

Małgorzata Talarczyk¹

ZNACZENIE DIAGNOZY W PSYCHOTERAPEUTYCZNYM LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

THE SIGNIFICANCE OF DIAGNOSIS IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

¹„System” Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny.
Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania – praktyka prywatna

**psychotherapy
diagnosis
mental disorders**

Streszczenie

W środowisku polskich psychoterapeutów istnieją różnice poglądów dotyczące między innymi definicji psychoterapii, kształcenia w tym zakresie oraz znaczenia diagnozy w procesie psychoterapii. Różnice te są szczególnie artykułowane w okresie prac nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty. Celem artykułu jest wykazanie zasadności diagnozy w procesie psychoterapeutycznym oraz opis jej rodzajów. Diagnoza w psychoterapii dotyczy trzech obszarów, które przekładają się na trzy rodzaje diagnozowania: medyczny (rozpoznanie), psychologiczny oraz terapeutyczny. Nie są one alternatywne, lecz mogą być komplementarnie stosowane oraz narracyjnie wykorzystywane w procesie psychoterapii. W artykule przytoczono propozycje definicji psychoterapii wybranych polskich psychoterapeutów: Jerzego Aleksandrowicza, Czesława Czabały i Bogdana de Barbaro. Podjęto również polemikę na temat diagnozy w psychoterapii z poglądami uznanych psychoterapeutów ze Stanów Zjednoczonych, jak Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White i David Epston. Autorka odwołuje się w niej do własnej wieloletniej praktyki klinicznej i terapeutycznej, uwzględniając odmienne stanowiska innych doświadczonych terapeutów.

Summary

Within the Polish psychotherapist community, there are differences of perspective regarding, among other things, the definition of psychotherapy, its training, and the role of diagnosis in the psychotherapeutic process. These differences have been particularly pronounced during the development of the Act on the Profession of the Psychotherapist. This article seeks to demonstrate the relevance of diagnosis in the psychotherapeutic process and to outline its forms. In the field of psychotherapy, diagnosis refers to three areas and three types of assessment: medical diagnosis (identification), psychological diagnosis, and therapeutic diagnosis. The aforementioned forms of diagnosis are not mutually exclusive and can therefore be used complementarily and employed narratively throughout the process of psychotherapy. The author also presents selected definitions of psychotherapy proposed by Polish psychotherapists Jerzy Aleksandrowicz, Czesław Czabała, and Bogdan de Barbaro. Furthermore, she engages in a debate on the role of diagnosis in psychotherapy with the perspectives of

prominent U.S. psychotherapists such as Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White, and David Epston. In doing so, the author draws upon her many years of clinical and therapeutic practice, whilst also acknowledging the differing opinions of other experienced practitioners.

Wprowadzenie

Od tego, jak myślimy o psychoterapii, jak ją definiujemy, zależy jak psychoterapię traktujemy, a tym samym, jak podchodzimy do kształcenia psychoterapeutów oraz do osób korzystających z ich pomocy. Obecnie (wrzesień 2025) w polskim środowisku psychoterapeutycznym brak jedności w definiowaniu psychoterapii oraz decyzji co do wykształcenia bazowego, które umożliwiłoby osobom zainteresowanym uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty. W ramach artykułu przytaczam definicje wybranych polskich psychoterapeutów – Jerzego Aleksandrowicza, Czesława Czabały i Bogdana de Barbaro. Natomiast odnośnie do roli diagnozy w psychoterapii pozwoliłam sobie podjąć polemikę z autorytetami o światowej renomie, takimi jak Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White i David Epston. Rozbieżność poglądów dotyczących diagnozy w procesie psychoterapeutycznym może wynikać między innymi z różnego rozumienia psychoterapii. W oparciu o obserwację prowadzonych dyskusji można założyć, że postawy psychoterapeutów niechętnych stawianiu diagnozy związane są z preferowanym przez nich, szerokim rozumieniem psychoterapii, wykraczającym poza obszar leczenia. Hipoteza ta wymagałaby jednak potwierdzenia w badaniach.

Psychoterapia

Aby przybliżyć rozumienie tego, czym jest psychoterapia, z uwzględnieniem naszego kręgu kulturowego, nie sposób nie odwołać się do autorytetów polskiej nauki w tej dziedzinie. Szczególnie że określenie, czym jest psychoterapia, wiąże się także z postrzeganiem diagnozy w psychoterapii. Obecnie w naszym kraju toczą się dyskusje, które czasami przypominają debaty o psychoterapii prowadzone już w latach 90. XX wieku. Dotyczą one definiowania psychoterapii oraz określenia, jakie wykształcenie umożliwiłoby ubieganie się o certyfikat psychoterapeuty.

W artykule zacytowanym „»Psychoterapia« czy »Psychoterapie«” Jerzy Aleksandrowicz pisze: „Niewątpliwie zadanie zdefiniowania istoty psychoterapii jest niezmiernie trudne, chociażby ze względu na jej usytuowanie w obszarze, w którym krzyżują się fenomeny zdrowia i choroby, pomagania i leczenia, relacji i interakcji międzyludzkich będących warunkiem jakiegokolwiek oddziaływania jednej osoby na drugą. Dlatego, jak się wydaje, sformułowanie takiej definicji wymaga przede wszystkim rozróżnienia między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa »psychoterapia«, zgodnie ze znaczeniem słowa »terapia«, dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie »pomoc psychospołeczna«” [1, s. 22].

Czesław Czabała, określając, czym jest psychoterapia, we wstępie do książki „Czynniki leczące psychoterapii” pisze: „Mam nadzieję, że Czytelnicy tej książki podzielą ze

mną przekonanie, że psychoterapia jest metodą leczenia zaburzeń psychicznych, której stosowanie wymaga wiedzy odwołującej się do wyników badań naukowych i umiejętności, których nabycie jest możliwe w wyniku uczenia się. Psychoterapia jest sztuką tylko w tym sensie, że każdy psychoterapeuta dostosowuje nabytą wiedzę i umiejętności do własnych możliwości ich używania i do potrzeb wynikających z jednostkowych problemów pacjenta” [2, s. 16].

Natomiast Bogdan de Barbaro w ustnej wypowiedzi definiuje psychoterapię szerzej: „Psychoterapia to jest taka metoda, która służy ludziom do tego, żeby sobie poradzili lepiej, a to z cierpieniem, z objawem, z konfliktem, z problemem. I to, co jest ważne, to taka okazja do tego, żeby siebie lepiej zrozumieć” [3].

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [4] obowiązująca od początku stycznia 2024 roku po raz pierwszy wprowadza do polskiego prawa definicję psychoterapii. „Z nowych przepisów wynika, że psychoterapia to celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi” [5].

„Przepisy normują także, kto może prowadzić psychoterapię. Nie zawężają przy tym grona uprawnionych do osób z kierunkowym wykształceniem (np. magistrów psychologii). O status psychoterapeuty może starać się każdy, kto ma tytuł magistra – zarówno matematyk, jak i polonista, jeśli tylko uzyska certyfikat, a więc ukończy wymienione w ustawie podyplomowe szkolenie i zda egzamin certyfikujący” [5].

Natomiast Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego powołał Zespół ds. Psychoterapii, który przygotował własne propozycje regulacji prawnych w zakresie zawodu psychologa oraz świadczeń psychoterapeutycznych (uchwała ZG PTP nr 6/14.10.2024) [6]. Niezależnie od pracy i ustaleń Grupy Roboczej ds. Ustawy o Zawodzie Psychoterapeuty oraz propozycji Zespołu ds. Psychoterapii przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, powstała Koalicja dla Psychoterapii, w ramach której Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski oraz Instytut Psychologii PAN zawarły porozumienie mające na celu włączenie głosu środowiska akademickiego w tworzenie polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego [7]. Obecnie (wrzesień 2025) projekt Grupy Roboczej procedowany jest w Zespole Parlamentarnym ds. ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty, przy odrębnym zdaniu przedstawicieli środowiska terapeutycznego, między innymi ze strony Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [8].

Diagnoza w dziedzinie psychoterapii

Słowo *diagnoza* pochodzi z języka greckiego, później przeniesione zostało do łaciny (łac. *diagnosis*). W medycynie stosuje się określenia: ustalać rozpoznanie, rozpoznawać albo stawiać *diagnozę* [9].

Psychoterapia jako metoda leczenia implikuje konieczność diagnozy. Diagnoza psychiatryczna od dawna budzi dylematy, szczególnie sygnalizowane od czasów rozwoju antypsychiatrii i konstrukcjonizmu społecznego. Jak piszą Dyga i Opoczyńska: „Diagnoza

(rozpoznanie) jest słowem, które działa. Ten, kto je daje (klinicysta), wpływa na tego, komu je daje (pacjent), rozpoznając w nim to, co mu daje (diagnoza). Diagnoza, uchodząc za rozpoznanie, w istocie ingeruje w proces rozpoznawania siebie przez pacjenta: bogatszy o słowo (zarazem może sam uboższy), którego wcześniej nie znał (a jeśli znał, nie używał do opisu siebie) pyta: kim jestem? Jak mnie widzą, tak mnie piszą (mówią)? Jak mnie piszą (mówią), tak mnie widzą? Jestem, kogo nie widzą (nie mówią, nie piszą)? Jestem kogo ze mnie robią? Diagnoza – choć zwykle mówimy, że się ją stawia, rozpoznając kogoś jako kogoś, kto coś ma (lub: komu coś jest) – w istocie temu, komu »ją postawiono«, stawia pytania: co mnie wiąże z diagnozą, jaką mi przypisano? Czy mam z nią coś wspólnego? Jeśli nie potrafię rozpoznać w niej siebie, to czy jest moja? Namysł nad diagnozą nie może więc pominąć namysłu nad jej znaczeniem dla tożsamości osób diagnozowanych” [10, s. 74–75].

I choć wymienieni autorzy w swoich artykułach odnoszą się do diagnozy psychiatrycznej między innymi w relacji z pacjentem, nie koncentrując się na zagadnieniu psychoterapii, to sądzę, że ich refleksje można rozpatrywać także w tym kontekście. Dostrzegają oni korzyści oraz zagrożenia wynikające z diagnozy, pisząc we wprowadzeniu do artykułu: „(...) za największe z owych niebezpieczeństw dla tożsamości pacjenta uważamy reifikację oraz samospełniające się przepowiednie. Reifikacja choroby prowadzi bowiem najczęściej do przedmiotowego traktowania osoby chorej, z pominięciem znaczeń zawartych w symptomach oraz jej samej w swojej indywidualności i unikalności, których wyrazem jest poczucie tożsamości. Samospełniająca się przepowiednia oznacza zaś przede wszystkim realny wpływ oczekiwań i interpretacji psychiatry na stan psychiczny pacjenta oraz jego tożsamość” [11, s. 87]. Powszechnie określenie *d i a g n o z a* utożsamiane jest z medycznym rozpoznaniem, czyli diagnozą nozologiczną. Natomiast w psychoterapii – moim zdaniem – diagnozę można, a często należy, rozpatrywać w trzech aspektach: medycznym (psychiatrycznym lub/i somatycznym), psychologicznym oraz terapeutycznym.

Diagnoza nozologiczna stawiana jest w oparciu o obowiązujące kryteria diagnostyczne ICD (International Classification of Diseases, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) oraz uzupełniająco DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). Obie klasyfikacje co jakiś czas są nowelizowane w oparciu o badania kliniczne, nie są jednak wolne od wpływu czynników społeczno-kulturowych. Obecnie w Polsce obowiązuje Klasyfikacja ICD-10, ponieważ przewidziany jest pięcioletni okres przejściowy na wdrożenie Klasyfikacji ICD-11, natomiast klinicyści w swojej praktyce odwołują się także do kryteriów Klasyfikacji ICD-11, korzystając również z opisów DSM-5.

Diagnoza psychologiczna formułowana jest na podstawie badań psychologicznych i dotyczy między innymi procesów poznawczych oraz emocjonalno-motywacyjnych. Badania diagnostyczne powinny być przeprowadzane za pomocą metod i technik psychologicznych spełniających kryteria EBA (ang. *evidence-based assessment*, diagnoza oparta na dowodach empirycznych). Dąży się do tego, by wszelkie działania praktyczne bazowały na podstawach naukowych, co przede wszystkim oznacza wymóg stosowania ustrukturalizowanych metod i procedur, które pomyślnie przeszły empiryczną weryfikację. Badania psychologiczne przeprowadza i interpretuje wyłącznie psycholog.

Diagnoza psychoterapeutyczna nie ma aktualnie standardowych narzędzi i kryteriów, na co zwrócił uwagę Błażej Kmiecik, przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich, w ramach dyskusji w komisji sejmowej dotyczącej ustawy o zawodzie psychoterapeuty [12]. Niemniej jednak diagnoza psychoterapeutyczna jest praktykowana i ma swoje tradycje, a jej przebieg zależy od modalności. Ponieważ opis diagnoz psychoterapeutycznych w różnych modalnościach wykracza poza zakres niniejszego artykułu, wspomnę tylko, że w podejściu poznawczo-behawioralnym stosowane są protokoły diagnostyczne, psychoterapeuci korzystają także z rekomendowanych sposobów oceny wstępnej, stosując na przykład półstrukturalizowany wywiad Kernberga, w modalności psychoanalitycznej funkcjonują opracowane przez Nancy McWilliams sposoby diagnozowania psychoterapeutycznego, a w nurcie systemowym w diagnozie rodziny uwzględnia się między innymi jej strukturę, komunikację i złożoność relacji, w tym przekazy generacyjne [13–16].

Diagnoza psychoterapeutyczna może też być rozpatrywana jako ocena wstępna lub diagnoza ciągła. Ocena wstępna zawiera zespół procedur mających na celu określenie koncepcji zaburzenia i najistotniejszych procesów odpowiedzialnych za jego powstanie, co umożliwiłoby wybór metody i warunków leczenia. Obejmuje ona między innymi identyfikację potrzeb, motywacji i oczekiwań pacjenta, a także – standardowo – dane z życia pacjenta, historię problemów czy zaburzeń oraz narrację, jaką pacjent lub/i jego rodzina stosują w udzielaniu informacji. Diagnoza ciągła to z kolei seria konsultacji poświęconych zbieraniu danych oraz proces budowania koncepcji zaburzenia. Natomiast w każdej formie diagnozowania wskazane jest, by terapeuta był gotowy modyfikować swoje pierwotne założenia wraz z pojawieniem się nowych informacji lub zmiany klinicznej.

Jedną ze składowych diagnozy terapeutycznej jest sformułowanie przez pacjenta oczekiwań dotyczących psychoterapii. W związku z brakiem jasno określonych kryteriów i narzędzi do formułowania diagnozy psychoterapeutycznej, która zależy od nurtu, w jakim pracuje psychoterapeuta, na potrzeby niniejszego artykułu diagnozę terapeutyczną zawężę do weryfikowania oczekiwań pacjenta.

Znaczenie diagnozy medycznej, psychologicznej i terapeutycznej w psychoterapii

Diagnoza medyczna/nozologiczna zaburzeń psychicznych wymagana jest w takich obszarach, jak: leczenie w ramach NFZ, świadczenia ubezpieczeniowe czy edukacja i orzekanie odnośnie do typu nauczania (indywidualne, specjalne, obniżenie wymagań szkolnych itp.). Niektóre rozpoznania wymagają także diagnozy psychologicznej dotyczącej między innymi procesów emocjonalnych, poznawczych czy intelektualnych. Diagnoza medyczna może być rozpatrywana narracyjnie w procesie psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży oraz rodzin. W środowisku psychoterapeutów istnieją kontrowersje dotyczące zasadności narracyjnego wprowadzania diagnozy medycznej do procesu psychoterapii. Toczą się dyskusje, czy poruszać w psychoterapii temat istniejącego już rozpoznania medycznego lub dzielić się jego podejrzeniem i zalecać pacjentowi, a w przypadku osób niepełnoletnich – rodzicom, konsultację psychiatryczną. Należy też mieć na uwadze, że część pacjentów zgłasza się na terapię z powodu chorób psychosomatycznych, trudno więc w procesie psychoterapii ignorować dolegliwości, z jakimi się zmagają.

Diagnoza psychologiczna to jeden z obszarów pracy psychologa. Katarzyna Stemplewska-Żakowicz w podręczniku akademickim „Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna” wyodrębnia trzy znaczenia terminu *d i a g n o z a*. Pierwsze oznacza „złożony proces obejmujący sformułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację, a w efekcie sformułowanie odpowiedzi na pytania diagnostyczne, co nierzadko staje się punktem wyjścia do postawienia kolejnych pytań lub hipotez, sprawdzanych w kolejnej serii badań” [17, s. 15].

Drugie znaczenie dotyczy efektu procesu diagnozowania. Stemplewska-Żakowicz zwraca uwagę, że w języku polskim, poza terminem *d i a g n o z a*, istnieje też termin *r o z p o z n a n i e*, który częściej kojarzony jest z medycznym modelem diagnozy nozologicznej. Tymczasem, jak pisze autorka podręcznika, „efektem diagnozy psychologicznej może być także – a nawet przede wszystkim – zrozumienie danego zjawiska, wyjaśnienie jego uwarunkowań, mechanizmów i dynamiki, przewidywanie różnych wariantów możliwego rozwoju zdarzeń w przyszłości, jak również zaplanowanie interwencji psychologicznej, a następnie jej monitorowanie oraz ocena efektywności” [17, s. 15]. Autorka wskazuje, że jeśli czynności diagnostyczne przeprowadzają psycholodzy kliniczni, wówczas jest to rozpoznanie zaburzenia, określenie rokowania oraz planowanie terapii. Natomiast psycholodzy innych specjalności, na przykład specjalizujący się w doradztwie zawodowym, na podstawie przeprowadzonych badań tworzą profil kompetencji.

Stemplewska-Żakowicz wyodrębnia również trzecie znaczenie diagnozy psychologicznej „jako wiedzy naukowej i opartej na niej profesjonalnej praktyki. (...) Tak rozumiana diagnoza psychologiczna (ang. *psychological assessment*) jest dyscypliną naukową, a zarazem – jak medycyna – sztuką praktykowania w zgodzie z własnymi zasadami” [17, s. 16].

Nawiązując do tytułu podręcznika „Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna”, autorka podaje również definicję *k o m p e t e n c j i d i a g n o s t y c z n e j*: „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” [17, s. 21]. Natomiast „kompetencję definiuje się zwykle jako złożoną z trzech elementów: wiedzy, umiejętności i wartości” [17, s. 10].

Diagnoza powinna być oparta na dowodach empirycznych (ang. *evidence-based practice*, EBP), czyli na podstawach naukowych, co oznacza stosowanie ustrukturalizowanych metod i procedur, które przeszły pomyślną weryfikację empiryczną. „Nurt ten narodził się na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku w medycynie (ang. *evidence-based medicine*, EBM), skąd przeniósł się najpierw do psychoterapii (ang. *empirically supported therapies*, EST), a następnie ogarnął całość praktyki psychologicznej (ang. *evidence-based practice in psychology*, EBPP)” [17, s. 44].

Jak więc wynika z powyższego opisu diagnozy psychologicznej, wymaga ona kompetencji dostępnych wyłącznie psychologom, którzy dokonują samodzielnej i niezależnej oceny stanu badanej osoby. Diagnoza psychologiczna może też stanowić podstawę rozpoznania medycznego lub mieć istotny wkład w postawienie diagnozy nozologicznej, a także być istotną częścią diagnozy terapeutycznej oraz procesu psychoterapii.

Szczególne znaczenie diagnoza psychologiczna pełni w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą oraz rodzinami. Dzieje się tak dlatego, że z powodów rozwojowych, dotyczą-

cych sfery poznawczej i emocjonalnej, często trudno w bezpośredniej rozmowie z dzieckiem czy nastolatkiem uzyskać informacje ważne dla rozpoczęcia i kontynuowania procesu psychoterapii, zarówno indywidualnej, jak i rodzinnej. W terapii rodzinnej – między innymi z powodu doświadczanego przez dziecko konfliktu lojalności – diagnoza psychologiczna często stanowi jedyną możliwość zbadania, co dziecko myśli i czuje. Nasuwa się więc pytanie, z jakich powodów część psychoterapeutów bagatelizuje lub/i odrzuca zasadność i wartość diagnozy psychologicznej w procesie psychoterapii?

Diagnoza psychoterapeutyczna, podobnie jak psychoterapia, jest procesem. Zwykle rozpoczyna się od sformułowania przez pacjenta oczekiwań dotyczących psychoterapii. Następnie terapeuta, w oparciu o przebieg procesu terapeutycznego, stawia hipotezy, które na określonym etapie tego procesu stopniowo weryfikuje. Terapeuta weryfikuje również oczekiwania pacjenta pod kątem możliwości ich realizacji w ramach psychoterapii. Zdarza się, że diagnoza terapeutyczna ulega zmianie w czasie trwania procesu terapeutycznego, w związku z jego przebiegiem, obrazem klinicznym czy nowymi tematami wnoszonymi przez pacjenta. Czasami też wnikliwa diagnoza terapeutyczna pozwala uzyskać informacje wskazujące na potrzebę konsultacji z lekarzem psychiatrą w celu postawienia lub skorygowania diagnozy medycznej.

Jak już wspomniałam, obecnie nie ma opracowanych jednoznacznych wytycznych, metod i narzędzi wykorzystywanych do stawiania diagnozy terapeutycznej, co stanowi przeszkodę do ujęcia jej w ustawie. Dlatego pozwolę sobie skoncentrować się wybiórczo na jednym z obszarów, który jest wspólny dla różnych modalności, to znaczy na oczekiwaniach pacjentów, szczególnie w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. W przypadku dzieci i młodzieży często oczekiwania zgłaszają rodzice lub opiekunowie zaniepokojeni zmianami w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym lub/i społecznym dziecka. Dzieci i młodsze nastolatki (do ok. 12.–13. roku życia) często mają trudności w sformułowaniu oczekiwań, ponieważ albo nie podzielają niepokojów rodziców, albo ze względów rozwojowych nie potrafią ich nazwać, albo z innych powodów, na przykład konfliktu lojalności, nie chcą o trudnościach rozmawiać. W tych przypadkach nieocenione są badania psychologiczne i diagnoza psychologiczna. Natomiast w terapii rodzin oczekiwania względem terapii może być co najmniej tyle, ilu członków rodziny uczestniczy w sesjach. Niezależnie od formy pracy – indywidualnej czy rodzinnej – diagnoza terapeutyczna często ulega weryfikacjom, przekształceniom czy zmianom i w tym znaczeniu jest procesem.

Polemika i dyskusja

Niektórzy współcześni terapeuci, jak Irvin Yalom, Harlene Anderson czy twórcy terapii narracyjnej Michael White i David Epston, kwestionują zasadność odwoływania się do diagnozy medycznej w procesie psychoterapii. Irvin Yalom podkreśla, że psychoterapia to stopniowo przebiegający proces, podczas którego terapeuta stara się najpełniej poznać pacjenta. Diagnoza według Yaloma „ogranicza pole widzenia, zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby. Kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i odpowiednio przywiązywania nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które

zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać. Ponadto diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia” [18].

Mam wątpliwości co do poglądu Yaloma oraz dostrzegam w nim niekonsekwencje. Wątpliwości dotyczą braku źródeł, wyników badań, na podstawie których Yalom autorytarnie stwierdza, że diagnoza „ogranicza pole widzenia, zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby”. Wobec braku wyników badań przyjąć można, że autor tej tezy sformułował ją w oparciu o własne obserwacje. Jeżeli więc pozwoli sobie na odwoływanie się do doświadczeń terapeutycznych i dyskusję między subiektywnymi spostrzeżeniami, to moje są wręcz przeciwne. Wieloletnie doświadczenie kliniczne i terapeutyczne, w tym 35-letni staż pracy w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, daje mi podstawę, by sądzić, że rozpoznanie zaburzenia pozwala terapeutę w szerszej optyce widzieć człowieka jako osobę, która w danym momencie swojego życia zmagą się z objawami stanowiącymi część jej doświadczenia i w procesie psychoterapii nie można ich pomijać.

Trudno mi też zgodzić się z dalszą częścią tezy Yaloma, że „kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i odpowiednio przywiązywania nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać”. Podobnie jak w poprzednim fragmencie, nie wiadomo, na jakich źródłach czy badaniach autor tych słów się opiera. Być może na własnym doświadczeniu, jednak w mojej praktyce terapeutycznej diagnoza nozologiczna nie wyznacza granic ani nie przyczynia się do selektywnego pomijania aspektów życia pacjenta, wręcz przeciwnie – pozwala dostrzegać indywidualność danej osoby mimo objawów, które przy tym samym rozpoznaniu mogą być przez każdego inaczej rozumiane, interpretowane oraz doświadczane emocjonalnie.

Na koniec Yalom stwierdza, że „diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia”. Nie da się a priori takiej ewentualności wykluczyć, ale w moim klinicznym i terapeutycznym doświadczeniu diagnoza nozologiczna, w przeciwieństwie do „samospełniającej się przepowiedni”, często pozwala pacjentowi uwolnić się od poczucia winy czy odpowiedzialności za to, jak aktualnie funkcjonuje i czego doświadcza. Nierzadko, jak wynika zapewne nie tylko z moich obserwacji, rozmowa z pacjentem, na przykład z rozpoznaniem depresji o objawach zaburzenia, umożliwia mu uwolnienie się od poczucia winy za to, że nie ma sił i energii, że wolniej pracuje i nie wywiązuje się ze zobowiązań, że nie cieszą go osiągnięcia bliskich czy własne, a możliwość uwolnienia się od poczucia winy w przypadku depresji przynosi ulgę w cierpieniu. Niejednokrotnie zdarzało mi się również słyszeć wyrażane przez pacjentów poczucie ulgi w przypadku innych rozpoznań, na przykład osoby z rozpoznaniem spektrum autyzmu mówiły, że poczuły ulgę po usłyszeniu rozpoznania od zespołu diagnozującego, ponieważ zrozumiały, dlaczego odbierają otoczenie inaczej niż inni czy inaczej przeżywają różne sytuacje.

Jak wynika z mojego zawodowego doświadczenia, trudno nie uwzględnić diagnozy nozologicznej w terapii rodzinnej nastolatków, między innymi z rozpoznaniem spektrum autyzmu czy schizofrenii. Natomiast w sformułowaniu Yaloma, że „kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują”, dostrzegam też niekonsekwencję, ponieważ autor – negując zasadność rozpatrywania diagnozy w psychoterapii – jednocześnie stosuje określenie p a c j e n t, które jest z diagnozą ściśle związane. Rozpoznanie dotyczy pacjenta, natomiast

osobę, wobec której nie są prowadzone badania diagnostyczne, której nie postawiono diagnozy lub nie jest leczona, trudno określić mianem pacjenta.

Yalom, pracując w nurcie terapii egzystencjalnej, w swoich publikacjach stosuje słowo *pacjent*, nie definiując ani nie redefiniując jego znaczenia. W różnych językach ten termin rozumiany jest podobnie. Na przykład Wielki Słownik Języka Polskiego podaje, że pacjent to „osoba chora, korzystająca z opieki medycznej” [19].

Ciekawe jest pochodzenie tego słowa. Jak podaje jedno ze źródeł, „słowo »pacjent« zapożyczylimy wprawdzie bezpośrednio z języka niemieckiego (niem. *Patient*), ale jego rodowód jest starszy i sięga łaciny. Łacińskie określenie *patiens* miało podstawowe znaczenie »wytrzymały, wytrwały, znoszący coś«. Stąd też kolejne znaczenia, powstałe przez logiczne rozwinięcie znaczenia podstawowego: twardy, nieugięty, a także cierpliwy (wytrwały), jak również cierpiący coś – a później cierpiący na coś. Jeszcze w XIX-wiecznej polszczyźnie eleganckim zamiennikiem słowa *cierpliwość* była *pacjencja* (również w formie wykrzyknika: *Pacjencja!*, czyli: *Cierpliwości!*). Sam wyraz *pacjent* do XVI wieku był swego rodzaju tytułem honorowym osoby leczącej się u lekarza dyplomowanego (w odróżnieniu od tych „gorszych”, leczących się u znachorów), dopiero z czasem zyskał ogólniejsze znaczenie »osoba cierpiąca coś lub na coś i potrzebująca pomocy«. A do końca XIX wieku pacjentów mieli nie tylko lekarze, lecz także adwokaci i radcy prawni” [20].

Wracając do zagadnienia psychoterapii, to w paradygmacie konstrukcjonistyczno-narracyjnym, który rozwinął się od połowy lat 80. XX wieku, terapeuci, tacy jak Harlene Anderson czy twórcy terapii narracyjnej Michael White i David Epston, rozumieją psychoterapię jako proces „współtworzenia znaczeń” [21, s. 127]. Jak pisze Barbara Józefik: „Harlene Anderson kwestionuje stosowanie wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby, gdyż uważa, że dopiero w dialogu można poznać to, co wcześniej było niewidoczne, a co jest warunkiem wyłonienia nowych znaczeń” [21, s. 127]. Natomiast White i Epston, negują słowo „terapia”, opisujące jako „leczenie chorób, zaburzeń, defektów, poprzez stosowanie medycznych, zabiegów leczniczych” [21, s. 128]. Zgodnie z tymi założeniami terapeuci koncentrują się na tym, jak pacjent/klient opisuje, interpretuje i konstruuje swoją sytuację życiową. Jak wskazuje Józefik, dla wymienionych terapeutów, pracujących z osobami z psychiatrycznymi diagnozami (anoreksji, schizofrenii czy depresji), „diagnoza nie stanowi jednak podstawowego opisu, poprzez który spostrzegają oni osoby zgłaszające się na terapię” [21, s. 128].

Trudno nie zgodzić się z założeniem, że diagnoza „nie stanowi podstawowego opisu”, ale czy jej ignorowanie nie jest pominięciem pewnego obszaru doświadczeń lub/i cierpienia pacjenta, z powodu których zgłasza się na psychoterapię? Szczególne wątpliwości budzić może literalne rozumienie „kwestionowania stosowania wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby”, zalecane przez Harlene Anderson. Do czego w takim razie ma się odwoływać psychoterapeuta, jeśli nie do wiedzy teoretycznej i praktycznej? Czy do intuicji, wyobraźni, czy może do projekcji? Choć zarówno intuicja, jak i wyobraźnia, a czasem też projekcja mają swoje miejsce w pracy psychoterapeutycznej, są traktowane jako hipotezy i podlegają weryfikacji oraz superwizji. Nasuwa się pytanie, czy sugerowane przez Anderson „kwestionowanie stosowania wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby”, interpretowane dosłownie, wpisuje się w merytoryczne i etyczne standardy leczenia, jakim jest psychoterapia?

Jak pisze Józefik: „Narracje jako sposób rozumienia rzeczywistości stanowią nieodłączny element podmiotowego bycia w świecie. Nie mamy innego sposobu opisanego przeżytego czasu jak tylko w formie opowieści. To strukturywanie doświadczeń w postaci opowieści porządkuje je i nadaje im sens. Narracje, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, stają się podstawą rozumienia doświadczenia, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone” [22, s. 2]. Podejścia terapeutyczne bazujące na ideach społecznego konstrukcjonizmu określa się często jako podejścia narracyjne w bardzo szerokim tego słowa znaczeniu [23]. Oznacza to, jak wskazuje Józefik, „iż koncentrują się one na znaczeniu języka, kultury w tworzeniu i interpretowaniu wydarzeń, w nadawaniu sensu ludzkim doświadczeniom, na opowieściach klienta, ich interpretacjach i praktykach budowania znaczeń (ang. *meaninig-making practices*). W praktykach terapeutycznych bazujących na tych założeniach, pytania kluczowe dotyczą tego, jak poszczególne osoby w rodzinie dochodzą do takiego a nie innego obrazu świata, relacji rodzinnych, obrazu siebie i innych członków rodziny, jakie jest miejsce znaczących osób, istotnych momentów życia, kluczowych decyzji w podtrzymywaniu opowieści. Inne istotne kwestie to czy zawartość treściowa rodzinnych narracji jest wspólnie ustalana, czy są one podatne na modyfikacje, zmiany, nowe informacje i nowe doświadczenia” [22, s. 5].

Interesujące byłoby poddanie analizie i dyskusji rozumienie słowa *pacjent* oraz definicji psychoterapii zarówno w szerokim ujęciu – w różnych modalnościach, jak i w węższym – w ramach modeli opartych na ideach społecznego konstrukcjonizmu, szczególnie nurtu terapii systemowej, na przykład zespołu reflektującego (ang. *reflecting team*) (Anderson), systemów opartych na współpracy językowej (ang. *reflexive conversation*) (Anderson, Goolishian), postmediolańskiej terapii rodzin (Cecchin, Boscolo), podejścia zorientowanego na rozwiązywanie (ang. *solution-focused practice*) (de Shazer) czy terapii narracyjnej (ang. *narrative therapy*) (White, Epston). Zagadnienie to wykracza jednak poza zakres niniejszego artykułu.

Natomiast czymś innym jest *niewiedzenie* jako sposób prowadzenia rozmowy, polegający na zaciekawieniu, stawianiu pytań i hipotez w rozmowie z pacjentem. Niewiedzenie, które proponują Wojciech Drath i Bogdan de Barbaro w książce „Psychoterapia. Między wiedzeniem a niewiedzeniem” rozumiane jest jako brak wiedzy terapeuty o tym, co pacjent czuje i myśli [24].

Przeciwieństwem tak rozumianego niewiedzenia byłaby dyrektywność, którą sugeruje Aleksandrowicz: „Relacje terapeutyczne różnią się jednak od relacji tworzonych w celu udzielania pomocy, inne też są zadania, zasady funkcjonowania i inne kompetencje osób pomagających niż tych, które leczą. W przypadku udzielania pomocy zadanie, które jest motorem powstania takiej relacji, wynika z potrzeb i życzeń klienta. Tylko on powinien określać rodzaj i zakres pomocy, a pomocnik powinien »podażać za nim« – inaczej nie będzie to pomoc, lecz »uszcześliwianie na siłę«. Natomiast relacje terapeutyczne zakładają kierowanie się wiedzą leczących o chorobie i o tym, co może pomóc w usunięciu zaburzenia. Wyobrażenia i oczekiwania pacjenta muszą zostać podporządkowane tej wiedzy i wynikającym z niej decyzjom o sposobie realizowania zadania. Szczególnie okoliczności mogą zmniejszać (jak w przypadku zabiegu chirurgicznego) lub znacznie zwiększać (w psychoterapii) konieczność aktywnej współpracy chorego, zawsze jednak to leczący musi określać optymalny kierunek, zakres i zasady tej współpracy. Nie jest to

więc relacja w pełni partnerska”. [1, s. 23–24]. Według Aleksandrowicza terapeuta nie tyle wie, co pacjent myśli i czuje, ile rozumie, co dla niego jest dobre i wskazane. Sądzę, że pomiędzy niewiedzeniem a pewnością, w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych ważnym obszarem są kompetencje terapeuty dotyczące metod terapeutycznych, z jakich może korzystać, by ulżyć pacjentowi w cierpieniu i pomóc w pozbyciu się objawów, a tym samym w poprawie jakości życia.

Z kolei White i Epston, negując rozumienie słowa terapia jako „leczenie chorób, zaburzeń, defektów, poprzez stosowanie medycznych, zabiegów leczniczych”, skłaniają się do postawienia pytania: czym dla wymienionych autorów jest psychoterapia? Jeśli nie jest leczeniem, to na jakiej podstawie „oddziaływania psychospołeczne” (cytując za Aleksandrowiczem) stosowane są wobec osób z konkretnymi rozpoznaniem nozologicznymi, takimi jak anoreksja, schizofrenia czy depresja? A także – do jakich badań i podstaw merytorycznych oraz do jakich wartości etycznych odwołują się autorzy takiego podejścia?

W rozumieniu i praktykowaniu psychoterapii bliskie są mi tezy wynikające z wieloletnich badań prowadzonych przez profesora Norcrossa, który podkreśla znaczenie terapii spersonalizowanej, czyli dostosowanej do osoby pacjenta, jego responsywności, oczekiwań i zaburzenia. Podczas wykładu wygłoszonego za zaproszenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego profesor Norcross wyjaśnił między innymi, że w psychoterapii *evidence-based practice* polega na integracji trzech składowych: korzystania z najlepszych dostępnych dowodów, łączenia ich z wiedzą, ekspertyzą kliniczną, a następnie uwzględniania cech charakterystycznych pacjenta, takich jak tło kulturowe czy preferencje [25].

Jak wynika z mojej praktyki, są pacjenci, na przykład z zaburzeniami odżywiania, którzy wręcz oczekują „prowadzenia”, a nie „podążania za nimi”, ponieważ – jak to często metaforycznie ujmują – „ja nie wiem, dokąd mam iść”. Jeszcze inaczej przebiega praca terapeutyczna z dziećmi i nastolatkami, które nie mają rozwojowych możliwości, a czasami też motywacji, by wskazywać oczekiwania, cele i kierunek procesu terapeutycznego.

Natomiast odwołując się do narracji i zwracając uwagę na znaczenie poszczególnych słów, o psychoterapii mówi się często, że jest *p r o w a d z o n a*, że ktoś *p r o w a d z i p s y c h o t e r a p i ę*, czyli w takim rozumieniu osoba prowadząca pełni też rolę *p r z e w o d n i k a*. Określenie (własne) *p r z e w o d n i k* nawiązuje do badanych czynników skuteczności psychoterapii, które według Norcrossa zależą od wielu składowych. Ważne są między innymi etapy zmiany pacjenta: przedkontemplacja, kontemplacja, przygotowanie działania i utrzymanie. Poszczególne etapy wymagają dostosowania metod pracy terapeutycznej, niektóre podejścia sprawdzają się bowiem w zależności od danego etapu. Zdaniem autora w psychoterapii ważne jest też dostosowanie terapii do stylu radzenia sobie pacjenta. Badacze wyróżniają dwa typy: typ eksternalizatorów i internalizatorów. Dla skuteczności terapii ma znaczenie, by do stylu radzenia sobie pacjenta dobrać metodę pracy [25].

Podsumowanie

Słowa będące narzędziem pracy psychoterapeuty stosowane są w każdym nurcie psychoterapii, budują więc szeroko rozumianą narrację – dialog terapeuty z pacjentem lub wielość w pracy z rodziną. Od wiedzy, doświadczenia klinicznego i terapeutycznego, a także uważności psychoterapeuty i umiejętności korzystania z metod w dużym stopniu zależy efektywność psychoterapii. Choć także słowa i treści niewypowiedziane mogą stanowić cenny materiał do stawiania hipotez terapeutycznych.

Terapia narracyjna, wywodząca się z konstrukcjonizmu społecznego, wniosła nową perspektywę poszerzającą postrzeganie pacjenta, proponując szeroki wachlarz możliwości w zakresie komunikacji i rozumienia osoby korzystającej z psychoterapii. Ważne jednak pozostaje pytanie, czy terapeuta, pracując z pacjentem poza ramami rozpoznania, może – jak proponują Irvin Yalom, Harlene Anderson czy Michael White i David Epston – ignorować diagnozę nozologiczną, która bywa czasami jedynym powodem zgłoszenia się na terapię. Przeciwnicy uwzględniania diagnozy zarzucają jej między innymi możliwość etykietowania osoby uczestniczącej w terapii. Nasuwa się jednak hipoteza i pytanie, kto ma udział w etykietyzowaniu, czy nie sami psychoterapeuci, którzy unikają diagnoz, przypisując im negatywną konotację? Podczas gdy w procesie psychoterapii nie pracuje się „z diagnozą”, ale z osobą, która z powodu dolegliwości czy zaburzeń cierpi lub/i nie może naturalnie funkcjonować albo też z różnych powodów niepokoi bliskich – szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży. A to właśnie młodzież często sama stawia sobie rozpoznania medyczne, czasami trafne, czasami błędne, i na pierwszej sesji oznajmia je terapeutę. Wówczas wskazane jest, aby w procesie psychoterapii młoda osoba „uwolniła się” od postawionej sobie „diagnozy”.

W czasie trwających aktualnie prac dotyczących formułowania definicji psychoterapii, stawiania diagnozy oraz leczenia zaburzeń, nasuwa się pytanie: czy przy założeniu, że psychoterapia jest formą leczenia, nie powinna być poprzedzona diagnozą medyczną lub/i psychologiczną, podobnie jak w przypadku innych chorób czy zaburzeń leczonych w ochronie zdrowia? Natomiast jeżeli psychoterapia miałaby nie być rozumiana i traktowana jako leczenie, to z kolei pojawia się wątpliwość, w oparciu o jakie przesłanki merytoryczne i etyczne mogłaby być stosowana wobec osób z rozpoznaniem medycznym lub spełniających kryteria diagnozy nozologicznej. Sądzę, że przy zachowaniu uważności i intencji psychoterapeuty, by unikać traktowania diagnozy jak reifikacji czy samopotwierdzającej się przepowiedni, diagnoza psychiatryczna czy psychologiczna mogłyby być jednym z omawianych tematów w procesie psychoterapii. W umiejętnie inkluzywnym traktowaniu diagnozy w procesie psychoterapii upatruję więcej korzyści, niż w jej wykluczeniu z procesu leczenia pacjenta.

Z psychoterapii korzystają nie tylko osoby z rozpoznaniem psychiatrycznym, ale także chorzy z diagnozami somatycznymi, w tym onkologicznymi, czy osoby z niepełnosprawnością. Można więc przez analogię zastanowić się, czy prowadząc psychoterapię z wymienionymi pacjentami, terapeuta daje sobie prawo do pomijania ich chorób czy niepełnosprawności? I nie dlatego, by koncentrować się na diagnozie, ale by poznać, czym choroba czy niepełnosprawność jest dla pacjenta, jak jej doświadcza i czy chce o niej rozmawiać, czy stanowi ona jeden z tematów do pracy w procesie psychoterapii. Jeżeli

niedostrzeganie (niewidzenie) choroby somatycznej czy niepełnosprawności w psychoterapii może się wydawać trudne, to nasuwa się pytanie, z jakich powodów terapeuta miałyby nie dostrzegać rozpoznania psychiatrycznego?

Jak już wspomniałam, krytyka diagnozy psychiatrycznej sięga czasów intensywnie rozwijającego się od lat 60. XX wieku ruchu antypsychiatrii, a także związana jest z rozwojem konstrukcjonizmu społecznego. Duży wkład w sceptyczne podejście do diagnozy psychiatrycznej miał między innymi Michel Foucault, związany z postmodernizmem, który zwrócił uwagę na powiązania wiedzy i władzy. Trudno nie zgodzić się z poglądami Foucaulta na temat władzy, rozumianej jako relacja obecna we wszystkich sferach życia [26]. Ważne jest, by zachować uważność na te powiązania, a także na czynniki społeczno-kulturowe mające wpływ na funkcjonowanie jednostek, rodzin i społeczeństw oraz nadawanie kierunku poglądom zgodnym z szeroko rozumianą „poprawnością polityczną”.

Natomiast od publikacji prac Foucaulta minęło 40 lat i w tym czasie zaszło wiele zmian w różnych obszarach naszego życia, także w psychiatrii i kryteriach diagnostycznych, które w klasyfikacjach są coraz bardziej elastyczne i aktualizowane wraz z badaniami i rozwojem medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM). W klasyfikacjach chorób i zaburzeń zachodzą zmiany, na przykład w ICD-11 odchodzi się od kategoriycznych stwierdzeń na rzecz szerszych kategorii oraz oceny stopnia nasilenia objawów.

Poruszone przeze mnie zagadnienia, ich znaczenie i waga wynikają z mojej troski dotyczącej stosowania psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci, młodzieży i osób dorosłych oraz terapii rodzin.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia czy Psychoterapie. *Psychoterapia*. 2004; 2(129): 22–23.
2. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
3. de Barbaro B. Czym jest psychoterapia [Video]. Euphire, 2018 [cyt. 21.02.2025]. Dostęp: <https://www.facebook.com/EUPHIRE/videos/576366392714269>
4. Ważne zmiany dla psychoterapeutów. Weszły w życie przepisy regulujące zawód. Jest definicja psychoterapii [Internet]. RynekZdrowia.pl; 2024 [cyt. 24.04.2025]. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Wazne-zmiany-dla-psychoterapeutow-Weszly-w-zycie-przepisy-regulujace-zawod-Jest-definicja-psychoterapii,253659,16.html>
5. Nocuń K. Definicja psychoterapii: celowe i planowe działania psychologiczne [Internet]. Prawo.pl; 2024 [cyt. 16.03.2025]. Dostęp: <https://www.prawo.pl/zdrowie/definicja-psychoterapii-od-1-stycznia-2024-r-w-ustawie,524659.html>
6. Wykowski J. Stanowisko PTP: psychoterapia nie jest odrębnym zawodem i zawsze powinna być poprzedzona diagnozą [Internet]. RynekZdrowia.pl; 2024 [cyt. 11.03.2025]. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Stanowisko-PTP-psychoterapia-nie-jest-odrebnym-zawodem-i-zawsze-powinna-byc-poprzedzona-diagnoza,265107,16.html>
7. Koalicja dla Psychoterapii [Internet]. Instytut Psychologii PAN; 2024 [cyt. 25.03.2025]. Dostęp: <https://psych.pan.pl/aktualnosc/koalicja-dla-psychoterapii>
8. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w sprawie projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty [Internet]. psych.org.pl; 2025 [cyt. 10.07.2025]. Dostęp: <https://psych.org.pl/>

- fileadmin/user-files/aktualnosci/STANOWISKO_PTP_USTAWA_O_ZAWODZIE_PSYCHOTERAPEUTY.pdf
9. Müldner-Nieckowski P. Diagnoza a rozpoznanie [Internet]. Repliki, czyli odpowiedzi. Lekarski Poradnik Językowy [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: <https://lpj.pl/index.php?op=31&id=3>
 10. Dyga K, Opoczyńska M. Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Cz.1: Od zapoznania do rozpoznania. *Psychoterapia*. 2015; 3(174): 73–86.
 11. Dyga K, Opoczyńska M. Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Cz. 2: Uzgadnianie czy uznanie. *Psychoterapia*. 2015; 3(174): 87–97.
 12. Kmiecziak B. Wywiad z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Psychoterapii mnie dzisiaj zatrzymał. Kilka refleksji w ważnym dla mnie temacie ustawy [Internet]. Błażej Kmiecziak; 2025 [cyt. 25.08.2025]. Dostęp: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid-04MULjTNNgVkJqSwLCYa8DC1xAuJNtV6g7uR2TN9RjQ8AQvek5FqFLo5kWHEeQ71C1&id=100063635632562
 13. Kuyken W, Padesky ChA, Dudley R. *Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej*. Wrocław: Urban & Partner; 2024.
 14. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2025.
 15. Siewierska A, Śliwczyńska J, Namysłowska I. Czy możliwa jest diagnoza systemowa. *Psychiatr Pol*. 2008; 1(tom XLII): 17–24.
 16. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: Wątpliwości i możliwości. *Psychoterapia*. 2028; 1(144): 5–16.
 17. Stemplewska-Żakowicz K. *Diagnoza psychologiczna: Diagnostowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2013.
 18. Yalom ID. *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów* [Ebook]. Warszawa: Czarna Owca; 2024.
 19. Pacjent [Internet]. Wielki Słownik Języka Polskiego [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: <https://wsjp.pl/haslo/podglad/2330/pacjent>
 20. Cierpliwyy jak pacjent [Internet]. Narodowe Centrum Kultury [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: https://nck.pl/projekty-kulturalne/projekty/ojczysty-dodaj-do-ulubionych/ciekawostki-jezykowe/Cierpliwyy_jak_PACJENT,cltt,c
 21. Józefik B. *Kultura, ciało (nie)jedzenie, terapia: Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
 22. Józefik B. *Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści. Idee i praktyki narracyjne*. [Internet]. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego [cyt. 25.03.2025]. Dostęp: <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/eab1cefb-9320-455f-ac28-f92c2d1dfa24>
 23. Tokarska U. *Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia*. W: Trzebiński J (red.). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002, 221–261.
 24. Drath W, de Barbaro B. *Psychoterapia. Między wiedzeniem a niewiedzeniem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2022.
 25. Norcross JC. *Evidence-based Therapy Relationships and Treatment Adaptations* [Wykład nieopublikowany]. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Masterclass Lectures: Psychologia. Nauka. Praktyka oparta na dowodach; 03.09.2025.
 26. Grzymski J. *Wszechobecność władzy i postawa krytyczna. Inspiracje myślą Michela Foucaulta*. Athenaeum. *Polskie Studia Politologiczne*. 2017; 54: 85–98.

Adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl