

Polskojęzyczne opisy przypadku z zakresu psychiatrii i psychologii – model tekstowy czy wyjątek? Część I.

Case reports in the field of psychiatry and psychology in Polish – a text model or an exception? Part I.


Magda ŻELAZOWSKA-SOBCZYK

Uniwersytet Warszawski/ University of Warsaw

E-mail: magda.zelazowska@uw.edu.pl, 

Magdalena ZABIELSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza/ Adam Mickiewicz University in Poznan

E-mail: mzabielska@wa.amu.edu.pl, 

Abstract: The aim of this series of articles is to identify and characterize the main linguistic and structural features of medical case reports in the field of psychiatry and psychology. The series of papers is divided into two parts: theoretical and empirical. The main purpose of the first part is to present the theoretical background of the discourse of psychiatry and psychology as well as the characteristics of case reports of these disciplines. In the paper, the present authors also demonstrate the structure of the case reporting of psychiatry and psychology, including the instruction for authors given by the American Psychological Association. Also, the narrative approach, the patient's stories appearing in these texts as well as one of the main elements of the case reports, i.e. 'case conceptualization' are discussed. The second part will be an empirical one. The main research question is whether the case reports of psychiatry and psychology are typical representatives of the microgenre or whether they are different with respect to particular levels of the texts. The case reports of psychiatry and psychology will be compared with the case reports of clinical and surgical disciplines, for instance from cardiology or otorhinolaryngology.

Keywords: medical communication, case report, case formulation, microgenre, psychology, psychiatry, narrative approach

Wstęp

Celem niniejszego cyklu dwóch publikacji jest identyfikacja i charakterystyka dominujących cech lingwistycznych i strukturalnych polskojęzycznych opisów przypadków medycznych z zakresu psychiatrii i psychologii¹, które to dziedziny zajmują się szeroko rozumianym leczeniem chorób i zaburzeń psychiki. W pierwszej części przedstawione zostanie szerokie tło teoretyczne oraz zostaną omówione najważniejsze kwestie dyskursu psychiatryczno-psychologicznego. Celem drugiej – empirycznej części cyklu – będzie zestawienie opisów przypadków psychiatryczno-psychologicz-

¹ W niniejszej pracy będą one skrótowo nazywane *opisami psychiatrycznymi*.

nych z opisami z dziedzin kliniczno-chirurgicznych – m.in. otorynolaryngologii, których przedmiotem badań jest pewien obszar ciała człowieka (tj. narząd słuchu i mowy itd.). Głównym pytaniem badawczym, poza wyodrębnieniem prymarnych cech mikrogatunku² – opisów przypadków, jest określenie, na ile te, tworzące pewien wzorzec tekstów, cechy są modelowe – stałe, a w jakim stopniu determinowane przez dziedzinę medycyny i inne czynniki. Przyczynkiem do tak zakrojonych badań jest to, iż obecnie niewiele pozycji omawia zagadnienie psychiatrycznych opisów przypadków, szczególnie w takim świetle (np. C. Berkenkotter 2008, M. Jarema (red.) 2016).

Na wstępie warto scharakteryzować czym są psychiatria i psychologia. Psychiatria według definicji A. Bilikiewicza (2004: 13) jest:

dziedziną medycyny, której przedmiotem zainteresowania są zaburzenia psychiczne z ich licznymi uwarunkowaniami rodzinno-genetycznymi, konstytucjonalnymi, biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Obejmuje ich etiologię, patogenezę, symptomatologię, klinikę i leczenie. [...] Psychiatria w swoich poszukiwaniach teoretycznych i praktycznych czerpie ze zdobyczy neurologii, neurofizjologii, neurochemii, genetyki, biologii molekularnej, antropologii, etologii, cybernetyki, psychologii, socjologii, a także z wielu szkół i kierunków filozoficznych.

Psychologia natomiast definiowana jest jako:

naukowe badanie zachowania i procesów psychicznych. Przedmiotem zainteresowania psychologów jest system nerwowy, wyrażenia i spostrzeganie, uczenie się i pamięć, inteligencja, język, myślenie, dojrzewanie i rozwój, osobowość, stres i zdrowie, zaburzenia psychiczne i sposób ich leczenia, zachowania seksualne i postępowanie w otoczeniu społecznym takim jak grupy i organizacje. [...] Tak więc psychologia zajmuje się opisem, wyjaśnianiem, przewidywaniem i kontrolowaniem ludzkiego zachowania (S.A. Rathus 2004: 42–43).

Jak wynika z powyższych definicji, obie te dziedziny zajmują się takimi samymi, lub bardzo zbieżnymi zagadnieniami. Jak podaje Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, istnieje różnica pomiędzy psychologiem a psychiatrą:

Psychiatra jest lekarzem, co oznacza, że ukończył pięcioletnie studia medyczne i specjalizację z psychiatrii. Poza wiedzą dotyczącą zaburzeń psychicznych posiada także ogólną

² *Mikrogatunek opisów przypadków medycznych* jest stwierdzeniem ogólnym i szerokim. Opisy, które Autorki nazywają *tradycyjnymi*, tj. występują często, zazwyczaj mają taki sam schemat na wielu płaszczyznach w dziedzinach zwanych tu *kliniczno-chirurgicznymi*, zajmującymi się badaniem objawów fizycznych (np. kardiologia, otorynolaryngologia, pediatria i inne). Jednakże dla dyskursu psychologicznego *tradycyjnym opisem* będą te wzorce, przyjęte jako powszechnie stosowane w psychologii i psychiatrii, które są przedmiotem niniejszego badania. W celu odróżnienia dwóch form opisowych, tj. opisów kliniczno-chirurgicznych od opisów psychiatrycznych, te pierwsze będą nazywane *tradycyjnymi*, a te drugie po prostu *psychiatrycznymi*.

wiedzę lekarską. W związku z tym psychiatra może przeprowadzać badania medyczne, przepisywać leki i wystawiać zwolnienia. Takich uprawnień nie ma psycholog³.

1. Podejście narracyjne w psychiatrii

Jak podaje R.J. Barrett (1988: 265), praktyka psychiatryczna to w takim samym stopniu rozmawianie (samego pacjenta/z pacjentem), jak i pisanie (o pacjencie). Uważa on, iż pomimo dużego znaczenia pisarstwa medycznego w psychiatrii, w wielu pracach⁴ autorzy skupiają się na terapeutycznej roli rozmowy (zwana w ang. *talking cure*), a formy pisane sprowadzają do opisu interakcji społecznych, który to opis odzwierciedla subiektywny obraz pacjenta widziany oczami lekarza oraz do pełnego opisu pacjenta stworzonego na podstawie tychże interakcji (R.J. Barret 1988: 265). R.J. Barrett (1988: 265) podkreśla jednak, iż również formy pisane mogą być uważane za zapewniające postęp w leczeniu: „Psychiatria to zarówno „terapeutyczna rozmowa” jak również „terapeutyczne pisanie” (tłum. własne⁵).

R.J. Barrett (1988) opisał w swojej pracy podstawowe tendencje w pisemnym dyskursie klinicznym, podając za przykład przypadki pacjentów cierpiących na schizofrenię. Prymarny cel jego badań i jednocześnie główne założenie pisarstwa opisowego z zakresu psychiatrii opierają niejako się na poniższym stwierdzeniu:

Moje podejście skupia się również na tym, jak opisy przypadków definiują i zmieniają pacjentów, ich indywidualność oraz ich doświadczenia z chorobą psychiczną. Śledzę przemianę z wypowiedzi laika o chorobie psychicznej na konstrukcję specjalisty o schizofrenii. Konstrukcje te są równoległe i wzmocnione przez zmianę modalności dyskursywnej – od dyskursu ustnego do pisemnego. Proces ten jest ciągły i ma miejsce przez całą historię leczenia pacjenta, wywołując istotne zmiany w tożsamości pacjenta (R.J. Barrett 1988: 266; tłum. własne).

Autor w swoim badaniu analizuje i charakteryzuje dyskursywną konstrukcję schizofrenii poprzez proces opowiadania o niej przez pacjenta – laika (interakcja na żywo) i na tej podstawie tworzenie dokumentacji przez lekarza – profesjonalistę (czynność pochodna interakcji). W centrum zainteresowania R.J. Baretta jest to, w jaki sposób opis przypadku określa i kształtuje obraz pacjenta, jego tożsamość oraz doświadczenie. W celu głębszego wniknięcia w stan pacjenta i kontekst zewnętrzny porównywał on transkrypcje nagranych rozmów i dokumentację tworzoną na podstawie tychże rozmów przez lekarza i pielęgniarkę. Uważa on, iż zamysłem kryjącym się za sporządzaną przez psychiatrów dokumentacją jest uchwycenie indywidualnego doświadczenia pacjenta w idiom kodu, który potem mógłby być dostępny publicznie w formie dyskursu numerycznego.

³ (<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/134-warto-wiedzie/1511-psychiatra.html>). [Pobrano: 01.03.2019].

⁴ Szczególnie z zakresu nauk społecznych (m.in. E.G. Mishler 1997, R.M. Frankel 1984). Kwestię tę porusza również M. Pickersgill (2012: 328) pisząc: „Nie jest to zadziwiające, iż ta dziedzina przez długi czas była przedmiotem zainteresowania socjologów [...]” (tłum. własne M. Ż-S i M. Z).

⁵ Tłumaczenia własne pochodzą od Auterek: M. Ż-S i M. Z.

R.J. Barrett (1988) wysnuł kilka kluczowych wniosków, będących bazą dla dalszych badań nad formami pisanymi w dziedzinie psychiatrii. Po pierwsze, na podstawie obserwacji odradza on spisywanie przypadków jedynie w języku pacjenta i jedynie w języku czysto „teoretycznym”. Zauważa praktykę lekarzy dołączania do dokumentacji własnych zapisków pacjentów (np. poezji), złagodzenia oraz ograniczenia bardzo emocjonalnego słownictwa używanego przez pacjenta jak również stosowanie mowy zależnej. Zwraca też uwagę na posługiwanie się gotowymi listami pytań o symptomy, reakcje itp., które mogą działać sugestywnie na pacjenta, na odwoływanie się do danych z dokumentacji z poprzedniej instytucji, oraz zadawanie pytań, które narzucają w swoisty sposób odpowiedzi o numerycznym charakterze a także pytań zamkniętych typu „to lub to”, za pomocą których pacjent ma się „określić”. Kolejną tendencją w dyskursie psychiatrycznym według R.J. Barretta (1988) jest rozdzielanie ciała i psychiki – psychika jest wewnątrz, a ciało na zewnątrz. Wskazuje też na performatywną i transformatywną, tj. przekształcającą siłę opisów. Autor odnotowuje odwoływanie się do pacjentów w odniesieniu do ilości dokumentacji, jaka istnieje na ich temat („pięciotomowy przypadek”) oraz słowa pacjentów, którzy mówią sami o sobie w ten sposób – „to wszystko o mnie”. Co więcej, pacjenci używający języka potocznego byli klasyfikowani jako niezbyt rozgarnięci, a ci używający zbyt fachowego słownictwa jako ci „fachowi”, którzy „chcieli dostać” się do szpitala dla własnej wygody, z przyczyn innych niż zdrowotne. Język tych, którzy cieszyli się największym szacunkiem musiał być jedynie zbliżony do tego ostatniego. Ostatnią uwagę, jaką czyni R.J. Barrett (1988) jest to, iż dostrzega brak tego typu dokumentacji tworzonej na bieżąco podczas rozmowy z pacjentem przy wypisie, kiedy pacjent jest już zdrowy

Podobnie jak R.J. Barrett (1988), również C. Berkenkotter (2008) zwraca uwagę na czynnik narracyjności, badając głównie opisy przypadków medycznych z dziedziny psychiatrii. Autorka dzieli tę narrację na trzy podstawowe rodzaje: (1) pacjenta, (2) lekarza psychiatry w opisie przypadku, przeznaczonym dla współpracowników (specjalistów) oraz (3) studium przypadku – *microgenre* pomiędzy tekstem naukowym i popularnonaukowym⁶. T.W. Benson w przedmowie do monografii C. Berkenkotter (2008: xi) zauważa, iż oprócz wielu funkcji, m.in. diagnostycznej, naukowej i edukacyjnej (por. D. Klos 1976), narracja pacjenta pełni też funkcję terapeutyczną, cytując za A.H. Hawkins (1986 w C. Berkenkotter 2008: 1):

Faktem jest, iż choroba nie istnieje w oderwaniu od osoby chorej, a wykorzystanie historii przypadku medycznego jest nieocenione w edukacji klinicznej jako przypomnienie o tym (tłum. własne).

C. Berkenkotter (2008: 2) zwraca szczególną uwagę na fakt, iż psychiatryczne opisy przypadków zawierają czynnik narracyjności, tworząc „dane obserwacyjne”, które dalej posłużą do postawienia diagnozy medycznej/psychiatrycznej. Uzasadnia to tym,

⁶ T.W. Benson w przedmowie do monografii C. Berkenkotter (2008: xi) określa to jako „narracyjne studium przypadku, które znajduje drogę do połączenia publikacji naukowej i popularnonaukowej” (tłum. własne).

iż w psychiatrii w większości niemożliwe jest wykonanie badań diagnostycznych i twarde opieranie swojej diagnozy na ich wynikach:

Dzieje się tak, gdyż psychiatrzy nie mogą użyć stetoskopu czy innego szeregu testów (tj. badanie krwi, EKG czy zmierzenie ciśnienia krwi), jak rutynowo czynią to inni lekarze, wykorzystując te wyniki dalej jako źródło informacji w stawianiu diagnozy. [...] Ten tekst, który stanie się częścią karty pacjenta, jest skonstruowany na podstawie samoprezentacji pacjenta – jego narracji o historii obecnego problemu – jak również w oparciu o obserwowalne objawy fizyczne (C. Berkenkotter 2008: 2; tłum. własne).

C. Berkenkotter (2008) definiuje historie przypadków psychiatrycznych z trzech perspektyw: dyskursywnej, gdzie opis ten jest niejako podwójną narracją – opowieść pacjenta o własnych doświadczeniach jest przekładana na język psychiatrii w oparciu o dostępne wzorce i przyjęte modele wypowiedzi; retorycznej, gdzie psychiatra stosuje środki lingwistyczne i semantyczne, aby najpierw odebrać i zrozumieć często ukryty sens w narracji pacjenta, a następnie przełożyć ją na bardziej skodyfikowany tekst specjalistyczny w zakresie psychiatrii; jako gatunek (*genre*) wypowiedzi, mający konwencjonalną strukturę, styl i terminologię, który stał się standardem raportowania w medycynie klinicznej i psychiatrii (C. Berkenkotter 2008: 2).

C. Berkenkotter (2008: 26) odwołuje się do badania D. Atkinsona (1992), w którym to opisał charakterystyczną strukturę medycznego opisu przypadku na podstawie analizy diachronicznej artykułów pojawiających się w czasopiśmie *Edinburgh Medical and Surgical Journal* w latach 1775–1864. Ważnym wnioskiem, który wysnuł D. Atkinson (1992) jest to, iż opisy przypadków są jedynym gatunkiem pisarstwa medycznego, które jest powszechnie stosowane przez lekarzy na przestrzeni wieków. Wracając jednak do struktury opisów przypadków, wyróżnił on siedem kroków (ang. *moves*)⁷: (1) ogólne informacje o pacjencie – [imię]⁸, płeć, [wiek], wykonywany zawód i status społeczny, [budowa ciała i warunki fizyczne], [informacja o głównej dolegliwości]; (2) [historia chorób przeżytych w przeszłości, pochodzenie obecnej dolegliwości]; (3) opis badania pacjenta i obserwacje lekarza (relacja lekarza); (4) początkowe leczenie i jego natychmiastowy efekt; (5) kolejne leczenie i jego efekty (tylko w sytuacji, gdy początkowe leczenie miało negatywny efekt lub jego brak, bądź wystąpiły nieoczekiwane komplikacje); (6) dalsze postępy choroby lub stan pacjenta (zwykle jako krótki opis); (7) krótki opis wyników leczenia i stanu pacjenta obecnie (zob. C. Berkenkotter 2008: 27).

C. Berkenkotter (2008: 29) zauważa też, że schemat ten ewoluował i zmienił się w porównaniu do roku 1775, a dodatkowo jasno pisze, iż medyczne opisy psychiatryczne różnią się od opisów z innych dziedzin:

[...] w ciągu 250 lat, które włączył [Atkinson] do swojego badania, struktura treści opisów przypadków stała się bardziej otwarta: od jednotematycznego opisu przypadku [...] do opisów, używanych jako zilustrowanie ogólniejszej dyskusji o danej chorobie i jej leczeniu. [...] W XIX wieku psychiatria jako nauka różniła się od innych nauk medycznych,

⁷ Zobacz więcej o kwestii wzorca prowadzenia wywodu i strukturze retorycznej w J. Swales (1990) i K. Nwogu (1991), a w opisach przypadków w M. Żelazowska-Sobczyk (2019).

⁸ W nawiasach kwadratowych podane są informacje opcjonalne.

dlatego też narracje pacjentów psychiatrycznych pełniły inną funkcję epistemiczną niż historia przypadku medycznego (tłum. własne).

Jak widać powyżej, Autorka zauważa, iż obecne historie przypadków są bardziej bezosobowe, zawierają coraz mniej informacji o przypadku. Stosuje ona wyraźne rozróżnienie pomiędzy psychiatrycznymi historiami przypadków a opisami przypadków medycznych – pierwsze nie zawierają opisów fizycznych objawów choroby (oprócz sekcji zwłok⁹), posiadają szczegółowe opisy przyjęcia pacjenta do szpitala i obserwację jego zachowania.

Powyższe rozważania podkreślają znaczenie narracji pacjenta w całym procesie leczenia. Szczególną rolę pełni ona jednak w dziedzinie psychologii i psychiatrii, co zostanie szerzej omówione poniżej.

2. Psychiatryczne opisy przypadków – definicje i przegląd badań

Po omówieniu znaczącej roli opowieści pacjenta w jego diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji, warto przyjrzeć się opisom przypadków medycznym ogólnie i opisom z zakresu psychologii i psychiatrii.

Opisy przypadków medycznych pełnią wiele funkcji: opisują nową lub niezwykle rzadką chorobę lub jej niecodzienny przejaw oraz podkreślają jej mechanizmy, trudności diagnostyczne i dylematy terapeutyczne w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji a także wiele innych (M. Kidd/ D. Saltman 2012: 156).

T. Nissen i R. Wynn (2012, 2014) przytaczają jedną z podstawowych definicji opisu przypadku medycznego, określanego jako:

dokładny opis doświadczeń pojedynczego pacjenta [oraz] oficjalne streszczenie przypadku nietypowego pacjenta, jego choroby, z przedstawieniem obecnych objawów, badań diagnostycznych, leczenia i dalszych zaleceń (T. Nissen/ R. Wynn 2012: 87, 2014: 265, tłum. M. Ż-S 2019: 91).

Opisy przypadków medycznych są regularnie stosowane w pracy klinicznej, jak również przez ostatnie 50 lat regularnie publikowane w zakresie analizy behawioralnej, terapii poznawczej, terapii poznawczo-behawioralnej, i innych poddziedzinach psychologii (J. Virués-Ortega/ R. Moreno-Rodriguez 2008: 767)¹⁰.

Jak podają N. Mather i L.E. Jaffe (2011: xxvi) psychologiczne¹¹ opisy przypadków medycznych pełnią wiele funkcji, m.in. pomagają specjalistom (praktykom) (a)

⁹ W praktyce psychiatrycznej często wykonywane były sekcje zwłok, w celu zbadania mózgu i ewentualnych zmian, mogących świadczyć/być związanych z zaburzeniami psychicznymi (C. Berkenkotter 2008: 29).

¹⁰ Jako ciekawostkę można podać tu, iż w okresie spadku popularności gatunku opisu przypadku, czasopisma psychiatryczne były jednymi z tych, w których liczba tych publikacji zmalała najbardziej: w *British Journal of Psychiatry* do 44 (16%) z 267 artykułów w roku 1987 i do 1 (0.6%) z 167 w roku 1997 (A. Farmer 1999); z kolei w *American Journal of Psychiatry* i *Archives of General Psychiatry* w latach 1980-tych był to spadek z 17.4% do 2.4% publikacji (H.A. Pincus i in. 1993).

¹¹ Ma to też zastosowanie do opisów psychiatrycznych.

umożliwić większe rozumienie przydatności kompleksowej oceny (ang. *comprehensive evaluations*); (b) poszerzać zasób wiedzy o możliwościach interpretacji wyników badań i testów; (c) zdobyć nową wiedzę lub udoskonalić posiadaną na temat powszechnie stosowanych narzędzi do oceny (np. testach, skalach); (d) poprawić rozumienie oceny punktacji w określonych testach; (e) polepszyć zrozumienie częstych zaburzeń w dzieciństwie¹² i tego, jak te zaburzenia wpływają na dorosłe życie; (f) udoskonalić umiejętność dostosowania raportów/opisów pisemnych do celów oceny (g) udoskonalić umiejętność przełożenia wyników testów na odpowiednie leczenie itp.

W literaturze anglojęzycznej dostępne są analizy psychiatrycznych opisów przypadków z różnych krajów/czasopism, związanych z różnymi zaburzeniami oraz na różnych płaszczyznach: D. Atkinson (1992) analizował artykuły naukowe z perspektywy diachronicznej w *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, R.J. Barrett (1988) skupił się na opisach schizofrenii w Australii, E.M. Coker (2003) zbadała dyskurs psychiatryczny w Egipcie, K. Allen i in. (2016) zajęli się znaczeniem konceptualizacji przypadku w leczeniu anoreksji, P.J. Bieling i W. Kuyken (2003), W. Kuyken i in. (2005) oraz B.P. Jacqueline i S.T. Lisa (2015) omówili zastosowanie opisów w terapii poznawczo-behawioralnej, N. Mather i L.E. Jaffe (red.) (2011) zebrały w monografii opisy z zakresu psychologii i edukacji specjalnej, T.D. Eells (2007: 3–32) przybliżyła rys historyczny sformułowań przypadków¹³ oraz omówiła ich status i rolę we współczesnym świecie, D. Klos (1976) oraz M. Rainforth i M. Laurenson (2014) sformułowania przypadku w języku angielskim, a B. Andrade i O. Ugalde (2011) wskazały najważniejsze zasady etyczne, pojawiające się przy omawianiu i tworzeniu psychiatrycznych opisów przypadków.

Piśmiennictwo polskojęzyczne nie jest równie bogate i różnorodne jak anglojęzyczne, co jednocześnie tworzy niszę w badaniach dla niniejszej publikacji. Jednym z niewielu dostępnych opracowań na ten temat jest monografia zbiorowa pt. *Analiza przypadków klinicznych w psychiatrii* pod redakcją M. Jaremy (2016), stanowiąca „zbiór przykładów diagnozowania i leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych w różnych sytuacjach klinicznych” (M. Jarema 2016: XI).

3. Schemat psychiatrycznego opisu przypadku

Jednym z pytań badawczych cyklu dwóch prac jest to, czy psychiatryczny opis przypadku jest tradycyjnym reprezentantem mikrogatunku – opisów przypadków medycznych – czy stanowi jednak wyjątek, a jeśli tak, to na jakich płaszczyznach.

¹² W rozumieniu zaburzeń psychologicznych i psychicznych.

¹³ Sformułowanie przypadku omówione zostało w punkcie 4.

Badania wykazały¹⁴, iż tradycyjny opis przypadku, szczególnie z dziedzin kliniczno-chirurgicznych¹⁵ składa się z następujących części: *Wprowadzenie* (ang. *Introduction*), *Opis przypadku* (ang. *Case report/ Case presentation/ Presentation of the case*), *Dyskusję/ Komentarz/ Omówienie* (ang. *Discussion*) oraz *Wnioski* (ang. *Conclusion*)¹⁶.

N. Mather i L.E. Jaffe (red.) (2011: xxvi-xxvii) we wstępie do monografii, zawierającej różnorodne opisy przypadków z zakresu psychologii, wyróżniają także główne komponenty w tego typu tekstów: powód zgłoszenia się pacjenta; informacje o pacjencie; przeprowadzone testy i zastosowane narzędzia do oceny; obserwacje zachowania; wyniki testów kognitywnych i akademickich; wyniki testów społecznych, emocjonalnych oraz behawioralnych; interpretacja uzyskanych wyników; wnioski; oraz zalecenia. Autorki zauważają, iż zakres informacji zawartych w opisach przypadków zależy od doświadczenia i umiejętności posiadanych przez praktyków z zakresie wyboru narzędzi do oceny i testów, w ocenie wyników, wyborze odpowiedniego leczenia itp. Innymi słowy, ta „kompleksowa ocena pacjenta” zależy od natury jego schorzenia oraz od doświadczenia i umiejętności dokonania oceny klinicznej przez specjalistę (zob. więcej w N. Mather i L.E. Jaffe (red.) 2011: xxvi-xxxiii). Wydawało by się, iż powyżej wymienione komponenty opisów przypadków psychiatrycznych zasadniczo nie różnią się od komponentów tradycyjnych reprezentantów tego mikrogatunku: oba zawierają powód przyjęcia pacjenta na oddział/terapię, informacje o pacjencie, w tym przeprowadzone testy, diagnozę, zalecenia i stan pacjenta po leczeniu. Warto jednak przyrzeć się dokładniej budowie oraz zaleceniom i wytycznym dotyczącym sporządzania opisów przypadków psychiatrycznych.

Ze względu na tematykę niniejszej publikacji, poniżej przedstawione zostaną najważniejsze zalecenia dotyczące opisów przypadków jako *microgenre* w praktyce psychiatryczno-psychologicznej.

Autorki niniejszej pracy dokonały przeglądu odnośnej literatury i na jej podstawie zebrały w skondensowanej formie dostępne wytyczne (zob. też wytyczne *American Psychological Association*¹⁷ oraz praca J. Virués-Ortegi i R. Moreno-Rodrigueza 2008). Na postawione w niniejszym cyklu dwóch publikacji pytanie badawcze po części odpowiadają J. Virués-Ortega i R. Moreno-Rodriguez (2008: 767): „Pozwólcie nam w tym miejscu zauważyć, jak różny może być opis przypadku z zakresu neurop-

¹⁴ Zob. np. H. Cohen (2006) oraz prace M. Żelazowskiej-Sobczyk i M. Zabielskiej (np. 2016a, 2016b) a także M. Żelazowskiej-Sobczyk (2019).

¹⁵ Takich jak np. kardiologia, otorynolaryngologia, które zajmują się badaniem ludzkiego ciała oraz widocznych, obserwowalnych i dających się zmierzyć odpowiednimi badaniami, objawów.

¹⁶ Na temat tradycyjnych opisów przypadków medycznych i ich nietradycyjnych odmian (szczególnie w zakresie otorynolaryngologii), zob. więcej ww. pracach M. Żelazowskiej-Sobczyk i M. Zabielskiej (np. 2016a, 2016b), M. Żelazowskiej-Sobczyk (2019).

¹⁷ Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, które są uznawane na całym świecie. (<https://www.apa.org/pubs/journals/aap/guidelines-submitting-case-reports>). [Pobrano: 09.03.2019].

psychologii klinicznej, terapii behawioralnej i stosowanej terapii behawioralnej”. Autorzy podają następujące wytyczne, dotyczące strukturalnej budowy psychiatrycznego opisu przypadku (J. Virués-Ortega i R. Moreno-Rodriguez 2008: 767–773).

Tytuł powinien być nie dłuższy niż 15–20 słów oraz zawierać jasne sformułowanie, dotyczące zachowania pacjenta (tj. głównego problemu) oraz rodzaju interwencji terapeutycznej.

Abstrakt powinien określać liczbę pacjentów (jeśli jest to seria opisów przypadków), ich wiek, płeć, cel interwencji, sposób leczenia, testy i inne narzędzia użyte do oceny, analizy danych (jeśli są), wynik leczenia i okres po leczeniu. Abstrakt nie powinien być dłuższy niż 200–250 słów. Na końcu umieszcza się słowa kluczowe.

Wprowadzenie (ang. *Introduction*) podkreśla główne cele opisu przypadku, przegląd odnośnej literatury w tym zakresie, wyjaśnienie nietypowości przypadku (zajęcie niszy), która sprawia, iż dany opis przypadku będzie miał nowatorski charakter.

*Charakterystyka pacjenta i powód zgłoszenia do specjalisty*¹⁸ (ang. *Patient identification and reason for referral*) przekazują dane pacjenta lub pacjentów. Jeśli pacjenci, w serii opisów przypadków, mają powtarzające się objawy, można opisać je razem, jednakże w większości opisów przypadków stosuje się tendencję do opisywania ich pojedynczo. Powinny się tu znaleźć następujące informacje o pacjencie: wiek, płeć i inne osobiste cechy (wewnętrzne i zewnętrzne) mogące mieć wpływ na ocenę i wybór sposobu leczenia, wykształcenie, zawód, informacje o środowisku kulturowym, rodzinie oraz obecne i przebyte choroby/diagnozy. Należy tu zamieścić także informację o przeżytym i aktualnym leczeniu (w tym przypadku ważne jest, gdzie leczy się pacjent, ile trwają sesje i jak często się odbywają, jaki jest wynik leczenia itp.). Zamieszcza się tu również informację o przyjmowanych obecnie lekach (podać jakie, w jakich dawkach).

Strategie oceny (ang. *Assessment strategies*) to opis stosowanych metod oceny pacjenta. Zaleca się kompleksową ocenę, opracowaną przy zastosowaniu wielu metod i źródeł.

Kolejnym elementem jest omówiona szczegółowo powyżej *Konceptualizacja przypadku* (ang. *Clinical case formulation*).

Leczenie (ang. *Treatment*) to następna sekcja w psychiatrycznym/psychologicznym opisie przypadku medycznego. Zamieszcza się tu szczegóły różnych typów leczenia, pasujące do przedstawionego przypadku. Powinny się tu znaleźć też czynniki związane z leczeniem, np. osoba samego terapeuty.

Wybór leczenia (ang. *Choice of treatment*) zawiera wybór i uzasadnienie wybranego typu leczenia.

Zastosowanie leczenia (ang. *Treatment implementation*) to opis odbytych sesji terapeutycznych (liczba, czas trwania, poruszane kwestie). Zalecane jest również załączenie transkrypcji z sesji lub krótki opis każdej poszczególniej sesji.

Czynniki związane z osobą terapeuty (ang. *Therapist-related factors*) to sekcja i aspekt często niedoceniany, który jednak ma wpływ na cały proces leczenia pacjenta. Specjaliści powinni tu spisać swoje uwagi i obserwacje.

¹⁸ Tłumaczenie własne Auterek na potrzeby niniejszej pracy.

Projekt badania (ang. *Study design*) to określenie sposobu zaprojektowania planu badania/obserwacji pacjenta. Można tu również umieścić porównywanie danych o zmiennych zależnych z różnych etapów leczenia itp.

Analiza danych (ang. *Data analysis*) zawiera przedstawienie danych z poszczególnych sesji, np. w formie wizualnej; także danych statystycznych, jeśli takowe są.

Efektywność i wydajność interwencji (ang. *Effectiveness and efficiency of the intervention*) to kolejna sekcja w medycznym opisie przypadku, która zawiera najważniejsze wyniki leczenia oraz to, za pomocą jakich środków planowało się ich osiągnięcie. W tym miejscu zawrzeć można również krótki opis okresu po zakończeniu leczenia.

Ostatnią sekcją jest *Dyskusja* (ang. *Discussion*), zawierająca krótką ocenę uzyskanych wyników w odniesieniu do wcześniejszych założeń i na tle odnośnej literatury, najważniejsze wnioski z leczenia oraz wskazanie kierunku dalszych badań.

Szczegółowy schemat psychiatrycznego opisu przypadku przedstawiają w swojej pracy J. Virués-Ortega/ R. Moreno-Rodriguez (2008: 774).

Podobne zalecenia określa *American Psychological Association*, wyróżniając następujące sekcje:

- *Introduction* (tło teoretyczne, przegląd literatury, cel opisu przypadku);
- *Case context and method* (źródła danych – notatki, nagrania audio i wideo, transkrypcje, dzienniki, dane kliniczne, refleksje innych terapeutów, wywiad od rodziny itp.; środki ostrożności przed ujawnieniem tożsamości pacjenta – np. zgoda na publikację);
- *Case description* (kontekst leczenia, tj. dane o pacjencie – tło kulturowe (rasowe, etniczne, narodowościowe, klasa społeczna, płeć, wiek), religijne, seksualne (orientacja) i inne, np. niepełnosprawność; historia rodzinna, czas i sposoby poszukiwania pomocy itp.);
- *Case formulation and treatment plan*, w tym: *Case formulation and treatment approach* (konceptualizacja przypadku omówiona została poniżej), *Treatment plan and goals* (plan leczenia i jego cele, odpowiadające wybranej metodzie terapeutycznej), *Therapist and relational factors* (znaczenie osoby terapeuty i jego doświadczenia w leczeniu – określenie, w jaki sposób w wybranym podejściu postrzegana jest rola terapeuty i relacja terapeutyczna oraz uwzględnienie wcześniejszego doświadczenia terapeuty z podobnymi przypadkami i, jeśli istnieją lub mają znaczenie, wszelkich osobistych, kulturowych lub zawodowych cech terapeuty, które mogą być istotne dla jego pracy z pacjentem);
- *Course of treatment and monitoring of treatment progress* (strategie terapeutyczne i procedury stosowane przez specjalistę oraz reakcje/odpowiedź pacjenta na nie. Można dołączyć także transkrypcje z sesji. W stosownych przypadkach powinno się tu zawrzeć również to, w jaki sposób ta informacja zwrotna od pacjenta została wykorzystana do zmiany leczenia. Ta sekcja może też omawiać czynniki zakłócające lub nieprzewidziane trudności w terapii, tj. nastawienia intrapersonalne, interpersonalne lub zewnętrzne ;

- *Treatment outcome* (wyniki terapii);
- *Discussion and limitations* (krytyczna analiza mocnych i słabych stron formułowania przypadku i wybranego podejścia do leczenia, zastosowanego w tej konkretnej sytuacji. Należy również podkreślić, w jaki sposób przypadek ten zwiększa kliniczne, teoretyczne i/lub kulturowe rozumienie tego problemu, podejście do leczenia i/lub procesów terapeutycznych. Zawiera się tu także odwołanie do odnośnej literatury i opis wszelkich ograniczeń, występujących w całym procesie leczenia);
- *Implications and recommendations*, w tym *Implications for clinical practice and theory* (zalecenia dla specjalistów, jak postępować z podobnymi przypadkami) oraz *Implications for research* (wskazanie zastosowań danego opisu przypadku oraz kierunku dalszych badań).

Jak pokazują powyższe wytyczne i rozważania, psychiatryczny opis przypadku medycznego ma swoistą strukturę, która częściowo powiela się z tradycyjnym wzorcem tegoż mikrogatunku, jednak, ze względu na omawiają dziedzinę¹⁹, zawiera inne informacje, w innej formie, m.in. jednym z głównych elementów jest konceptualizacja przypadku, która nie jest obecna w tradycyjnych wzorcach.

4. Konceptualizacja przypadku

Proces stawiania diagnozy psychiatrycznej od wielu lat jest krytykowany i negatywnie osądzany. Uważa się, iż brakuje w nim rzetelności i podstawy naukowej²⁰, a samą psychiatrię często definiuje się jako „coś bardzo trudnego do osądzenia lub obronienia – specjalność medyczną, która nie leczy chorób medycznych” (P. Breggin 1993: 505 w L. Johnstone 2018: 31). Dlatego też, w odniesieniu do psychiatrycznych opisów przypadków medycznych²¹, w języku angielskim często używa się stwierdzenia *sformułowanie, opracowanie lub konceptualizacja przypadku*^{22,23} (ang. *case formulation*,

¹⁹ Psychologia i psychiatria jako dziedziny sfery mentalnej, nie cielesnej.

²⁰ Więcej o krytyce w tym zakresie zob. L. Johnstone (2018).

²¹ Jako jeden z komponentów/ elementów składowych opisów przypadków, nie jako zamienna nazwa.

²² A. Słysz (2017: 11) powołuje się na dane liczbowe: „Jedna z popularnych wyszukiwarek internetowych (Google) aktualnie wskazuje na występowanie wyrażenia *case formulation* 246 000 razy, a wyrażenia *case conceptualization* – 169 000 razy. Z kolei w języku polskim najczęściej występuje określenie „opracowanie przypadku” (2690 razy), a dużo rzadziej „konceptualizacja przypadku” (393 razy) i „sformułowanie przypadku” (290 razy). Określenie „konceptualizacja przypadku” (*case conceptualization*) nie jest więc najbardziej popularne wśród określeń synonimicznych”. Dodatkowo autorka wyjaśnia powody, dlaczego jej zdaniem lepiej stosować termin „konceptualizacja” w języku polskim: „Mimo że wyrażenie *case conceptualization* jest rzadziej stosowane niż *case formulation*, to „konceptualizacja przypadku” wydaje się najbardziej odpowiednim terminem w języku polskim. Przemawia za tym aspekt znaczeniowy, jakim jest „ujmowanie w pojęcia” (problem pacjenta i jego przyczyny są wyrażane w terminologii konkretnych teorii). Dwa pozostałe określenia (sformułowanie i opracowanie) nie obejmują tego ważnego aspektu” (A. Słysz 2017: 12).

²³ W niniejszej pracy Autorki stosują te nazwy zamiennie.

zwane także *case conceptualization*²⁴), definiowanego jako:

[...] proces, w których tworzony jest zbiór hipotez o etiologii i czynnikach utrwalających obecny problem pacjenta oraz przełożenie diagnozy na konkretną, zindywidualizowaną interwencję terapeutyczną. [...] na konceptualizacji przypadku opiera się cała działalność kliniczna. Przykładowo, jak sposób rozumienia ograniczeń biologicznych danego dziecka i sposób w jaki wchodzi one w interakcję z czynnikami osobowościowymi oraz rodzinnymi a także waga przypisywana każdemu z nich wpływa na proces diagnozy i plan leczenia. [...] w konceptualizacji odpowiadamy na pytanie co jest źle, jak to się stało i przybrało taki kształt oraz co można z tym zrobić (N. Winters/ G. Hanson/ V. Stoyanova 2007: 111–112; tłum. własne)²⁵.

A. Słysz (2017: 15–16), przywołując różnorodne definicje konceptualizacji przypadku, wyróżnia jej trzy elementy definicyjne: (1) podsumowanie głównego problemu pacjenta w formie opisowej, z uwzględnieniem czynników sytuacyjnych (tzw. spustowych), (2) analiza relacji pomiędzy poszczególnymi elementami, która wskazuje na to, jak dany problem się rozwijał i jak jest obecnie podtrzymywany (tzw. czynniki podtrzymujące), (3) zalecenia, za pomocą jakich działań można rozwiązać problem (zob. też. R.S. Hallam 2013), co widoczne było również w powyższym cytacie.

T.D. Eells i in. (2011: 385) podkreśla, iż sformułowanie przypadku jest uważane za jedną z podstawowych umiejętności psychoterapeuty. Jest ono też „sercem” praktyki w świetle EBM²⁶, jak również zajmuje fundamentalne miejsce w psychologii klinicznej (zob. też P.J. Bieling/ W. Kuyken 2003; L. Flinn/ L. Braham/ R. das Nair 2015).

K. Sim/ K.P. Gwee/ A. Bateman (2005: 292) podają, iż sformułowanie przypadku jest przydatnym narzędziem klinicznym, terapeutycznym i integracyjnym dla terapeutów i rezydentów odbywających staż²⁷; pomaga, przy użyciu psychologii jako nauki, rozwiązywać ludzkie problemy (L. Flinn/ L. Braham/ R. das Nair 2015). Jest również narzędziem ułatwiającym przełożenie diagnozy na konkretne działania (tj. leczenie). Określany jest jako połączenie teorii psychoterapeutycznej i jej zastoso-

²⁴ Zob. też P.S. Berman (2015, szczególnie 1–24) oraz B. Lichner Ingram (2012).

²⁵ K. Sim, K.P. Gwee i A. Bateman (2005) oraz N. Winters, G. Hanson i V. Stoyanova (2007) podają więcej definicji *case formulation*, odwołując się do różnych prac.

²⁶ *Evidence-Based Medicine. Polski Instytut Evidence Based Medicine* obejmuje stanowisko, iż żadna stosowana nazwa w tłumaczeniu na język polski tegoż terminu nie odzwierciedla w pełni istoty tej koncepcji (URL [http://ebm.org.pl/show.php?aid=15267&PHPSESSID=FC7E DC0D75 6C498D 19B07676932F65F7](http://ebm.org.pl/show.php?aid=15267&PHPSESSID=FC7E%20DC0D75%206C498D%2019B07676932F65F7)). [Pobrano: 15.03.2019]. W języku polskim obecnych jest kilka ekwiwalentów: *medycyna faktów*, *medycyna oparta na dowodach*, *medycyna wiarygodna*, *medycyna oparta na dowodach naukowych*, *praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP)*, *medycyna oparta na faktach*, *ewaluacja badań medycznych*.

²⁷ Znaczenie konceptualizacji przypadku w szkoleniu stażystów, rezydentów i młodych lekarzy jest często podkreślane w cytowanych tu pracach, np. K. Sim/ K.P. Gwee/ A. Bateman (2005).

wania w praktyce u konkretnych pacjentów. Łączy w sobie także zasady pracy naukowej ze zrozumieniem unikalności i obecności pierwiastka ludzkiego w terapii pacjenta. Stwierdzenie to potwierdzają słowa L. Johnstone (2018: 32), która uważa, iż:

Konceptualizacja łączy dwa równie istotne źródła informacji: specjalista wprowadza swoją wiedzę, uzyskaną z teorii, badań i doświadczenia klinicznego, podczas gdy pacjent daje od siebie opis i ocenę własnych doświadczeń oraz znaczenie i wpływ relacji i ilości (tłum. własne).

Warto przytoczyć tu także słowa S.W. Hendersona i A. Martina (2015: 11), którzy twierdzą, iż „sformułowanie to sposób, dzięki któremu specjalista może zrozumieć i wyjaśnić pacjenta” (tłum. własne).

K. Sim, K.P. Gwee i A. Bateman (2005) podkreślają również, iż sformułowanie przypadku jest ważnym i niezastąpionym narzędziem w działalności psychoterapeutycznej. A. Flitcroft, I.A. James i M. Freeston (2007: 325) dodają do ww. zalet i funkcji doprecyzowanie hipotez i hierarchizowanie problemów wg. ich ważności.

Dodatkowo T.D. Eells, E. Kendjelic i C. Lucas (1998) zauważają, iż sformułowanie przypadku oparte jest na modelu historii przypadku. Warto tu także wspomnieć o *studium przypadku*, które T. Rzepa (2005), określa jako metodę kliniczną, polegającą pierwotnie na skrupulatnym i dokładnym opisie medycznym, w którym dużą rolę odgrywa kryterium uporządkowania pod względem ważności danej informacji – studium przypadku posiada „moc” wyjaśniania przyczyn, objawów i przebiegu choroby, ewentualnie rokowań (W. Runyan 1992). Studium przypadku wywodzi się z medycznych opisów przypadku chorób, zaburzeń i przypadłości oraz z raportów z obserwacji prawidłowości rozwoju dzieci. T. Rzepa (2005: 25) dostrzega zasadniczą różnicę pomiędzy opisami przypadków a studium przypadku – zmianę znaczenia przypadku z przypadłości na daną, konkretną osobę. Przedmiotem studium może być choroba, osoba lub sama metodologia – „czysty opis” lub z uzasadnieniem. Studium przypadku definiować można według T. Rzepy (2005: 26) na trzech płaszczyznach: (1) w sensie klasycznym jako „czystą” prezentację przypadku choroby, jej objawów i przebiegu; (2) w sensie psychologicznym jako opis z uzasadnieniem przypadku danej osoby i wyjaśnieniem przyczyn opisywanego zdarzenia; oraz (3) w sensie mieszanym jako możliwe kombinacje podstawowych kryteriów – „choroba” i opis z uzasadnieniem lub „osoba” i „czysty opis” (zob. więcej T. Rzepa 2005: 26).

Autorka zauważa też iż, traktowanie studium przypadku i historii życia jest niemal synonimiczne – przedmiotem studium jest osoba a metodologia jej prezentacji wymaga odwołania się do zdarzeń biograficznych. Dalej T. Rzepa (2005: 27) konkluduje, iż studium przypadku zyskało rangę naukowego argumentu właśnie dzięki zmianie przedmiotu odniesienia – z choroby (jak w standardowym opisie przypadku) na osobę, oraz na odwołanie do wcześniejszych zdarzeń z życia osoby, uzasadniających logikę objawów u niej występujących.

Autorka podaje też reguły sporządzania studiów przypadku, tj. min. jasność celu, kompletność informacji, omówienie cech osobowości i ich przejawów, nieunikanie osobistych poglądów i przeżyć, pomijanie spraw nieistotnych, przytaczanie źródeł itp. (zob. też W. Runyan 1992). T. Rzepa (2005: 51–56) wylicza też główne etapy tworzenia studium: (1) sformułowanie celu: prezentacja obiektu/osoby/zjawiska jako

przykład, ilustracja (studium docelowe), czy jako argument, potwierdzenie (studium wyjściowe) na rzecz słuszności hipotezy; (2) zgromadzenie wszelkich możliwych materiałów o osobie; (3) ocena wiarygodności tych materiałów; (4) wybór formy prezentacji materiału – wg. chronologii czy kryterium problemowego; (5) wyselekcjonowanie materiałów zgodnie z wybranym kryterium; (6) interpretacja zebranych danych. Język studium przypadku jest bardziej literacki niż naukowy, bez „nadętej sztuczności i obcości”, bez niezrozumiałej terminologii, pożądane jest tu zabarwienie emocjonalne (T. Rzepa 2005: 56).

N. Winters, G. Hanson i V. Stoyanova (2007) odróżniają pojęcie *sformułowania przypadku* od *diagnozy*²⁸, które to pojęcia mogą wydawać się synonimiczne. *Diagnoza* formułowana jest za pomocą kategorii, natomiast *sformułowanie* bardziej jako *continuum* od stanu normalnego do anormalnego. W *sformułowaniu* opisany jest proces przebiegania zmiany/zaburzenia – *diagnoza* z kolei nie jest tak złożona jak *sformułowanie*. *Diagnoza* to nauka, *sformułowanie* to sztuka, jednakże oba te procesy w medycznym opisie przypadku z zakresu psychologii i psychiatrii powinny się uzupełniać.

Za podsumowanie tychże różnic, posłużyć mogą słowa L. Johnstone (2018: 32):

W odróżnieniu od diagnozy, sformułowanie to nie ocena fachowca, nie jest też oparta na deficytach. Zgodnie z dobrą praktyką, sformułowanie ma zwrócić uwagę na wzmocnienie środków i umiejętności, aby przeżyć sytuację, które stanowią zazwyczaj wyzwanie. Najważniejsze jednak, i w odróżnieniu od diagnozy psychiatrycznej, sformułowanie w psychologii podchodzi do wszelkich wyrazów cierpienia z założeniem, że na pewnym poziomie, „wszystko to ma sens” (Butler 1998: 2)²⁹. Z perspektywy opartej na sformułowaniu praca każdego pracownika szpitala psychiatrycznego, bez względu na ich przeszkolenie, powinna być oparta na następującej zasadzie: że jakkolwiek niecodzienne, niejasne, ryzykowne destrukcyjne, przytłaczające lub przerażające są czyjeś myśli, uczucia i zachowania, *jest sposób, aby nadać im sens*³⁰ (tłum. własne).

Różnicę pomiędzy konceptualizacją a diagnozowaniem podkreśla także A. Słysz (2017: 19):

Diagnozowanie (w szerokim znaczeniu) realizuje się poprzez takie czynności po-znacze, jak: integrowanie informacji, podejmowanie decyzji, wykorzystywanie wiedzy i doświadczenia diagnosty, rozumowanie, wnioskowanie i uzasadnianie (Paluchowski 2001). Tworzenie konceptualizacji również obejmuje wymienione procesy. Różnica polega na tym, że diagnozowanie może przebiegać w różnych kontekstach i nie zawsze celem tego postępowania jest sformułowanie wyjaśnienia i zaplanowanie interwencji. Natomiast tworzenie konceptualizacji przypadku odbywa się w określonym kontekście, jakim są najczęściej psychoterapia, psychologia kliniczna lub doradztwo (*counseling*), oraz jest podyktowane bezpośrednio potrzebami interwencji (cecha definicyjna konceptualizacji).

²⁸ W rozumieniu samego procesu stawiania diagnozy, przed zaplanowaniem leczenia.

²⁹ Odwołania do prac, które znajdują się w przywoływanych cytatach, umieszczone są również w *Bibliografii* niniejszej pracy. W cytatach zachowano jednak oryginalny sposób cytowania.

³⁰ Zachowano oryginalne formatowanie.

Sformułowanie przypadku zależy od pacjenta (dziecko lub osoba dorosła), modelu leczenia (np. model poznawczo-behawioralny, psychodynamiczny, humanistyczny, systemowy)³¹, doświadczenia i stopnia specjalizacji (np. rezydent) itp. (zob. więcej I. Fernando/ M. Cohen/ F. Henskens 2012).

B.P. Jacqueline i S.T. Lisa (2015) wyróżniają w sformułowaniu przypadku następujące części składowe: wszystkie objawy, występujące u pacjenta, choroby i problemy; mechanizmy powodujące te objawy, choroby, problemy; przyczyny objawów, chorób i problemów; pochodzenie tych mechanizmów (zob. więcej w B.P. Jacqueline/ S.T. Lisa 2015: 2).

A. Słysz (2017: 22–23) wyróżnia trzy główne etapy w formułowaniu konceptualizacji: ocena (ang. *evaluation*), organizacja (ang. *organization*) i orientacja (ang. *orientation*). Pierwszy etap to ocena obserwowalnych zachowań pacjenta³² oraz objawów, które związane są z prezentowanym problemem. Zawarty jest tu kontekst sytuacyjny pacjenta, na który składają się: sfera biologiczna (tj. historia medyczna, genetyczne czynniki ryzyka, ogólny obecny stan zdrowia, rozwój seksualny pacjenta, uzależnienie lub nadużywanie substancji psychoaktywnych i inne); sfera psychologiczna (tj. styl poznawczy, zachowania ryzykowne, przejawy samookaleczenia, występujące zaburzenia odżywiania, przekonania, styl przywiązania, poziom inteligencji pacjenta, samoskuteczność, poziom samooceny, tożsamość i inne); sfera społeczna (m.in. relacje pacjenta z rodziną, relacje romantyczne i seksualne, umiejętności komunikacyjne, system wsparcia społecznego); oraz sfera kulturowa (tj. identyfikacja kulturowa pacjenta, religia lub zasoby duchowe, wierzenia, przyjęte normy kulturowe i społeczne, akulturacja). Drugi etap – *organizacja* – to proces porządkowania obserwacji i ocen diagnostycznych przez specjalistę, który formułuje hipotezy, dotyczące pochodzenia i mechanizmów głównego problemu pacjenta. Specjalista uwzględnia takie czynniki jak kontekst kulturowy i socjologiczny, komunikację niewerbalną pacjenta oraz odczucia i emocje pojawiające się podczas konsultacji. Ostatni etap – *orientacja* – to stosowanie teoretycznych założeń w celu interpretacji tego, co ma miejsce podczas sesji terapeutycznej i odwzorowania problemów pacjenta. Założenia teoretyczne, jak podaje A. Słysz (2017: 23), wykorzystuje się do interpretowania i analizy informacji uzyskanych od pacjenta, oraz integracji obserwacji własnych specjalisty (terapeuty) z ideami pochodzącymi z teorii.

Warto również powołać się na pracę N. McWilliams (2008: 353–355), która podaje zalecany format wywiadu diagnostycznego (tj. etap pierwszy – ocena), składający się z danych diagnostycznych, aktualnych problemów i ich źródła, historii pacjenta w tym okresie niemowlęcy i wczesne dzieciństwo oraz okres dojrzewania i dorosłość, aktualnej charakterystyki pacjenta (stan psychiczny) oraz tematów końcowych, podczas gdy specjalista pyta pacjenta o inne, znaczące, według pacjenta, dane. Końcowym elementem są wnioski.

³¹ Więcej o modelach, stosowanych przy tworzeniu konceptualizacji przypadku, zob. w A. Słysz (2017). Zob. szczególnie podobieństwa i różnice pomiędzy modelami w formie zwięzłego podsumowania na str. 85.

³² W literaturze pacjent często nazywany jest *klientem*.

Podsumowaniem, a jednocześnie zbiorczą definicją konceptualizacji, czy też sformułowania przypadku, może być ta, podana przez A. Słysz (2017: 21):

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

Warto tu, jako puentę, zacytować N. McWilliams (2012), która trafnie podkreśla proces wzajemnego porozumienia pomiędzy specjalistą a pacjentem. Dokonać tego może specjalista poprzez sporządzenie spójnego i rzetelnego sformułowania przypadku.

Wydaje mi się oczywiste, że dopóki terapeuta nie zrozumie czyjejs niepowtarzalnej, osobistej subiektywności, dopóty nie może wywnioskować, jakie podejście terapeutyczne byłoby najlepsze dla tej jednostki. To, co pomaga jednej osobie, może zaszkodzić drugiej, nawet jeśli problemy manifestowane przez obu tych ludzi wydają się porównywalne i nawet jeśli określona strategia zredukowała objawy docelowe u statystycznie istotnej liczby osób w ściśle zdefiniowanej puli badanych z podobnymi problemami (N. McWilliams 2012: 9).

Więcej badań na temat konceptualizacji przypadku z różnych perspektyw poruszają prace: T.D. Eells, E. Kendjelic i C. Lucas (1998)³³; P.J. Bieling/ W. Kuyken (2003); W. Kuyken i in. (2005); K. Sim/ K.P. Gwee/ A. Bateman (2005); G. Shahar/ J.H. Porcerelii (2006); N. Winters/ G. Hanson/ V. Stoyanova (2007); T.D. Eells (2007); T.D. Eells i in. (2011); M. Rainforth/ M. Laurensen (2014); L. Flinn/ L. Braham/ R. das Nair (2015)³⁴. Warto zauważyć, iż ww. prace stanowią pewne kompendium, omawiające podstawowe zasady tworzenia sformułowania przypadku, którego celem jest pomoc specjalistom-praktykom, rezydentom i innym przedstawicielom psychologii i psychiatrii w stworzeniu jak najlepszego (dla pacjenta) opisu. Ponadto, ze względu na powszechność i popularność zagadnienia *case formulation* w dziedzinie psychiatrii i psychologii, w literaturze anglojęzycznej dostępnych jest więcej wytycznych dotyczących sporządzania tegoż rodzaju tekstów, np. T. Eells/ E. Kendjelic/ C. Lucas (1998), A. Flitcroft/ I.A. James/ M. Freeston (2007), R. Aston (2009) oraz S.W. Henderson/A. Martin (2015) itp. W piśmiennictwie polskojęzycznym niewątpliwie prym wiodą prace A. Słysz, m.in. monografia *Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii* (2017), które stanowią jedno z niewielu opracowań w języku polskim dotyczących konceptualizacji przypadku, oraz wspomniana wcześniej monografia zbiorowa pod redakcją M. Jaremy (2016).

Podsumowując rozważania teoretyczne warto wysnuć najważniejsze konkluzje. W procesie leczenia, nie tylko w dziedzinie psychologii i psychiatrii, duże znaczenie ma narracja pacjenta – czyli jego opowieść o własnych doświadczeniach, chorobach,

³³ W pracy autorzy wyróżniają główne sekcje w *case formulation*, które są zbieżne z zaleceniami APA, omówionymi w punkcie 3. niniejszej pracy.

³⁴ Autorzy pracy dokonali szczegółowego przeglądu piśmiennictwa i prowadzonych badań w zakresie *case formulations*, powołując się na prace badaczy z Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych oraz jedną z Izraela.

odbieraniu choroby itp. Na podstawie tej narracji terapeuta tworzy swoją własną konceptualizację przypadku, która stanowi osnowę w całej działalności leczniczej. Konceptualizacja ta, zwana również sformułowaniem przypadku, jest z kolei elementem składowym opisów przypadków psychiatrycznych, które różnią się od tradycyjnie przyjętego modelu w tym mikrogatunku, choć mają też elementy wspólne.

Bibliografia

- Allen, K. i in. (2016), *Written Case Formulations in the Treatment of Anorexia Nervosa: Evidence for Therapeutic Benefits*, (w:) „International Journal of Eating Disorders” 49(9), 874–882.
- Andrade, B./ O. Ugalde (2011), *Ethical Self-Evidence and the Principle of Proportionality: Two Fundamental Ethical Principles Applied to a Psychiatric Case Report*, (w:) „Ethical Human Psychology and Psychiatry” 13(1), 29–46.
- Aston, R. (2009), *A Literature Review Exploring the Efficacy of Case Formulations in Clinical Practice. What Are the Themes and Pertinent Issues?*, (w:) „The Cognitive Behaviour Therapist” 2, 63–74.
- Atkinson, D. (1992), *The Evolution of Medical Research Writing from 1735 to 1985: The Case of the Edinburgh Medical Journal*, (w:) „Applied Linguistics” 13, 337–374.
- Barrett, R.J. (1988), *Clinical Writing and the Documentary Construction of Schizophrenia*, (w:) „Culture, Medicine and Psychiatry” 12, 265–299.
- Benson, T.W. (2008). *Series Editor’s Preface*, (w:) C. Berkenkotter, *Case Histories and the Uses of Narrative in Psychiatry*. Columbia, xi–xii.
- Berkenkotter, C. (2008), *Patient Tales: Case Histories and the Uses of Narrative in Psychiatry*. Columbia.
- Berman, P.S. (2015), *Case Conceptualization and Treatment Planning. Integrating Theory With Clinical Practice*. Thousand Oaks, CA, US.
- Bieling, P.J./ W. Kuyken (2003), *Is Cognitive Case Formulation Science or Science Fiction?*, (w:) „Clinical Psychology: Science & Practice” 10, 52–69.
- Bilikiewicz, A. (red.) (2004), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny (wyd. III zmienione i uzupełnione)*. Warszawa.
- Breggin, P. (1993), *Toxic Psychiatry*. London.
- Butler, G. (1998), *Clinical Formulation*, (w:) A.S. Bellack/ M. Hersen (red.), *Comprehensive Clinical Psychology*. Oxford, 1–23.
- Coker, E.M. (2003), *Narrative Strategies in Medical Discourse: Constructing the Psychiatric ‘Case’ in a Non-western Setting*, (w:) „Social Science and Medicine” 57, 905–916.
- Cohen, H. (2006), *How to Write a Patient Case Report*, (w:) „American Journal of Health-System Pharmacy” 63, 1888–1892.
- Eells, T.D./ E. Kendjelic/ C. Lucas (1998), *What’s in a Case Formulation: Development and Use of a Content Coding Manual*, (w:) „Journal of Psychotherapy Practice and Research” 7, 144–153.
- Eells, T.D. (2007), *History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation*, (w:) T.D. Eells (red.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York,

3–32.

- Eells, T.D. i in. (2011), *Expert Reasoning in Psychotherapy Case Formulation*, (w:) „Psychotherapy Research” 21(4), 385–399.
- Farmer, A. (1999), *The Demise of the Published Case Report – Is Resuscitation Necessary?*, (w:) „British Journal of Psychiatry” 174, 93–94.
- Fernando, I./ M. Cohen/ F. Henskens (2012), *Pattern-based Formulation: a Methodology for Psychiatric Case Formulation*, (w:) „Australasian Psychiatry” 20(2), 121–126.
- Flinn, L./ L. Braham/ R. das Nair (2015), *How Reliable Are Case Formulations? A Systematic Literature Review*, (w:) „British Journal of Clinical Psychology” 54, 266–290.
- Flitcroft, A./ I.A. James/ M. Freeston (2007), *Determining What is Important in a Good Formulation*, (w:) „Behavioural and Cognitive Psychotherapy” 35, 325–333.
- Frankel, R.M. (1984), *From Sentence to Sequence: Understanding the Medical Encounter through Microinteractional Analysis*, (w:) „Discourse Processes” 7, 135–170.
- Hallam, R.S. (2013), *Individual Case Formulation*. Waltham.
- Hawkins, A.H. (1986), *A.R. Luria and the Art of Clinical Biography*, (w:) „Literature and Medicine” 5, 1–15.
- Henderson, S.W./ A. Martin (2015), *Case Formulation and Integration of Information in Child and Adolescent Mental*, (w:) J.M. Rey (red.), IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva.
- Jacqueline, B.P./ S.T. Lisa (2015), *Developing and Using a Case Formulation to Guide Cognitive-behavior Therapy*, (w:) „Journal of Psychology and Psychotherapy” 5(3), 179–187.
- Jarema, M. (red.) (2016), *Analiza przypadków klinicznych w psychiatrii*. Warszawa.
- Johnstone, L. (2018), *Psychological Formulation as an Alternative to Psychiatric Diagnosis*, (w:) „Journal of Humanistic Psychology” 58(1): 30–46.
- Kidd, M./ D.C. Saltman (2012), *Case Reports at the Vanguard of 21st Century Medicine*, (w:) „Journal of Medical Case Reports” 6, 156–158.
- Klos, D. (1976), *Students as Case Writers*, (w:) „Teaching of Psychology” 3, 63–66.
- Kuyken, W. i in. (2005), *The Reliability and Quality of Cognitive Case Formulation*, (w:) „Behaviour Research and Therapy” 43, 1187–1201.
- Lichner Ingram, B. (2012), *Clinical Case Formulations. Matching the Integrative Treatment Plan to the Client*. Canada.
- Mather, N./ L.E. Jaffe (red.) (2011), *Comprehensive Evaluations. Case Reports for Psychologists, Diagnosticians and Special Educators*. Canada.
- McWilliams, N. (2008), *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk.
- McWilliams, N. (2012), *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków.
- Mishler, E.G. (1979), *Meaning in Context: Is There Any Other Kind?*, (w:) „Harvard Educational Review” 49(1), 1–19.
- Nissen, T./ R. Wynn (2012), *The Recent History of the Clinical Case Report: a Narrative Review*, (w:) „Journal of the Royal Society of Medicine Open” 3, 87–91.
- Nissen, T./ R. Wynn (2014), *The Clinical Case Report: a Review of its Merits and Limitations*, (w:) „BMC Research Notes” 8, 264–270.
- Nwogu, K. (1991), *Structure of Science Popularizations: A Genre-analysis Approach*

- to the Schema of Popularized Medical Texts*, (w:) „English for Specific Purposes” 10(2), 111–123.
- Paluchowski, W.J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa.
- Pickersgill, M. (2012), *What is Psychiatry? Co-producing Complexity in Mental Health*, (w:) „Social Theory & Health” 10(4), 328–347.
- Pincus, H.A. i in. (1993), *Trends in Research in Two General Psychiatric Journals in 1969–1990: Research on Research*, (w:) „American Journal of Psychiatry” 150, 135–142.
- Rainforth, M./ M. Laurenson (2014), *A Literature Review of Case Formulation to Inform Mental Health Practice*, (w:) „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 21(3), 206–213.
- Rathus, S.A. (2004), *Psychologia współczesna*. Gdańsk.
- Runyan, W. (1992), *Historie życia a psychobiografia*. Warszawa.
- Rzepa, T. (2005), *O studium przypadku i portrecie psychologicznym*. Szczecin.
- Shahar, G./ J.H. Porcerelli (2006), *The Action Formulation: A Proposed Heuristic for Clinical Case Formulation*, (w:) „Journal of Clinical Psychology” 62(9), 1115–1127.
- Sim, K. / K.P. Gwee/ A. Bateman (2005), *Case Formulation in Psychotherapy: Revitalizing Its Usefulness as a Clinical Tool*, (w:) „Academic Psychiatry” 29(3), 289–292.
- Słysz, A. (2017), *Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii*. Wydawnictwo naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Swales, J. (1990), *Genre Analysis: English in Academic and Research Settings*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Virués-Ortega, J./ R. Moreno-Rodriguez (2008), *Guidelines for Clinical Case Reports in Behavioural Clinical Psychology*, (w:) „International Journal of Clinical and Health Psychology” 8(3), 765–777.
- Winters, N.C./ G. Hanson/ V. Stoyanova (2007), *The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry*, (w:) „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America” 16, 111–132.
- Żelazowska, M./ M. Zabielska (2016a), *Opis przypadku jako tekst specjalistyczny w dyskursie medycznym – przegląd badań*, (w:) „Lingwistyka Stosowana/ Applied Linguistics/ Angewandte Linguistik” 18(3), 165–190.
- Żelazowska-Sobczyk, M./ M. Zabielska (2016b), *Case Reporting as a Micro-genre and its Metadiscoursal Aspects – A Review of the Literature*, (w:) „Language and Literary Studies of Warsaw” 6, 77–107.
- Żelazowska-Sobczyk, M. (2019), *Polskie i angielskie opisy przypadków medycznych w ujęciu kontrastywnym*. (Studi@ Naukowe 43). Warszawa.

Źródła internetowe:

- (URL <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/134-warto-wiedzie/1511-psychiatra.html>). [Pobrano: 01.03.2019].
- (URL <https://www.apa.org/pubs/journals/aap/guidelines-submitting-case-reports>). [Pobrano: 09.03.2019].
- (URL <http://ebm.org.pl/show.php?aid=15267&PHPSESSID=FC7EDC0D756C498D19B07676932F65F7>). [Pobrano: 15.03.2019].