dowolnie wybranymi konstruktami teoretycznymi, które pomogą nam w bardziej precyzyjnym określeniu zjawisk w danym obszarze. Przykładowo - w pierwszym - w celu ustalenia motywacji - może pomóc nam transteoretyczny model zmiany Prochasky i DiClemente<sup>10</sup>, w drugim - może to być model rozwoju relacji Knappa<sup>11</sup>, trzeci obszar możemy rozpoznawać poprzez interpretowanie przeniesienia<sup>12</sup>, z kolei czwarty możemy charakteryzować za pomocą modelu podejścia do konfliktów Wilmot i Hocker<sup>13</sup>. Jest oczywiście jeszcze piąty element, najbardziej krytykowany i sprawiający wiele trudności naukowcom. Do tego stopnia, że prof. Aleksandrowicz nazywa ten konstrukt „racjonalizacją terapeuty na temat problemów pacjenta”, która stoi w sprzeczności z „racjonalnym wyjaśnieniem”<sup>14</sup>. Jednak bez tego elementu, psychoterapia nie byłaby możliwa. Jest to wyjaśnienie zaburzeń pacjenta - jednak nie w oparciu o wiedzę psychologiczną rozumianą jako treść psychologii jako nauki, lecz w oparciu o określoną teorię psychoterapeutyczną, potwierdzoną naukowo (dlatego

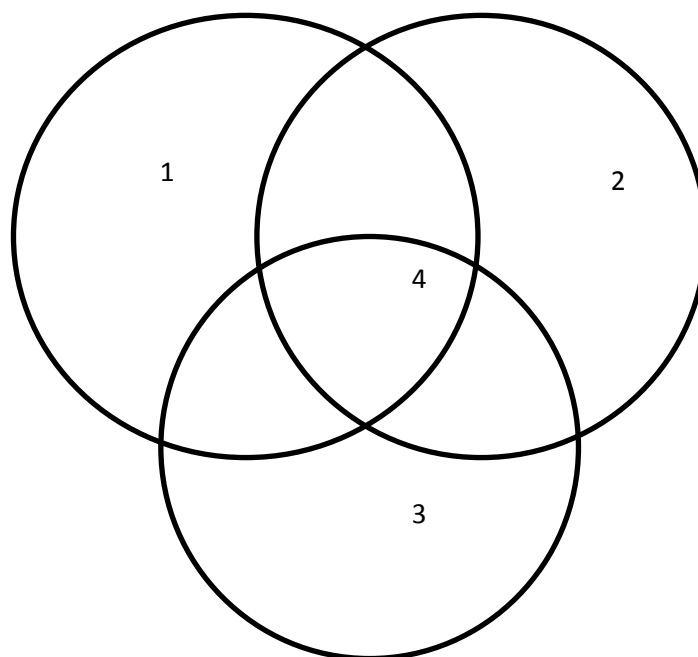
niekoniecznie jest wyłącznie racjonalizacją). Istnieje tu jednak ryzyko swoistego prymatu teorii nad pacjentem. Wynika to z tej przyczyny, że w obszarze psychoterapii mamy bardzo wiele różnych koncepcji wyjaśniających. Inaczej rozumiany jest z punktu widzenia psychodynamicznego, inaczej rozumieją go praktycy orientacji poznawczo-behawioralnej, jeszcze inaczej zobaczą człowieka i jego kontekst terapeuci systemowi itd. Stąd efektem ich pracy może być pewne zniekształcenie i dopasowanie pacjenta do wyznawanej teorii. Nawet jeśli będzie trafnie opisywać jakiś aspekt jego funkcjonowania, może ograniczać i powodować dogmatyczne trzymanie się jakiejś koncepcji przez terapeutę. Dlatego warto mimo wszystko - być nieco zdystansowanym do tych teorii. W języku psychoterapii określa się ten stan jako „bycie integratywnym”. Psychoterapia jest piękna dzięki temu, że jest różnorodna i z tej różnorodności warto jest korzystać..

(5) Wyjaśnienie zaburzenia na gruncie określonej teorii psychoterapeutycznej. Nazwę go  
TEORIA MODALNOŚCIOWA

Teorie modalnościowe, w odróżnieniu od wiedzy psychologicznej, nie powstały w efekcie obserwacji funkcji psychicznych człowieka. Są próbą wyjaśnienia właśnie tego wszystkiego, co dzieje się w relacji terapeutycznej. Oparte są na rzeczywistym doświadczeniu obecnym podczas sesji psychoterapii i wyjaśniają to, co się dzieje w jej trakcie. Na ogół do wymienionych wyżej elementów składowych relacji, dodają własne, specyficzne wskaźniki diagnostyczne.

Podsumowując: diagnoza nozologiczna to budowanie ram pod psychoterapię. Diagnoza psychoterapeutyczna wsparta psychologiczną daje możliwość konceptualizacji problemów pacjenta i ustalenia strategii postępowania. Wszystko to jest na bieżąco weryfikowane i w razie konieczności - zmieniane. Dopiero gdy używać będziemy trójwymiarowego modelu diagnozy - coś się nam zacznie wyłaniać z chaosu życia pacjenta.

Właśnie to będzie narzędziem, które użyję w dalszej części książki. Chcę dostarczyć wiedzy z obszaru diagnozy medycznej i psychoterapeutycznej, aby łatwiej było tworzyć konceptualizację problemów pacjenta i ustalić strategię pracy. Sam jestem ciekaw efektów. Podsumowując te rozważania, chcę pokusić się o pewną konkluzję. Ponieważ trwa spór dotyczący tego, czy każda psychoterapia służy leczeniu, przedstawiam model diagnozy, który - jeśli zostanie spełniony - będziemy mieli do czynienia z pełną psychoterapią, bez względu na to, czemu służy. Nazwałem go modelem trzech listków.



1 - diagnoza nozologiczna (medyczna)

2 - diagnoza psychologiczna

3 - diagnoza psychoterapeutyczna

4 - leczenie (część wspólna)

Ryc. „Trzy listki” diagnozy w psychoterapii

Chcę tym samym powiedzieć, że leczeniem jest proces, uwzględniający te trzy elementy diagnostyczne. Przykładowo: jeśli stwierdzimy u pacjenta zjawisko zwane syndromem dorosłego dziecka alkoholika, zbadamy jego funkcjonowanie psychologiczne i rozpoznamy elementy składowe diagnozy psychoterapeutycznej (rozpoznanie specyficznych dla danej teorii modalnościowej zjawisk i sposób funkcjonowania pacjenta w relacji terapeutycznej) - nie będzie to leczeniem. A to dlatego, że tzw. syndrom DDA nie jest rozpoznaniem medycznym. Jeśli stwierdzimy u tej samej osoby np. zaburzenia lękowe i spełnimy pozostałe dwa warunki - wówczas oczywiście będzie to leczenie. Istotna różnica czy drobny niuans? Uważam, że to pierwsze. A to dlatego, że stwierdzenie syndromu DDA stawia przed nami problem: jak wyleczyć kogoś z tego, że miał rodziców? Podczas gdy myślimy w ten drugi sposób, znajdujemy konkretny obraz zaburzenia, którego natężenie pozwoli nam na weryfikację procesu leczenia. Analogicznie - jeśli rozpoznamy seksoholizm, to nawet spełniając dwa pozostałe warunki, nie będzie to leczeniem. Bo nie jest to kategoria diagnostyczna. Czy teraz rozumiesz, dlaczego tak wiele miejsca poświęcam zagadnieniu



diagnozy? Najpierw potrzebujemy przekuć określenie seksoholizmu na grunt medyczny. Następnie, opracować standardy diagnozy psychologicznej tego zaburzenia. Na końcu - określić ramy diagnozy psychoterapeutycznej.

Tu pokazuje się słabość tej publikacji: niewiele napiszę o diagnozie psychologicznej. Nie chciałem opracować mocno naszpikowanego wynikami, wykresami i tabelkami raportu z badań. Tymczasem, dla potrzeb diagnozy psychologicznej warto byłoby przebadać jakąś dużą grupę seksoholików wystandaryzowanymi testami psychologicznymi, opracować jakiś rodzaj wywiadu diagnostycznego czy testu diagnozującego to zaburzenie. może stworzyć schemat analizy funkcjonalnej - czyli zbadać kontekst ujawniania się objawów. Liczę oczywiście, że ta publikacja zachęci badaczy i naukowców - psychologów do zgłębiania tematu. Mnie jednak zależy przede wszystkim na ujawnieniu specyfiki problemu w przebiegu psychoterapii. Dlatego też (w rozdziale trzecim) bardziej skoncentrowałem się na uporządkowaniu wiedzy z obszaru diagnozy psychoterapeutycznej, akcentując szczególnie teorie bliskie rozumieniu psychodynamicznemu (Kernberg, Fromm, Klein), które to - uważam - bardzo dobrze nadają się do tworzenia konceptualizacji zaburzeń seksoholicznych. Spróbuję także przyjrzeć się bliżej drugiemu elementowi tej diagnozy - czyli ujawnianiu się „tu i teraz” zaburzeń pacjenta w relacji terapeutycznej, co zobrazuję analizą przebiegu kilku sesji terapii grupowej. I chociaż zaprezentuję pewien model kwestionariusza badawczego do pracy z seksoholizmem, to jest to zaledwie wierzchołek góry lodowej tego, co jest do zrobienia w tym zakresie.

---

<sup>1</sup> Aleksandrowicz J. Kilka uwag o diagnozie w psychoterapii, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Czas psychoterapii”, 21-22 maja 2016, UJ, Kraków

<sup>2</sup> Warto zwrócić uwagę, że w wielu prywatnych podmiotach leczniczych, które nie mają kontraktu z NFZ, też używa się określeń „klient”, dla odbiorców usług świadczonych przez lekarza.

<sup>3</sup> Ludewig K., Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka. GWP Gdańsk 1995 str.22

<sup>4</sup> Ludewig K., Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka. GWP Gdańsk 1995 str.30

<sup>5</sup> Stemplewska-Żakowicz K., Diagnoza psychologiczna. Diagnoza jako kompetencja profesjonalna. GWP Gdańsk 2016 str.21

<sup>6</sup> Stemplewska-Żakowicz K., Diagnoza psychologiczna. Diagnoza jako kompetencja profesjonalna. GWP Gdańsk 2016 str.34

<sup>7</sup> Zob. Cungi Stawić czoło uzależnieniom, Miller W., Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Warszawa: Parpamedia 2009,

<sup>8</sup> Gelso C., Hayes J., Relacja terapeutyczna Gdańsk: GWP 2005 str. 26

<sup>9</sup> Sass - Stańczak K., Czabała C., Relacja terapeutyczna - co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? Psychoterapia (172) 2015 str. 5-17

<sup>10</sup> Miller W., Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Warszawa: Parpamedia 2009, str. 42

---

<sup>11</sup> Adler R., , Rosenfeld L., Proctor II R., Relacje interpersonalne, Poznań: Rebis 2011, str. 262

<sup>12</sup> Clarkin J., Fonagy P., Gabbard G., Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013 str. 295

<sup>13</sup> Adler R., , Rosenfeld L., Proctor II R., Relacje interpersonalne, Poznań: Rebis 2011, str. 374

<sup>14</sup> Aleksandrowicz J. Kilka uwag o diagnozie w psychoterapii, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Czas psychoterapii”, 21-22 maja 2016, UJ, Kraków