

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

Meandry konceptualizacji. Część 2. Czy historia życia pacjenta ma coś wspólnego z jego przekonaniami?

Meanders of conceptualisation. Part 2. Does the patient's life history have anything to do with their beliefs?

¹Toruński Ośrodek Psychoterapii i Pomocy Psychologicznej, Toruń, Polska

²Szkoła Psychoterapii Crescentia, Warszawa, Polska

³Zespół Gabinetów Psychoterapeutycznych Poza Schematami, Warszawa, 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.2025.0025>

ORCID iDs

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

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

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

Streszczenie

W artykule poruszono temat roli przeszłych doświadczeń i relacji pacjenta, zwłaszcza tych z okresu dzieciństwa, w kształtowaniu się jego przekonań na temat siebie, innych ludzi i świata. Historia życia pacjenta daje często odpowiedź na pytanie, co mu się przydarzyło oraz dlaczego i w jaki sposób wpłynęło to na powstanie trudności i/lub zaburzenia, z którym zgłosił się na terapię. Skuteczna terapia poznawczo-behawioralna wymaga między innymi zrozumienia znaczenia doświadczeń i przeszłych relacji pacjenta, szczególnie z ważnymi dorosłymi i rówieśnikami. Warto skupić się na obszarach związanych z wychowaniem i domem rodzinnym, na relacjach tam panujących oraz na obszarach relacji i radzenia sobie w szkole oraz budowaniu relacji z rówieśnikami. To właśnie na podstawie tych doświadczeń i relacji zaczynają kształtować się przekonania pacjenta na temat siebie, świata i innych ludzi. W artykule podano i omówiono przykłady stylów radzenia sobie z przekonaniami w terapii poznawczo-behawioralnej. Przedstawiono również przykłady analizy z historii życia pacjenta. Artykuł może być wykorzystany w zależności od potrzeb zarówno do rozumienia pacjenta podczas prowadzenia psychoterapii indywidualnej, jak i do opracowywania konceptualizacji przypadku w formie pracy pisemnej.

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

Abstract

The article discusses the role of a patient's past experiences and relationships, especially those from childhood, in shaping their beliefs about themselves, other people, and the world. A patient's life history often provides answers to what has happened to them, why it happened, and how it contributed to the development of the difficulties and/or disorder that led them to seek therapy. Effective cognitive behavioural therapy requires, among other things, an understanding of the significance of a patient's experiences and past relationships, particularly with important adults and peers. It is worth focusing on areas related to upbringing and the family home, on the nature of relationships within it, as well as on areas concerning relationships and coping at school and in building peer connections. It is precisely from these experiences and relationships that a patient's beliefs about themselves, the world, and other people begin to form. The article provides and discusses examples of coping styles with beliefs in cognitive behavioural therapy. It also presents examples of life history analysis of a patient. Depending on the needs, the article can be used both for understanding a patient in the process of individual psychotherapy and for developing a case conceptualisation in written form.

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

WSTĘP

W terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy*, CBT) oprócz postawienia trafnej diagnozy i wyboru protokołu leczenia, co opisano w części 1. niniejszego artykułu dotyczącego meandrów konceptualizacji (Kołakowski *et al.*, 2025), niezwykle ważne jest poznanie historii życia pacjenta i jego doświadczeń, które wpłynęły na kształtowanie się jego przekonań oraz stylów radzenia sobie.

Historia ta daje często odpowiedź na pytanie, co przydarzyło się pacjentowi oraz dlaczego i w jaki sposób wpłynęło to na powstanie trudności lub zaburzeń, z którymi zgłosił się na terapię. Zbierając wywiad przed rozpoczęciem terapii, warto ustalić, jakiego rodzaju doświadczenia pacjent miał w przeszłości, poczynając od wczesnego dzieciństwa, a kończąc na zdarzeniach bieżących. Analizując te pierwsze, warto skupić się na obszarach związanych z wychowaniem i domem rodzinnym, na relacjach tam panujących oraz na obszarach relacji i radzenia sobie w szkole oraz budowania relacji z rówieśnikami. To właśnie na podstawie tych doświadczeń i relacji zaczynały kształtować się przekonania pacjenta na temat siebie, świata i innych ludzi. Dodatkowo doświadczenia te oraz to, co dzieje się w relacjach z ważnymi osobami czy rówieśnikami, przyczyniają się także do powstawania stylów radzenia sobie (adaptacyjnych i nieadaptacyjnych). Na etapie wywiadu ważne będzie również poznanie sytuacji trudnych czy traumatycznych doświadczanych przez pacjenta zarówno w przeszłości, jak i obecnie (Beck, 1979, 2011; Kuyken i Padesky, 2024; Persons, 2006; Popiel i Pragłowska, 2022; Wright *et al.*, 2005).

Zatem CBT pomaga, między innymi, zidentyfikować związek między przeszłymi doświadczeniami pacjenta i obecnie występującymi przekonaniami w kontekście objawów psychopatologicznych. W związku z tym zrozumienie, w jaki sposób historia życia pacjenta wpłynęła na ukształtowanie się przekonań i stylów radzenia sobie, jest niezbędne, aby terapia była „szyta na miarę” i – dzięki temu – efektywna. Konieczna do tego jest właśnie odpowiednio przygotowana konceptualizacja poznawczo-behawioralna danego pacjenta. Z punktu widzenia prowadzonej terapii istotne jest poznanie życia pacjenta i jego doświadczeń z dzieciństwa oraz ważnych wówczas wydarzeń życiowych, relacji z ważnymi dorosłymi i przekazów od nich otrzymywanych. Wszystkie te czynniki wpływają na kształtowanie się przekonań podstawowych i schematów pacjenta ważnych z punktu widzenia leczonego zaburzenia (Kołakowski i Pawełczyk, 2010; Kuyken i Padesky, 2024).

Sytuację niezwykle pożądaną, ale niestety niezbyt częstą w codziennej praktyce, jest możliwość pracy z pacjentem zmotywowanym do wprowadzenia zmian w swoim życiu, wykonującym zadania pomiędzy sesjami, w pracy, z którym udaje się bez większych trudności zrealizować konkretny program terapeutyczny i na koniec usłyszeć, że dzięki naszej wspólnej pracy czuje się on zdecydowanie lepiej, a objawy zaburzenia ustąpiły lub zmniejszyło się ich

nasilenie. Zazwyczaj jednak w pracy terapeutycznej pojawiają się różne trudności, które z jednej strony budzą pytania: „Co mogę zrobić?”, „Jak sobie z tym poradzić?”, „Jaką technikę zastosować?”. Warto jednak pamiętać, że w przypadku terapii najważniejsze pytania, które można postawić, brzmią: „Dlaczego tak się dzieje?” lub „Jak to się stało, że pacjent ma akurat te trudności?”. Zrozumienie historii życia pacjenta, jego przekonań i stylów radzenia sobie z nimi może przynieść odpowiedź na te pytania.

KIEDY HISTORIA ŻYCIA PACJENT SPOTYKA SIĘ Z KONCEPTUALIZACJĄ, CZYLI CO ZROBIĆ, JEŚLI STANDARDOWY PROGRAM LECZENIA NAPOTYKA NA TRUDNOŚCI

Rolą psychoterapeuty, już na etapie wywiadu, jest zebranie najistotniejszych informacji z życia pacjenta, które mogły mieć związek z trudnością (lub zaburzeniem), z którą zgłasza się na terapię. Analizując historię życia, chcemy zidentyfikować te kwestie, które będą istotne z punktu widzenia teorii poznawczo-behawioralnej i które będą przykładowo warunkować powstanie konkretnego zaburzenia lub konkretnych trudności u pacjenta. Istotne będą także te wydarzenia, które mogą wpływać na przebieg terapii. Ważne, aby terapeuta poznawczo-behawioralny dysponował umiejętnością wnioskowania na podstawie zebranych informacji. Dlatego uwagę powinny zwrócić umiejętności formułowania wniosków, hipotez wskazujących, w jaki sposób dane zdarzenie lub ciąg powtarzających się drobnych zdarzeń mógł wpłynąć na kształtowanie się przekonań i stylów radzenia sobie pacjenta. Przykładowo, prawdopodobnie każdy choć raz w życiu był wyśmiany przez rówieśników i najprawdopodobniej pozostało to zdarzeniem nieistotnym z punktu widzenia jego przekonań czy schematów. Z drugiej strony, jeśli łączyło się to z innymi doświadczeniami, na przykład krytyką i wyśmiewaniem w domu lub lękowym temperamentem, bądź było to zdarzenie, które powtarzało się prawie codziennie przez wiele lat (metafora procesu „kropla drąży skałę”), to najprawdopodobniej mogło się wiązać z kształtowaniem przekonań „jestem dziwny” i unikania jako jednego z dominujących stylów radzenia sobie.

Dobrze opracowana konceptualizacja przypadku powinna cechować się zachowaniem równowagi pomiędzy treściami uzyskanymi od pacjenta a ich analizą i syntezą. Konceptualizując przypadek, warto także pamiętać o temperamencie pacjenta, jego ewentualnych zaburzeniach neurorozwojowych, relacjach, doświadczeniach szkolnych itp. (tab. 1). W przypadku tworzenia profilu rozwojowego pomocne okazują się pytania dodatkowe, a konkretniej rzecz ujmując – pytania ukierunkowujące terapeuta na kwestie, które powinny być zawarte w tej części konceptualizacji. Niezwykle ważną kwestią podczas konceptualizowania pacjenta jest odkrycie oprócz przekonań kluczowych i pośredniczących także stylów radzenia sobie pacjenta z tymi przekonaniami (więcej informacji na temat przekonań i ich rodzajów zob. m.in.: Beck, 2011; Popiel i Pragłowska, 2022).

Temperament	Przykładowo dzieci impulsywne są mniej lubiane przez rówieśników i otrzymują więcej negatywnych niż pozytywnych komunikatów od otoczenia. Dzieci lękowe mogą częściej wycofywać się z nowych sytuacji. Istotne może się okazać, jak bardzo jesteśmy „zaprogramowani” na zdobywanie akceptacji otoczenia, a w jakim stopniu do działania popycha nas potrzeba doświadczania nowych wrażeń
Zaburzenia neurorozwojowe (i nie tylko)	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest silnym czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu trudności. Brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie osób z niewielkim nasileniem cech autystycznych. Jąkanie się może wpłynąć na radzenie sobie z lękiem społecznym itp.
Ważne bliskie relacje w domu rodzinnym	Jaka była mama w relacji z pacjentem? Jaki styl radzenia w tej relacji powstał u pacjenta? Podobne pytania możemy postawić w przypadku taty, babci, dziadka, rodzeństwa i innych ważnych osób
Ważne relacje poza domem rodzinnym	W życiu wielu osób istotną rolę odgrywają spotkane różne osoby. Może był to trener, może nauczyciel. Wpływ ten może być zarówno negatywny, jak i pozytywny
Rówieśnicy	Wiele przekonań może kształtować się nie tylko w relacjach z bliskimi osobami, ale także w relacjach z rówieśnikami. Czy pacjent był lubiany, czy wyśmiewany? Czy potrafił się obronić, czy był ofiarą przemocy rówieśniczej? Czy był zapraszany do gry w piłkę lub na imprezy, czy był pomijany?
Relacje romantyczne	To, w jaki sposób pacjent funkcjonuje w związkach w dorosłym życiu, nie pojawia się nagle. Jest pochodną wszystkich jego relacji romantycznych w życiu. Czy był osobą samotną, mało atrakcyjną, czy wręcz przeciwnie – chodzenie na randki i flirtowanie nie stanowiło dla niego większych trudności? Kto inicjował i kto kończył kolejne relacje? Jak znosił momenty, gdy był sam? Itd.
Nauka	Doświadczenia ze zdobywaniem wiedzy kształtują zasoby i trudności uwidaczniające się w życiu zawodowym. Nie chodzi tylko o to, czy nauka przychodziła pacjentowi łatwo, czy trudno, ale też jakie przyjmował strategię, gdy zaczynało się robić trudno
Relacje z nauczycielami	Relacje z nauczycielami kształtują między innymi późniejsze relacje z autorytetami (przełożonymi, osobami, które mogą mieć kontrolę nad naszym życiem). Z jednej strony ludzie uczą się, że mile widziane jest ich samopoświęcenie (spełnianie oczekiwań nauczycieli), z drugiej strony może być to kosztowne dla ich własnych potrzeb. Pojawia się niezwykle ważny dylemat, na ile chce się wygrać (osiągnąć ważne dla siebie cele), a na ile mieć rację (bez względu na koszty udowodnić, że druga strona ma się z prawdą)

Tab. 1. Sfery funkcjonowania pacjenta, które warto uwzględnić w historii jego życia (opracowanie własne)

Jeśli chodzi natomiast o styl radzenia sobie, zostaną one pokrótce opisane w dalszej części artykułu.

Styl radzenia sobie jest pojęciem początkowo związanym z terapią schematów. To ukształtowana, wyuczona w dzieciństwie i utrwalana w trakcie rozwoju dziecka próba (repertuar zachowań i reakcji) przystosowania się do wyzwań, gdy dojdzie do aktywacji przekonania pacjenta. O ile w okresie dzieciństwa style radzenia sobie pełniły funkcje adaptacyjne, o tyle wraz z rozwojem i podczas osiągnięcia wieku dorosłego stają się coraz bardziej sztywne i dezadaptacyjne (Bernstein *et al.*, 2011; Young *et al.*, 2013). W tab. 2 przedstawiono trzy style radzenia sobie z przekonaniami, które funkcjonują w CBT, a w tab. 3 – praktyczne przykłady przekonań i stylów radzenia sobie.

Biorąc pod uwagę poruszone w artykule zagadnienia, ważne jest, aby przed przystąpieniem do pracy terapeuty

właściwie rozumiał nie tylko bieżące trudności pacjenta, ale także mechanizmy leżące u podstaw ich kształtowania się. Oznacza to, że powinien poznać historię rozwojową pacjenta w kilku obszarach, tak aby wiedzieć, co się wydarzyło, dlaczego się wydarzyło i jakie przyniosło konsekwencje dla przekonań, stylów radzenia sobie oraz funkcjonowania pacjenta w dzieciństwie i obecnie.

W związku z tym autorzy niniejszego artykułu proponują spojrzenie na historię rozwojową pacjenta z perspektywy kilku kwestii, w czym pomocne mogą okazać się następujące pytania:

1. „**Jaki jest temperament pacjenta?**” Temperament jest ważną uwarunkowaną biologicznie właściwością, która determinuje zachowanie oraz reakcje człowieka w odpowiedzi na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne. Oddziałuje on nie tylko na sposób wchodzenia w relacje z innymi

Unikanie	Pacjent: • unika, nie konfrontuje się z ludźmi lub sytuacjami, które mogłyby uruchomić jego negatywne przekonania • nie zdobywa pozytywnych doświadczeń • nie ma możliwości odwołania się do pozytywnych doświadczeń z przeszłości • rezygnuje z aktywności w jednej sferze/dziedzinie życia lub kilku z nich • unikanie jest dla niego nagrodą za wycofanie się z kontaktu/relacji z nieprzyjemnymi bodźcami/osobami, nie dostrzega odleglejszych negatywnych konsekwencji
Potwierdzanie	Pacjent: • nie zdobywa pozytywnych doświadczeń, ale jednocześnie naraża się na doświadczenia negatywne • ulega swoim przekonaniom i bezpośrednio odczuwa ich dotkliwość • nie walczy z nimi w zdrowy sposób, ale biernie poddaje się swoim przekonaniom • jest pasywny, bierny, ustępuje innym • jest zależny od innych, często stosuje samopoświęcenie (robi za dużo dla kogoś, kto tego nie odwzajemnia)
Nadmierna kompensacja	Pacjent: • nie dopuszcza częściowych, niepełnych sukcesów • nie dopuszcza słabości i niedoskonałości • walczy nadmiernie i nieadekwatnie do sytuacji • często przejawia dodatkowo perfekcjonizm • może rezygnować z działań, kiedy istnieje ryzyko, że nie uda się zrealizować wszystkiego idealnie

Tab. 2. Style radzenia sobie z przekonaniami w terapii poznawczo-behawioralnej (opracowanie własne)

Przekonanie	Styl radzenia sobie		
	Unikanie	Potwierdzanie	Nadmierna kompensacja
„Nie da się mnie lubić”	Unikam osób, które mnie lubią; wydają mi się nudne i nieciekawe. Raczej nie mam stałego związku	Spełniam oczekiwania innych swoim kosztem, próbuję zasłużyć na zainteresowanie lub bliskość	Mam nierealne wymagania wobec bliskich, uważam, że zawsze dają mi za mało, walczę (kłócę się) o to
„Inni są oceniający, krytykujący i odrzucający”	Unikam kontaktu z innymi osobami, szukam wymówek, aby odrzucić zaproszenie, nie zawieram nowych znajomości	Utrzymuję relacje z tymi, którzy mnie źle traktują, wyśmiewają czy wykorzystują. Gdy mi dokuczają, śmieję się z tego, nie reaguję	Zawsze, gdy ktoś ma inne zdanie niż ja, kłócę się i walczę do upadłego. W neutralnych propozycjach doszukuję się zagrożenia
„Jestem niekompetentny”	Jeśli to tylko możliwe, unikam robienia czegośkolwiek. Funkcjonuję znacznie poniżej swoich możliwości	Zazwyczaj robię wszystko na ostatnią chwilę, tak że nie starcza mi czasu. Podejmuję się zadań, z którymi wiem, że zapewne sobie nie poradzę	Nie chcę się przyznać do błędu albo przed sobą samym, albo przed innymi. Staram się zawsze być najlepszy

Tab. 3. Przykładowe przekonania i style radzenia sobie z nimi (opracowanie własne)

• Pani Anna jest osobą spokojną, nieco wycofaną społecznie, niechętnie nawiązuje nowe relacje i w nie wchodzi. W kontaktach z wieloma znajomymi jest wycofana. Wykazuje cechy temperamentu charakterystyczne dla melancholika • Pan Dawid jest osobą raczej wysokoreaktywną, nie zawsze adekwatnie radzi sobie w trudnych sytuacjach – ma tendencję do reagowania zbyt emocjonalnego. W kontaktach interpersonalnych jest osobą ekspansywną
--

Tab. 4. Przykładowy opis temperamentu pacjenta (opracowanie własne)

ludźmi, ale także na kształtowanie się stylów radzenia sobie z przekonaniem i schematami jednostki w odpowiedzi na sytuacje trudne (Strelau, 2008). W związku z tym poznanie tej właściwości jest ważne dla prowadzenia terapii. Dostępne jest bogate piśmiennictwo na temat teorii temperamentu i narzędzi do jego pomiaru. Jedną z popularniejszych teorii jest regulacyjna teoria temperamentu autorstwa prof. Jana Strelaua (1969), w oparciu o którą opracowano wystandaryzowane narzędzie badawcze, jakim jest Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (wersja zrewidowana autorstwa Cyniak-Cieciura *et al.*, 2016). Na jego podstawie można ocenić siedem wymiarów temperamentu, w tym żywiołość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczną i reaktywność emocjonalną. Okazuje się, że temperament może być także predyktorem rozwoju zaburzeń psychicznych. Dla przykładu, wysoki poziom reaktywności emocjonalnej może zwiększać podatność na wystąpienie zaburzeń lękowych, depresyjnych czy choroby afektywnej dwubiegunowej (por. m.in. Dragan *et al.*, 2016; Hanć, 2019). Z punktu widzenia prowadzonej psychoterapii zazwyczaj jednak nie ma konieczności diagnozowania temperamentu wystandaryzowanymi narzędziami (które często przeznaczone są do stosowania wyłącznie przez psychologów). Rolą terapeuty jest poznanie, w jaki sposób temperament pacjenta mógł warunkować powstawanie jego przekonań, schematów i stylów radzenia sobie z nimi oraz jak może

oddziaływać na funkcjonowanie w relacjach społecznych. Dodatkowo, z uwagi na to, że niektóre zachowania, które prezentuje pacjent, mogą być wynikiem jego strategii radzenia sobie z przekonaniem (np. wycofanie społeczne), warto więc sprawdzić, jak funkcjonował w dzieciństwie. Biorąc to pod uwagę, wydaje się, że na potrzeby konceptualizacji pacjenta adekwatne jest, w oparciu o wywiad i obserwację, określenie, czy jest on na przykład osobą spokojną, impulsywną, lękową itp. Przykładowy opis dla tego fragmentu przedstawiono w tab. 4.

2. Eksplorując temat historii życia pacjenta, należy zwrócić uwagę, że z punktu widzenia CBT istotne jest zrozumienie mechanizmu kształtowania się przekonań i stylów radzenia sobie w kontekście relacji. Pomocne mogą się przy tym okazać pytania: „**Jakie były relacje z ważnymi osobami pacjenta (mama, tata, rodzeństwo itp.)?**”, „**Jacy oni byli w relacji z pacjentem?**” i „**Jak pacjent na to reagował?**”. Jak wskazano na wstępie artykułu i w części dotyczącej stylów radzenia sobie, relacje z ważnymi osobami w dzieciństwie wpływają na kształtowanie się przekonań kluczowych i pośredniczących oraz stylów radzenia sobie dziecka. W związku z tym warto skoncentrować się na ważnych dla pacjenta dorosłych z dzieciństwa: rodzicach, dziadkach, opiekunach, dorosłym rodzeństwie lub innych ważnych osobach. Oczywiście nie chodzi o analizowanie wszystkich lub większości relacji. Warto skupić się na najważniejszych osobach, które sprawowały opiekę i wychowywały dziecko, gdyż to

Ojciec pani Aleksandry był bardzo wymagający i krytyczny wobec córki. Stawiał małej Oli wysokie wymagania i często porównywał ją do starszej siostry. Był raczej obojętny na jej potrzeby, np. kiedy prosiła, żeby się z nią pobawił, odpowiadał, że ma ważniejsze rzeczy do zrobienia. Mimo że był obecny fizycznie w domu, to emocjonalnie był niedostępny. Był raczej oszczędny w okazywaniu emocji, pacjentka nie pamięta, aby kiedykolwiek powiedział, że ją kocha, choć pamięta, że kilka razy mówił tak do starszej siostry. W odpowiedzi na relację z ojcem pacjentka starała się wszystko robić, jak najlepiej potrafiła, była grzeczna, dobrze się uczyła, zawsze miała posprzątane w pokoju, choć nie przynosiło to zamierzonych rezultatów i ojciec raczej nie zwracał na nią uwagi. Myślała o sobie, że na pewno coś źle robi, że musi się bardziej starać. Czuła smutek i często płakała. Ojciec tego nie zauważał. W odpowiedzi na interakcję z ojcem u pacjentki najprawdopodobniej zaczęło kształtować się przekonanie „nie zasługuję na miłość” (przekonanie kluczowe) oraz „jeśli będę się bardzo starała, zapracuję na miłość tatusia” (przekonanie pośredniczące). Jako sposób radzenia sobie z przekonaniem zaczęła dominować nadkompensacja.

Tab. 5. Przykładowy opis relacji pacjenta z ważnymi dorosłymi (opracowanie własne)

Pacjentka nie chodziła do przedszkola ani do zerówki, gdyż jej matka twierdziła, że nie stać jej na codzienne dowożenie córki. W tamtym czasie pani Katarzyna miała kontakt jedynie z siostrą cioteczną w tym samym wieku, z którą dość często się bawiła. Siostra uczęszczała do zerówki i często wyśmiewała pacjentkę, że z nią nie chodzi. Pacjentka rzadko wychodziła na plac zabaw, a kiedy tam była, dość niechętnie bawiła się z innymi dziećmi. Czuła, że nie potrafi, że jest inna, bardziej nieśmiała, przestraszona i głupsza. W szkole podstawowej i średniej zawsze była z boku grupy, nie angażowała się w relacje, miała jedną koleżankę, wołała sama chodzić do i ze szkoły. W trzeciej klasie szkoły podstawowej koleżanki zauważyły, że pacjentka chodzi w tych samych ubraniach kilka dni z rzędu (trudna sytuacja materialna w domu). Zaczęły ją wyśmiewać. Pacjentka starała się ich unikać, nie nawiązywała kontaktu z rówieśnikami, przez co była przez nich pomijana, a z czasem stała się kozłem ofiarnym grupy – doświadczyła prześladowania z ich strony. W szkole średniej przez kilka miesięcy było lepiej, pacjentka próbowała nawiązywać relacje, lecz na skutek większego od innych wycofania społecznego i niepewności szybko ponownie stała się kozłem ofiarnym.

Tab. 6. Przykładowy opis relacji pacjenta z rówieśnikami (opracowanie własne)

w odpowiedzi na relacje oraz wydarzenia z tymi osobami zaczynają się kształtować u dzieci przekonania (kluczowe, pośredniczące) oraz style radzenia sobie z nimi. Istotne jest zatem ustalenie, w jaki sposób dany dorosły zachowywał się względem dziecka, jak je traktował, czy był troskliwy, czuły i uważny na potrzeby dziecka czy wręcz przeciwnie. Ważne jest również sprawdzenie, w jaki sposób dorosły okazywał dziecku emocje i jak w relacji z nim reagował na sytuacje trudne. Czy dany dorosły był obecny czy nieobecny w życiu pacjenta, nie tylko emocjonalnie, ale i fizycznie. Niezwykle ważne jest także ustalenie, jak dziecko reagowało w odpowiedzi na relację z dorosłymi, jak się czuło, co myślało o sobie, innych i świecie, jak się zachowywało itp., gdyż reakcja ta będzie przyczyniała się do powstawania przekonań na temat dziecka (zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych) oraz stylów radzenia sobie (adaptacyjnych i nieadaptacyjnych). Warto także zastanowić się, jaki był dany dorosły, czy był na przykład lękowy, spokojny lub agresywny, gdyż poprzez swoje zachowanie mógł modelować zachowania pacjenta (por. m.in.: Jacob *et al.*, 2022; Kozak, 2024; Kozak i Wasilewski, 2022; Lev *et al.*, 2024; Martin, 2023; Stefaniak i Łysiak, 2024). Przykładowy opis przedstawiono w tab. 5.

3. W procesie poznawania profilu rozwojowego pacjenta oprócz temperamentu i relacji z ważnymi osobami w rodzinie istotne jest także poznanie historii relacji rówieśniczych, które przyczyniają się między innymi do kształtowania i wzmacniania przekonań i stylów radzenia sobie. W związku z tym warto zadać sobie następujące pytanie: „**Jak wyglądały relacje pacjenta z rówieśnikami?**”. W relacjach rówieśniczych pacjent uczy się zasad funkcjonowania społecznego, doświadcza pierwszych pozytywnych i negatywnych konsekwencji funkcjonowania w grupie. Pojawiają się pierwsze trudności w relacjach z rówieśnikami, napięcia, niepokoje, a także kłótnie. Należy sprawdzić, jakie pacjent miał relacje rówieśnicze, jak wielu miał znajomych i przyjaciół, jak

był traktowany zarówno w grupie, jak i przez pojedyncze jednostki, ale także (podobnie jak w przypadku relacji z dorosłymi) znaczące jest ustalenie, co o tych relacjach myślał i jakie w związku z nimi czuł emocje, jak się zachowywał, jak radził sobie w sytuacjach konfliktowych oraz czy i jak rozwiązywał trudności relacyjne. Warto przyrzeć się relacjom z perspektywy etapów edukacji: przedszkola, szkoły podstawowej i średniej oraz studiów (por. m.in.: Jacob *et al.*, 2022; Kozak, 2024; Kozak i Wasilewski, 2022; Kuyken i Padesky, 2024; Lev *et al.*, 2024; Martin, 2023; Stefaniak i Łysiak, 2024). Przykładowy opis dla tego fragmentu przedstawiono w tab. 6.

4. Dość ważne z punktu widzenia tworzenia się przekonań i stylów radzenia sobie są także pierwsze relacje romantyczne. Dlatego warto zadać sobie pytanie: „**Jak wyglądały pierwsze relacje romantyczne?**”. O ile, w pewnym uproszczeniu przyjmując, relacje rówieśnicze pokazują, jak pacjent radzi sobie między innymi z zasadami funkcjonowania społecznego, o tyle relacje romantyczne pozwolą zobaczyć, jak radził sobie w bliskich romantycznych relacjach nie tylko w zakresie zasad funkcjonowania społecznego, ale także w zakresie więzi i przywiązania. Rozpatrując pierwsze relacje romantyczne z perspektywy psychologicznej, można przyjąć, że są one często pewnym odzwierciedleniem (wzorcem relacyjnym) relacji z ważnym dorosłym pod względem funkcjonowania w zakresie bliskości emocjonalnej, potrzeb, oczekiwań czy stylów przywiązania (Wallin, 2011). Z kolei badania nad pierwszymi relacjami romantycznymi (por. m.in.: Blumenthal i Young, 2023; Ha i Hampton, 2022; Walum i Young, 2018) sugerują, że mogą one odzwierciedlać potrzeby układu nerwowego, zwłaszcza w kontekście tworzenia więzi społecznych. Niektóre z hormonów, w tym oksytocyna i wazopresyna, odgrywają znaczącą rolę w tworzeniu więzi i między innymi dzięki temu pomagają w regulacji emocji oraz zaspokojeniu potrzeby bliskości. Wczesne relacje romantyczne mogą zatem odzwierciedlać podstawowe potrzeby

Pacjentka dopiero w trzeciej klasie gimnazjum nawiązała relację romantyczną z kolegą z klasy. Byli w związku rok, po czym chłopak zdradził ją z jej najlepszą koleżanką i odszedł do niej. Chłopak twierdził, że zrobił to, gdyż pacjentka była nudna, nie miała ochoty na spotkania z innymi oraz godziła się na wszystko, czego chciał. Pacjentka z kolei starała się być jak najlepszą dziewczyną i akceptować wszystkie zachcianki swojego partnera. Przez kolejne lata nie próbowała nawiązywać innych relacji romantycznych. W połowie czwartej klasy liceum związała się z kolegą z równoległej klasy, który zaprosił ją na przerwie na dyskotekę szkolną. Jak podaje, ten chłopak zaakceptował ją taką, jaką była (nieśmiałą i wycofaną). Związek przetrwał i obecnie są małżeństwem, jednak nie układa się dobrze. Pacjentka czuje się odrzucona, zaniebawiana przez męża, doświadcza emocji podobnych jak w relacji z ojcem i wcześniejszym partnerem. Na razie jednak nie wyobraża sobie odejść od męża, gdyż jak twierdzi: „musi się bardziej postarać, aby być lepszą żoną, wtedy mąż zacznie ją lepiej traktować”. Pierwsze doświadczenie romantyczne nasiliło kształtujące się w pacjentce przekonanie, „nie zasługuję na miłość” i wzmocniło styl radzenia polegający na dbaniu bardziej o potrzeby drugiej osoby niż o swoje, nawet jeśli druga osoba tego nie odwzajemnia.

Tab. 7. Przykładowy opis relacji romantycznych (opracowanie własne)

Pani Katarzyna była cichym, wycofanym dzieckiem. W szkole miała zazwyczaj jedną koleżankę lub dwie, ale nie należała do osób popularnych. Zazwyczaj pozostawała w cieniu rówieśników. W domu rodzice byli mocno skupieni na pracy zawodowej, tata dużo czasu spędzał na dyżurach. Interesowali się przede wszystkim ocenami pacjentki i mocno ją wzmacniali za jej szkolne osiągnięcia. Pacjentka przez całą szkołę podstawową i większość liceum miała czerwony pasek, była laureatką olimpiady przedmiotowej, świetnie zdała maturę. To była jej najmocniejsza i najważniejsza wyspa kompetencji. Pierwszy kryzys pojawił się na pierwszym roku studiów. Pacjentka zaczęła studiować prawo i niestety nie zawsze udawało się jej osiągnąć najwyższe noty, zdarzały się też pojedyncze egzaminy zdawane w drugim terminie (nigdy jednak nie groziło jej wyrzucenie ze studiów). Na drugim i trzecim roku z powodu objawów depresji pacjentka była leczona farmakologicznie, nie zdecydowała się na psychoterapię. Po studiach dość szybko zaczęła pracować w znanej w jej mieście kancelarii, szykowała się do kolejnego zawodowego egzaminu. Pracowała po kilkanaście godzin na dobę, starając się, by przygotowywane przez nią dokumenty były zawsze na najwyższym poziomie. Na terapię trafiła po wyjściu ze szpitala, po tym jak załapała w pracy. Początkowo miała motywację zewnętrzną, ponieważ jej zwierzchnik postawił taki warunek dalszej współpracy. Pierwszym jej celem było sprawienie, by mogła dalej pracować tak samo wydajnie jak wcześniej, ale bez takich kosztów zdrowotnych (wyczerpanie, okazjonalne sięganie po środki psychoaktywne, obniżenie nastroju).

Tab. 8. Przykładowy opis funkcjonowania pacjenta w szkole (opracowanie własne)

układu nerwowego związane z utrzymaniem bliskości emocjonalnej, co może wskazywać na ich ważną rolę w rozwoju umiejętności budowania związków w dorosłym życiu. Dla przykładu, pacjent wychowywany w rodzinie, w której panowały napięcie, agresja, brak bliskich i stabilnych relacji, najprawdopodobniej będzie poszukiwać relacji romantycznych, które emocjonalnie będą przypominały atmosferę funkcjonowania w domu rodzinnym. Może się tak dziać z uwagi na to, że jest to znane mu funkcjonowanie, w przeciwieństwie do relacji opartych na spokoju, zaufaniu i bezpieczeństwie. Stąd też najprawdopodobniej pacjenci mogą chętniej wchodzić w relacje, w których będą powielać znany im wzorzec funkcjonowania, gdyż inny, nowy i nieznan, mimo że obiektywnie bezpieczniejszy, może budzić u nich lęk lub niepokój. Postępując zgodnie ze znanym wzorcem relacyjnym, pacjenci potwierdzają tym samym ukształtowane już przekonania i style radzenia sobie (Kozak i Wasilewski, 2022; Perry i Winfrey, 2022; Stevens i Roediger, 2023). Oczywiście opisane przykłady nie determinują tego, że musi dziać się tak za każdym razem, gdyż młoda dorosła osoba, trafiając na partnera innego niż wzorzec relacyjny wyniesiony z domu rodzinnego, może zmienić lub zmodyfikować swoje przekonania i style radzenia sobie, na przykład poprzez uczenie się nowych wzorców funkcjonowania w relacjach z partnerem prezentującym inne niż dostępne w okresie rozwojowym wzorce obserwowane u ważnych dorosłych (np. rodziców) (por. m.in.: Jacob *et al.*, 2022; Kozak, 2024; Kozak i Wasilewski, 2022; Lev *et al.*, 2024; Martin, 2023; Stefaniak i Łysiak, 2024; Stevens i Roediger, 2023). Przykład opisu relacji romantycznych przedstawiono w tab. 7.

5. W dalszym procesie rozumienia rozwoju trudności pacjenta warto przyjrzeć się jego funkcjonowaniu w szkole i zadać sobie pytania: „**Jak pacjent radził sobie w szkole?**” i „**Jak się uczył, ale także jak funkcjonował w relacjach z nauczycielami?**”. Przeglądając się tej sferze funkcjonowania, warto sprawdzić, jak pacjent radził sobie z nauką, dyscypliną, podporządkowaniem wymogom określonym przez instytucję (szkołę) i przestrzeganiem wyznaczonych granic. Ważna jest także kwestia, jak funkcjonował w relacjach z nauczycielami. Sprawdzając, w jaki sposób przystosowywał się do sytuacji związanych z nauką, można dowiedzieć się, jak odpowiadał na wyzwania towarzyszące temu etapowi rozwojowemu.

Warto dowiedzieć się, jak adaptował się do wyzwań związanych z trudami nauki, czy potrzebował pomocy i czy prosił o nią rodziców lub kolegów oraz czy i jak radził sobie z niepowodzeniami w tej kwestii (np. kiedy dostał gorszą ocenę). Ponadto wskazane jest ustalenie, jakie przekonania i style radzenia sobie mogły się zacząć kształtować lub zostać wzmocnione w związku z tym etapem rozwojowym. Istotne będzie również przyjrzenie się dodatkowym aktywnościom podejmowanym przez pacjenta – czy pacjent je miał, jak dużo i jak sobie z nimi radził w kontekście przekonań na swój temat. Na przykład jeden nastolatek z przekonaniem „jestem inny” unika udziału w treningach piłki nożnej, podczas gdy drugi kilka razy w tygodniu w nich uczestniczy i dodatkowo należy do młodzieżowej ochotniczej straży pożarnej. Pierwszy z nich prezentuje unikowy styl radzenia sobie, drugi przejawia nadmierną kompensację. Informacje dotyczące nauki, uczenia się i radzenia sobie z tymi wyzwaniami są bardzo ważne, gdyż mogą być prognostykiem radzenia sobie pacjenta w dorosłym życiu zarówno z zadaniami związanymi z pracą zawodową, jak i funkcjonowaniem w grupie pracowniczej. Z kolei odpowiedź na pytanie, jak pacjent funkcjonował w relacjach z nauczycielami, może pokazać przyszłe strategie radzenia sobie z autorytetami czy przełożonymi w pracy zawodowej (por. m.in.: Jacob *et al.*, 2022; Kozak, 2024; Kozak i Wasilewski, 2022; Lev *et al.*, 2024; Stefaniak i Łysiak, 2024). Przykładowy opis dla tego fragmentu przedstawia tab. 8.

6. Kolejnym zagadnieniem podczas analizy procesu rozwoju trudności pacjenta jest kwestia związana z trudnymi i traumatycznymi doświadczeniami, których mógł doznać. Zasadne wydaje się zadanie pytań: „**Czy w życiu pacjenta były traumatyczne wydarzenia, które mogły wpłynąć na kształtowanie się przekonań (schematów) i stylów radzenia sobie?**”. W pewnym uproszczeniu można przyjąć, że trudne doświadczenia to sytuacje, które wywołują stres, jednak nie zawsze doprowadzają do przekroczenia zdolności jednostki do poradzenia sobie z nim. Samo wystąpienie trudnych sytuacji może (choć nie musi) przyczynić się do rozwinięcia negatywnych przekonań i dezadaptacyjnych stylów radzenia sobie. W swojej wieloletniej pracy autorzy niniejszego artykułu zauważyli, że u wielu pacjentów doświadczenie to musi się wielokrotnie powtarzać, aby miało istotny wpływ na

Powtarzające się trudne doświadczenia

Pani Julia zgłosiła się na terapię z powodu fobii społecznej. W trakcie leczenia okazało się, że mimo dobrego radzenia sobie z zadaniami w czasie terapii każda nowa sytuacja społeczna, zwłaszcza jeśli wiąże się z poznawaniem nowych osób, powoduje tak duże nasilenie objawów, że pacjentka nie jest w stanie zastosować poznanych strategii. Terapeuta i pacjentka podjęli decyzję, by odwołać się do jej konceptualizacji. Pacjentka w okresie szkoły podstawowej doświadczyła przemocy psychicznej i prześladowania ze strony rówieśników (była „koziem ofiarnym” w klasie). Mimo jej skarg żaden dorosły nie zainteresował się tym i nie reagował (nauczyciele, rodzice). Podobnie było w gimnazjum i liceum, rówieśnicy wyśmiewali się z wyglądu Julii oraz z tego, że często chodzi w tych samych ubraniach. Zdarzało się, że była zaczepiana, wyśmiewana i opluwana. Pacjentka zgodziła się, że jej podstawowe przekonanie to „jestem inna, gorsza (od innych ludzi)” oraz że nauczyła się być niezauważalna (unikać bliższych relacji). Z drugiej strony w trakcie sesji odkryła, że w razie konieczności kontaktu z wcześniej nieznanymi lub niezbyt dobrze znanymi osobami uaktywnia się u niej przekonanie – „inni krzywdzą, są okrutni” oraz „jestem słaba, nie obronię się”. W pracy terapeutycznej konieczne okazało się uwzględnienie prób modyfikacji tego przekonania.

Wydarzenie traumatyczne

Pani Pola, lat 34, zgłosiła się na terapię z objawami depresji. Był to kolejny epizod w jej życiu, w czasie wywiadu terapeuta dowiedział się też, że wcześniej brała udział w terapii i przez kilka miesięcy po jej zakończeniu funkcjonowała dobrze. Pacjentka była singielką, dobrze zarabiającą kobietą, o stabilnej sytuacji zawodowej. Miała też kilku przyjaciół, sporo znajomych – nie była w żadnym przypadku osobą samotną czy pozbawioną wsparcia. Jedyne jej trudności dotyczyły sfery bliskich relacji. Pani Pola nie była nigdy w związku, który trwał dłużej niż kilka miesięcy. Związki trwały nieco dłużej, gdy pacjentka nie angażowała się w nie emocjonalnie („nie do końca mi zależało na tej relacji, po prostu tak było wygodniej”). Dla terapeuty ważne wydawało się to, że pacjentka nie wiązała swojej depresji z tą sferą życia i unikała poruszania tego tematu podczas sesji. W trakcie terapii kilkakrotnie pojawiły się bardzo silne emocje, nie do końca adekwatne do poruszanych treści, raz zdarzyło się, że pacjentka nagle wstała i – nie reagując na słowa terapeuty – wyszła z gabinetu. Gdy przyszła na kolejne spotkanie, powiedziała, że nie pamiętała tej sytuacji. Terapeuta wspólnie z pacjentką zdecydowali, że konieczne jest odkrycie źródła tych silnych emocji (traumatycznych wspomnień). W czasie kilku następnych sesji w trakcie pracy przede wszystkim technikami wyobrażeń wyobraźni pacjentka wróciła do sytuacji, która wydarzyła się w trakcie wakacyjnego obozu, gdy miała 14 lat – została wtedy wykorzystana seksualnie przez kilku rówieśników.

Tab. 9. Przykładowy opis sytuacji trudnych doświadczanych przez pacjenta w dzieciństwie (opracowanie własne)

kształtowanie się ich przekonań i stylów radzenia sobie. Inaczej jest z kolei w przypadku wydarzeń traumatycznych, czyli sytuacji, które są ekstremalnie obciążające i trudne dla jednostki oraz bardzo często przekraczają zdolności samodzielnego poradzenia sobie z nimi (np. przemoc seksualna, klęski żywiołowe, nagła śmierć bliskiego, wojna, bycie ofiarą przemocy). Wydarzenia traumatyczne mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń lękowych czy depresyjnych lub zespołu stresu pourazowego. Dodatkowo mogą spowodować powstanie lub znaczące nasilenie negatywnych przekonań i dezadaptacyjnych stylów radzenia sobie, których uaktywnianie może się wiązać z wystąpieniem silnych emocji, związanych bardziej z przeszłością niż teraźniejszością (por. m.in.: Arrol, 2023; Chard *et al.*, 2019; Najavits, 2010; Perry i Winfrey, 2022). Warto pamiętać, że dla jednego pacjenta to samo wydarzenie może być obojętne lub trudne, a dla drugiego – już traumatyczne, dlatego ważne jest nie tylko ustalenie, czy pacjent doświadczył takich zdarzeń, ale także jakie miały one dla niego znaczenie i jak wpłynęły na jego dalsze funkcjonowanie. Przykładowy opis przedstawiono w tab. 9.

PODSUMOWANIE

Tworząc wspólnie z pacjentem konceptualizację, terapeuta stara się odpowiedzieć nie tylko na pytanie, jakie jest najważniejsze z punktu widzenia terapii sztywne dezadaptacyjne, negatywne przekonanie odpowiadające za rozwój leczzonego zaburzenia, ale także w jaki sposób pacjent nauczył się z nim radzić. Dodatkowo istotne jest ustalenie, co takiego wydarzyło się w jego życiu lub w ważnych dla niego relacjach, że ukształtował się taki, a nie inny sposób myślenia o sobie, świecie i innych ludziach oraz taki sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Dzięki tej wiedzy pacjent może zaobserwować i spojrzeć na swoje bieżące trudności i reakcje z szerszej, zawierającej jego historię życia, perspektywy. Ponadto może mu to

pomóc zrozumieć, dlaczego w taki, a nie inny sposób reagował przez wiele lat oraz że jeśli nie spróbuje zmienić tego sposobu funkcjonowania, to najprawdopodobniej te trudności będą pojawiać się w przyszłości. Z tej perspektywy terapia staje się nie tylko sposobem rozwiązywania bieżących problemów, ale także próbą zrozumienia i zaakceptowania swojej historii. Ponadto świadomość tego, co się z pacjentem dzieje, umożliwia mu podjęcie decyzji, czy chce dokonać zmiany, czyli może wpłynąć na jego motywację do terapii.

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; gromadzenie i/lub zestawianie danych: KP, AK. Napisanie artykułu: KP, AK, JS. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: AK. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: KP, JS.

Piśmiennictwo

- Arrol M: Małe traumy. Wydawnictwo Filia, Poznań 2023.
 Beck JS: Cognitive Therapy. John Wiley & Sons, New Jersey 1979.
 Beck JS: Cognitive Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed., Guilford Press, Lynton 2011.
 Bernstein DP, Rafaeli E, Young J: Psychoterapia skoncentrowana na schematach. Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2011.
 Blumenthal SA, Young L: The neurobiology of love and pair bonding from human and animal perspectives. *Biology* 2023; 12: 844–856.
 Chard KM, Monson CM, Resick PA: Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
 Cyniak-Cieciura M, Zawadzki B, Strelau J: Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu. Wersja zrewidowana. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2016.

- Dragan WŁ, Zielińska A, Zagdańska M: Negatywne zdarzenia z dzieciństwa jako moderator związku reaktywności emocjonalnej i występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie nieklinicznej. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 95–104.
- Ha T, Hampton RS: Relationship Match: the neural underpinnings of social feedback in romantic couples. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2022; 17: 493–502.
- Hanć M: Reaktywność emocjonalna i aktywność w ujęciu regulacyjnej teorii temperamentu i regulacja pozytywnego nastroju w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2019; 14: 55–62.
- Jacob G, van Genderen H, Seebauer L: Emocjonalne pułapki przeszłości. Jak przełamać negatywne wzorce zachowań? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2022.
- Kołakowski A, Pawełczyk A: Uczenie wstępnej konceptualizacji poznawczej na podstawie postaci z bajek i literatury pięknej. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 303–310.
- Kołakowski A, Piórowski K, Strzałek J: Meandry konceptualizacji. Część 1. Kiedy konceptualizacja spotyka się z diagnozą. *Psychiatr Psychol Klin* 2025; 25 (3): 190–196.
- Kozak A: Uwięzieni we własnej głowie. Jak zrozumieć przeszłość i mieć szczęśliwsze życie. Wydawnictwo Sensus, Gliwice 2024.
- Kozak A, Wasilewski J: Uwięzieni w słowach rodziców. Jak uwolnić się od zaklęć, które rzucono na nas w dzieciństwie. Wydawnictwo Onepress, Gliwice 2022.
- Kuyken W, Padesky CA: Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2024.
- Lev A, McKay M, Skeen M et al.: Relacje na huśtawce. Jak uwolnić się od negatywnych wzorców zachowań? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2024.
- Martin S: Zdrowe granice – zdrowe relacje. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2023.
- Najavits LM: Poszukiwanie bezpieczeństwa. Terapia PTSD i nadużywania substancji psychoaktywnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Perry BD, Winfrey O: Co ci się przydarzyło? Rozmowy o traumie, odporności psychicznej i zdrowieniu. Wydawnictwo Agora, Warszawa 2022.
- 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.
- Stefaniak W, Łysiak M: Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2024.
- Stevens B, Roediger E: Emocjonalne pułapki w związkach. Jak przełamać negatywne wzorce zachowań? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2023.
- Strelau J: Temperament. In: Strelau J (ed.): *Psychologia*. Podręcznik akademicki (t. 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 683–718.
- Strelau J: Temperament i typ układu nerwowego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1969.
- Wallin DJ: Przywiązanie w psychoterapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Walum H, Young LJ: The neural mechanisms and circuitry of the pair bond. *Nat Rev Neurosci* 2018; 19: 643–654.
- Wright JH, Basco MR, Thase M: *Learning Cognitive-Behavior Therapy. An Illustrated Guide*. American Psychiatric Publishing, Washington 2005.
- Young KE, Klosko JS, Weishaar ME: *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2013.