



Złożenie pracy online:
2025-07-23 11:36:15
Kod pracy:
55740/49903/CloudA

Anna Sowińska
(nr albumu: 35499)

Praca magisterska

Wpływ terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach na samoocenę i obraz siebie u osób dorosłych w procesie terapeutycznym

The Impact of Solution-Focused Therapy on Self-Esteem and Self-Image in Adults Undergoing Psychotherapy

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Lilia Suchocka

Serdecznie dziękuję Karolinie Strugińskiej za cenne uwagi redakcyjne, a Magdzie Mrozkowiak, Natalii Studzińskiej oraz całemu zespołowi psychologiczno-terapeutycznemu Specjalistycznej Poradni OPTA – za nieocenione wsparcie emocjonalne i motywację w trakcie pisania tej pracy.



Streszczenie

Praca magisterska " Wpływ terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach na samoocenę i obraz siebie u osób dorosłych w procesie terapeutycznym " analizuje skuteczność terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) w kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie i wzmacnianiu samooceny u osób dorosłych. Praca przedstawia zmiany jakościowe i ilościowe zachodzące u uczestników procesu terapeutycznego, przyjmując TSR jako metodę wspierającą osobistą sprawczość i zasobowość klienta. W części teoretycznej omówiono koncepcje obrazu siebie i samooceny, ich znaczenie w życiu jednostki oraz mechanizmy ich modyfikacji w ramach różnych podejść terapeutycznych. Szczególne miejsce zajmuje tu TSR – przedstawione jako konstruktywistyczne, krótkoterminowe podejście, które koncentruje się na rozwiązaniach zamiast na dogłębnej analizie przeszłości. Przedstawiono także filozofię TSR, rolę terapeuty oraz kluczowe techniki pracy, takie jak pytanie o cud, skalowanie, komplementowanie i eksploracja zasobów. W części badawczej zastosowano podejście jakościowe i studium przypadków. Przeanalizowano przebieg terapii siedmiu osób, uwzględniając dane z ankiet, wytwory projekcyjne przed i po procesie, wyniki testów psychometrycznych (ACL, MSEI) oraz narracji uczestników. U większości odnotowano poprawę w obszarze samooceny, a także zmiany w relacjach interpersonalnych i większe samowspółczucie. Wnioski wskazują, że TSR jest skuteczną metodą wspierającą rozwój osobisty i psychiczny. Pomaga w budowaniu pozytywnego obrazu siebie, wzmacnianiu zasobów i odzyskiwaniu wpływu na własne życie. Praca podkreśla potrzebę dalszych badań nad TSR oraz jej zastosowanie w różnych grupach odbiorców.

Słowa kluczowe

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach, TSR, BSFT, SBFT, Samoocena, Obraz siebie, ACL, MSEI, Psychoterapia dorosłych, Studium przypadku, Samowspółczucie

Abstract

The master's thesis " The Impact of Solution-Focused Therapy on Self-Esteem and Self-Image in Adults Undergoing Psychotherapy " analyzes the effectiveness of Solution-Focused Therapy (SBFT) in shaping a positive self-image and strengthening self-esteem in adults. The thesis presents both qualitative and quantitative changes observed in therapy participants, treating SFT as a method that supports clients' personal agency and inner resources. The theoretical section discusses the concepts of self-image and self-esteem, their importance in individual functioning, and mechanisms of their modification across various therapeutic approaches. Special emphasis is placed on SBFT—presented as a constructivist, short-term approach that focuses on solutions rather than in-depth analysis of the past. The paper also outlines the philosophy of SBFT, the therapist's role, and core techniques such as the miracle question, scaling, complimenting, and resource exploration. The research section applies a qualitative case study methodology. The therapeutic processes of seven individuals were analyzed, using data from surveys, projective tasks before and after therapy, psychometric test results (ACL, MSEI), and participant narratives. Most individuals showed improvement in self-esteem, interpersonal relationships, and increased self-compassion. The conclusions indicate that SBFT is an effective method for supporting personal and psychological development. It helps build a positive self-image, enhance personal resources, and restore a sense of agency. The thesis highlights the need for further research on SBFT and its application among diverse client groups.

Keywords

solution-focused therapy, BSFT, SBFT, self-esteem, self-image, ACL, MSEI, adult psychotherapy, case study, self-compassion



Wpływ terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach na samoocenę i obraz siebie u osób dorosłych w procesie terapeutycznym

Anna Sowińska



Spis treści

Spis treści	2
Wstęp	4
Rozdział 1. Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR)	
jako podejście terapeutyczne.....	5
1.1. Główne nurty psychoterapii.....	5
1.2. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach w relacji do innych nurtów psychoterapeutycznych.....	5
1.3. Historia i źródła terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach	6
1.4. Filozofia i główne założenia TSR	7
1.5. Rola terapeuty i podstawowe techniki pracy z klientem	9
1.6. Podstawowe techniki pracy z klientem	10
1.6.1. Koncentracja na preferowanej przyszłości	10
1.6.2. Praca na zasobach	12
1.6.3. Monitorowanie postępów.....	15
1.7. TSR jako narzędzie wzmacniania samooceny i pozytywnego obrazu siebie oraz przeгляд badań dotyczących skuteczności.....	16
Rozdział 2. Obraz siebie i samoocena – podstawowe pojęcia, mechanizmy, funkcje i zmiana.....	19
2.1 Wokół pytania „Kim jestem?” – rozróżnienia w definicjach i ramy pojęciowe.....	19
2.2. Rozumienie pojęcia obrazu siebie w różnych podejściach teoretycznych.....	19
2.3. Pojęcie samooceny – wybrane definicje klasyczne i współczesne.....	24
2.3.1. Samoocena jako cecha i stan.....	26
2.3.2. Rozwój samooceny i wpływ środowiska społecznego	26
2.4. Znaczenie samooceny i obrazu siebie dla funkcjonowania psychicznego oraz społecznego.....	27
2.5. Zmiana obrazu siebie i samooceny w procesie psychoterapii.....	28
Rozdział 3. Metodologia badań własnych	30
3.1. Cel i przedmiot badania.....	30
3.2. Problemy i pytania badawcze	30
3.3. Metoda badawcza – podejście jakościowe	30
3.4. Techniki i narzędzia badawcze	31
3.5. Opis próby badawczej	32



3.6. Procedura badawcza i analiza danych	32
Rozdział 4. Analiza i interpretacja wyników badań własnych i ich interpretacja na pod- stawie studium przypadku.....	34
4.1. Prezentacja wyników przed i po terapii.....	34
4.1.1. Studium przypadku – pani Marta	34
4.1.2. Studium przypadku – pani Ewelina.....	50
4.1.3. Studium przypadku – pani Dominika.....	65
4.1.4. Studium przypadku – pan L.	78
4.1.5. Studium przypadku – pani Joanna.....	92
4.1.6. Studium przypadku – pani Agnieszka	105
4.1.7. Studium przypadku – pani Aneta	117
4.2. Zbioreczna analiza danych z ankiet – skuteczność TSR z perspektywy uczestników	130
4.2.1. Użyteczne techniki.....	131
Rozdział 5. Dyskusja wyników i ich odniesienie do hipotez oraz teorii psychologicznych.....	138
5.1. Obraz siebie uczestników przed procesem terapeutycznym	138
5.2. Czynniki leczące w psychoterapii – mechanizmy zmiany	141
5.3. TSR jako źródło zmiany – skuteczność technik i procesu	143
5.4. Zmiany w samoocenie i obrazie siebie uczestników	144
5.4.1. Dane ilościowe.....	144
5.4.2. Dane jakościowe	145
5.5. Ograniczenia badania	146
5.6. Wnioski i praktyczne zastosowanie.....	147
Zakończenie	149
Bibliografia	150
Spis rysunków.....	155
Spis tabel	157
Aneks 1 – Preankieta.....	158
Aneks 2 – Postankieta	162
Aneks 3 – Instrukcja do badania – rysunek imienia.....	165



Wstęp

Istnieje wiele badań dotyczących skuteczności psychoterapii. Obecnie coraz większą uwagę zwraca się w tym kontekście na podejścia koncentrujące się na zasobach, sprawczości czy potencjale jednostki.

Coraz większą popularność oraz znaczenie zyskują w psychoterapii te nurty, które podkreślają konstruktywne podejście do zmiany. *Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach* (TSR) jest jednym z takich podejść. Zakłada ona, że klient posiada w sobie wszelkie zasoby do pokonywania trudności. Natomiast rolą terapeuty jest pomoc w ich uwypuklaniu oraz aktywizowaniu.

Samoocena i obraz siebie mają istotne znaczenie w codziennym funkcjonowaniu jednostki. Wpływają one na sposób podejmowania decyzji, budowania relacji, a także na ogólne zdrowie psychiczne. Osoby z niską samooceną oraz nieadekwatnym obrazem siebie częściej zmagają się z takimi trudnościami jak lęk, depresja czy poczucie braku wpływu na własne życie. Dlatego też praca nad realistycznym obrazem siebie i adekwatną samooceną jest istotnym kierunkiem wielu procesów terapeutycznych.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie, w jaki sposób terapia skoncentrowana na rozwiązaniach wpływa na zmianę obrazu siebie i samoocenę u osób dorosłych uczestniczących w procesie terapeutycznym. Analiza indywidualnych przypadków pozwala ocenić, na ile oraz w jaki sposób omawiane podejście rzeczywiście jest użyteczne w kształtowaniu bardziej wspierającego stosunku do siebie. Ponadto analizie podlegają elementy tego podejścia uznawane przez klientów za najbardziej pomocne w procesie zmiany.

Praca składa się z części teoretycznej i empirycznej. W części teoretycznej omówiono zagadnienia związane z obrazem siebie i samooceną, a także scharakteryzowano terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach jako podejście terapeutyczne. W części badawczej opisano metodologię badań własnych oraz szczegółowo zaprezentowano i zinterpretowano wyniki pracy z wybranymi osobami. Zastosowano zarówno metody jakościowe, jak i ilościowe, co pozwoliło na całościowe ujęcie procesu zmiany oraz uchwycenie niuansów związanych z jej przebiegiem. Praca zawiera wstęp, zakończenie, bibliografię oraz aneksy.



Rozdział 1. Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR) jako podejście terapeutyczne

1.1. Główne nurty psychoterapii

W literaturze specjalistycznej wskazuje się kilka wiodących nurtów psychoterapeutycznych. Lidia Cierpiałkowska i Helena Sęk w publikacji *Psychologia kliniczna* wymieniają 5 podstawowych systemów psychoterapeutycznych. Według autorek są nimi: (a) psychoanaliza i psychoterapia psychodynamiczna, (b) terapia poznawczo-behawioralna, (c) psychoterapia humanistyczno-egzystencjonalna, (d) terapia interpersonalna oraz (e) terapia rodzin i par (Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Oprócz wymienionych wyżej systemów należy także uwzględnić terapie integracyjne, które łączą różne ogólne założenia psychoterapeutyczne, oraz eklektyczne, które czerpią techniki i metody pracy m.in. z wyżej wymienionych paradygmatów. Oczywiście w ramach tych ogólnych systemów zawierają się różnorodne nurty, takie jak: psychoterapia skoncentrowana na obiekcie, emocjach, przeniesieniu, terapia narracyjna, czy np. *somatic experience* (Cierpiałkowska, Sęk, 2016). Nazw i samych modeli terapeutycznych, które oparte są na teoriach psychologicznych, jest wiele. Wg różnych źródeł szacuje się, że jest ich ponad 400 (Alarcon, Rotberg, 2021). Natomiast tym, co łączy te podejścia, które można umieścić w danym systemie jest wspólne rozumienie zarówno patogenezy, jak i salutogenezy.

1.2. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach w relacji do innych nurtów psychoterapeutycznych

Biorąc pod uwagę mnogość podejść terapeutycznych, można się zastanowić, w której w „rodzinie” terapeutycznej znajduje się terapia skoncentrowana na rozwiązaniach. Aby lepiej zrozumieć, gdzie należy umieścić TSR, warto przyrzeć się głównym podziałom w psychoterapii. Cierpiałkowska (2016) dzieli modalności, uwzględniając dwojaki kontinuum. Pierwsze z nich określa jako: linearne vs. systemowe, drugie zaś jako realizm empiryczny vs. konstruktywizm.

Podejścia linearne są to tego typu modalności, w których istotą jest określenie konkretnego źródła danego objawu. Na drugim końcu kontinuum, rozpatruje się tę kwestię szerzej, tj. przyjmuje się, że jedna i ta sama przyczyna może się objawiać na różne sposoby oraz ten sam objaw może mieć różne źródła. Jest to charakterystyczne dla ujęć systemowych czyli cyrkularnych (Cierpiałkowska, Sęk, 2016).



Ponadto we wspomnianej metaforycznej mapie, możemy także wskazać miejsce dla *realizmu empirycznego*, na drugim końcu uwzględniając *antyrealizm*, nazywany *postmodernizmem* lub *konstruktywizmem społecznym*.

Realizm empiryczny zakłada, że konieczne jest naukowe poznanie rzeczywistości oraz obiektywne określenie jej jakości. Postmoderniści natomiast uważają, że każda jednostka tworzy własną, subiektywną rzeczywistość, którą opisuje poprzez język, nadając swoistą narrację swoim doświadczeniom – zarówno przeszłym, obecnym, jak i przyszłym.

W związku z powyższym terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach można rozważać w kontekście:

1. Realizmu empirycznego i podejścia linearnego obejmującego takie systemy terapeutyczne, jak psychoterapie psychodynamiczne i psychoanalityczne, terapie poznawczo-behawioralne, psychoterapie egzystencjonalne, psychoterapie humanistyczne, terapie integracyjne, terapie interpersonalne;
2. Realizmu empirycznego i ujęcia systemowego obejmującego terapie transgeneracyjne, terapie komunikacyjno-strategiczne;
3. Ujęcia systemowego i konstruktywizmu społecznego obejmującego terapie strategiczne, terapie narracyjne, terapię systemową Ludewiga;
4. Konstruktywizmu społecznego i podejścia linearnego obejmującego psychoterapię fenomenologiczno-humanistyczną, terapię narracyjną, terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach (Cierpiałowska, Sęk, 2016).

Jak można zauważyć, Cierpiałowska (2016) klasyfikuje TSR w ramach podejścia linearnego. Być może wynika to z określonych kryteriów przyjętych w tej klasyfikacji lub rozumienia tego nurtu przez autorkę jako konstrukt „problem – rozwiązanie”. Należy jednak zauważyć, że w literaturze specjalistycznej dotyczącej TSR można spotkać zupełnie inną klasyfikację, bazującą na rodowodzie tego podejścia terapeutycznego.

Luis Alarcón Arias (2024), prekursor TSR w Polsce, podkreśla, że ów nurt ma korzenie zarówno w podejściu systemowym, jak i w podejściu ericksonowskim. Zgodnie z jego ujęciem TSR nie opiera się na linearnym myśleniu przyczynowo-skutkowym, lecz traktuje problem jako element szerszego kontekstu systemowego, który pełni określoną funkcję. Terapeuci TSR nie dążą do diagnozy czy znalezienia przyczyn problemu, lecz skupiają się na identyfikacji i wzmacnianiu użytecznych wzorców zachowań, które już istnieją w relacjach rodzinnych, oraz na współtworzeniu wraz z klientem pożądanej zmiany (Alarcón, 2024).

1.3. Historia i źródła terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach



Krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (ang. *solution-focused brief therapy* – SFBT) powstała w latach 80. XX wieku. Jej głównymi twórcami byli Steve de Shazer i Insoo Kim Berg. Ich koncepcja wywodzi się jednak z wcześniejszych doświadczeń zdobytych w Mental Research Institute (MRI) w Palo Alto, gdzie już od końca lat 50. XX wieku rozwijano pierwsze koncepcje terapii krótkoterminowej, terapii systemowej oraz podejść czerpiących z konstruktywizmu społecznego (Nelson, 2024).

W MRI pracowali wybitni terapeuci i badacze, tacy jak Virginia Satir, John Weakland czy Paul Watzlawick. Szczególnie ten ostatni wniósł istotny wkład w rozwój podejścia systemowego oraz w ugruntowanie myślenia konstruktywistycznego, zgodnie z którym ludzie tworzą rzeczywistość poprzez język i relacje społeczne. Te właśnie idee znalazły odzwierciedlenie w TSR, która w dużym stopniu koncentruje się na konstrukcji alternatywnych narracji i przyszłościowych wizji klienta (Alarcon, 2024).

W 1978 roku Steve de Shazer i Insoo Kim Berg założyli Brief Family Therapy Center w Milwaukee. Ośrodek ten był bezpośrednim kontynuatorem idei rozwijanych w MRI, ale jednocześnie miejscem, w którym TSR zyskała swój ostateczny kształt. Na bazie obserwacji prowadzonych w praktyce klinicznej zauważono, że klienci często osiągalni znaczące zmiany w relatywnie krótkim czasie – stąd charakterystyczna dla TSR krótka forma interwencji (Nelson, 2024).

Podejście TSR czerpie również z dorobku Milтона Ericksona. Jego technika wyobrażeniowa, znana jako „szklana kula” zainspirowała Steve’a de Shazera do opracowania pytania o cud, które stało się jednym z głównych narzędzi TSR. Inne elementy zaczerpnięte z podejścia ericksonowskiego to: (a) uznanie wszystkiego, co wnosi klient, za potencjalnie użyteczne, (b) brak koncentracji na przeszłości, (c) rezygnacja z normatywnych zaleceń dla klienta, (d) sugestie do pracy między sesjami (Alarcón, 2024; Nelson, 2024).

Choć TSR nie zakłada z góry ustalonej liczby spotkań, doświadczenie kliniczne wskazuje, że terapia ta z reguły przybiera formę krótkoterminową, co czyni ją efektywnym narzędziem pracy w różnych kontekstach psychoterapeutycznych i pomocowych.

1.4. Filozofia i główne założenia TSR

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach opiera się na założeniu, że rzeczywistość nie jest odkrywana, lecz tworzona poprzez nadawanie znaczeń doświadczeniom. Człowiek konstruuje swój świat poprzez język i narrację, dlatego tak istotna jest uważność terapeuty na sposób, w jaki klient opowiada o swoich trudnościach i celach (Iveson, George, Ratner, 2012, s. 35).



Steve de Shazer podkreślał, że samo nadanie nazwy określoneму zjawisku sprawia, iż zyskuje ono status niezmiennego. Jego zdaniem, słowo *terapia* sugeruje konieczność naprawy lub leczenia, co niekiedy może wprowadzać niepotrzebne ograniczenia w postrzeganiu klienta. Dlatego preferował określenie *rozmowa*, które bardziej oddaje partnerski charakter relacji terapeutycznej (De Shazer, 2008).

De Shazer czerpał inspirację z koncepcji gier językowych Ludwiga Wittgensteina, zgodnie z którą znaczenie słów wynika z ich użycia w kontekście społecznym. (De Shazer, 1991). W TSR oznacza to, że sposób mówienia o problemie może go utrwalać, podczas gdy rozmowa o rozwiązaniach i preferowanej przyszłości może inicjować zmianę. Twórcy tego podejścia zwracali uwagę nie tylko na to, *jak* klient mówi, ale również *o czym* mówi. Jeśli nie porusza pewnych tematów (np. kontekstu materialnego, przeszłości), uznaje się, że nie są one dla niego istotne. Ich wprowadzanie przez terapeutę byłoby ingerencją, która mogłaby narzucać klientowi obce narracje (Nelson, 2024).

Tabela 1.1.

Różnice w rozmowie pomiędzy koncentracją na problemie, a koncentracją na rozwiązaniu (Bannink, 2010)

Koncentracja na problemie	Koncentracja na rozwiązaniach
Koncentrowanie się na emocjach	Koncentrowanie się na znaczeniu i działaniu
Poszukiwanie porażek – tego, co nie wyszło – jest istotne	Poszukiwanie możliwości i tworzenie preferowanej przyszłości
Ważna jest przeszłość	Ważna jest przyszłość
Profesjonalista jest konfrontujący	Profesjonalista akceptuje punkt widzenia klienta i dopytuje: w jaki sposób (to) pomogło?
Oczekiwane i potrzebne są duże zmiany	Małe zmiany są często wystarczające
Rozmowa na temat przyczyn	Rozmowa na temat wyjątków od problemu
Rozmowa na temat deficytów	Rozmowa na temat zasobów

W opozycji do koncentracji na problemie W TSR zasugerowano odwrócenie narracji i konstruowanie preferowanej przyszłości poprzez rozmowę o rozwiązaniu w kontekście tego, co dla klienta jest możliwe do osiągnięcia. Co jest istotne – dla twórców tego podejścia warte uwagi są nie tylko forma i nastrój opowieści klienta, ale także konkretne kwestie, które porusza on lub pomija. Założono, że skoro klient nie wspomina np. o dodatkowych, zewnętrznych kontekstach jak np. warunki mieszkaniowe itp. to z perspektywy klienta nie stanowią one istotnego zasobu, zatem nie powinny być materiałem do pracy. Wprowadzając te aspekty, osoba



prowadząca proces, zdaniem de Shazera, niepotrzebnie ingeruje w klienta, narzucając mu pewne osobiste ramy czy narracje, a zatem dokonuje formatowania klienta wg przekonań terapeuty (De Shazer, 2008). Dlatego też w TSR koncentrowano się raczej na opisywaniu tego, co klient mówi, niż na dokonywaniu interpretacji.

Filozofia TSR zakłada również, że sposób, w jaki człowiek postrzega świat i siebie samego, jest konstruowany poprzez relacje społeczne. To właśnie relacje wpływają na to, czy rzeczywistość jest odbierana jako bezpieczna czy jako zagrażająca, przewidywalna lub chaotyczna. Relacje mają też wpływ na poczucie sprawczości jednostki i jej samoocenę (Nelson, 2024).

Najważniejsze założenia TSR można przedstawić następująco:

1. Klient jest ekspertem w zakresie swojego życia.
2. Skoro klient przychodzi, oznacza to, że ma motywację – rolą terapeuty jest pomóc odkryć jej kierunek.
3. Rozumienie problemu nie jest konieczne, by dojść do rozwiązania.
4. Oczekiwania klienta definiują kierunek i sposób pracy terapeutycznej.
5. Najbardziej użyteczne jest określenie, „co działa” – a nie, co „nie działa”.
6. Problemy nie świadczą o patologii – są po prostu tym, czego klient nie chce.
7. Nawet niewielka zmiana może prowadzić do istotnej zmiany systemowej.
8. Rozwiązania nie muszą być związane z przyczynami problemów.
9. Język używany w kontekście rozwiązań różni się od języka problemów.
10. Każdy problem ma wyjątki – momenty, kiedy nie występuje.
11. Przyszłość jest konstruowana i uzgadniana wspólnie z klientem.
12. TSR ma charakter krótkoterminowy – proces trwa tak długo, jak długo klient tego potrzebuje (De Shazer, 2008).

By uprościć te założenia wypracowane przez De Shazera i jego współpracowników, opracowano 3 złote zasady tzw. *filozofii centralnej*:

1. Jeśli wiesz, że coś działa, rób to częściej.
2. Jeśli coś nie działa, przestań to robić. Zrób coś innego.
3. Jeśli coś się nie zepsuło, nie naprawiaj tego (Iveson, George & Ratner, 2012).

1.5. Rola terapeuty i podstawowe techniki pracy z klientem

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) opiera się na założeniu, że zmiana jest możliwa, a klient posiada zasoby, które umożliwiają mu jej osiągnięcie. W TSR terapeuta nie występuje w roli eksperta, lecz towarzysza, który współtworzy warunki sprzyjające



odkrywaniu rozwiązań. Klient jest traktowany jako specjalista od własnych doświadczeń, natomiast terapeuta – jako osoba podążająca za jego narracją, pilnująca struktury rozmowy, celu i języka. Rolą terapeuty jest zadawanie takich pytań, które skierują uwagę klienta na zasoby, sytuacje stanowiące wyjątki od problemu i preferowaną przez niego przyszłość (Nelson, 2024).

Kluczową postawą w procesie TSR jest tzw. *postawa niewiedzy* terapeuty. Oznacza ona podążanie za klientem i jednocześnie pozostawanie „strażnikiem celów”. W terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach nie dokonuje się interpretacji ani diagnoz (diagnoza kliniczna może być pomocna, jednakże nie jest ona kluczowa). Zamiast tego skupia się na tym, co działa i co może się zmienić, by życie klienta stało się bardziej satysfakcjonujące (De Shazer, 2008; Alarcón, 2024). Aspekt niewiedzy jest tym, co wyraźnie odróżnia TSR od innych nurtów (Alarcón, 2024).

Właśnie poprzez specyficzny sposób prowadzenia rozmowy – oparty na szacunku, ciekawości i koncentracji na zasobach – terapeuta TSR wspiera klienta w budowaniu pożądanej przez niego rzeczywistości. Postawa niewiedzy znajduje swój wyraz w konkretnych technikach, które umożliwiają klientowi eksplorowanie możliwych rozwiązań, identyfikowanie własnych zasobów i wzmacnianie poczucia sprawczości. Poniżej przedstawiam kilka technik najczęściej stosowanych w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, obrazujących praktyczne zastosowanie założeń tego nurtu.

1.6. Podstawowe techniki pracy z klientem

1.6.1. Koncentracja na preferowanej przyszłości

Koncentracja na preferowanej przyszłości to jedna z kluczowych strategii TSR. Terapeuta zachęca klienta do wyobrażenia sobie życia po rozwiązaniu problemu i do opisania szczegółów tej wizji. Istotne jest, by pytania terapeuty koncentrowały się na obecności rozwiązania, a nie na braku problemu. Ponadto kładzie się nacisk na konkretne, osiągalne cele formułowane w języku rozwiązania, a nie braku trudności (Alarcón, 2024; Iveson, George, Ratner, 2012).

Pytanie o nadzieję

Jest to jedno z pierwszych pytań zadawanych podczas rozmowy z klientem. Zakłada się, że osoba poszukująca wsparcia przychodzi do terapeuty z nadzieją na wyjście z trudnej sytuacji. Często na początku terapii klient otrzymuje pytanie o swoje oczekiwania dotyczące wsparcia. jednak wiele osób ma kłopot z ich sprecyzowaniem – zwłaszcza jeśli doświadczają



trudności w zauważaniu i wyrażaniu własnych potrzeb. Tradycyjne pytania rozpoczynające spotkanie, takie jak: „Co Pana/Panią do mnie sprowadza?”, kierują uwagę klienta na problem i trudności, z jakimi się mierzy. W przeciwieństwie do tej interwencji, pytanie o nadzieję koncentruje się na przyszłości i oczekiwanej zmianie. Terapeuta zadaje więc pytanie: „Z jakimi nadziejami Pan/Pani przychodzi?”, otwierając tym samym przestrzeń do rozmowy o potrzebach, celach i preferencjach klienta. Jest to szczególnie pomocne u osób, które mają trudność z nazywaniem swoich potrzeb lub precyzowaniem oczekiwań wobec terapii – co często bywa konsekwencją długotrwałego doświadczania bezradności lub braku wpływu. Po wstępnej odpowiedzi terapeuta może pogłębić ten temat, zadając pytanie: „Przypuśćmy, że Pana/Pani nadzieje się spełnią. Co się wówczas zmieni?”. Tego rodzaju pytania nie tylko kierują uwagę klienta ku rozwiązaniom, ale także pokazują, że jego pragnienia są niezwykle ważne i – co najważniejsze – możliwe do zrealizowania. W ten sposób wzmacnia się poczucie wpływu i sprawczości danej osoby. Warto nadmienić, że ujęciu TSR pytanie o nadzieję pełni także funkcję wstępnego kontraktu terapeutycznego – wskazuje kierunek pracy i wspólny cel, do którego klient będzie dążyć.

Pytanie „zamiast”

Pytanie *zamiast* jest prostą, a zarazem bardzo skuteczną techniką wykorzystywaną przede wszystkim na początku procesu. Szczególnie dobrze sprawdza się w sytuacjach, gdy klient koncentruje się niemal wyłącznie na przeszkodach lub ma trudność w określeniu swoich potrzeb i nadziei związanych ze zmianą (Iveson, George, Ratner, 2012; Nelson, 2024).

W praktyce terapeutycznej często zdarza się, że klient w początkowej fazie procesu przyjmuje postawę narzekania – czyli opisuje, jak źle się czuje lub jak trudna jest jego sytuacja, nie formułując jednocześnie żadnych preferencji. W takim momencie terapeuta może w sposób empatyczny przekierować rozmowę, wprowadzając pytanie: „Rozumiem, że obecna sytuacja jest dla Pana/Pani trudna. Czego chciał(a)by Pan/Pani zamiast tego?”.

Tego rodzaju pytanie zmienia perspektywę, ponieważ zamiast pogłębiać narrację problemową, otwiera przestrzeń na poszukiwanie rozwiązań. Umożliwia klientowi skierowanie uwagi ku swoim pragnieniom i potrzebom, co stanowi pierwszy krok w kierunku budowania preferowanej przyszłości. Pomaga także w lepszym zrozumieniu siebie, inicjuje proces identyfikacji celów oraz wzmacnia poczucie tożsamości i sprawczości (Iveson, George, Ratner, 2012; Nelson, 2024).

Pytanie o cud

Technika pytania o cud jest jedną z najbardziej rozpoznawalnych i charakterystycznych dla TSR. Jej geneza wiąże się z inspiracją podejściem Milтона Ericksona, w szczególności jego



metaforyczną „metodą szklanej kuli”, zachęcającą klientów do wyobrażenia sobie rozwiązania bez konieczności analizowania źródeł problemu (De Shazer, 2008). Na początku procesu terapeutycznego klienci często koncentrują się na trudnościach i szczegółowym opisie problemów, co może utrudniać spojrzenie w kierunku zmiany. Pytanie o cud pozwala na chwilowe oderwanie się od tej narracji i skierowanie uwagi ku preferowanej przyszłości – takiej, w której problem został już rozwiązany (Iveson, George, Ratner, 2012). W praktyce terapeutycznej pytanie to formułowane jest zazwyczaj w następujący sposób: „Wyobraźmy sobie, że tej nocy, kiedy Pan/Pani śpi, wydarza się cud. Problem, z którym się Pan/Pani mierzy, nagle znika. Ponieważ jednak dzieje się to podczas snu, rano nie wie Pan/Pani, że cud się wydarzył. Po czym Pan/Pani pozna, że problem już nie istnieje? Co będzie inne? Jakie będą pierwsze oznaki zmiany?”.

To pytanie uruchamia wyobraźnię klienta, pozwalając mu określić konkretne wskaźniki zmiany, które mogą stać się punktem wyjścia do planowania działań. Co istotne, terapeuta nie poprzestaje na ogólnej wizji – dopytuje o szczegóły, np.: „Jak zachowania osób z Pana/Pani otoczenia się zmieniają?”; „Co Pan/Pani robi jako pierwsze tego dnia?”; „Jak zmieni się sposób myślenia i odczuwania?”; „Po czym bliscy zauważą, że coś się zmieniło?”.

Pomocne bywa także pytanie: „Której części tego cudu już Pan/Pani doświadczył(a)?”. Tego typu refleksje pozwalają klientowi uświadomić sobie, że elementy pożądanej rzeczywistości już istnieją w jego życiu – choć do tej pory mogły pozostawać niezauważone. Pytanie o cud wspiera budowanie pozytywnego obrazu siebie, wzmacnia motywację do działania oraz pokazuje, że zmiana jest możliwa i w zasięgu klienta (Iveson, George, Ratner, 2012; Nelson, 2024).

W przypadku klientów, którzy mają trudność w uruchomieniu wyobraźni lub silnie trzymają się realiów, alternatywną formą tej techniki może być tzw. pytanie o jutro. Zamiast mówić o cudzie, terapeuta pyta wówczas: „Gdyby jutro było najlepszym dniem w Pana/Pani życiu – co by się wydarzyło? Jak by wyglądał ten dzień?”. Ten wariant pomaga klientom mocniej stąpającym po ziemi wyobrazić sobie pozytywne zmiany w sposób bardziej dostępny poznawczo.

1.6.2. Praca na zasobach

Jednym z kluczowych założeń terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach jest przekonanie, że każdy klient posiada zasoby niezbędne do zmiany – choć sam może nie być ich świadomy. W tym ujęciu zadaniem terapeuty nie jest *dostarczanie* rozwiązania, lecz pomoc



w odkryciu i nazwaniu tych zasobów, które już istnieją w życiu klienta i mogą zostać wykorzystane w procesie zmiany (Nelson, 2024).

Praca na zasobach pozwala klientowi spojrzeć na siebie przez pryzmat mocnych stron, kompetencji i sukcesów, a nie wyłącznie deficytów czy problemów. Takie podejście sprzyja wzmacnianiu poczucia sprawczości, wzrostowi samooceny i budowaniu pozytywnego obrazu siebie jako osoby zdolnej do działania i podejmowania skutecznych decyzji (Iveson, George, Ratner, 2012).

W TSR termin *zasoby* rozumiany jest bardzo szeroko. Mogą to być zarówno elementy wewnętrzne (np. cechy charakteru, przekonania, emocje, umiejętności), jak i zewnętrzne (np. relacje społeczne, środowisko pracy, wsparcie bliskich). Co istotne, zasobem może być również doświadczenie objawu – o ile klient sam uznaje je za coś, co mu służy lub pomaga w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach (De Shazer, 2008).

Rolą terapeuty jest nie tylko dostrzeganie zasobów, ale także ich wzmacnianie poprzez język – podkreślanie konkretnego działania, decyzji, wyboru czy zachowania klienta, które prowadziły do korzystnego efektu. Pomaga to klientowi dostrzec ciągłość pomiędzy przeszłymi sukcesami a przyszłymi możliwościami.

Pytania o momenty radzenia sobie

Jedną z technik charakterystycznych dla TSR są pytania o momenty radzenia sobie. Ich celem jest skierowanie uwagi klienta na sytuacje, w których – pomimo trudności – udało mu się choć częściowo poradzić sobie z wyzwaniami. TSR opiera się na założeniu, że nawet w najtrudniejszych momentach życia człowiek wykazuje pewien poziom zaradności, wytrwałości lub siły, który może stanowić fundament do budowania zmiany (Nelson, 2024).

Technika ta szczególnie dobrze sprawdza się w pracy z osobami, które doświadczają przytłoczenia, obniżonego nastroju lub niskiej samooceny. W takich przypadkach narracja klienta często opiera się na bezradności i poczuciu braku wpływu. Pytania o momenty radzenia sobie pozwalają „przebić się” przez tę dominującą perspektywę i ukazać, że klient w przeszłości już podejmował skuteczne działania – nawet jeśli były one ograniczone czy chwilowe (Iveson, George, Ratner, 2012).

Typowe pytania stosowane przez terapeutów TSR w tym kontekście to m.in.: „Czy był taki dzień, kiedy mimo wszystko poradził(a) sobie Pan/Pani trochę lepiej?; „Jak udało się Panu/Pani przetrwać tamten trudny moment?”; „Co Pan/Pani zrobił(a), że nie było jeszcze gorzej?”.

Tego rodzaju pytania nie tylko pomagają zidentyfikować ukryte zasoby i strategie radzenia sobie, ale także wzmacniają tożsamość klienta jako osoby, która potrafi działać nawet



w obliczu trudności. Umożliwiają również przeniesienie tych doświadczeń do terażniejszości i ich wykorzystanie w kontekście aktualnych wyzwań (Alarcón, 2024).

Poszukiwanie wyjątków

Terapeuci TSR wychodzą z założenia, że życie klienta podlega ciągłym zmianom, co oznacza, że nawet w obliczu trwającego problemu zawsze istnieją momenty jego nieobecności – choć często pozostają one przez klienta niezauważone (De Shazer, 2008). Sytuacje, w których problem nie występuje, bywają przez klientów traktowane jako „coś normalnego” – oczywistego, a przez to niezapamiętane. Z kolei momenty trudności pochłaniają więcej uwagi i emocji, co sprawia, że dominują w narracji o codzienności. Zadaniem terapeuty TSR jest więc skierowanie uwagi klienta na te chwile, w których radził sobie lepiej, czuł się swobodniej lub funkcjonował zgodnie ze swoimi wartościami – nawet jeśli były to niewielkie odstępstwa od problemu (Nelson, 2024).

W rozmowie terapeutycznej warto dać klientowi czas na zastanowienie się i przypomnienie sobie takich momentów. Terapeuta, w atmosferze zaciekawienia i akceptacji, eksploruje następnie z klientem: (a) co takiego było wtedy inaczej, (b) jakie warunki temu sprzyjały, (c) co zrobił klient, że trudność nie wystąpiła, (d) jaką rolę odegrały jego działania, decyzje, reakcje.

Tak ukierunkowana rozmowa prowadzi do odkrycia realnych zasobów i strategii, które klient już posiada, choć wcześniej mógł ich nie postrzegać jako istotne. Poszukiwanie wyjątków wzmacnia więc poczucie sprawczości, buduje motywację i pokazuje, że zmiana jest możliwa – bo już miała miejsce (Iveson, George, Ratner, 2012).

Komplementowanie

Komplementowanie uważa się za jedną ze skuteczniejszych technik, choć często bywa mylnie rozumiana jako pochlebstwo czy próba poprawienia nastroju klienta. Technika ta jest celowym zwróceniem uwagi na zasoby, kompetencje i działania, które klient już posiada. Komplement w TSR jest narzędziem głęboko osadzonym w rzeczywistości klienta i opartym wyłącznie na faktach (Iveson, George, Ratner, 2012).

Celem komplementowania jest wzmocnienie klienta w dostrzeganiu jego mocnych stron oraz budowanie bardziej pozytywnego i realistycznego obrazu siebie. Terapeuta nie wyraża swojej opinii, lecz wskazuje na konkretne zachowanie klienta i jego znaczenie. Przykładowo terapeuta stwierdza: „Kiedy ta sytuacja się wydarzyła, zadzwonił(a) Pan/Pani do bliskiej osoby i opowiedział(a) o tym, co się dzieje – zatem potrafił(a) Pan/Pani poprosić o wsparcie”.

W TSR wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje komplementów: (a) bezpośrednie (np. wskazanie działania klienta), (b) pośrednie (np. komplement ukryty w pytaniu), (c)



autokomplementowanie (czyli zachęcanie klienta, by sam dostrzegł i nazwał swoje zasoby) (Nelson, 2024).

Kluczową zasadą tej techniki jest oparcie komplementu na obserwowanym lub relacjonowanym przez klienta działaniu, nie zaś na stałych cechach jego osobowości. W tym kontekście czasowniki dynamiczne mają szczególne znaczenie – pozwalają podkreślić wybory i decyzje klienta. Zamiast powiedzieć: „Masz w sobie wrażliwość”, terapeuta może stwierdzić: „Zdecydował(a) się Pan/Pani zauważyć to, co się w Panu/Pani dzieje – to wymaga uważności i odwagi”. Tego typu sformułowania przekładają cechę na działanie, pokazując, że jest ono efektem decyzji, a nie czymś niezmiennym. Ma to istotne znaczenie w budowaniu poczucia sprawczości oraz w przeciwdziałaniu myśleniu czarno-białemu, które często towarzyszy niskiej samoocenie (Alarcón, 2024).

Warto również zwrócić uwagę na język używany do opisu tożsamości klienta. Zamiast sformułowań typu: „Jesteś wrażliwy” zaleca się użycie wyrażen takich jak: „Umiesz być wrażliwy” lub „Potrafisz być otwarty”. Słowo *jesteś* sugeruje trwałość i niezmienność, co może okazać się problematyczne – szczególnie w sytuacjach, gdy klient tymczasowo nie przejawia danej cechy. Język eksponujący umiejętności, działania i wybory danej osoby sprzyja jej bardziej elastycznemu i kontekstowemu myśleniu o sobie.

Szczególnie interesującą formą tej techniki jest autokomplementowanie czyli zaproszenie klienta do zauważenia i nazwania własnych zasobów. Terapeuta może zapytać: „Gdyby twój najbliższy przyjaciel zachował się w ten sposób – co dobrego byś o nim powiedział(a)?” lub „Co powiedział(a)byś o tym, co umie zrobić lub jaki potrafi być?”. Autokomplementowanie rozwija samoświadomość, zdolność samoobserwacji i uczy klienta, jak samodzielnie wzmacniać siebie w przyszłości.

1.6.3. Monitorowanie postępów

W procesie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach istotne jest systematyczne monitorowanie postępów klienta w procesie zmiany. TSR zakłada, że nawet niewielkie przesunięcia w kierunku celu są warte zauważenia i wzmocnienia. Dlatego terapeuta regularnie pyta klienta o zmiany, które zaszły między sesjami, oraz o czynniki, które mogły się do tych zmian przyczynić.

Cel monitorowania stanowi przede wszystkim wzmocnienie motywacji klienta poprzez dostrzeżenie, że zmiana jest możliwa i już się dokonuje. Pomaga ono również w budowaniu poczucia sprawczości klienta i jego pozytywnego obrazu siebie jako osoby zdolnej do wprowadzania zmiany. Typowe pytania wspierające monitorowanie postępów to:



1. „Co działało lepiej od naszej ostatniej rozmowy?”;
2. „Jak Pan/Pani to zrobił(a)?”;
3. „Po czym Pan/Pani poznał(a), że coś się zmienia?”.

Skalowanie

Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do monitorowania postępów w TSR jest technika skalowania. Polega ona na dokonywaniu przez klienta subiektywnej oceny swojego aktualnego stanu lub stopnia zaawansowania podążania w kierunku celu na umownej skali – najczęściej od 0 do 10, gdzie 0 oznacza najtrudniejszy moment, a 10 – pełne osiągnięcie celu.

Przykładowe pytania skalujące to: „W skali od 0 do 10, gdzie 10 oznacza, że problem został całkowicie rozwiązany, a 0 – że sytuacja jest najtrudniejsza, gdzie Pan/Pani się teraz znajduje?”; „Co sprawia, że nie jest to 0?”; „Co musiałoby się wydarzyć, aby przesunąć się o jeden punkt wyżej?”.

Skalowanie pełni kilka ważnych funkcji:

1. Precyzuje poziom zmiany, co pomaga zarówno klientowi, jak i terapeutcie śledzić proces terapii.
2. Wzmacnia pozytywną narrację – nawet niewielkie postępy są zauważane i doceniane.
3. Ułatwia planowanie kolejnych kroków – klient może lepiej określić, co jeszcze jest potrzebne do osiągnięcia celu.

Zarówno monitorowanie postępów, jak i skalowanie, mają szczególne znaczenie w kontekście pracy nad samooceną i obrazem siebie. Umożliwiają klientowi dostrzeganie realnych zmian i własnych zasług w ich osiąganiu, zauważanie skutecznych strategii działania oraz konstruowanie bardziej pozytywnej narracji o sobie (Iveson, George, Ratner, 2012).

1.7. TSR jako narzędzie wzmacniania samooceny i pozytywnego obrazu siebie oraz przegląd badań dotyczących skuteczności

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach w swojej filozofii i praktyce koncentruje się na zasobach, celach oraz możliwościach klienta, co czyni ją szczególnie użyteczną w kontekście wzmacniania samooceny i budowania pozytywnego obrazu siebie. TSR zakłada, że klient jest ekspertem w kwestii własnego życia, a jego narracja stanowi punkt wyjścia do zmiany (Nelson, 2024). W podejściu tym nie diagnozuje się deficytów, lecz eksploruje sytuacje, w których problem nie występował, a także wzmacnia umiejętności, które klient już posiada (De Shazer, 2008).

Zgodnie z psychologicznymi teoriami samooceny, na przykład ujęciem Morrisa Rosenberga czy koncepcją *Ja* realnego i idealnego autorstwa Rogersa, obraz siebie jest



kształtowany przez doświadczenia, ocenę własnej skuteczności oraz relacje z otoczeniem (Sęk, 2001). TSR wpisuje się w ten nurt myślenia, ponieważ aktywnie wspiera klienta w dostrzeganiu sprawczych aspektów swojego funkcjonowania oraz sprzyja konstruowaniu pozytywnej narracji o sobie. Techniki, takie jak pytania o momenty radzenia sobie, pytanie o cud czy poszukiwanie wyjątków, pozwalają klientowi przypomnieć sobie sytuacje, w których działał skutecznie, co wzmacnia jego poczucie kompetencji i wartości (Iveson, George, Ratner, 2012).

W kontekście poznawczym TSR odpowiada też na potrzeby osób przejawiających tzw. myślenie czarno-białe, często obecne przy obniżonej samoocenie. Zamiast dokonywania oceny typu „jestem dobry/zły” klient uczony jest zauważania konkretnych działań i decyzji, które podejmuje w różnych kontekstach – to wspiera elastyczność poznawczą i samoakceptację (Pajak, 2010). Co więcej, TSR unika etykietowania klienta, co – jak wskazuje Cierpiałkowska – jest kluczowe dla ochrony zdrowia psychicznego i tożsamości osoby w kryzysie (Cierpiałkowska, Sęk, 2016).

Zgodnie z obserwacjami polskich praktyków TSR, koncentracja na zasobach, osiągnięciach i celach powoduje, że klienci zaczynają inaczej patrzeć na swoje możliwości i wewnętrzne kompetencje. Adrian Kondraciuk (2023) podkreśla, że jedną z najważniejszych korzyści wynikających z TSR jest właśnie budowanie obrazu siebie jako osoby, która *radzi sobie z problemami i potrafi znaleźć rozwiązania*. W terapii nie chodzi o *naprawę* klienta, ale o to, by odkrył on, że już posiada odpowiednie środki i wiedzę do zmiany swojej sytuacji (Kondraciuk, 2023).

Badania empiryczne również potwierdzają skuteczność TSR w pracy z osobami z obniżoną samooceną. W polskim badaniu Lidii Puchalskiej (2015), przeprowadzonym wśród pacjentów po udarze, zaobserwowano nie tylko spadek objawów depresji i lęku, ale również wyraźny wzrost poczucia własnej skuteczności życiowej. Skuteczność TSR odnotowano również w badaniach z osobami w średnim wieku przeżywającymi kryzys tożsamości – uczestnicy terapii deklarowali lepsze postrzeganie siebie i większą spójność obrazu *Ja* (Żak, Pękala, 2024).

W przeglądzie systematycznym obejmującym ponad 20 badań, Żak i Pękala (2024) zauważyli, że TSR jest szczególnie efektywna w obszarze problemów wewnętrznych – takich jak depresja, lęk czy niska samoocena – oraz służy poprawie postrzegania siebie. Autorzy zaznaczają jednak, że konieczne są dalsze badania z wykorzystaniem rzetelnych narzędzi pomiarowych i metodologii randomizowanej, by jednoznacznie określić skalę tych efektów.

Podsumowując, TSR nie tylko zakłada zmianę w kierunku rozwiązania problemu, ale aktywnie wspiera tworzenie pozytywnego, realistycznego i elastycznego obrazu siebie. Dzięki



odwróceniu uwagi od deficytów ku zasobom oraz dzięki technikom pozwalającym pacjentom dostrzec własną skuteczność i możliwości, TSR stanowi wartościowe narzędzie psychoterapeutyczne w pracy nad samooceną i tożsamością.



Rozdział 2. Obraz siebie i samoocena – podstawowe pojęcia, mechanizmy, funkcje i zmiana

2.1 Wokół pytania „Kim jestem?” – rozróżnienia w definicjach i ramy pojęciowe

Pytanie „Kim jestem?” towarzyszy nam przez całe życie. Na różne sposoby człowiek stara się znaleźć na nie odpowiedź, między innymi w ujęciu poznawczym, tworząc różnego rodzaju opisy siebie; behawioralnym – poprzez obserwacje i doświadczenie, a także emocjonalnym i egzystencjalnym – nadając tym doświadczeniom znaczenie i wartość, budując przy tym poczucie tożsamości, czyli przekonanie, że „ja to ja”, a nie ktoś inny. Psychologia poza opisywaniem zjawisk emocjonalnych jednostki, zajmowała się także badaniem samoświadomości oraz tym, w jaki sposób człowiek postrzega i interpretuje samego siebie. Jak zauważa Philip Zimbardo (2022), powstały takie pojęcia takie jak: (a) tożsamość, (b) obraz siebie czy (c) samoocena (Zimbardo, 2022). Choć pojęcia te często są stosowane zamiennie, w rzeczywistości odnoszą się do różnych konstrukcji psychicznych.

Tożsamość (ang. *identity*) jest pojęciem najszerszym, odnoszącym się do sposobu postrzegania siebie, interpretowania własnych przeżyć i historii czy nadawanie znaczenia tym przeżyciom. W obrębie tożsamości mieści się zarówno obraz siebie (ang. *self-concept* lub *self-image*) czyli poznawcze wyobrażenia o sobie, jaki i samoocena (ang. *self-esteem*), będąca emocjonalną oceną tego obrazu.

Z perspektywy rozwojowej warto zaznaczyć że pytanie „Kim jestem?” ewoluuje wraz z dojrzewaniem. Zgodnie z koncepcją Erika Eriksona opisaną przez Barbarę Harwas-Napierałę (2011), kształtowanie tożsamości przebiega etapami. Kluczowym momentem jest adolescencja, czyli moment kiedy jednostka poszukuje spójnego poczucia *Ja*. Jednakże już w dzieciństwie, poprzez identyfikację z opiekunami i stopniową separację, dziecko zaczyna budować obraz siebie, który staje się elementem rozwijającej się tożsamości (Harwas-Napierała, 2011).

Niniejszy rozdział nie koncentruje się bezpośrednio na tożsamości jako takiej. Natomiast odwołanie się do tego pojęcia pozwala lepiej zrozumieć znaczenie obrazu siebie i samooceny w szerszym kontekście psychologicznym.

2.2. Rozumienie pojęcia obrazu siebie w różnych podejściach teoretycznych

W psychologii osobowości obraz siebie to jeden z ważniejszych terminów. Jak wspomniano wcześniej, odnosi się on do sposobu, w jaki człowiek postrzega i rozumie samego siebie w różnych sferach życia. Konstruktor ten obejmuje między innymi takie cechy jak: (a)



cechy fizyczne, (b) kompetencje, (c) relacje z innymi, (d) wyznawane wartości oraz (e) pełnione role społeczne. Jak zauważa Helena Sęk (2016), obraz siebie pełni istotną rolę w kształtowaniu tożsamości jednostki, ponieważ porządkuje jej doświadczenia i wpływa na sposób postrzegania rzeczywistości. Przykładowo, osoba postrzegająca siebie jako kompetentną i wartościową, w sytuacji niepowodzenia może potraktować dane doświadczenia jako okazję do rozwoju. Natomiast jednostka o negatywnym obrazie siebie, skłonna do surowej oceny i wygórowanych wymagań wobec siebie, może uznać takie doświadczenie za dowód swojej niekompetencji czy bezwartościowości (Oleś, 2009).

Można zatem uznać, że każdy człowiek interpretuje rzeczywistość poprzez specyficzny *filtr* poznawczy. Aby lepiej zrozumieć, czym on jest, warto sięgnąć do klasycznych koncepcji psychologicznych dotyczących pojęcia *Ja* (Oleś, 2009). William James był jednym z pionierów, którzy podjęli się próby zdefiniowania tego pojęcia. Jak opisuje Piotr Oleś (Oleś, 2009, s. 241), w swojej koncepcji wyróżnił on następujące aspekty *Ja*: (a) *Ja* podmiotowe (ang. *I – self a knower*), czyli taką część świadomości, która myśli, czuje i obserwuje oraz (b) *Ja* przedmiotowe (ang. *Me – self as known*) czyli wszystko to, co jednostka wie o sobie (tzw. samowiedza). Dodatkowo James podzielił *Ja* przedmiotowe na trzy komponenty: (a) *Ja* materialne (odnoszące się np. do ciała, ubrania, rzeczy), (b) *Ja* społeczne (sposób postrzegania jednostki przez innych), (c) *Ja* duchowe (odnoszące się do wartości, przekonań, cech osobowościowych).

Teoria Jamesa powstała w XIX wieku. Pomimo swojego historycznego charakteru, miała znaczący wpływ na rozwój psychologii oraz stanowiła inspirację dla wielu późniejszych koncepcji psychologicznych i psychoterapeutycznych. W XX wieku powstało wiele teorii, które pogłębiały i rozwijały sposób pojmowania siebie. Wśród nich można wyróżnić zarówno klasyczne koncepcje, takie jak teoria Zygmunta Freuda, jak i bardziej współczesne ujęcia, oparte na psychologii humanistycznej, poznawczej czy narracyjnej.

W psychoanalitycznej koncepcji Freuda obraz siebie nie funkcjonuje jako osobny byt, jest raczej wynikiem relacji pomiędzy strukturami osobowości: *id*, *ego* i *superego*. *Id* reprezentuje sferę popędów, natomiast *superego* jest konstruktem, który kieruje się zasadami i wymaganiami. W związku z powyższym *ego*, funkcjonując pomiędzy *id* i *superego*, pełni rolę swego łącznika, który ma pogodzić potrzeby tych dwóch struktur (Oleś, 2009, s. 43).

Podczas gdy koncepcja Freuda skupia się głównie na wewnętrznych konfliktach między strukturami osobowości, inne ujęcie teoretyczne kładą nacisk na znaczenie czynników zewnętrznych i motywacyjnych w kształtowaniu obrazu siebie. Jednym z takich podejść jest teoria potrzeb i presji stworzona przez Henry'ego Murraya w latach 30 XX wieku. W tym ujęciu



potrzeby psychiczne pełnią podobną rolę jak popędy w koncepcji Freuda (Pervin, 2002, s. 117). Brak ich zaspokojenia powoduje napięcie emocjonalne, natomiast ich realizacja wiąże się z ulgą i poczuciem satysfakcji, co sprzyja lepszemu samopoczuciu i budowaniu pozytywnego obrazu siebie (Pervin, 2002).

Murray zwracał również uwagę na istotną rolę środowiska zewnętrznego, które może wspierać lub utrudniać realizację potrzeb. Określał je mianem *presji* (ang. *press*). W jego ujęciu różni ludzie mają różne potrzeby, dlatego funkcjonują najlepiej w środowiskach, które odpowiadają ich wewnętrznym motywacjom. Na przykład osoba towarzyska będzie czuła się dobrze w otoczeniu umożliwiającym liczne kontakty społeczne, natomiast dla osoby introwertycznej taka sytuacja może być wyczerpująca i niekomfortowa (Pervin, 2002). Wśród najważniejszych potrzeb Murray wymienił między innymi potrzebę osiągnięć, afiliacji, uznania oraz autonomii. Sytuacja, w której szanse ich realizacji są ograniczone, może prowadzić do frustracji oraz utrwalenia zniekształconego obrazu siebie (Pervin, 2002).

Podobnie jak teoria potrzeb Murraya, inne podejścia psychologiczne również podkreślają rolę wewnętrznych dążeń w kształtowaniu obrazu siebie i samooceny – jednak ujmują tę kwestię z innych perspektyw. W ujęciu humanistycznym Carla Rogersa, rozwijanym w połowie XX wieku, Ja (ang. *self*) uznawane jest za główną strukturę osobowości. Autor wyodrębnia dwa główne składniki obrazu siebie: (a) *Ja* realne czyli rzeczywisty obraz własnej osoby oraz (b) *Ja* idealne – wyobrażenie tego, kim chcielibyśmy być (Rogers, 2023). Zgodność między tymi dwoma aspektami sprzyja dobrostanowi psychicznemu i poczuciu wewnętrznej spójności (koherencji). Natomiast ich rozbieżność prowadzi do napięcia emocjonalnego frustracji oraz obniżenia samooceny (openstax.org, 2025).

Rogers podkreślał również znaczenie bezwarunkowej akceptacji jako warunku kształtowania pozytywnego obrazu siebie. Jeśli dana osoba w relacjach z innymi – zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie – doświadcza akceptacji niezależnej od spełnienia określonych warunków, ma większe szanse na wykształcenie realistycznego obrazu siebie. W przeciwnym wypadku może on zostać zniekształcony przez zinternalizowane oczekiwania otoczenia, co w dalszym życiu może stać się przyczyną wewnętrznych konfliktów (Rogers, 2023).

Rogers koncentrował się przede wszystkim na warunkach sprzyjających rozwojowi pozytywnego obrazu siebie (i zmiany), natomiast inne podejścia teoretyczne ujmują tę kwestię z perspektywy wewnętrznej organizacji psychicznej. W analizie transakcyjnej Erica Berna, rozwijanej w latach 60 XX wieku (stanowiącej jedną z podstaw późniejszej *Terapii Schematów*), obraz siebie interpretowany jest przez pryzmat trzech stanów *ego*: (a) *Rodzica*, (b) *Dorosłego*, (C) *Dziecka* (Genderen, Jacob i Seebauer, 2017).



Rola rodzica obejmuje normy, nakazy oraz inne przekazy wyniesione z wychowania. Dorosły odpowiada za racjonalne myślenie i oceną rzeczywistości. Natomiast Dziecko wyraża emocje potrzeby i spontaniczne reakcje (Genderen, Jacob i Seebauer, 2017). Zdaniem Berne'a każdy człowiek korzysta z tych stanów *ego* w różnych sytuacjach. Jednakże, gdy proporcje pomiędzy nimi zostaną zaburzone – np. jeden z nich zacznie dominować – może to prowadzić do zniekształcenia obrazu siebie. Przykładowo, w przypadku przewagi *Rodzica krytycznego* – czyli surowych i oceniających przekazów wewnętrznych (takich myśli jak np. „Co ludzie powiedzą?” lub „Nie wolno popełniać błędów”) – negatywny obraz siebie może się rozwinąć w wyniku poczucia winy. Z kolei z kolei nadmierna aktywność stanu dziecka może objawiać się impulsywnością, trudnością regulacji emocji (np. nieadekwatną złością), a także niestabilnym poczuciem własnej wartości. Analiza tych mechanizmów ma istotne znaczenie w procesie terapeutycznym, ponieważ umożliwia identyfikację źródła negatywnych przekonań o sobie. Uświadomienie sobie tego typu sądów zwiększa szanse na ich modyfikację, a co za tym idzie – korzystnie wpływa na funkcjonowanie jednostki (Genderen, Jacob i Seebauer, 2017) (Berne, 2024).

W przeciwieństwie do analizy transakcyjnej, która akcentuje wewnętrzne struktury osobowości i funkcje w relacjach interpersonalnych, podejście poznawcze koncentruje się na sposobie, w jaki jednostka interpretuje informacje, oraz na tym, jak tworzy ona tzw. poznawcze schematy *Ja*.

Jedną z najbardziej wpływowych koncepcji w tym zakresie jest *teoria rozbieżności Ja* autorstwa Higginsa. Autor ten wyróżnił trzy podstawowe komponenty obrazu siebie: (a) *Ja* realne – czyli to, kim jednostka jest według własnej oceny, (b) *Ja* idealne – które odnosi się do aspiracji, pragnień i ideałów oraz (c) *Ja* powinnościowe – czyli wyobrażenie na temat tego, kim dana osoba powinna być zgodnie z oczekiwaniami społecznymi czy normami kulturowymi (Bąk, 2025).

Rozbieżności między tymi aspektami *Ja* mogą prowadzić do konkretnych reakcji emocjonalnych. Niezgodność między *Ja* realnym, a *Ja* idealnym często wiąże się z poczuciem porażki, smutkiem, żalem i zaniżoną samooceną. Natomiast różnice między *Ja* realnym, a powinnościowym mogą wywołać lęk, napięcie, strach i poczucie winy. Im większy jest rozdział między tymi strukturami, tym trudniej jednostce utrzymać spójny pozytywny obraz siebie (Bąk, 2025).

Hazel Markus zauważa, że schematy *Ja* odnoszą się do przekonań na temat własnych cech, ról społecznych czy kompetencji. Jak podkreśla Oleś (2009), dają one poczucie przewidywalności i ciągłości tożsamości. Oznacza to, że pomagają jednostce uporządkować



doświadczenia, interpretować napływające informacje z zewnątrz oraz nadawać im znaczenie w odniesieniu do własnej sobie osoby. Przykładowo, jeśli dana osoba ma uwewnętrzniony schemat *Ja* jako osoby niekompetentnej, nawet drobne niepowodzenia będzie interpretować jako potwierdzenie swojej nieudolności, jednocześnie ignorując wszystkie inne pozytywne informacje zwrotne na swój temat. Taki schemat postrzegania rzeczywistości, mimo że zniekształcony, pełni funkcję stabilizującą, pozwala bowiem zachować wewnętrzną spójność. Na tej podstawie można wywnioskować że próby zmiany – nawet w kierunku bardziej realistycznych spostrzeżeń – mogą wywołać wewnętrzny opór. Zmiana niesie ze sobą ryzyko naruszenia porządku psychicznego i utraty spójności. W związku z tym schematy *Ja*, choć bywają ograniczające, pozwalają człowiekowi odpowiedzieć na pytanie „Kim jestem?” (Oleś, 2009).

W kontekście psychoterapii uznaje się, że schematy *Ja* nie są trwałe i niezmiennie. Mogą podlegać modyfikacjom poprzez doświadczenia korekcyjne, pracę nad przekonaniem oraz budowanie nowej narracji na temat siebie. Zatem możliwa jest zmiana w kierunku bardziej realistycznego obrazu siebie, która przekłada się na wzrost samooceny i poprawę funkcjonowania psychicznego (Genderen, Jacob i Seebauer, 2017).

Skoro schematy *Ja* mogą ulegać transformacji, pojawia się pytanie: „W jaki sposób jednostka może zmienić to, jak o sobie myśli i mówi?” Odpowiedzi dostarcza m.in. podejście narracyjne, które zakłada, że opowieści tworzone przez człowieka temat siebie i własnych doświadczeń stanowią fundament jego obrazu siebie. W podejściu narracyjnym, rozwijanym od końca XX wieku, *Ja* traktowane jest jako opowieść o sobie. Opowieść ta nie ma stałego charakteru – może być redefiniowana na nowo, przekształcana, interpretowana na podstawie kolejnych osobistych doświadczeń i refleksji (Cierpka, 2020).

Zgodnie z tym założeniem zmiana narracji może prowadzić do transformacji obrazu siebie. Przykładowo, osoba określająca siebie jako bierną i bezradną na skutek zmiany narracji lub np. wydarzeń w jej życiu, podczas których wykazała się odmiennym zachowaniem, może zacząć się postrzegać siebie jako aktywną i sprawczą (Cierpka, 2020).

Koncepcja ta znajduje odzwierciedlenie nie tylko w terapii narracyjnej (Trzebiński, 2001), ale także w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (Alarcon, 2021). Jak zauważa Oleś, podejście narracyjne odgrywa coraz większą rolę w rozumieniu tożsamości i rozwoju osobowości (Oleś, 2009). Ponadto podejścia narracyjne i konstruktywistyczne – takie jak TSR – ukazują złożoność obrazu siebie, co uzasadnia potrzebę ich pogłębionej analizy w badaniach nad skutecznością oddziaływań terapeutycznych (Cierpiałowska, Sęk, 2016).



2.3. Pojęcie samooceny – wybrane definicje klasyczne i współczesne

Samoocena wydaje się jednym z najczęściej analizowanych pojęć w psychologii. Wspomniany wcześniej William James, poza pojęciem *Ja*, zajmował się również tematem samooceny czyli *self-esteem*. Jak przekazuje Malwina Szpitalak (2015), wg Jamesa samoocena to stosunek osiągnięć jednostki do jej aspiracji (Szpitalak, 2015, s. 25) – im większa zgodność pomiędzy tymi aspektami, tym wyższa samoocena (Szpitalak, 2015, s. 10). James jako pierwszy podkreślał zarówno poznawczy, jak i emocjonalny aspekt funkcjonowania *Ja* (Oleś, 2009, s. 263)

W ujęciu Jamesa można dostrzec jedno z podstawowych rozróżnień: poziom samooceny może być wysoki lub niski – zależny od zgodności pomiędzy *Ja* realnym, a aspiracyjnym. Im mniejszy dystans pomiędzy tymi konstruktami, tym wyższa samoocena (Szpitalak, 2015). Morris Rosenberg, twórca najbardziej znanej skali pomiaru samooceny (SES – *self-esteem scale*), definiuje samoocenę jako ogólną postawę jednostki względem siebie. Jak pisze Szpitalak (2015), wg Rosenberga wysoka samoocena wyraża się w „byciu wystarczająco dobrym i wartościowym” (Szpitalak, 2015, s. 10). Jak ujmuje to Mariola Łaguna (2007), „niska samoocena w ujęciu Rosenberga oznacza niezadowolenie z siebie, odrzucenie własnego *Ja*” (Łaguna, 2007, s. 164). W tym kontekście mówimy o samoocenie globalnej – czyli trwałej, całościowej postawie wobec siebie. Podobne stanowisko zajmował Stanley Coopersmith, który oprócz wartościowania siebie, podkreślał znaczenie szacunku wobec siebie oraz wiary we własne możliwości. (Szpitalak, 2015)

Należy zaznaczyć, że poza samooceną globalną wyróżnia się także samooceny specyficzne, odnoszących się do konkretnych obszarów funkcjonowania, takich jak relacje interpersonalne, wygląd zewnętrzny czy zdolności intelektualne. Istotne jest to, że poziom w poszczególnych samoocenach może być zróżnicowany – dana osoba może mieć wysoką samoocenę w odniesieniu do wyglądu zewnętrznego i jednocześnie niską w obszarze umiejętności społecznych (Szpitalak, 2015).

Z tego wynika, że samoocena może mieć różny charakter emocjonalny. Jak wskazuje Oleś (2009), w koncepcji *Ja* można wyróżnić zarówno samowiedzę, jak i samoocenę. Samowiedza utożsamiana jest z obrazem siebie. Odpowiada ona na pytania: „Kim jestem? Jak siebie postrzegam i opisuję?” – podczas gdy samoocena dotyczy emocjonalnego stosunku do tego obrazu i odpowiada na pytanie: „Jak się z tym czuję?”. Podział ten podkreśla afektywny wymiar samooceny oraz jej znaczenie dla emocjonalnego funkcjonowania jednostki. W takim



kontekście można mówić, że samoocena ma komponent poznawczy i afektywny (Wells, Marwell 1976, za: Szpitalak 2015).

Takie przekonanie podziela także Bogdan Wojciszke (2015), który akcentuje emocjonalny wymiar samooceny. Z kolei Leon Niebrzydowski opisuje samoocenę jako „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby” (Szpitalak, 2015, s. 10), co podkreśla aspekt poznawczy tego zjawiska.

Niezwykle ważna wydaje się klasyfikacja samooceny ze względu na poziom samoświadomości, jaki jej towarzyszy. W literaturze wyróżnia się samoocenę jawną (świadomą) i utajoną (nieświadomą), przy czym ta druga – choć bywa trudna do uchwycenia – jest istotna diagnostycznie (Szpitalak, 2015). Na istnienie ukrytej samooceny mogą wskazywać subtelne, niewerbalne sygnały, takie jak sposób ubierania się, styl wypowiedzi czy charakter pisma (Oleś, 2009). Rozbieżność między samooceną jawną i ukrytą może wskazywać na konflikty wewnętrzne lub stosowanie mechanizmów obronnych.

Jedno z nowszych podejść do samooceny reprezentuje Kristin Neff (2003), która wprowadziła pojęcie samowspółczucia (ang. *self-compassion*) jako alternatywę dla kruchej, warunkowej samooceny. Neff promuje postawę bezwarunkowej akceptacji siebie, stanowiącej element stabilnej i zintegrowanej samooceny. Samoocena bezwarunkowa nie opiera się na zewnętrznych sukcesach ani aprobach społecznej, lecz na trwałym poczuciu wartości oraz akceptacji własnych ograniczeń. Z kolei samoocena warunkowa jest silnie uzależniona od spełniania określonych standardów i oczekiwań – społecznych, kulturowych lub osobistych (Crocker, 2008). Może zatem okazać się niestabilna i prowadzić do ryzyka pogorszenia dobrostanu psychicznego w przypadku niepowodzeń.

Podobne przesłanie niesie *teoria autodeterminacji* autorstwa Edwarda L. Deciego i Richarda M. Ryana (Knopik, 2023), która zakłada, że wysoka i stabilna samoocena rozwija się wtedy, gdy jednostka zaspokaja trzy podstawowe potrzeby psychologiczne: autonomii, kompetencji i relacji społecznych. Samoocena w tym ujęciu nie jest wartością samą w sobie, lecz konsekwencją wewnętrznego poczucia sprawczości i zgodności z własnymi celami (Knopik, 2023; Szpitalak, 2015).

Wspomniane koncepcje i badania pokazują, że samoocena może być: (a) na różnym poziomie – wysoka lub niska (James, Rosenberg), (b) stabilna lub chwiejna (Kernis, 2003), (c) globalna lub specyficzna (Łaguna, 2006), (d) jawna lub ukryta (A. Greenwald, 2000), (e) warunkowa lub bezwarunkowa (Neff, 2003; J. Crocker, 2008), (f) realistyczna, zawyżona lub zaniżona (Szpitalak, 2006).



Warto zaznaczyć, że różne typy samooceny nie wykluczają się nawzajem – wręcz przeciwnie, często współistnieją i wpływają na siebie. Ujęcie typologiczne samooceny stanowi zatem pomocne narzędzie integrujące różne perspektywy, użyteczne zarówno w badaniach, jak i w pracy psychoterapeutycznej. Zrozumienie tych różnic jest istotne nie tylko z perspektywy diagnozy psychologicznej, ale także projektowania skutecznych interwencji terapeutycznych.

Oprócz typologii samooceny warto również wziąć pod uwagę jej charakter czasowy oraz funkcjonalny, czyli rozróżnienie między samooceną jako trwałą cechą a chwilowym stanem (Oleś, 2009).

2.3.1. Samoocena jako cecha i stan

Ważne rozróżnienie porządkujące wiedzę o tym pojęciu przynosi ujęcie samooceny jako cechy i jako stanu (Oleś, 2011; Łaguna, 2006; Trzebiński, 2008). Z perspektywy cechy, samoocena to względnie stała postawa wobec siebie, kształtowana przez doświadczenia z dzieciństwa, relacje z otoczeniem oraz długofalowe sukcesy i porażki. Ma ona charakter trwały, wpływa na funkcjonowanie jednostki w dłuższej perspektywie i jest silnie związana z tożsamością. Z kolei samoocena jako stan odzwierciedla chwilowe wahania w ocenie własnej wartości, zależne od sytuacji, emocji i bieżących sytuacji.

Jak zauważa Michael H. Kernis (2003), nie tylko poziom, lecz także stabilność samooceny ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego. Osoba o wysokiej, ale niestabilnej samoocenie może być bardziej podatna na wahania nastroju, wrażliwsza na krytykę i mniej odporna na porażki. Dlatego w podejściach terapeutycznych nacisk kładzie się nie tylko na podnoszenie samooceny, lecz również na kształtowanie jej jako postawy bardziej realistycznej i odpornej (Kernis, 2003; Harris, 2018).

Różne rodzaje samooceny pokazują, że nie jest ona jednolitym konstruktem, lecz złożoną strukturą przekonań, emocji i postaw. Rozumienie tych różnic ma istotne znaczenie w psychologii nie tylko dla teoretyków, ale także dla praktyków – w diagnostyce, terapii oraz wspieraniu rozwoju osobistego.

2.3.2. Rozwój samooceny i wpływ środowiska społecznego

Samoocena kształtuje się na przestrzeni życia człowieka i ma charakter dynamiczny. Jej podstawy powstają w dzieciństwie, w wyniku interakcji z otoczeniem społecznym, zwłaszcza z osobami znaczącymi – rodzicami, opiekunami i nauczycielami. Pozytywne wzmocnienia i aprobata sprzyjają kształtowaniu wysokiej samooceny, natomiast częsta krytyka, odrzucenie czy brak zainteresowania mogą prowadzić do jej obniżenia (Szpitalak, 2012; Linehan, 2016).



Istotnym mechanizmem wpływającym na kształtowanie się samooceny są porównania społeczne. Dziecko i dorosły oceniają siebie w odniesieniu do innych, co wpływa na postrzeganie własnych możliwości i wartości. Szczególne znaczenie mają także doświadczenia sukcesów i porażek – poczucie sprawczości wynikające z osiągnięć sprzyja wzmocnieniu pozytywnej samooceny, podczas gdy powtarzające się niepowodzenia mogą ją znacznie osłabić (Harwas-Napierała, 2011).

Na poziomie poznawczym samoocena opiera się na systemie przekonań o sobie. Osoby z wysoką samooceną mają tendencję do zapamiętywania pozytywnych informacji na swój temat oraz przypisywania sukcesów własnym kompetencjom. Z kolei osoby z niską samooceną skupiają się na porażkach, obwiniając siebie, co może skutkować utrwaleniem negatywnego obrazu własnej osoby (Szpitalak, 2012).

Środowisko społeczne – rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, a także szerszy kontekst kulturowy – odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu i utrzymaniu samooceny. W okresie dojrzewania szczególne znaczenie mają relacje z rówieśnikami. Akceptacja, przynależność i status w grupie wpływają na poziom samooceny, a doświadczenia odrzucenia czy wykluczenia społecznego mogą ją znacznie obniżyć (Fruzzeti, 2018). Coraz większe znaczenie w kształtowaniu się samooceny mają obecnie również media społecznościowe – będące źródłem ciągłych porównań społecznych, co może szczególnie negatywnie wpływać na samoocenę młodzieży (StudioTerapii, 2025; PewResearch, 2025).

2.4 Znaczenie samooceny i obrazu siebie dla funkcjonowania psychicznego oraz społecznego

Niezależnie od różnic definicyjnych i podejść teoretycznych, jedno można uznać za pewne: rola samooceny w życiu człowieka jest kluczowa. Wpływa ona na zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, motywację oraz odpowiada za odporność na stres (Oleś, 2009; Szpitalak, 2015; Cierpiałowska, Sęk, 2016).

Opierając się na koncepcji użyteczności terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (Alarcon, 2021), warto zadać pytanie: „Do czego może służyć samoocena i w jakich obszarach życia jest szczególnie pomocna?”. Na podstawie badań psychologicznych wiadomo, że osoby z wysoką, stabilną samooceną oraz pozytywnym obrazem siebie lepiej radzą sobie z trudnościami, częściej podejmują wyzwania, mają większe poczucie sprawstwa i wchodzą w silniejsze relacje społeczne (Łaguna, 2007; Baumeister, 2003). Samoocena sprzyja także przejawianiu przez daną osobę pewności siebie, podejmowaniu decyzji i ułatwia stawianie granic, dzięki czemu jej relacje interpersonalne są bardziej satysfakcjonujące. Osoby z wyższą



samooceną są bardziej zmotywowane do rozwoju osobistego, skuteczniej radzą sobie z porażkami i wykazują większą odporność emocjonalną (Szpitalak, 2015).

Z kolei niska lub niestabilna samoocena często koreluje z wyższym poziomem lęku, depresji, wycofaniem społecznym oraz trudnościami w budowaniu satysfakcjonujących relacji. Sprzyja również bierności i preferowaniu unikającego stylu radzenia sobie ze stresem (Szpitalak, 2015). Osoby z niską samooceną częściej koncentrują się na niepowodzeniach, przypisując je czynnikom wewnętrznym, co może prowadzić do rozwoju negatywnego obrazu siebie i myślenia dychotomicznego (Kubitsky, 2014).

2.5 Zmiana obrazu siebie i samooceny w procesie psychoterapii

Jednym z głównych celów psychoterapii – niezależnie od przyjętego podejścia teoretycznego – jest modyfikacja negatywnego obrazu siebie oraz wspieranie rozwoju adekwatnej, stabilnej samooceny. Osoby zgłaszające się na terapię często zmagają się z nadmiernym wewnętrznym krytycyzmem, niskim poczuciem własnej wartości czy nieadaptacyjnymi przekonaniem na własny temat, które są głęboko zakorzenione i wpływają na codzienne funkcjonowanie emocjonalne i społeczne (Czabała, 2009).

W nurcie poznawczo-behawioralnym praca nad zmianą samooceny koncentruje się na identyfikacji i korekcie zniekształconych przekonań oraz na wzmacnianiu realistycznych i wspierających myśli o sobie (Kubitsky, 2014; Padesky, 2009). Kluczowe znaczenie mają tu techniki takie jak restrukturyzacja poznawcza, identyfikacja tzw. automatycznych myśli, eksperymenty behawioralne oraz monitorowanie wewnętrznego dialogu. Pacjenci uczą się rozpoznawać swoje negatywne przekonania o sobie (np. „Jestem bezwartościowy”, „Nic mi się nie udaje”), a następnie poddawać je racjonalnej analizie i zastępować bardziej wspierającymi myślami, opartymi na faktach i rzeczywistych osiągnięciach. Często wykorzystywana jest też praca z „wewnętrznym krytykiem”, która polega na jego rozpoznaniu, nazwaniu i osłabieniu jego wpływu na obraz siebie (Padesky, 2009; Kubitsky, 2014).

W podejściu humanistycznym, szczególnie w *terapii skoncentrowanej na osobie* Carla Rogersa, kluczowe znaczenie ma stworzenie bezpiecznej przestrzeni terapeutycznej, w której klient może doświadczyć bezwarunkowej akceptacji, empatii i autentycznego kontaktu z terapeutą (Rogers, 2023; Cierpiałowska, Sęk, 2016). Tego rodzaju relacja umożliwia pacjentowi stopniowe przeformułowanie własnego obrazu siebie – z osoby „niewystarczającej” czy „niegodnej” na osobę wartościową, zasługującą na szacunek i miłość (Mckay, 2022). Terapeuta pełni w tym przypadku rolę „lustra”, w którym klient może zobaczyć siebie z nowej, bardziej życzliwej perspektywy.



Psychoterapia psychodynamiczna natomiast koncentruje się na odkrywaniu nieświadomych źródeł niskiej samooceny, często związanych z wczesnodziecięcymi doświadczeniami i relacjami z opiekunami. Zgodnie z założeniami tego podejścia, wiele trudności emocjonalnych ma swoje korzenie w zinternalizowanych wzorcach relacji, w których jednostka nauczyła się postrzegać siebie jako „złą”, „niewidzialną” lub „niewystarczającą”. Dzięki analizie przeniesienia i kontrprzeniesienia w relacji terapeutycznej możliwe jest rozpoznanie tych wzorców i ich przepracowanie, które prowadzi do przekształcenia obrazu siebie w bardziej pozytywny (McWilliams, 2023).

W niektórych podejściach integracyjnych i systemowych samoocena jest również rozpatrywana w kontekście relacyjnym – jako wynik interakcji jednostki z jej systemem rodzinnym czy społecznym. Próba zmodyfikowania obrazu siebie może obejmować zarówno pracę indywidualną, jak i włączanie elementów terapii rodzinnej – szczególnie gdy negatywny obraz siebie został ukształtowany w rodzinie dysfunkcyjnej, w której dominowały przemoc psychiczną, zaniedbanie emocjonalne czy nadmierne oczekiwania.

Warto zaznaczyć, że zmiana samooceny w psychoterapii następuje stopniowo a zatem wymaga czasu. Należy postrzegać ją jako proces budowania nowej narracji o sobie, opartej na autentycznych doświadczeniach. Kluczowe znaczenie w tym kontekście mają: (a) relacja terapeutyczna, (b) zaangażowanie klienta, (c) nowe doświadczenia emocjonalne, (d) wgląd oraz zrozumienie siebie, (e) uczenie się nowych sposobów reagowania oraz – w dalszej perspektywie – kontekst i struktura terapii (Czabała, 2009). Jak wskazuje Jan Czesław Czabała (2009), ważnym element zmiany stanowi także nadzieja na lepszą przyszłość (Ratner, George, Iveson, 2017). W miarę postępów terapii klienci uczą się rozpoznawać oraz nazywać swoje potrzeby, korzystać z własnych zasobów, wzmacniając własną sprawczość, co przekłada się na umiejętność budowania bardziej realistycznego i wspierającego obrazu siebie.



Rozdział 3. Metodologia badań własnych

3.1. Cel i przedmiot badania

Celem badania było zidentyfikowanie i opisanie wpływu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) na poziom samooceny oraz obraz siebie u osób dorosłych, które uczestniczyły w tej formie pomocy psychologicznej. Przedmiotem badania było subiektywne doświadczenie zmiany psychologicznej u uczestników terapii TSR, w szczególności w kontekście postrzegania przez nie siebie i własnej wartości.

3.2. Problemy i pytania badawcze

Głównym problemem badawczym było uchwycenie zmian w zakresie samooceny i obrazu siebie, jakie zachodzą u osób dorosłych w wyniku ich udziału w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach.

Pytania badawcze:

1. Jak uczestnicy terapii TSR przedstawiają obraz siebie przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego?
2. Jak postrzegają zmiany w swojej samoocenie po zakończeniu terapii?
3. Jakie czynniki w przebiegu terapii zostały przez uczestników uznane za kluczowe dla zmiany w postrzeganiu siebie?
4. Jakie elementy terapii TSR badani ocenili jako najbardziej użyteczne?

Na podstawie powyższych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. H1. Uczestnicy badania przed rozpoczęciem terapii TSR cechują się rozbieżnym obrazem siebie oraz obniżoną samooceną.
2. H2. Osoby po zakończeniu terapii dostrzegają pozytywne zmiany w swojej samoocenie.
3. H3. Uczestnicy terapii TSR wskazują wzmacnianie zasobów jako kluczowy czynnik wpływający na zmianę w postrzeganiu siebie.
4. H4. Za najbardziej użyteczne elementy terapii TSR badani uznają zwiększenie samoświadomości własnych kompetencji oraz konkretne narzędzia pracy na zasobach.

3.3. Metoda badawcza – podejście jakościowe

W badaniu zastosowano metodę jakościową, która umożliwia eksplorację indywidualnych doświadczeń osób uczestniczących w terapii TSR. Wybrana strategia



badawcza pozwala na uchwycenie subiektywnych znaczeń nadawanych doświadczeniu terapeutycznemu oraz na zrozumienie, w jaki sposób uczestnicy konstruują obraz siebie i dokonują samooceny po zakończeniu procesu terapeutycznego.

3.4 Techniki i narzędzia badawcze

W celu uchwycenia zmian analizowanego zjawiska zastosowano zarówno techniki ilościowe, jak i jakościowe. Dobór narzędzi oparto na zasadzie triangulacji metod, co zwiększyło trafność i rzetelność uzyskanych danych. Zastosowano następujące narzędzia:

1. Multidimensional self-esteem inventory (MSEI) – narzędzie mierzące samoocenę w różnych obszarach funkcjonowania psychicznego, takich jak: *integracja tożsamości, poziom samooceny ogólnej, samokontroli, atrakcyjności fizycznej, popularności, zdolności przywódczych, bycia kochanym, witalności, kompetencje, samoakceptacji moralnej, obronnych wewnętrznych systemów* (Bracken, 2003).
2. Adjective check list (ACL) – listę przymiotnikową autorstwa Gougha i Heilbruna, której wyniki umożliwiają analizę obrazu siebie poprzez wybór przymiotników opisujących osobowość i preferencje. Narzędzie składa się z 300 przymiotników, spośród których osoba badana ma wybrać te, które opisują jej cechy. Kwestionariusz posiada 32 skale podzielone na obszary: *modus operandi, potrzeby, skale tematyczne, analiza transakcyjna, skale Welsha* (Fajkowska, Ciarkowska, 2005).
3. Pre- i postankiety – autorskie narzędzia skonstruowane na potrzeby niniejszego badania, służące do oceny subiektywnych odczuć uczestników przed i po procesie terapeutycznym. Preankieta zawierała dane demograficzne, pytania o doświadczenie terapeutyczne, skojarzenia dotyczące TSR, nadzieje związane z procesem terapii oraz 10 pytań dotyczących samooceny i jej poziomu. Postankieta zawierała identyczny zestaw pytań nawiązujących do subiektywnych odczuć w obszarze samooceny, ocenę satysfakcji z procesu, pytania otwarte na temat odczuwanych zmian oraz 10 pytań odnoszących się do oceny użyteczności technik terapeutycznych w nurcie TSR.
4. Rysunek jako technika projekcyjna – metoda jakościowa umożliwiająca dostęp do nieuświadomionych treści psychicznych w tym samooceny utajonej. W niniejszym badaniu uczestnicy wykonywali rysunek własnego imienia, co miało charakter ekspresji symbolicznej (Matczak, 2021). Istotne jest także to, iż uczestnicy sami opisywali zachodzące zmiany w stworzonych przez siebie rysunkach.



5. Analiza narracyjna – zastosowana jako kluczowe narzędzie interpretacji danych jakościowych. Umożliwia zrozumienie, jak uczestnicy konstruują swoją opowieść o zmianie i jakie znaczenia przypisują doświadczeniu terapeutycznemu (Trzebiński 2002, Kvale 2002).

Zastosowanie tych narzędzi umożliwiło spojrzenie na zmianę z różnych stron, co sprawiło, że uzyskane wyniki można było trafniej zinterpretować.

3.5. Opis próby badawczej

Badaniu poddano łącznie 7 osób dorosłych, które brały udział w procesie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. W rezultacie analiza wyników dotyczyła 6 kobiet i 1 mężczyzny. Uczestnicy byli w wieku od 30 do 54 lat. Kryterium włączenia do próby była świadoma zgoda na udział w badaniu oraz zakończony cykl terapii TSR (minimum 8 sesji).

Uczestnicy zostali zrekrutowani za pośrednictwem poradni terapeutycznej oraz za pomocą ogłoszeń w mediach społecznościowych. Badanie otrzymało nazwę „Szansa na zmianę”. Dobór próby miał charakter celowy. Spotkania odbywały się bezpłatnie, realizowane były w ramach działań statutowych poradni.

3.6. Procedura badawcza i analiza danych

1. Kontakt i rekrutacja uczestników – osoby, które zapisały się do projektu „Szansa na zmianę” były zapraszane na konsultację wstępną. Podczas tego spotkania przeprowadzano z nimi rozmowę dotyczącą motywacji, ogólnej sytuacji oraz informowano o celach i warunkach badania. Osoby, które wyraziły zgodę na swój udział, uzyskiwały zaproszenie na spotkanie badawcze oraz do uczestnictwa w sesji terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach.
2. Przeprowadzenie konsultacji wstępnych – każdemu z uczestników zaproponowano 2 konsultacje wstępne. Pierwsza dotyczyła badania, druga wywiadu i badania projekcyjnego (rysunek oraz samoopis). Każde spotkanie trwało ok. 50 min. Badanie było wykonywane w obecności badającego.
3. Proces – w okresie od stycznia do kwietnia 2025 odbywały się sesje terapeutyczne w nurcie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Spotkania odbywały się przeciętnie co tydzień. Bywały przypadki, że spotkania były odwoływane przez osobę prowadzącą lub klientów ze względów zdrowotnych i innych. Kontrakt dotyczył 10 spotkań, z zastrzeżeniem, że jest to umowna liczba sesji. Osoby, które



uznały, że potrzebują mniej sesji, mogły zakończyć proces wcześniej. Jeśli znalazłyby się osoby, dla których zaproponowana liczba spotkań okazałaby się niewystarczająca, mogły one wydłużyć proces terapii o kolejne 10 spotkań. Zastrzeżono jednak, iż po 8. sesji wykonane będzie badanie kończące. W chwili obecnej 2 osoby kontynuują proces terapeutyczny.

4. Powtórne badanie – po zakończonym procesie i/lub po min. 8 spotkaniach badanie kwestionariuszami MSEI i ACL zostało powtórzone. Dodatkowo uczestnicy ponownie wykonali rysunek własnego imienia oraz wypełnili post ankietę.
5. Analiza danych – zastosowano także analizę narracyjną, koncentrując się na strukturze opowieści, kluczowych wątkach oraz momentach przełomowych w procesie terapeutycznym.



Rozdział 4. Analiza i interpretacja wyników badań własnych i ich interpretacja na podstawie studium przypadku

Niniejszy rozdział prezentuje wyniki badań własnych przeprowadzonych w okresie od grudnia 2024 do kwietnia 2025 roku. Były one prowadzone wśród osób dorosłych uczestniczących w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. W badaniu dokonano analizy danych ilościowych z: (a) pre- i postankiet, (b) kwestionariuszy ACL i MSEI oraz jakościowych – zapisków z sesji terapeutycznych i wytworów projekcyjnych, jakimi są rysunki imienia uczestników wykonane przed i po terapii.

W celu przedstawienia przebiegu i efektów terapii, zastosowano metodę studium przypadku, która pozwala ukazać zmiany w kontekście indywidualnych doświadczeń oraz subiektywnej perspektywy uczestników. W dalszej części rozdziału przedstawiono analizę danych ilościowych.

Warto zaznaczyć, że do udziału w procesie terapeutycznym rozważano również inne osoby: A.P. (45 lat), J.B. (42 lata) oraz E.Z. (42 lata). Wstępnie zakwalifikowano do udziału w projekcie „Szansa na zmianę” klientkę A.P., jednak z powodu licznych i powtarzających się nieobecności została ostatecznie wykluczona z badania. Osoba J.B. nie była w stanie kontynuować udziału ze względu na problemy zdrowotne. Z kolei pani E.Z., w związku ze zmianą formy pomocy psychologicznej na interwencję kryzysową, nie spełniła kryteriów udziału i nie została zakwalifikowana.

4.1. Prezentacja wyników przed i po terapii

4.1.1. Studium przypadku – pani Marta

Kontekst życiowy

Pani Marta to 40-letnia mieszkanka dużego miasta, z wykształceniem średnim, czynna zawodowo, od kilku miesięcy prowadząca własną działalność gospodarczą. Jest mężatką i matką trójki dzieci. Najmłodsze z nich rozwija się w spektrum autyzmu, co wpływa na codzienne funkcjonowanie całej rodziny.

Pani Marta za główny powód zgłoszenia wskazywała doświadczanie takich trudności jak: (a) chroniczne napięcie psychiczne, (b) natłok myśli, a przede wszystkim (c) nasilone zamartwianie się. W wywiadzie wstępnym wyraziła potrzebę wzmocnienia poczucia własnej wartości, zwiększenia pewności siebie w podejmowaniu decyzji oraz nabycia skutecznych strategii radzenia sobie z negatywnymi myślami. Swoją samoocenę przed procesem

terapeutycznym określiła na poziomie 5 w dziesięciostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało niską samoocenę, a 10 wysoką.

W przeszłości pani Marta korzystała już z pomocy psychologicznej – po raz pierwszy w okresie dorastania z powodu zaburzeń odżywiania, a w dorosłym życiu uczestniczyła w terapii par. Z nurtem TSR zetknęła się po raz pierwszy.

Przebieg procesu terapeutycznego

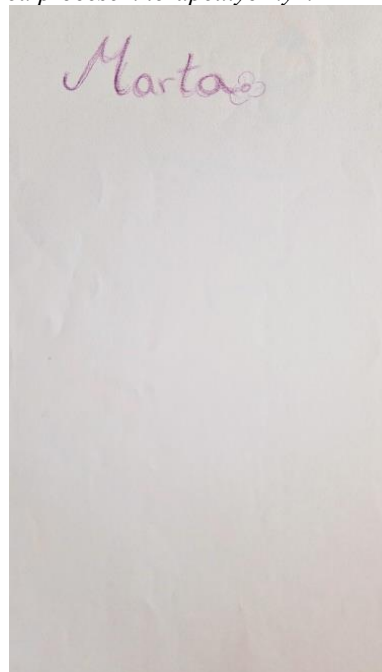
Od początku terapii pani Marta wykazywała wysoką motywację do pracy nad sobą, mimo braku pełnego zrozumienia ze strony męża. Jak relacjonowała, mąż często podważał zasadność jej udziału w terapii, zadając pytania w rodzaju: „Po co Ty tam idziesz?”.

Już podczas pierwszej sesji zauważyła, że przejawia tendencję do troszczenia się o innych kosztem realizacji własnych potrzeb. Komentarz terapeuty, w którym posłużono się metaforą zakładania maski tlenowej w samolocie (gdzie najpierw dbamy o swój komfort i zdrowie, po to by mieć możliwość zadbania o słabszych) miało dla uczestniczki ogromne znaczenie. Pani Marta sama nazwała to momentem przełomowym, ponieważ pozwolił jej zrozumieć, że zadbanie o własny komfort psychiczny i potrzeby to również rodzaj opieki i odpowiedzialności za innych. Uczestniczka później wspominała, że ten moment wprowadził większą stabilność emocjonalną w jej codziennym życiu.

Podczas drugiej sesji zastosowano ćwiczenie plastyczne – rysunek imienia.

Rysunek 4.1.

Rysunek imienia Pani Marty przed procesem terapeutycznym



Na rysunku przedstawiającym imię *Marta* dominuje oszczędność formy i przestrzeni. Całość wykonana jest w sposób delikatny, z użyciem fioletowego koloru. Tekst jest umieszczony w górnej części kartki, a dolna pozostaje całkowicie pusta.

Z psychologicznego punktu widzenia, biorąc pod uwagę umiejscowienie napisu oraz jego wielkość, można rozumieć, iż uczestniczka może mieć tendencje do rezygnowania z siebie, stawiania się „na obrzeżu”, oraz dużego natężenia niepokoju (Łaguna, 2003). Dodatkowo wypowiedzi uczestniczki towarzyszące temu ćwiczeniu, takie jak: „Nie potrafię odwzorować tego tak ładnie, nie mam w sobie kreatywności”, mogą wskazywać na: (a) niską samoocenę, (b) wysoką potrzebę aprobaty zewnętrznej, (c) przekonanie o braku zasobów i kompetencji twórczych. Tego typu wypowiedzi ujawniają samokrytycyzm mogący wzmacniać obraz siebie jako „nie dość dobrej”.

Wypowiedzi uczestniczki: „Nie potrafię odwzorować tego tak ładnie”, „Nie mam w sobie kreatywności”, wskazywały na obniżone poczucie własnej wartości i wysoki poziom potrzeby aprobaty. Techniki odzwierciedlania i komplementowania pozwalały wzmacniać jej wewnętrzne zasoby i sprzyjały budowaniu pozytywnego obrazu siebie, choć początkowo reagowała na nie z zawstydzieniem.

W kolejnych sesjach kontynuowano pracę w zarządzaniu emocjami – Pani Marta wskazywała na trudność ich wyrażania mimo pojawiających się wzruszeń. Przyznała, że częściej stresuje się tym, co mówi, niż tym, co czuje. Emocje są dla niej trudne do opanowania, ale deklarowała potrzebę nauki ich regulacji.

Istotnym narzędziem diagnostycznym był kwestionariusz *Adjective Check List* (ACL), który skłonił ją do refleksji nad samą sobą. Trudność z przypisywaniem sobie określonych cech może świadczyć o niepewności w samookreśleniu i obniżonym poczuciu własnej wartości.

Między sesjami na przełomie grudnia 2024 i stycznia 2025 roku uczestniczka zaczęła zauważać realny wpływ swoich myśli na emocje i zachowanie. Opowiadała o nowej umiejętności zatrzymywania natrętnych myśli i wyborze, by działać mimo ich obecności. Odnotowała również poprawę w komunikacji z mężem – zaczęła dzielić się emocjami, co wcześniej tłumiała z obawy przed obciążaniem drugiej osoby.

Podczas trzeciej sesji pani Marta zauważyła większy spokój i stabilność emocjonalną. Relacjonowała, że zaczęła stopować myśli, a uczucie spokoju stało się bardziej dostępne. Mimo nadal silnej potrzeby kontroli (szczególnie w kontekście dzieci i domu), zaczęła przekazywać im więcej odpowiedzialności, co przełożyło się na lepsze relacje rodzinne. Wyraziła zaskoczenie, że dzieci chętniej spędzają z nią czas, a sama czuje się bardziej żywa i otwarta na codzienne doświadczenia.



Na dalszym etapie procesu widoczny był wzrost samoświadomości i większa otwartość. Uczestniczka coraz częściej zauważała, co robi w jej ocenie dobrze i wiązało się to z odczuwaniem satysfakcji, choć wciąż towarzyszył jej lęk przed oceną („co ktoś sobie pomyśli”). Nadal obecna była trudność z asertywnością – unikała działań, które mogłyby sprawić komuś przykrość. Pod koniec jednej z sesji przyznała, że myślała, że „wszystko jest w porządku”, a odkryła wiele obszarów wymagających pracy, w tym m.in. asertywność w pracy.

W miarę postępu terapii pani Marta coraz częściej dzieliła się swoimi sukcesami. Opisała m.in. sytuację, w której wyraziła swoje zdanie wobec przełożonego – doświadczenie to było dla niej znaczące, ponieważ przyniosło ulgę i dodało odwagi. Zaczęła z większą pewnością wskazywać na ważne dla niej wartości, takie jak uczciwość, szczerowość i prawdomówność.

Deklarowała również spadek poziomu zamartwiania się – z pierwotnego poziomu 8 do 5/6 (w skali 1–10, gdzie 1 oznacza niskie natężenie zachowania, a 10 – wysokie). Częściej stosowała język wzmacniający np.: „potrafię”, „umiem”, „jestem w stanie”, świadczący o budowaniu przez nią pozytywnego obrazu siebie.

Zaczęła mówić także o swoich pragnieniach – wspomniała o chęci zapisania się na kurs stylizacji rzęs, który ją ekscytował, choć nadal budził obawy dotyczące kosztów i reakcji męża). Sama zauważyła, że myśl o rozwoju osobistym i realizacji hobby ją „energetyzuje”, a mówienie o tym sprawia jej radość.

W końcowej fazie procesu pani Marta mówiła o większej odwadze w wyrażaniu siebie i swoich potrzeb. Zauważyła poprawę w relacji z mężem – czuła, że potrafi przejąć inicjatywę, np. w decyzjach dotyczących budowy domu. Zwróciła uwagę, że ma większą tolerancję na niepowodzenia własne i innych oraz postrzega siebie jako bardziej cierpliwą i elastyczną. Stwierdziła: „Mam wpływ na komunikację z mężem” oraz „Bardziej ufam sobie”.

Podczas ostatnich sesji wykonała rysunek. W porównaniu do pierwszego był on większy, bardziej kolorowy, zawierał pastelowe barwy. Uczestniczka podkreślała, że czuje się pewniej i chce „ubierać się bardziej kolorowo”. Rysunek wg słów pani Marty odzwierciedlał jej większą spontaniczność i otwartość na wyrażanie siebie. Sama zaznaczyła, że „czuje się pewniejsza siebie”.

Z perspektywy osoby prowadzącej najbardziej użyteczne dla klientki okazały się techniki takie jak: nadawanie znaczeń, komplementowanie oraz pytania o sposoby radzenia sobie.

Ewaluacja efektów i zakończenie terapii



W miarę postępu terapii pani Marta coraz częściej dzieliła się swoimi sukcesami. Opisała m.in. sytuację, w której wyraziła swoje zdanie wobec przełożonego – doświadczenie to było dla niej znaczące, ponieważ przyniosło ulgę i dodało odwagi. Zaczęła z większą pewnością wskazywać na ważne dla niej wartości, takie jak uczciwość, szczerłość i prawdomówność. Deklarowała również mniejszą tendencję do zamartwiania się – z pierwotnego poziomu 8 do 5/6 (w skali 1–10, gdzie 1 oznacza niskie natężenie zachowania, a 10 – wysokie). Częściej stosowała język wzmacniający np.: „potrafię”, „umiem”, „jestem w stanie”, potwierdzając budowanie pozytywnego obrazu siebie. Zaczęła mówić także o swoich pragnieniach – wspomniała o chęci zapisania się na interesujący ją kurs, choć wyrażała obawy dotyczące kosztów i reakcji męża. Zauważyła, że myśl o rozwoju osobistym i realizowaniu pasji dodaje jej energii i sprawia radość.

W końcowej fazie procesu pani Marta mówiła o większej odwadze w wyrażaniu siebie i swoich potrzeb. Zauważyła poprawę swej relacji z mężem – czuła, że potrafi przejąć inicjatywę, np. w decyzjach dotyczących budowy domu. Zwróciła uwagę, że zyskała większą tolerancję na niepowodzenia własne i innych oraz postrzega siebie jako bardziej cierpliwą i elastyczną. Używała sformułowań „mam wpływ na komunikację z mężem” oraz „bardziej ufam sobie”. Podczas ostatnich sesji wykonała rysunek.

Rysunek 4.2.

Rysunek Pani Marty na zakończenie procesu TSR



W porównaniu do pierwszego rysunku praca wykonana po zakończeniu procesu TSR była wyraźnie większa, imię znajdowało się w centrum kartki, praca była bardziej kolorowa i wzbogacona o nowe elementy – pastelowe barwy, przestrzenność liter oraz kolorowy kwiat. Litera „M” została dodatkowo wzmocniona kontrastem kolorów, co może symbolizować większą pewność siebie i potrzebę bycia bardziej widoczną. Można również przypuszczać, że etap, na którym klientka tworzyła tę pracę, stanowił początek transformacji. Świadczyć o tym może wyraźniej zaznaczona i wypełniona pierwsza litera imienia, przy czym kolejne są mniej wyraziste (Łaguna, 2003). Całość sprawia wrażenie bardziej dynamicznej, śmiałej

i ekspresyjnej niż pierwotna wersja. Można przypuszczać, że klientka częściej stawia siebie na pierwszym planie, niż było to poprzednio. Uczestniczka sama zaznaczyła, że czuje się pewniejsza siebie, odważniejsza i bardziej otwarta na wyrażanie własnego stylu – zarówno w rysunku, jak i w życiu codziennym – „chcę się ubierać bardziej kolorowo” – mówiła. Lekkość formy można odczytywać jako spadek napięcia i większą swobodę w wyrażaniu siebie.

Zmiana widoczna na poziomie wizualnym – od uproszczonego, oszczędnego napisu do bardziej rozbudowanej kompozycji – koresponduje z opisywaną przez uczestniczkę przemianą. Efekty TSR w tym przypadku objawiły się w postaci większej otwartości, odwagi w ekspresji, wzrostu samoakceptacji oraz chęci do bycia „bardziej sobą” .

Można wysnuć wniosek, że w obrębie terapii najbardziej pomocne dla klientki okazały się techniki takie jak: nadawanie znaczeń, komplementowanie oraz pytania o sposoby radzenia sobie.

Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

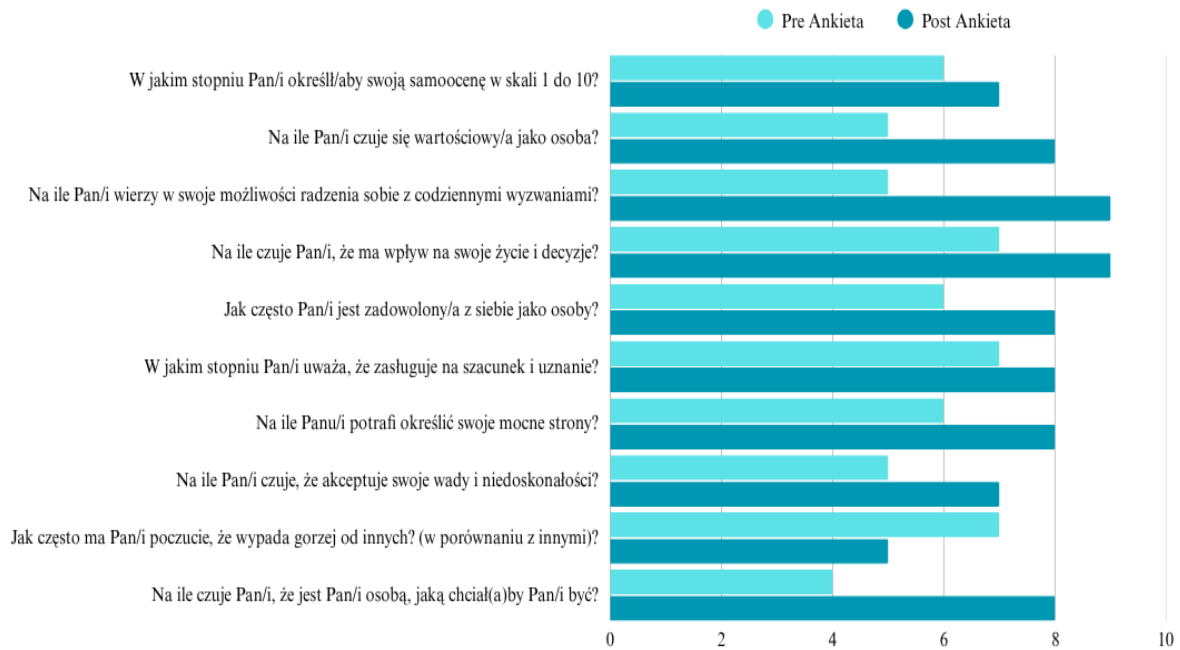
Po zakończeniu procesu terapeutycznego uczestniczka wskazała, że zauważyła u siebie pozytywne nastawienie do pokonywania trudności oraz większą zdolność radzenia sobie z natłokiem myśli. Podkreśliła również poprawę w relacjach interpersonalnych – „Jestem bardziej otwarta, staram się być bardziej asertywna”. Wśród najistotniejszych zmian osobistych wymieniła wzrost wiary w siebie i otwartości na innych. Za szczególnie wartościowe uznała odkrycie, że do zmiany często wystarczy niewielki impuls – rozmowa, życzliwe wsparcie czy chwila refleksji.

Istotne jest, że pani Marta przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego nie miała wcześniejszej wiedzy na temat terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR). Jej wyobrażenia na temat tego nurtu opierały się głównie na intuicji i przypuszczeniach – zakładała, że TSR polega na wspólnym poszukiwaniu najskuteczniejszych rozwiązań wraz z terapeutą. Decyzja o skorzystaniu z pomocy psychologicznej była inicjatywą samej klientki. Jako główne motywacje wskazała potrzebę skoncentrowania się na własnych, osobistych sprawach oraz zainteresowanie podejściem TSR jako nowym doświadczeniem terapeutycznym.

Po procesie terapeutycznym, porównując TSR do wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych, klientka podkreśliła, że największym zaskoczeniem był fakt, iż pozytywne efekty były dla niej widoczne w stosunkowo krótkim czasie. Najbardziej pomocne okazały się: (a) rozmowy z terapeutą, (b) analiza własnych postaw i nastawień wobec zmiany.

Ponadto dane z ankiet wskazują na znaczną poprawę w zakresie samooceny (subiektywny wzrost z 2 do 7 punktów), poczucia własnej wartości (z 3 do 8) i zadowolenia z siebie (z 3 do 8). Zmianie uległo również poczucie wpływu na życie (z 4 do 7 punktów) oraz poczucie bycia osobą, jaką chciałoby się być (z 3 do 7).

Rysunek 4.3.

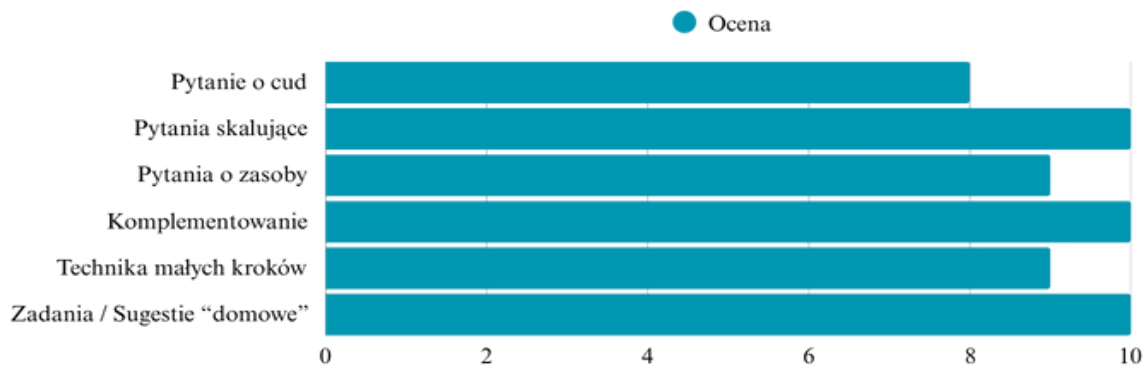


Dane z ankiet – pani Marta

TSR jako metoda pracy została uznana za pomocną, a najwyżej ocenioną techniką były pytania o zasoby (10), komplementowanie oraz technika małych kroków (po 9). Uczestniczka zaakcentowała wartość empatycznego towarzyszenia terapeuty w odkrywaniu i rozwijaniu nowych postaw wobec siebie.

Rysunek 4.4.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Marty



Uwaga: dane na podstawie odpowiedzi uczestniczki na pytanie: „Które z poniższych interwencji były stosowane w procesie? Jak oceniasz ich pomocność w skali 1–10, gdzie 1 oznacza brak użyteczności, a 10 – bardzo wysoką użyteczność”.

Dane z kwestionariusza Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)

U pani Marty, podobnie jak u pozostałych badanych osób, pomiar przeprowadzono dwukrotnie: przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego oraz po jego zakończeniu. To pozwoliło na ocenę zmian zachodzących w obrębie samooceny i obrazu siebie pod wpływem interwencji.

W poniższym opisie przedstawiono szczegółowe wyniki pani Marty (lat 40).

Tabela 4.1.
 Wyniki kwestionariusza Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)

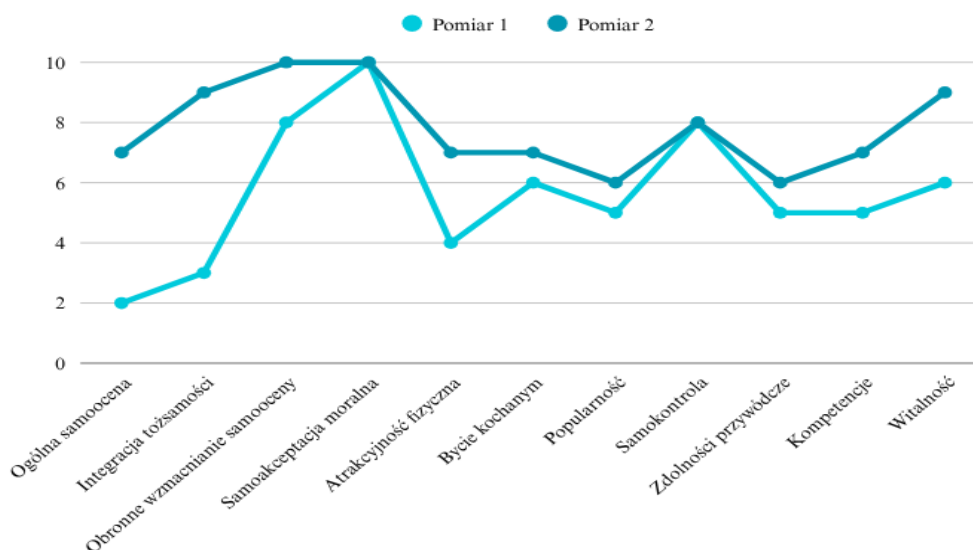
Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
Ogólna samoocena	2	1-3	Niski	7	6-8	Przeciętny (Przeciętny - wysoki)	+5
Integracja tożsamości	3	3-5	Niski (niski - przeciętny)	9	6-9	Wysoki (przeciętny - wysoki)	+6
Obronne wzmacnianie samooceny	8	6-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	10	9-10	Wysoki (wysoki)	+2
Samoakceptacja moralna	10	6-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	10	9-10	Wysoki (wysoki)	brak
Atrakcyjność fizyczna	4	3-5	Przeciętny (niski - przeciętny)	7	6-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	+3
Bycie kochanym	6	5-7	Przeciętny (przeciętny)	7	6-10	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	+1
Popularność	5	4-6	Przeciętny (przeciętny)	6	5-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	+1
Samokontrola	8	6-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	8	8-10	Wysoki (wysoki)	brak
Zdolności przywódcze	5	4-7	Przeciętny (przeciętny)	6	4-7	Przeciętny (niski - przeciętny)	+1
Kompetencje	5	3-6	Przeciętny (niski - przeciętny)	7	5-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	+2
Witalność	6	5-7	Przeciętny (przeciętny)	9	7-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	+3

Na podstawie: *Multidimensional Self-Esteem Inventory*, James M. O'Brien; adaptacja: Fecenec, A. (2008), Pracownia Testów Psychologicznych PTP.



Rysunek 4.5.

Porównanie graficzne wyników pomiaru 1 i 2. Wynik wyrażony w skali stenowej



Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze *ogólna samoocena* uczestniczki uplasowała się na bardzo niskim poziomie (2), przy 85% przedziale ufności wynoszącym 1–3, co oznacza wysokie prawdopodobieństwo, że wynik rzeczywisty mieści się właśnie w tym zakresie. Wskazywało to na poważne trudności w zakresie poczucia własnej wartości – pani Marta przejawiała wyraźne wątpliwości dotyczące swoich kompetencji, ograniczoną wiarę we własną sprawczość i niepewny obraz siebie.

Skala *integracji tożsamości* osiągnęła wynik sten = 3 (przedział 3–5), co również mieści się w niskim zakresie. Interpretacja wyniku sugerowała niejasny i niespójny obraz własnej osoby oraz trudność w zintegrowaniu tożsamości.

Wysoki wynik w skali *obronnego wzmacniania samooceny* (8; przedział 6–10) mieścił się w górnej granicy przeciętności i dolnym zakresie wysokich wartości. Może to wskazywać na obecność mechanizmów obronnych, takich jak unikanie nieprzyjemnych myśli, potrzeba kontroli wizerunku lub zależność od zewnętrznej aprobaty.

Wynik w skali *atrakcyjności fizycznej* wynosił sten = 4 (przedział 3–5), co klasyfikuje się jako przeciętny z tendencją do niskiego, co sugeruje trudności w akceptacji wyglądu fizycznego.

Inne skale – takie jak *bycie kochaną*, *popularność*, *zdolności przywódcze*, *kompetencje* i *witalność* – mieściły się w przedziale przeciętnym (steny 5–6). Skala *samokontroli* dała wynik sten = 8 (przedział 6–10), wskazując na wysoki poziom potrzeby kontroli i tendencję do tłumienia emocji.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po zakończeniu interwencji terapeutycznej

W drugim pomiarze nastąpił wyraźny wzrost *ogólnej samooceny* – 7 (przedział 6–8) mieścił się w przeciętnym zakresie z tendencją do wysokiego, co świadczyło o znaczącej poprawie postrzegania siebie.

W skali *integracji tożsamości* uzyskano wynik sten 9 (przedział 6–9), co klasyfikuje się jako wysoki poziom i sugeruje większą spójność wewnętrzną oraz bardziej wyraźny obraz własnej osoby.

W skali *obronnego wzmocnienia samooceny* odnotowano wzrost do stenu 10 (przedział 9–10), czyli maksymalnej wartości – co mimo pozytywnego rozwoju ogólnej samooceny może nadal wskazywać na utrzymujące się mechanizmy obronne i potrzebę społecznej aprobaty.

Atrakcyjność fizyczna wzrosła do sten 7 (przedział 6–8), co umiejscawia wynik w górnym zakresie przeciętności i wskazuje na większą akceptację własnego wyglądu.

Bycie kochaną, popularność, kompetencje, witalność i zdolności przywódcze mieściły się w przeciętnym lub przeciętnie-wysokim zakresie (steny 6–9), co sugeruje ogólne wzmocnienie pozytywnego obrazu siebie i relacji społecznych.

W skali *samokontroli* wynik pozostał na poziomie sten 8 (przedział 8–10), co może potwierdzać utrwalony styl funkcjonowania oparty na potrzebie kontroli, ale jednocześnie świadczy o skuteczniejszych strategiach regulacji emocjonalnej.

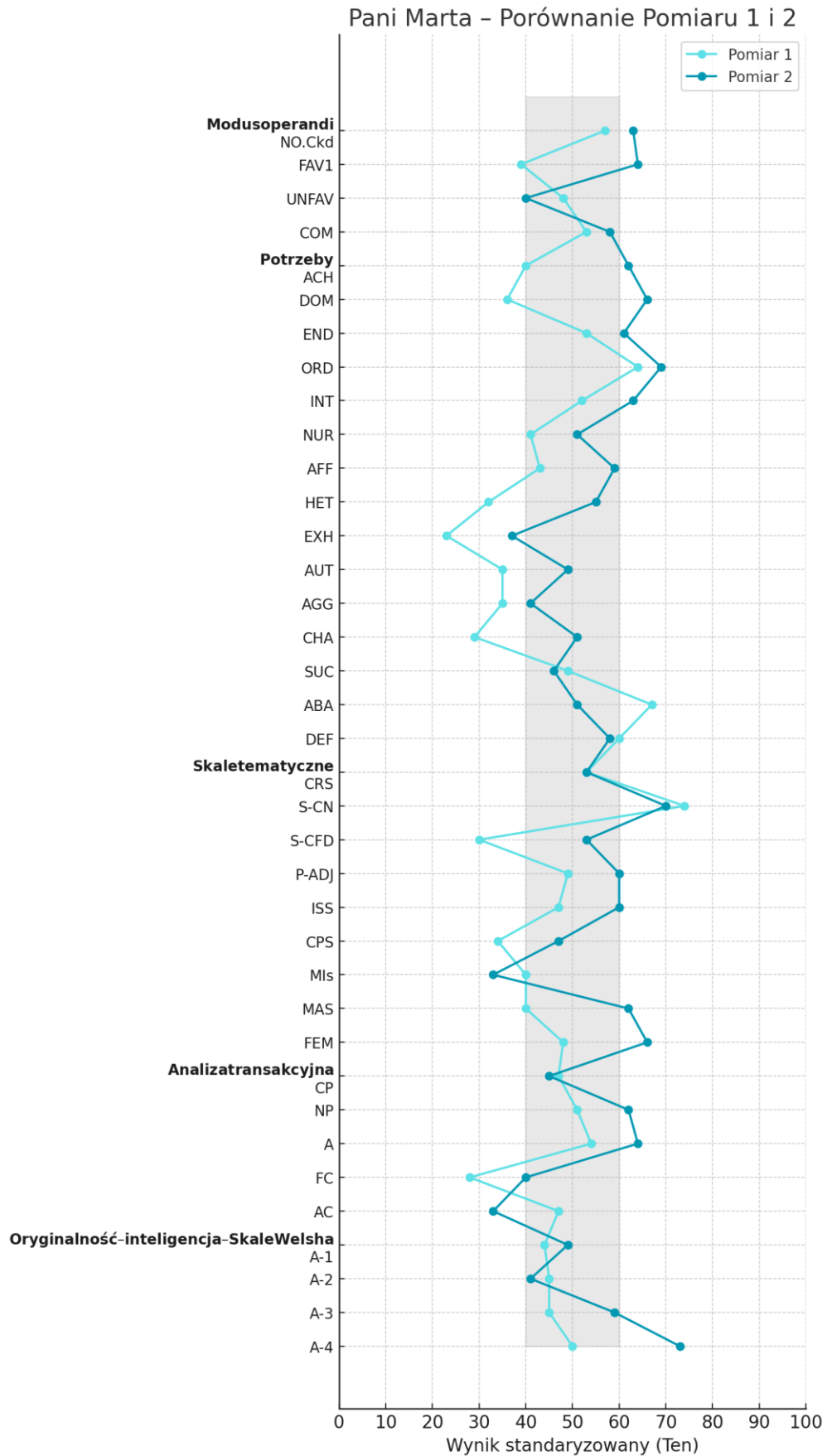
Przesunięcie wyników stenowych w większości skal (przy 85% przedziale ufności) ku wyższym wartościom sugeruje istotną poprawę funkcjonowania psychologicznego uczestniczki po zakończeniu procesu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach.



Tabela 4.2.
 Dane z kwestionariusza *Adjective Check List (ACL)* – pani Marta

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	57	63
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	39	64
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	48	40
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	53	58
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	40	62
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	36	66
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	53	61
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	64	69
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	52	63
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	41	51
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	43	59
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	32	55
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	23	37
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	35	49
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	35	41
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	29	51
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	49	46
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	67	51
<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	60	58	
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	53	53
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	74	70
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	30	53
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	49	60
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	47	60
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	34	47
	<i>MI</i>	<i>Przywództwo</i>	40	33
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	40	62
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	48	66
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	47	45
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	51	62
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	54	64
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	28	40
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	47	33
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	44	49
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	45	41
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	45	59
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	50	73

Rysunek 4.6.
 Wykres porównawczy dwóch wyników Adjective Check List (ACL) pani Marty



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

Wskaźniki tworzące obszar określany jako *modus operandi* pozwalają określić ogólny obraz siebie i stworzyć opis funkcjonowania danej osoby. W przypadku pani Marty wynik na skali *NO.CKD* wyniósł 57, co lokuje się w górnym zakresie przeciętnej normy odnośnie samoopisu. Jednocześnie niski wynik na skali *FAV* (39) wskazywał na tendencję do niedoceniań siebie, ostrożności w przypisywaniu sobie pozytywnych cech oraz skłonność do zamartwiania się. Skala *UNFAV* (48) pozostawała w zakresie przeciętnej, co sugerowało umiarkowany poziom autokrytycyzmu.

Wskaźnik *COM* (53) sugerował zintegrowany, typowy sposób funkcjonowania interpersonalnego, bez przesłanek dla nadmiernej defensywności czy trudności relacyjnych. Z psychologicznego punktu widzenia taki profil świadczy o dobrym dostosowaniu społecznym.

Natomiast skale dotyczące potrzeb, służące ocenie tendencji motywacyjnych wskazują, że pani Marta opiera się na potrzebie porządku, unikaniu ekspozycji i zależności ocen od otoczenia. Wskazuje na to wynik na skali *ORD* (64), który mieści się w przedziale wysokim. Ukazuje on silną potrzebę organizacji, przewidywalności i jasno określonych zasad. Osoba o takim wyniku preferuje uporządkowane środowisko, strukturę oraz systematyczność zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym.

Z kolei wynik *ABA* (67) również klasyfikuje się jako wysoki, co może świadczyć o skłonności do nadmiernej skromności, umniejszania własnych osiągnięć. *DEF* (60), osiągnięta na górnej granicy normy, może wskazywać na tendencję do przyjmowania postawy podporządkowanej wobec innych, szczególnie w relacjach społecznych lub hierarchicznych.

Wśród wyników przeciętnych znalazły się m.in.: *ACH* (40), co wskazuje na umiarkowane dążenie do sukcesu; *END* (53) oraz *INT* (52), sugeruje na zdolność do refleksji, konsekwencji i zaangażowania. *NUR* (41), *AFF* (43) oraz *SUC* (49), świadczą o zrównoważonym podejściu do relacji interpersonalnych i bliskości.

Wyniki niskie i bardzo niskie wystąpiły natomiast w kilku obszarach: *DOM* (36), *AUT* (35) oraz *AGG* (35), mogą świadczyć o unikaniu postaw konfrontacyjnych, przywódczych lub niezależnych. *HET* (32) i *CHA* (29) mogą natomiast mówić o niewielkim zainteresowaniu wchodzeniem w relacje o charakterze romantycznym lub seksualnym oraz o silnej preferencji stabilizacji i rutyny. *EXH* (23) wskazuje na bardzo niską potrzebę ujawniania siebie, przyciągania uwagi lub bycia w centrum zainteresowania.

Na podstawie analizy wyników można wnioskować, że pani Marta przejawia silne dążenie do uporządkowanego funkcjonowania. Jej styl motywacyjny cechuje się powściągliwością, defensywnością i wewnętrzną kontrolą, a także umiarkowaną potrzebą



osiągnięć i wytrwałością w działaniu. Pani Marta raczej unika konfrontacji. Zatem można określić ją jako osobę ostrożną.

Na podstawie wyników kolejnych skal można stwierdzić względną równowagę, choć zauważalne są też pewne deficyty, zwłaszcza w zakresie ekspresji i zaufania do siebie. Wynik *CRS* (53) mieści się w normie, co może wskazywać na przeciętną gotowość do zaangażowania się w proces zmiany lub rozwoju. Nie występują tu ani istotne opory, ani wyjątkowa otwartość. Wysoka wartość na skali *S-CN* (74) oznacza bardzo wysoki poziom samokontroli, co sugeruje, że pani Marta wykazuje dużą powściągliwość emocjonalną oraz silną potrzebę panowania nad sobą. Może to wiązać się z ograniczoną ekspresją emocji i potrzebą zachowania dystansu wobec otoczenia.

Ponadto, wynik *S-CFD* (30) wskazuje na niski poziom pewności siebie, co może sugerować niepewność, trudność w podejmowaniu samodzielnych decyzji lub zwątpienie we własne kompetencje.

Pozostałe skale tematyczne – *P-ADJ* (49), *ISS* (47), *MAS* (40), *FEM* (48) i *MIS* (40) – mieszczą się w przedziale przeciętnym, co świadczy o umiarkowanym poziomie przystosowania, zrównoważonym obrazie *Ja* idealnego oraz przeciętnych zasobach liderkich. Warto zwrócić uwagę na *CPS* (34), które wskazuje na nieco poniżej przeciętnego poziomu oryginalności, inicjatywy oraz skłonności do twórczego myślenia – ten wynik koreluje z wynikami potrzeb wskazującymi na preferencję przewidywalności.

Wskaźniki funkcjonowania interpersonalnego, oparte na analizie transakcyjnej Erica Berne'a, ukazują równowagę między głównymi pozycjami *ego*. Wyniki w granicach przeciętnej uzyskano dla: *CP* (47), *NP* (51), *A* (54), *AC* (47).

Powyższe wartości sugerują zintegrowane funkcjonowanie bez wyraźnej dominacji którejkolwiek postawy. Uwagę zwraca jednak niski wynik na skali *FC* (28), który wskazuje na bardzo niską ekspresję emocjonalną, spontaniczność oraz swobodę w wyrażaniu siebie. Pani Marta może mieć trudność z okazywaniem radości, zabawy czy działania poza schematem.

Odnosnie do skal Welsha wszystkie cztery skale *A-1* do *A-4* mieszczą się w przedziale przeciętnym (44–50), co oznacza zrównoważony poziom zdolności poznawczych, twórczych i analitycznych. Szczególnie *A-4* (50) sugeruje równowagę między logicznym myśleniem a oryginalnością rozwiązań. Pani Marta wykazuje kompetencje intelektualne pozwalające na adekwatną ocenę rzeczywistości, podejmowanie refleksji oraz samodzielne analizowanie złożonych sytuacji, przy umiarkowanej innowacyjności.

Podsumowanie



W analizowanym zestawie skal ujawnia się profil osoby kontrolującej własne emocje i zachowania. Brak silnych skrajności w większości wyników świadczy o wewnętrznej równowadze, jednak niski poziom zaufania do siebie i potrzeby spontaniczności może stanowić barierę w pełniejszym rozwoju osobowościowym, ekspresji emocjonalnej i ogólnej satysfakcji z życia.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po interwencji terapeutycznej

W drugim pomiarze kwestionariusza *Adjective Check List* (ACL) u pani Marty zaobserwowano znaczące zmiany w zakresie obrazu siebie, potrzeb psychologicznych i funkcjonowania interpersonalnego. Wzrost skali *NO.CKD* (63) wskazywał na silniejszy i bardziej pozytywny autoportret, a wzrost *FAV* (z 39 do 64) oraz spadek *UNFAV* (z 48 do 40) potwierdzał korzystną zmianę w sposobie postrzegania siebie. Skala *COM* (58) utrzymuje się w górnym zakresie normy, co potwierdza spójność i typowość autoprezentacji.

Wyniki w obszarze potrzeb ujawniają znaczący wzrost motywacji i otwartości na doświadczenie. Świadczą o tym następujące wyniki skal: *ACH* (z 40 do 60) – oznacza to bardzo wyraźny wzrost potrzeby osiągnięć, wskazujący na większe zaangażowanie w realizację celów; *DOM* (z 36 na 66): ukazuje mocniejszą potrzebę sprawczości i wpływu na otoczenie; *END* (61), *INT* (63), *ORD* (69) oznacza wysoką wytrwałość i refleksyjność, co potwierdza dojrzały styl działania.

Warto zauważyć, że wcześniejsza wyraźna defensywność *ABA* (67) uległa osłabieniu i przesunęła się w kierunku poziomu przeciętnego, tj. na ten 51. Utrzymał się natomiast wysoki poziom podporządkowania – *DEF* (58), jednak już w ramach normy. Istotne przesunięcia wystąpiły również w obszarze ekspresji: *EXH* (z 23 na 37), *HET* (55), *CHA* (51), *AUT* (49): wzrosty w tych skalach świadczą o większej gotowości do działania, eksplorowania nowych doświadczeń i większej niezależności. Wzrósł też poziom *AFF* (59) i opiekuńczości – *NUR* (51).

Ogólny profil potrzeb sugeruje aktywizację zasobów motywacyjnych, większą pewność siebie i większą elastyczność w działaniu.

Zmiana nastąpiła również w zakresie równowagi emocjonalnej (która uległa wzmocnieniu): *zaufanie do siebie* – *S-CFD* wzrosło z 30 do 53 – przejście z niskiego do przeciętnego poziomu samooceny, *P-ADJ* (60) i *ISS* (60) – które plasują się w górnej granicy przeciętnego poziomu, co sugeruje wyższy poziom przystosowania oraz bardziej realistyczny obraz *Ja* idealnego.

W skalach *MAS* (62) i *FEM* (66) nastąpił wzrost identyfikacji z cechami płciowymi, co może świadczyć o lepszej integracji tożsamości.



S-CN na poziomie 70 tena nadal pozostaje bardzo wysokie, potwierdzając potrzebę zachowania emocjonalnej równowagi, choć w kontekście innych zmian można to odczytać jako świadomą kontrolę.

W zakresie analizy transakcyjnej, zwiększyły się wskaźniki w skalach: *NP* (62), *A* (64) co można interpretować jako wyraźny wzrost opiekuńczości i racjonalnego funkcjonowania, w *FC* (40) nastąpiła poprawa w zakresie spontaniczności i emocjonalnej ekspresji (która była wcześniej bardzo niska – 28); *CP* (45), *AC* (33): zmiana dotyczy przede wszystkim wyniku tzw. dziecka uległego, co świadczy o większej asertywności.

Powyższe zmiany wskazują na bardziej zrównoważony styl interpersonalny, wzrost dojrzałości i większą gotowość do otwartego działania przy zachowaniu samokontroli.

W pomiarze 2 zaobserwowano przesunięcie od równowagi ku większej refleksyjności i głębi przetwarzania informacji: *A-4* (73): bardzo wysoki wynik świadczy o wysokim poziomie myślenia analitycznego i logicznego; skale *A-3* (59), *A-1* (49): wyższe niż w pomiarze 1, mogą sugerować rozwinięcie aspektów twórczych. Natomiast *A-2* (41) pozostaje przeciętny – nie dominuje potrzeba wyróżniania się czy nadmiernej kreatywności.

Podsumowując, drugi pomiar testem *Adjective Check List* (ACL) wskazuje, że pani Marta funkcjonuje w sposób bardziej otwarty, zrównoważony i pewny siebie. Wzrosła liczba przymiotników pozytywnych, a spadł poziom autokrytycyzmu. Zwiększyło się nasilenie potrzeb psychologicznych, zwłaszcza w obszarze osiągnięć, dominacji, eksploracji i afiliacji. Zmniejszyła się defensywność, wzrosła ekspresja emocji i zaufanie do siebie, przy jednoczesnym utrzymaniu kontroli i racjonalności. Profil ten wskazuje na rozwój osobisty i lepszą integrację zasobów psychicznych, która sprzyja bardziej autentycznemu funkcjonowaniu w relacjach społecznych.

Podsumowanie

Wyniki ilościowe ukazują wyraźną poprawę w zakresie samooceny, obrazu siebie, zaufania do własnych zasobów i zdolności adaptacyjnych. Ogólna samoocena wzrosła z poziomu bardzo niskiego (2) do przeciętnego – wysokiego (7). W skali integracji tożsamości odnotowano wzrost o 6 punktów stenowych (z 3 do 9), co może świadczyć o większej spójności i lepszym rozumieniu siebie.

Wyniki ACL również pokazują pozytywne zmiany: liczba przymiotników pozytywnych wzrosła (z 39 do 64), a negatywnych spadła (z 48 do 40), co sugeruje poprawę obrazu siebie.

W analizie jakościowej dostrzeżono następujące zmiany: (a) pani Marta mniej się zamartwia i lepiej radzi sobie z natłokiem myśli, (b) lepiej wyraża emocje, potrafi mówić o swoich potrzebach i działać bardziej zdecydowanie, (c) poprawił się kontakt z dziećmi oraz

ogólne poczucie wpływu na codzienność, (d) wzrosła otwartość na nowe doświadczenia i chęć rozwoju (np. plan udziału w kursie).

Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że terapia TSR okazała się skuteczna i wspierająca rozwój osobisty. Zmiany dotyczą zarówno wyników testów, jak i sposobu funkcjonowania pani Marty w codziennym życiu.

Warto jednak zauważyć, że nadal istnieją obszary do dalszej pracy terapeutycznej. Są to między innymi: (a) wzmacnianie asertywności, szczególnie w kontekście zawodowym, (b) zmniejszanie zależności od aprobaty innych oraz praca nad wewnętrznym krytykiem, (c) rozwijanie spontaniczności i ekspresji emocji, (d) utrwalanie nowych umiejętności, takich jak zatrzymywanie natłoku myśli i wyrażanie potrzeb.

Podsumowując, przypadek pani Marty pokazuje, że terapia TSR była dla niej pomocna. Pomogła w rozpoznaniu zasobów, wzmocnieniu kompetencji osobistych i zwiększeniu samoświadomości. Dała także poczucie ulgi w sytuacji przeciążenia psychicznego.

4.1.2. Studium przypadku – pani Ewelina

Kontekst życiowy

Pani Ewelina to 40-letnia mieszkanka dużego miasta, mężatka, matka dwóch synów. Nie pracuje zawodowo – znaczną część swojej energii i czasu poświęca na opiekę nad członkami rodziny. Jej starszy syn ma rozszczep kręgosłupa i był leczony w klinice w Wiedniu, a młodszy syn został zdiagnozowany jako osoba z zespołem Aspergera oraz ADHD. Rodzina znajduje się w trudnej sytuacji socjalnej – mieszka w lokalu socjalnym i pozostaje pod opieką asystenta rodziny oraz kuratora. Pani Ewelina mierzy się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym wynikającym z roli opiekunki oraz z ograniczonymi zasobami materialnymi i emocjonalnymi.

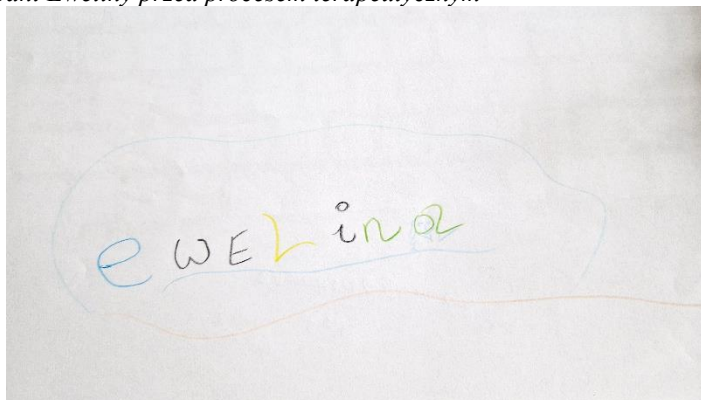
Klientka zgłosiła się pierwotnie do poradni w celu uzyskania wsparcia terapeutycznego dla jednego z synów. Pomysł objęcia pomocą psychologiczną także jej samej pojawił się w trakcie konsultacji wstępnych, z inicjatywy innego specjalisty. Początkowo klientka przejawiała niską motywację do skorzystania z pomocy dla siebie – traktowała ją jako coś „opcjonalnego”. Ostatecznie zgodziła się „spróbować”, zaznaczając jednak, że nie ma pewności co do tego, „czy to coś da”. Po kilku nieregularnych spotkaniach rozpoczęła jednak udział w sesjach TSR.

Pierwszym elementem procesu było wykonanie rysunku imienia, który był wyzwaniem dla pani Eweliny. Klientka czuła duże obawy wobec efektu swojej pracy, twierdząc, że nie potrafi rysować.



Rysunek 4.7.

Rysunek imienia pani Eweliny przed procesem terapeutycznym



Pani Ewelina stworzyła rysunek składający się z małych, skaczących literek, które – jak sama stwierdziła – przypominały jej trampolinę symbolizującą swojego rodzaju energię. Obraz ten opisała jako rozdźwięk pomiędzy tym, jak sama siebie postrzega, a tym, jak jest postrzegana przez innych (w oczach innych osób uważa, że jest widziana jako energiczna, zaradna kobieta). Klientka zaznaczyła, że ona sama odczuwa brak kontroli nad swoim życiem, wyczerpanie oraz potrzebę odpoczynku – choć jednocześnie doświadcza silnego poczucia winy, gdy „odpuszcza” i nie spełnia wymagań, jakie sama sobie stawia.

Przebieg procesu terapeutycznego

W toku terapii klientka zaczęła dzielić się historią swojego życia. Szczególne znaczenie miała dla niej przeszłość – wychowanie w „trudnej dzielnicy”, próby usamodzielnienia się i podjęcia pracy zawodowej w wyuczonym zawodzie archeologa. Pracowała przez krótki czas w muzeum – ten etap nazwała „najszcześniejszym momentem w życiu”.

Kolejne doświadczenia życiowe były obciążające – wizja samotnego macierzyństwa, utrata ciąży, wejście w nowy związek, a przede wszystkim trudna sytuacja rodzinna i zdrowotna. W trakcie jednej z sesji pani Ewelina ujawniła ważne i bardzo trudne doświadczenie z dzieciństwa dotyczące przemocy seksualnej. Zwróciła uwagę, że nigdy wcześniej o tym nie mówiła. Towarzyszyło jej silne poczucie winy i „wadliwości”, a także żal wobec samej siebie, że „nie zareagowała”. W tym momencie pracy terapeuty zastosował elementy psychoedukacji (za zgodą klientki), koncentrując się na wyjaśnieniu mechanizmów traumy i braku odpowiedzialności dziecka za doznaną przemoc. Kolejne sesje dotyczyły wzmacniania uczestniczki na tyle, na ile sama tego potrzebowała.

Poza tematem związanym z przemocą, pojawiały się także wątki związane z postrzeganiem siebie jako matki. Pani Ewelina często określała siebie jako „złą matkę”, czemu towarzyszyło poczucie winy i nadmierna odpowiedzialność. Terapeuta w relacji z uczestniczką stosował techniki TSR: pytania o wyjątki, skalowanie i komplementowanie. Na

początku procesu klientka miała trudność z przyjmowaniem pozytywnych komunikatów na swój temat. Z czasem jednak zaczęła stopniowo włączać do swojego języka sformułowania, takie jak: „umiem”, „potrafię”, „zrobiłam dobrze”. Szczególnie widoczne było to w sytuacjach, gdy podobne wzmocnienia pochodziły od osób z jej otoczenia, co zwiększało ich wiarygodność i wpływ.

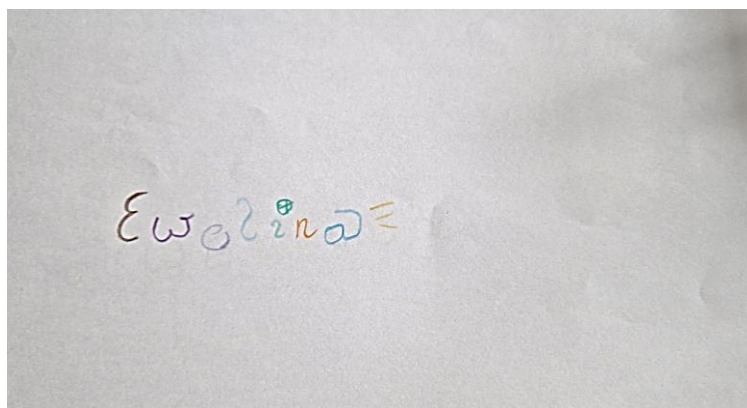
Ważnym etapem procesu była praca z granicami i osobistym poczuciem sprawstwa – pani Ewelina zauważyła, że może nie reagować automatycznie na każde zachowanie syna, dając mu więcej przestrzeni. Przykładem była sytuacja, w której pozwoliła mu samodzielnie zatroszczyć się o porządek – co spotkało się z pozytywną reakcją z jego strony. Klientka zaczęła dostrzegać, że nie musi reagować „natychmiast” ani „idealnie”, co przynosiło jej ulgę.

Z czasem mówiła coraz bardziej spontanicznie, wskazując jednocześnie na swoje potrzeby takie jak: (a) potrzeba ekspresji, (b) otwartości, (c) chęć porządkowania przeszłości. Zauważyła, że lepiej radzi sobie w sytuacjach stresowych i że czuje się „bardziej stabilna emocjonalnie”.

Pod koniec procesu terapeutycznego klientka ponownie wykonała rysunek swojego imienia jako element pracy symbolicznej.

Rysunek 4.8.

Rysunek po procesie terapeutycznym



Klientka od razu stwierdziła, że litery, które były bardziej kolorowe, tworzyły według niej układ przypominający pędzący samochód. Poszczególne litery miały konkretne znaczenie – litera „E” została określona jako zderzak, „W” przypominała kierownicę, natomiast „A” i „I” pełniły funkcję kół. Klientka zinterpretowała ten obraz jako wyraz sprawczości i siły wewnętrznej, opisując siebie metaforycznie jako „hammera, który rusza z miejsca z impetem, rozpryskując błoto spod kół”. Wypowiedź ta może świadczyć o odzyskiwanym poczuciu wpływu na własne życie, kierunku działania oraz zwiększonej gotowości do podejmowania wyzwań.

Klientka zauważyła, że wróciła do siebie – do swojej żywotności i pasji – i że dziś wie lepiej, czego potrzebuje. Podkreślała, że czuje większy spokój i radość z życia, a także gotowość do dalszego rozwoju.

Warto zaznaczyć, że pani Ewelina samodzielnie zdecydowała o zakończeniu procesu terapeutycznego. Nie pojawiła się na ostatniej, wcześniej zaplanowanej sesji, która miała mieć charakter symbolicznego domknięcia. Jednak tydzień później zjawiała się ponownie, bez wcześniejszej zapowiedzi. Tę sytuację można interpretować dwojako: z perspektywy psychodynamicznej – jako próbę przejęcia kontroli nad zakończeniem relacji terapeutycznej (McWilliams, 2011); natomiast w świetle założeń terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach – jako przejaw autonomii klientki i uznania, że to ona najlepiej wie, czego potrzebuje i kiedy dany etap pracy jest dla niej zakończony (de Shazer, 2008).

Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

Po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych klientka wskazała na wzrost pewności siebie, lepsze zrozumienie własnych potrzeb oraz ogólną poprawę funkcjonowania. Podkreśliła, że spotkania wpłynęły pozytywnie na jej relacje interpersonalne – zaczęła wyraźniej i bardziej asertywnie komunikować swoje potrzeby. O odczuwanej poprawie świadczyły, w jej przeświadczeniu, większy wewnętrzny spokój, cierpliwość oraz nowe, bardziej życzliwe spojrzenie na samą siebie.

Za najważniejsze odkrycie uznała fakt, że potrafi zaufać i się otworzyć – co określiła jako przełomowe i całkowicie nowe doświadczenie. Cennym elementem procesu było również zauważenie i docenienie swoich mocnych stron. Kluczowym czynnikiem zmiany, jak zaznaczyła, było szybkie nawiązanie relacji z terapeutą oraz silna wewnętrzna motywacja (jak mówiła: „chciałam sobie pomóc”).

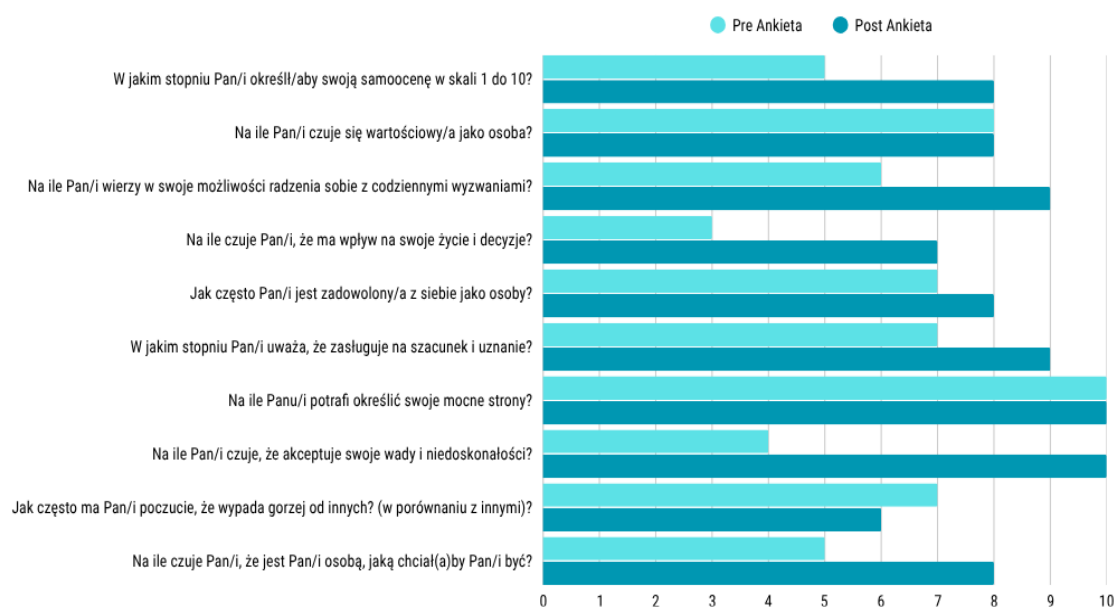
Jako najmniej przydatny element terapii klientka określiła zastosowanie techniki projekcyjnej – rysunku, który według jej oceny, był dla niej trudny.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż pani Ewelina nie miała wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych. Choć wcześniej zetknęła się z pojęciem terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR), jej wiedza na temat tego podejścia była ogólna – utożsamiała TSR z metodą skupiającą się na konkretnym problemie i jego możliwych rozwiązaniach. Decyzję o udziale w procesie terapeutycznym podjęła na skutek rekomendacji innego specjalisty. Pomimo początkowego oporu oraz niskiego poziomu nadziei, do rozpoczęcia terapii skłoniła ją wewnętrzna potrzeba zadbania o własne sprawy i uzyskania wsparcia w trudnym dla niej momencie życiowym.



W toku procesu pani Ewelina wykazywała zaangażowanie oraz otwartość na nowe doświadczenia. Ewaluacja efektów terapii, przeprowadzona za pomocą ankiety porównującej stan funkcjonowania przed i po zakończeniu interwencji, wskazuje na znaczącą poprawę w wielu obszarach. Największym oczekiwaniem uczestniczki względem terapii była chęć „choć częściowego przezwyciężenia swoich lęków”. Satisfakcję z udziału w procesie oceniła na 10 – w dziesięciostopniowej skali (gdzie 10 oznaczało *najwyższą satysfakcję*).

Rysunek 4.9.
Dane z ankiet – pani Ewelina

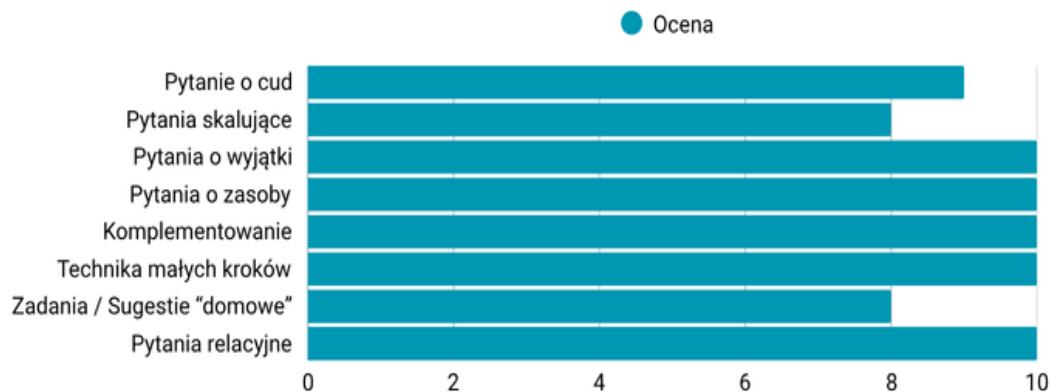


Szczególnie istotne zmiany dotyczyły wzrostu samooceny (z 5 do 8), akceptacji siebie (z 4 do 10) oraz poczucia wpływu na własne życie (z 3 do 7). Obniżyło się równocześnie subiektywne przekonanie o niższej wartości w porównaniu z innymi, które wcześniej stanowiło źródło napięcia i lęku w kontaktach społecznych. Rezultaty te świadczą o rosnącym poczuciu sprawczości, większej samoakceptacji i rozwijającej się zdolności do budowania pozytywnych relacji interpersonalnych.

Pozytywne zmiany zaobserwowano również w obszarze relacji interpersonalnych – uczestniczka relacjonowała większą otwartość wobec bliskich oraz zwiększone zaufanie do siebie. TSR została przez panią Ewelinę oceniona jako bardzo pomocna metoda – najwyższe oceny (10/10) otrzymały pytania o wyjątki, relacje oraz zasoby. Kluczowym efektem procesu było wzmocnienie poczucia kompetencji, większa pewność siebie oraz gotowość do działania mimo wcześniejszych obaw.

Rysunek 4.10.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Eweliny



Uwaga: dane na podstawie odpowiedzi uczestniczki na pytanie: „Które z poniższych interwencji były stosowane w procesie? Jak oceniasz ich pomocność w skali 1–10, gdzie 1 oznacza brak użyteczności, a 10 – bardzo wysoką użyteczność?”.

Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Tabela 4.3

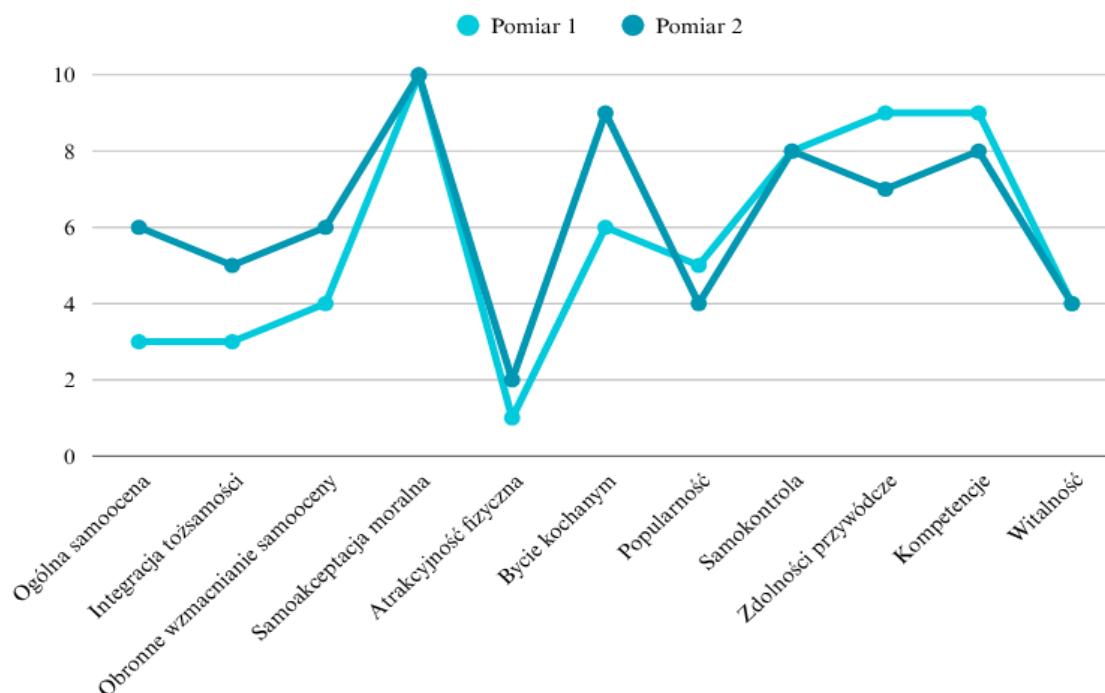
Szczegółowe wyniki pani Eweliny (lat 40) w zakresie samooceny

Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
<i>Ogólna samoocena</i>	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	6	6-7	przeciętny (przeciętny)	+3
<i>Integracja tożsamości</i>	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	5	3-6	przeciętny (niski - przeciętny)	+2
<i>Obronne wzmocnienie samooceny</i>	4	2-5	przeciętny (niski - przeciętny)	6	5-8	przeciętny (przeciętny-wysoki)	+2
<i>Samoakceptacja moralna</i>	10	8-10	wysoki (wysoki)	10	8-10	wysoki (wysoki)	brak
<i>Atrakcyjność fizyczna</i>	1	1-2	niski (niski)	2	2-3	niski (niski)	+1
<i>Bycie kochanym</i>	6	3-6	przeciętny (niski - przeciętny)	9	6-10	wysoki (przeciętny - wysoki)	+3
<i>Popularność</i>	5	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-6	przeciętny (niski - przeciętny)	-1
<i>Samokontrola</i>	8	6-10	wysoki (przeciętny - wysoki)	8	6-10	wysoki (przeciętny - wysoki)	brak
<i>Zdolności przywódcze</i>	9	8-10	wysoki (wysoki)	7	7-9	przeciętny (przeciętny - wysoki)	-2
<i>Kompetencje</i>	9	6-9	wysoki (przeciętny - wysoki)	8	6-9	wysoki (przeciętny - wysoki)	-1
<i>Witalność</i>	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	brak



Rysunek 4.11.

Wykres graficzny porównujący dwa pomiary wyników MSEI (skala stenowa)



Pomiar 1 – wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze wynik *ogólnej samooceny* pani Eweliny wyniósł 3 w skali stenowej i mieścił się w zakresie niskim (przedział ufności 85%: 2–4). Wynik ten wskazuje niskie poczucie własnej wartości oraz trudność w pozytywnym postrzeganiu siebie.

Podobny wynik uzyskano w skali *integracji tożsamości* (3), co może świadczyć o braku spójnego i stabilnego obrazu siebie oraz trudnościach w jednoznacznym określaniu własnych cech. Skala *obronnego wzmacniania samooceny* (4) wskazuje na przeciętny poziom stosowania mechanizmów obronnych – takich jak unikanie negatywnych informacji o sobie lub uzależnienie od aprobaty otoczenia – w celu podtrzymania pozytywnego obrazu siebie.

Bardzo wysoki wynik uzyskano w skali *samoakceptacji moralnej* (10), co sugeruje, że pani Ewelina posiada silne przekonanie o zgodności własnego postępowania z normami moralnymi i etycznymi. Ponadto wysoki wynik dotyczący *samokontroli* sugeruje wysoką zdolność do kontroli emocji i zachowania (np. tłumienia ekspresji). Dodatkowo wysokie wyniki w skali *zdolności przywódcze* i *kompetencje* mogą sugerować, że klientka postrzega siebie jako osobę kompetentną, zdolną do działania i podejmowania odpowiedzialności.

W obszarze *atrakcyjności fizycznej* uzyskano wynik poziom bardzo niski (1). Może to wskazywać na niską akceptację własnego wyglądu zewnętrznego, niezadowolenie z ciała lub porównywanie się z innymi w sposób obniżający poczucie własnej wartości.

Wyniki przeciętne uzyskano w skalach:

1. *Bycie kochanym* – wskazuje na ambiwalencję w poczuciu bycia ważną i akceptowaną emocjonalnie osobą.
2. *Popularność* – przeciętne poczucie wpływu w relacjach społecznych.

Natomiast 4 sten *witalności* może świadczyć o obniżonym poczuciu energii psychicznej, zmęczeniu lub braku entuzjazmu.

Podsumowując, pierwszy pomiar daje obraz osoby z silnymi przekonaniami moralnymi i wysokim poczuciem kompetencji w działaniu, ale jednocześnie z wyraźnie obniżoną samooceną ogólną, słabą integracją tożsamości oraz niską akceptacją ciała. Wskazuje to na wewnętrzne rozbieżności i potencjalne źródła napięcia.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po zakończeniu interwencji terapeutycznej

Wyniki drugiego pomiaru wykazują poprawę w wielu obszarach funkcjonowania pani Eweliny. *Ogólna samoocena* wzrosła z 3 do 6 stenów i mieści się obecnie w zakresie przeciętnym, co sugeruje większe zaufanie do siebie i bardziej zrównoważony stosunek do własnych cech i możliwości.

Poprawę odnotowano również w skali *integracji tożsamości* (z 3 do 5), co może świadczyć o większej spójności i jasności w obrazie własnej osoby. Pani Ewelina być może lepiej rozumie siebie, potrafi określić swoje wartości i potrzeby, co sprzyja podejmowaniu decyzji zgodnych z własną wolą.

Obronne wzmocnienie samooceny wzrosło z 4 do 6 – nadal mieszcząc się w granicach normy, lecz wskazując na lepsze radzenie sobie z wewnętrznymi konfliktami bez nadmiernego korzystania z mechanizmów obronnych.

Wysoki poziom *samoakceptacji moralnej* (10) utrzymał się na niezmiennym poziomie, co potwierdza stabilność w zakresie poczucia zgodności z własnymi wartościami i zasadami etycznymi.

Atrakcyjność fizyczna, mimo wzrostu z 1 do 2 stenów, nadal pozostaje na bardzo niskim poziomie, co może oznaczać, że ten aspekt samooceny jest szczególnie trudny dla uczestniczki i może wymagać dalszej pracy.

Znacząca poprawa nastąpiła w obszarze relacyjnym: wskaźnik *bycia kochanym* wzrósł z 6 do 9 – wskazując na większe poczucie bycia ważną i akceptowaną w relacjach.

Popularność nie uległa poprawie i nadal pozostaje na przeciętnym poziomie.

Wyniki skal *samokontroli*, *kompetencji* i *zdolności przywódczych* pozostały wysokie, co oznacza, że pani Ewelina wciąż postrzega siebie jako osobę odpowiedzialną, zorganizowaną i zdolną do kierowania sobą i otoczeniem, ale jednocześnie – jak sama wskazywała – „większą



odpowiedzialność oddaje innym”, dzięki czemu doświadcza mniejszego obciążenia emocjonalnego.

W skali *witalności* wynik pozostał bez zmian (4) – co może sugerować, że mimo ogólnej poprawy, aspekt energii życiowej i entuzjazmu wymaga dalszego wzmocnienia.

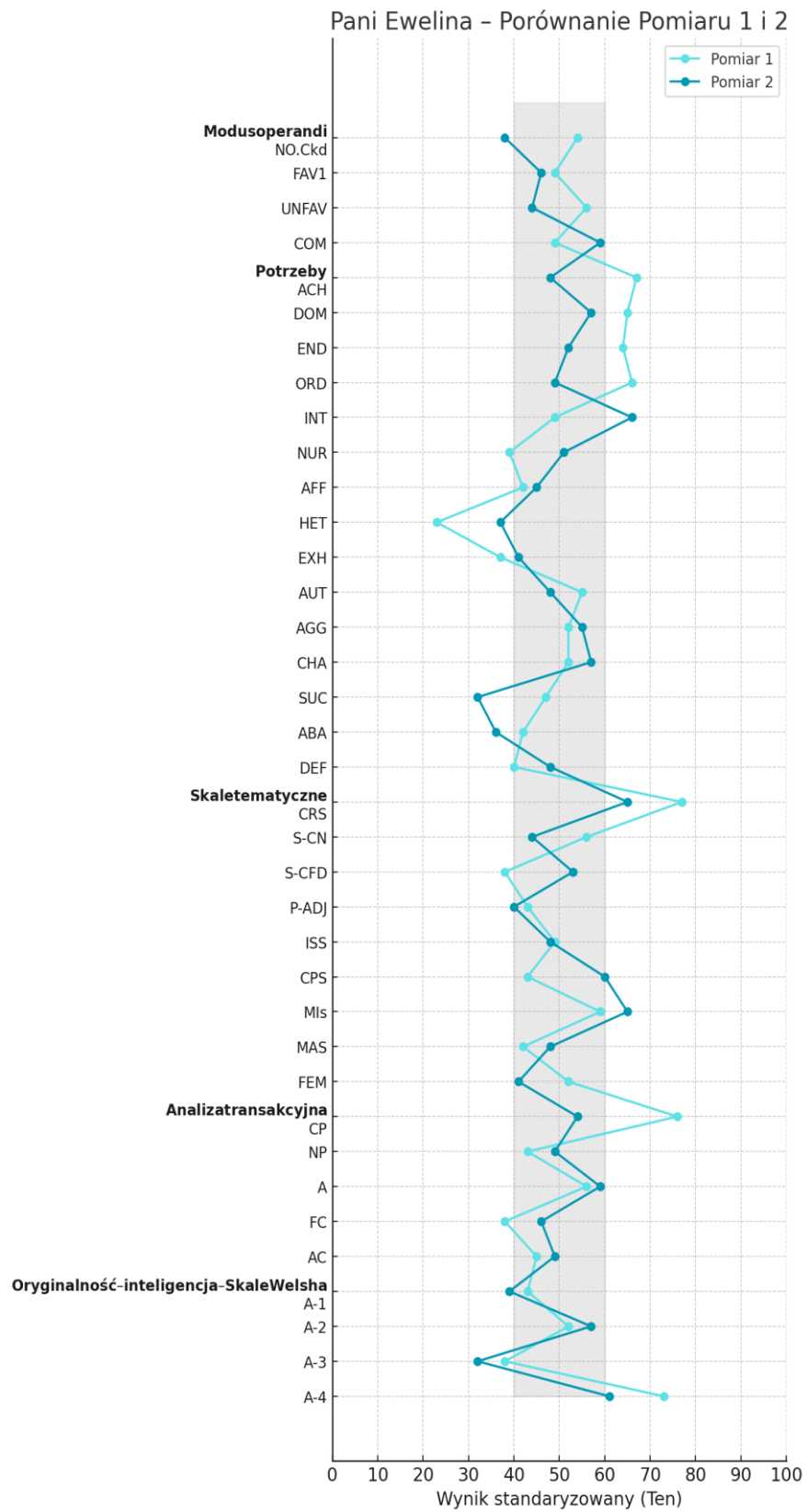
Analiza wyników przed i po terapii wskazuje na zmiany w zakresie obrazu siebie i samooceny. Zmiany te świadczą o efektywności procesu terapeutycznego w obszarze TSR – szczególnie w zakresie wzmocnienia ogólnej samooceny, integracji tożsamości oraz relacyjnych aspektów *Ja* (bycie kochanym). Obszar atrakcyjności fizycznej oraz witalności nadal pozostaje osłabiony i może stanowić potencjalny kierunek dalszej pracy rozwojowej.



Tabela 4.4
 Dane z kwestionariusza *Adjective Check List (ACL)*

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	54	38
	<i>FAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	49	46
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	56	44
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	49	59
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	67	48
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	65	57
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	64	52
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	66	49
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	49	66
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	39	51
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	42	45
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	23	37
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	37	41
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	55	48
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	52	55
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	52	57
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	47	32
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	42	36
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	40	48
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	77	65
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	56	44
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	38	53
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	43	40
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	49	48
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	43	60
	<i>MIs</i>	<i>Przywództwo</i>	59	65
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	42	48
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	52	41
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	76	54
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	43	49
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	56	59
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	38	46
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	45	49
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	43	39
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	52	57
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	38	32
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	73	61

Rysunek 4.12.
Wyniki pomiaru 1 i 2 przedstawione w formie graficznej



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

Wyniki pani Eweliny w skalach opisujących ogólny obraz siebie wskazują na przeciętny poziom refleksyjności i samoobserwacji – *NO.CKD* (54). Skale *FAV* (49) i *UNFAV* (56), przeliczone na wartości tenowe, ukazują niejednoznaczny autoportret – klientka przypisuje sobie zarówno pozytywne, jak i negatywne cechy, z niewielką przewagą tych drugich. Wskaźnik *COM* (49) mieści się w zakresie przeciętnym, co sugeruje typową formę autoprezentacji i umiarkowaną spójność obrazu siebie.

Wyniki w obszarze potrzeb wskazują na silną motywację do działania, podporządkowaną potrzebie kontroli. Wskazują na to wysokie wartości w skalach: *ACH* (67), *DOM* (65), *END* (64), *ORD* (66). Można uznać, że pani Ewelina postrzega się jako osobę ambitną, zaangażowaną, zmotywowaną do osiągania celów, preferującą jasne struktury i przewidywalność.

Umiarkowane wyniki w skalach refleksyjnych *INT* (49) i relacyjnych *NUR* (39), *AFF* (42) sugerują pewien dystans w kontaktach interpersonalnych, przy jednoczesnym wewnętrznym potencjale do zrozumienia i wspierania innych.

Niski wynik w skali *HET* (23) może wskazywać na niski poziom potrzeby kontaktów heteroseksualnych, możliwe wycofanie z relacji intymnych lub trudność w ich nawiązywaniu, co może korespondować z wynikami osiągniętymi w kwestionariuszu MSEI w skali *atrakcyjność fizyczna* (2).

Wyniki w skalach *AUT* (55), *AGG* (52), *CHA* (52) pokazują przeciętną ekspresję i niezależność, bez wyraźnych tendencji ekstrawertywnych czy agresywnych. Aczkolwiek wynik w skali *EXH* (37) jest nieco poniżej przeciętnej, co można rozumieć jako tendencję do zamykania się emocjonalnego.

Niska potrzeba doznawania opieki *SUC* (47) i umiarkowany poziom w *ABA* (42) oraz *DEF* (40) mogą wskazywać na osobę dość samodzielnią, która jednak w sytuacjach przeciążenia może mieć trudność z proszeniem o pomoc.

Pani Ewelina uzyskała bardzo wysoki wynik w skali *CRS* (77), co wskazuje na dużą gotowość do udziału w terapii oraz potencjalnie wysoką motywację do zmiany. Wynik ten może jednak pozostawać w sprzeczności z wcześniejszymi deklaracjami w trakcie konsultacji wstępnej, w których klientka wyrażała wątpliwości co do sensowności udziału w terapii. Tę rozbieżność można rozumieć jako przejaw mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie lub niechęć do ujawniania trudności na wczesnym etapie kontaktu. Jednocześnie wyniki

wskazują na obniżone zaufanie do siebie, co może przejawiać się trudnościami w podejmowaniu decyzji lub niską wiarą w skuteczność własnych działań.

Pozostałe skale kształtują się na poziomie przeciętnym. Oznacza to, że klientka wykazuje umiarkowaną zdolność do regulacji zachowania i emocji. Możliwa jest jednak tendencja do tłumienia emocji lub nadmiernej kontroli w sytuacjach stresowych.

Przystosowanie osobiste (43) oraz *Ja idealne* (49) – wskazują na umiarkowane zdolności adaptacyjne i realistyczny obraz siebie. Na tym etapie można zauważyć przeciętny poziom cech twórczych, z możliwością ograniczonej spontaniczności lub otwartości na niekonwencjonalne rozwiązania. Skale *męskości* (42) i *kobiecości* (52) nie wskazują na dominację cech związanych z jednym biegunem płciowości.

Natomiast wynik skali *przywództwa* (59), który znajduje się w górnej granicy normy, może świadczyć o wewnętrznym poczuciu sprawczości i zdolności do podejmowania inicjatywy.

U pani Eweliny zaobserwowano wysoki wynik w skali *CP* (76), co wskazuje na tendencję do stawiania sobie i innym bardzo wysokich wymagań oraz kierowania się sztywnymi normami wewnętrznymi. Taki profil może wiązać się z nasilonym samokrytycyzmem, perfekcjonizmem i trudnością w elastycznym reagowaniu na zmienne sytuacje.

Wynik w skali *NP* (43) mieści się w granicach normy, co sugeruje zrównoważone podejście do opiekuńczości i wspierania innych. Podobnie przeciętny wynik w roli *A* (43) świadczy o adekwatnym poziomie zdolności do logicznego myślenia, analizowania sytuacji.

Skala *AC* (45) również znajduje się na przeciętnym poziomie, co oznacza umiarkowaną skłonność do podporządkowywania się i dostosowywania do oczekiwań otoczenia. Z kolei obniżony wynik w skali *FC* (38) może świadczyć o trudnościach w spontanicznym wyrażaniu emocji, braku lekkości i ograniczonej zdolności do przeżywania radości czy swobody. Może to również sugerować napięcie wewnętrzne oraz tendencję do nadmiernej kontroli nad ekspresją emocjonalną, o czym wspomniano wcześniej.

Na uwagę zasługuje wynik skali *A-4* (niska oryginalność – wysoka inteligencja) który jest bardzo wysoki i sugeruje wysoki poziom intelektualnej refleksyjności, logicznego myślenia i analizy. Jednocześnie obniżony wynik *A-3* (niska oryginalność – niska inteligencja) może wskazywać na krytyczny stosunek do własnych zdolności twórczych i analitycznych.

Profil pani Eweliny w pierwszym pomiarze wskazuje na osobę o wysokiej motywacji do zmiany, dużym potencjale poznawczym i samodyscyplinie, ale jednocześnie z obniżonym zaufaniem do siebie, tendencją do samokrytycyzmu i ograniczoną swobodą emocjonalną.



Wysokie wyniki w skalach *CP* oraz niskie w *S-CFD* i *FC* sugerują działanie oparte na kontroli, odpowiedzialności i krytycyzmie wobec siebie, co może utrudniać spontaniczne i radosne funkcjonowanie.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po zakończeniu interwencji terapeutycznej

Wyniki drugiego pomiaru pani Eweliny w teście ACL wskazują na wzrost elastyczności funkcjonowania, większą samoakceptację oraz otwartość na doświadczanie emocji. Choć w niektórych skalach odnotowano spadki względem pierwszego pomiaru, mogą one świadczyć o odejściu od sztywnych postaw i nadmiernej kontroli emocjonalnej na rzecz bardziej zrównoważonego, adaptacyjnego funkcjonowania.

W drugim pomiarze zaobserwowano niższy poziom liczby użytych przymiotników *NO.CKD* (38), co może świadczyć o bardziej zwięzłej i uproszczonej percepcji siebie. Mimo to *FAV* (46) i *UNFAV* (44) są bardziej zrównoważone niż wcześniej, co sugeruje mniejszy krytycyzm wobec siebie oraz bardziej realistyczny obraz własnej osoby. Wzrost *COM* (59) wskazuje na większą typowość i spójność w funkcjonowaniu, zredukowaną defensywność i większą otwartość interpersonalną.

Profil potrzeb uległ przeformułowaniu – od dominującego schematu „osiągnięcie – porządek – kontrola” do bardziej zrównoważonego, refleksyjnego i relacyjnego. Spadek nastąpił w skalach: *ACH* (48), *DOM* (57), *ORD* (49) – to wskazuje na zmniejszenie sztywności, perfekcjonizmu i nadmiernej potrzeby kontroli.

Natomiast wzrost w skalach: *INT* (66), *NUR* (51), *CHA* (57) – oznacza większe zrozumienie siebie, otwartość na zmiany oraz gotowość do wspierania innych. Umiarkowany wzrost w *EXH* (41), *AUT* (48), *AGG* (55) świadczy o równowadze między potrzebą autonomii a relacyjnością i ekspresją emocji. Dodatkowo wynik *DEF* (48) wskazuje na większą zdolność do elastycznego dostosowania się, ale bez nadmiernego podporządkowania.

Zauważono spadek *SUC* (32) i *ABA* (36) sugeruje większą niezależność i zmniejszoną potrzebę uznania oraz obniżenie tendencji do umniejszania siebie.

Pani Ewelina wciąż wskazuje na gotowość do pracy nad sobą, motywację do zmiany, Wynik w tej skali jest nadal wysoki, choć nieco niższy niż w pierwszym pomiarze. Spadek może świadczyć o początkach samodzielnego działania i mniejszym poczuciu zależności od wsparcia terapeutycznego. *S-CN* (44) to wartość przeciętna. Obniżenie wyniku względem pomiaru pierwszego może wskazywać na mniejszą potrzebę kontroli i większą elastyczność emocjonalną.

Pojawiła się poprawa w zakresie *zaufania do siebie*, co sugeruje, że pani Ewelina odzyskuje wiarę we własne możliwości, podejmuje decyzje z większą pewnością i mniejszym



lękiem przed oceną. *ISS* (48): utrzymany poziom obrazu idealnego *Ja* sugeruje stabilność aspiracji i realistyczny wgląd w swoje cele.

Wzrost osobowości twórczej może świadczyć o większej otwartości na nowe doświadczenia i bardziej kreatywnym podejściu do rozwiązywania problemów. Wysoki wynik w zakresie *przywództwa* może oznaczać, że klientka w coraz większym stopniu postrzega siebie jako osobę wpływową, zdolną do podejmowania decyzji i przewodzenia.

Natomiast *MAS* (48) i *FEM* (41): obie skale w zakresie przeciętnym – wskazują na zrównoważony obraz tożsamości płciowej.

W *CP*, czyli skali *rodzic krytyczny*, nastąpił wyraźny spadek z bardzo wysokiego poziomu do poziomu przeciętnego. To może oznaczać zmniejszenie wewnętrznego krytycyzmu i osądu, co sprzyja większej akceptacji siebie.

Skala *NP* (49) plasuje się w przeciętnym wyniku, bez większych zmian, lecz nieco wyżej niż poprzednio, może sugerować większą troskę i empatię, być może zarówno wobec innych, jak i samej siebie.

Wzrost odnotowano także w skalach dorosłego *A*, dziecka spontanicznego *FC* oraz uległego *AC* (wynik przeciętny). Zmiany te można interpretować jako zwiększoną zdolność analizy sytuacji, rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji na podstawie faktów, a nie emocji. Ponadto może także wskazywać na większą swobodę emocjonalną i spontaniczność oraz większą zdolność do kompromisu.

Podobnie jak poprzednio w *A-4* – wysoki wynik sugeruje zdolność analitycznego myślenia i przewidywania skutków działań. A rezultat w skali *A-2* świadczyć może o większej pewności siebie w zakresie intelektualnych zasobów i twórczego myślenia.

Jednocześnie spadek nastąpił w skali *A-3* – niski wynik wskazuje na niższy poziom niepewności poznawczej – być może odzwierciedla to większą akceptację klientki dla własnych ograniczeń.

Podsumowanie

Podsumowując, drugi pomiar ukazuje wyraźną poprawę w zakresie samooceny, obrazu siebie i elastyczności emocjonalnej pani Eweliny. Wzrost zaufania do siebie, spadek wewnętrznego krytycyzmu i większa otwartość emocjonalna mogą świadczyć o korzystnym wpływie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Wyniki *ACL* wskazują na bardziej zintegrowane i realistyczne postrzeganie siebie oraz większą zdolność do adaptacji i samoregulacji.



Reasumując: wyniki testów psychometrycznych wskazują na podniesienie się samooceny, większe zaufanie do siebie, bardziej zrównoważony obraz siebie oraz większą otwartość emocjonalną i relacyjną.

Analiza jakościowa, oparta na wypowiedziach pani Eweliny, obserwacjach z sesji oraz danych narracyjnych, wskazuje na szereg transformacji:

1. Klientka zaczęła częściej mówić o swoich uczuciach, wydarzeniach z przeszłości i potrzebach – przełomowym momentem było ujawnienie doświadczenia traumy.
2. Zaobserwowano zmniejszenie wewnętrznego krytyka i wzrost samowspółczucia.
3. Pani Ewelina zaczęła bardziej ufać sobie, czego efektem była większa sprawczość i umiejętność zarządzania codziennymi wyzwaniami – zwłaszcza w relacjach rodzinnych.
4. Rozwinęła się otwartość klientki na nowe doświadczenia – co symbolicznie wyrażały również rysunki projekcyjne imienia, zmieniające się od obrazu chaosu ku symbolowi sprawczości (pędzący samochód).
5. Znacząco silniejsze stało się poczucie bycia kochaną i akceptowaną, co wzmocniło jej poczucie wartości w relacjach.
6. Klientka była gotowa wyrażać potrzeby w konfrontacji z osobami znaczącymi.

Proces terapeutyczny TSR umożliwił pani Ewelinie odzyskanie kontaktu z własnymi zasobami, zbudowanie bardziej życzliwego obrazu siebie i rozwój kompetencji emocjonalnych.

Jeśli pani Ewelina zdecydowałaby się na kontynuację pracy nad sobą, mogłaby – w zależności od własnych potrzeb i priorytetów – skoncentrować się na takich obszarach jak: (a) pogłębianie akceptacji ciała i tożsamości fizycznej, jeśli uzna to za istotne; (b) budowanie poczucia własnej wartości niezależnego od opinii otoczenia; (c) dalsze wzmacnianie relacji opartych na zaufaniu; (d) uporządkowanie i zrozumienie trudnych doświadczeń z przeszłości – w takim zakresie, w jakim klientka uzna to za wspierające dla siebie.

W ujęciu całościowym przypadek pani Eweliny pokazuje, że terapia skoncentrowana na rozwiązaniach była dla niej procesem wzmacniającym i rozwijającym.

4.1.3. Studium przypadku – pani Dominika

Kontekst życiowy

Pani Dominika ma 30 lat, mieszka w dużym mieście, wynajmuje mieszkanie ze współlokatorką. Jest singielką, deklaruje brak potrzeby tworzenia związku na obecnym etapie życia. Pracuje w niezależnym charakterze w firmie medialnej, wykonując nieregularną pracę. Posiada wyższe wykształcenie, ukończyła studia w Polsce i Holandii, przez kilka lat mieszkała



w Stanach Zjednoczonych. Obecnie kontynuuje naukę na studiach podyplomowych w Polsce w innym mieście wojewódzkim (kierunek medialny). Jest najstarszą z piątki rodzeństwa, co często podkreśla jako ważny element swojej tożsamości. Lepszy kontakt utrzymuje z ojcem, który pracuje w podobnej branży. Interesuje się musicalami, sportem, oraz literaturą – w szczególności twórczością z uniwersum Harry’ego Pottera.

Motywacją do zgłoszenia się do procesu TSR była potrzeba większej akceptacji siebie oraz pragnienie ograniczenia tendencji do porównywania się z innymi. Klientka opisywała siebie jako bardzo surową wobec własnej osoby (ocena surowości: 8/10), miała trudność w rozróżnianiu własnych potrzeb od chwilowych zachcianek. Wyrażała też chęć polepszenia kontaktu z emocjami i zwiększenia delikatności wobec siebie.

Klientka korzystała wcześniej z indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej. Słyszała wcześniej o terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, jednakże tylko tyle, że jest krótkoterminowa. Klientka samodzielnie się zdecydowała na udział w sesjach TSR, ponieważ chciała podnieść swoją samoocenę i inaczej, w bardziej pozytywny sposób postrzegać siebie.

Przebieg procesu terapeutycznego

Po konsultacji wstępnej proces współpracy rozpoczął się od wypełnienia testów oraz wykonania rysunku.

Rysunek 4.13.

Rysunek imienia przed interwencją terapeutyczną



Pierwszą literę swojego imienia pani Dominika narysowała „za kotarą”, co symbolizowało chęć ukrycia się. Na co dzień nie używa pełnej formy swojego imienia, preferuje zdrobnienia. Często zgłaszała poczucie wypalenia w pracy oraz frustrację wynikającą

z przypisywanej jej odpowiedzialności. Towarzyszyło jej silne poczucie kontroli, jednocześnie zgłaszała brak wpływu na niektóre aspekty życia.

W trakcie sesji potrafiła nazywać swoje zasoby, ale stale odnosiła się do roli najstarszego dziecka i związanej z nią odpowiedzialności. W toku terapii wzmocniono świadomość jej granic oraz prawa do stawiania własnych potrzeb na równi z potrzebami innych. Koncentrowano się na konstruowaniu realnych, konkretnych celów oraz eksplorowaniu ich funkcji.

Podczas procesu dużą wagę przywiązywano do analizy funkcji zachowań, rozpoznawania wpływu konkretnych działań oraz uważności na własne potrzeby. Przełomowym momentem okazała się sytuacja kryzysowa związana z rodziną – pani Dominika poczuła się obarczona emocjonalnie przez swoich rodziców. W efekcie doświadczyła silnej złości, która pomogła jej postawić granice i rozdzielić własną odpowiedzialność od odpowiedzialności innych.

Pojawiały się także epizody oporu – przejawiające się w formie westchnień, powtórzeń czy niewerbalnej frustracji lub odwoływania spotkań. Mimo tego klientka dążyła do kontynuacji umówionego procesu – wg osoby prowadzącej m.in. z powodu wysokiego poczucia obowiązku.

Warto zaznaczyć, że w nurcie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach pojawienie się oporu często rozumiane jest jako informacja o niedopasowaniu interwencji lub stylu pracy do aktualnych potrzeb klienta – a nie jako problem po stronie klienta. W trakcie procesu terapeuta również zauważał u siebie napięcie, co mogło wskazywać na znaczenie relacji terapeutycznej jako ważnego źródła informacji.

W toku procesu pojawiły się następujące zmiany – pani Dominika zaczęła korzystać z basenu, pozwalała sobie na aktywność fizyczną, zatrzymanie i przewartościowanie własnej odpowiedzialności. Dostrzegła większą gotowość do tworzenia relacji oraz potrzebę zmiany w obszarze zawodowym. Zaczęła częściej kierować uwagę na to, co jej służy, a co nie.

Doświadczyła także momentu tzw. *twórczego braku nadziei* (zob. Harris R., *Zrozumieć ACT*) czyli przełomowego momentu konfrontacji z rzeczywistością pozbawioną iluzji. Pomimo spadku nastroju, w efekcie końcowym klientka deklarowała większy spokój i otwartość, a także wzrost świadomości oraz uważności na siebie. Podkreślała, że potrafi lepiej rozpoznawać i nazywać swoje cechy i umiejętności, co przekładało się – wg niej – na częściową poprawę samoakceptacji.

Jednym z symbolicznych momentów kończących proces był rysunek imienia z iskierkami – kiedyś według niej pełnymi, teraz pustymi. Mimo że jeszcze nie wie, czym je



zapełni, dostrzega potrzebę ich odbudowy. Sama użyła sformułowania „*I lost my sparkle*” – wskazując, że utraciła pewną radość życia. Jednocześnie dostrzegła, że sytuacje rodzinne oraz praca miały znaczący wpływ na jej stan psychiczny. Mówiła też o poczuciu „dojrzałego” etapu dorosłości – pozbawionego złudzeń, ale opartego na większej samoświadomości.

Rysunek 4.14.

Rysunek po interwencji terapeutycznej



Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

Po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych klientka stwierdziła, że terapia skoncentrowana na rozwiązaniach pomogła jej z większą świadomością przyglądać się swojej pracy zawodowej. Jak sama ujęła: „częściej zastanawiam się nad tym, jak moja praca wpływa na moje życie i samopoczucie”. Zauważyła również, że łatwiej przychodzi jej wyznaczanie granic pomiędzy sferą zawodową a prywatną, co przekłada się na większy wewnętrzny spokój. Podkreśliła przy tym, że choć zmiany nie są radykalne, mają dla niej istotne znaczenie.

Spotkania w ramach TSR nie przyniosły dużych, widocznych zmian w relacjach interpersonalnych, jednak – jak wskazuje klientka – zauważyła u siebie większą uważność: zarówno wobec innych, jak i względem siebie. Jak relacjonowała: „Staram się z większą świadomością słuchać, reagować i dbać o to, co dzieje się w relacjach, a także lepiej rozpoznawać własne potrzeby i emocje”.

Za najważniejszą zmianę uznała właśnie wzrost tej uważności – zarówno w kontaktach z innymi ludźmi, jak i w codziennym funkcjonowaniu. Coraz częściej zatrzymuje się, by przyjrzeć się swoim reakcjom, potrzebom i granicom, zwłaszcza w kontekście pracy. Jako szczególnie korzystne wskazała rozwijanie umiejętności korzystania z posiadanych już zasobów – takich jak intuicja, refleksyjność czy zdolność do dbania o siebie – co przynosi jej większe poczucie sprawczości i spokoju.

Proces terapeutyczny pani Dominika postrzegała jako formę spokojnego towarzyszenia: „To nie było jedno przełomowe odkrycie. Raczej spokojna, stopniowa droga do lepszego rozumienia siebie” – powiedziała.

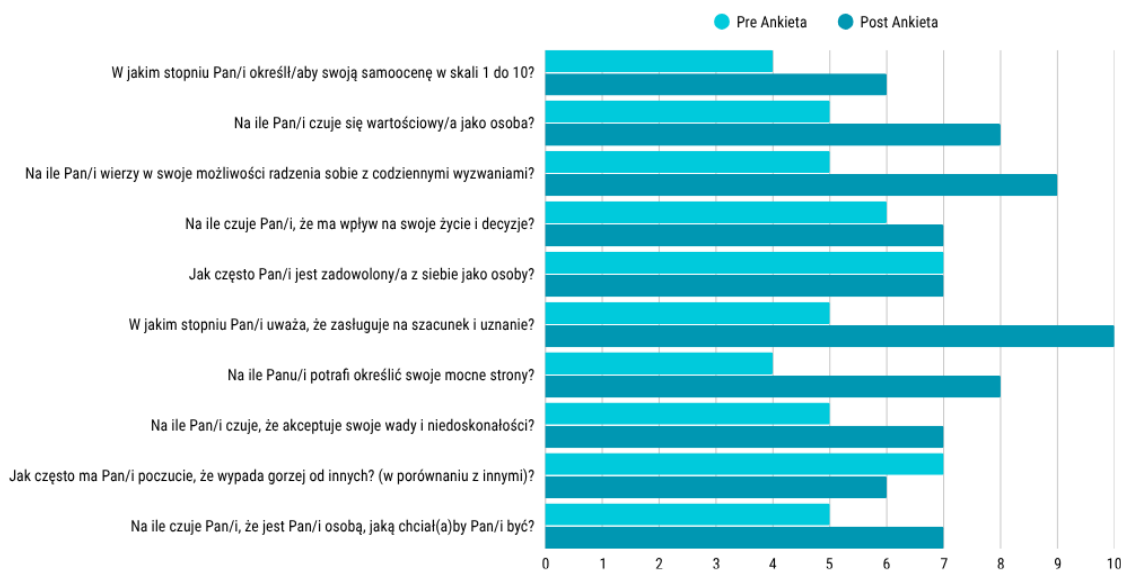
Zwróciła również uwagę na różnice pomiędzy TSR a wcześniejszymi doświadczeniami terapeutycznymi, szczególnie z terapią poznawczo-behawioralną. Jej zdaniem TSR okazała się podejściem bardziej wspierającym, elastycznym i praktycznym: „TSR różni się od moich wcześniejszych doświadczeń, zwłaszcza z terapią poznawczo-behawioralną, która wydawała mi się momentami zbyt schematyczna i skupiona na problemach. TSR jest dla mnie bardziej lekka, wspierająca i praktyczna – skupia się na zasobach, możliwościach i małych krokach, co lepiej do mnie przemawia. Czuję się w niej bardziej sprawcza i słyszana”.

Najcenniejszym elementem całego procesu było dla klientki doświadczenie rozmowy w spokojnej i wspierającej atmosferze, która umożliwiała zatrzymanie się, nazwanie własnych myśli i emocji. Było to – jak podkreśliła: „pomocne w odzyskaniu większej jasności w codziennym funkcjonowaniu”.

Za czynnik mający największy wpływ na zmianę pani Dominika uznała własną, samodzielną pracę między sesjami. „To właśnie wtedy miałam przestrzeń, żeby w praktyce przyglądać się swoim reakcjom, próbować nowych sposobów działania i stopniowo wprowadzać drobne zmiany” – relacjonowała. Podkreśliła, że terapia stanowiła dla niej raczej wsparcie i towarzyszenie w tym procesie, niż bezpośrednie źródło zmiany.

Rysunek 4.15.

Dane z ankiet – pani Dominika

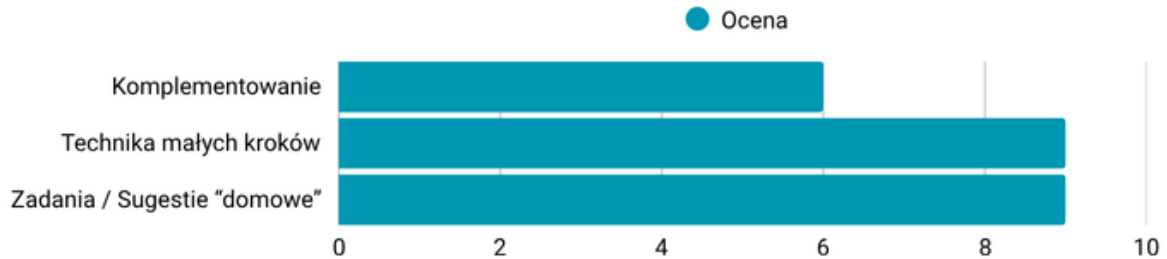


Pani Dominika nie potrafiła wskazać żadnego elementu, który byłby całkowicie nieużyteczny. Przyznała, że niektóre pytania czy tematy podejmowane podczas sesji nie trafiały do niej od razu, jednak z perspektywy czasu uznała, że nawet mniej poruszające momenty były

integralną częścią procesu. Nic nie wydało jej się zbędne – choć nie wszystko miało jednakową wartość.

Rysunek 4.16.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Dominiki



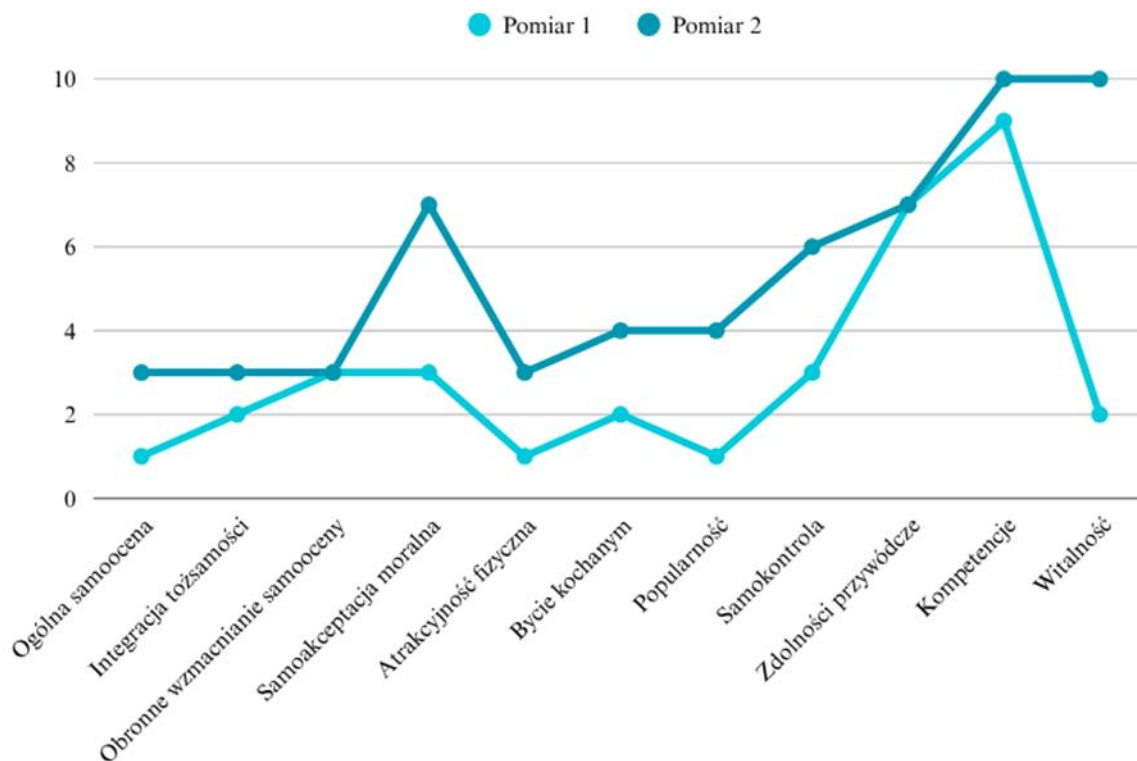
Uwaga: dane na podstawie odpowiedzi uczestniczki na pytanie: „Które z poniższych interwencji były stosowane w procesie? Jak oceniasz ich pomocność w skali 1–10, gdzie 1 oznacza brak użyteczności, a 10 – bardzo wysoką użyteczność?”.

Tabela 4.5
 Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
<i>Ogólna samoocena</i>	1	1-2	niski (niski)	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	+2
<i>Integracja tożsamości</i>	2	1-3	niski (niski)	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	+1
<i>Obronne wzmacnianie samooceny</i>	3	1-4	niski (niski - przeciętny)	3	1-5	niski (niski - przeciętny)	brak
<i>Samoakceptacja moralna</i>	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	7	7-10	przeciętny (przeciętny - wysoki)	+4
<i>Atrakcyjność fizyczna</i>	1	1	niski (niski)	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	+2
<i>Bycie kochanym</i>	2	1-3	niski (niski)	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	+2
<i>Popularność</i>	1	1	Niski (niski)	4	3-6	przeciętny (niski - przeciętny)	+3
<i>Samokontrola</i>	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	6	4-7	przeciętny (przeciętny)	+3
<i>Zdolności przywódcze</i>	7	5-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	7	6-9	przeciętny (przeciętny - wysoki)	brak
<i>Kompetencje</i>	9	7-10	Wysoki (przeciętny wysoki)	10	9-10	wysoki (wysoki)	+1
<i>Witalność</i>	2	2	niski (niski)	10	8-10	wysoki (wysoki)	+8



Rysunek 4.17.
Przedstawienie graficzne dwóch wyników MSEI pani Dominiki



Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

Pierwszy pomiar wykazał ogólnie niską samoocenę badanej we większości analizowanych aspektów. Najniższe wyniki (1) odnotowano w zakresie *ogólnej samooceny*, *atrakcyjności fizycznej* oraz *popularności*. Również takie obszary jak *integracja tożsamości* (2), poczucie *bycia kochanym* (2), *obronne wzmacnianie samooceny* (3) oraz *samoakceptacja moralna* (3) uzyskały wyniki w zakresie niskim. *Samokontrola* oceniona została jako niska – przeciętna (3), co może świadczyć o trudnościach w regulacji emocjonalnej i behawioralnej.

Wyniki przeciętne bądź wyższe pojawiły się jedynie w dwóch wymiarach: *zdolności przywódcze* (7) oraz *kompetencje* (9), co może wskazywać na selektywnie pozytywną ocenę własnej skuteczności i sprawczości. Z kolei *witalność* oceniona została jako niska (2), co może sugerować niski poziom energii życiowej oraz możliwe objawy zmęczenia lub znużenia.

Podsumowując, pierwszy pomiar wskazuje na dominującą, negatywną postawę wobec siebie oraz silne poczucie niskiej wartości w kontekście relacyjnym i wyglądu zewnętrznego, przy jednoczesnym zachowaniu pozytywnej oceny kompetencyjnej.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po interwencji terapeutycznej

Drugi pomiar ukazał istotną poprawę w wielu wymiarach samooceny. Choć *ogólna samoocena* nadal mieści się w granicach niskich (3), zauważalny jest wzrost w stosunku do pomiaru pierwszego (z poziomu 1). Analogiczną zmianę zaobserwowano w zakresie *integracji tożsamości* (3) oraz *atrakcyjności fizycznej* (3), co może świadczyć o stopniowej poprawie w postrzeganiu własnej spójności i wyglądu.

Znaczną poprawę zaobserwowano w obszarze *samoakceptacji moralnej* (zmiana z 3 do 7), co wskazuje na bardziej pozytywne podejście do własnych wartości i norm etycznych. Również w zakresie poczucia *bycia kochanym* oraz *popularności* wyniki przesunęły się w stronę przeciętności (odpowiednio: 4), co może sugerować większe poczucie akceptacji lub zmiany w postrzeganiu siebie w relacji z innymi.

Samokontrola wzrosła do poziomu przeciętnego (6), co może świadczyć o poprawie zdolności do regulowania emocji i zachowań. *Witalność* osiągnęła poziom wysoki (10), co stanowi znaczący kontrast wobec pierwszego pomiaru i może świadczyć o wzroście energii życiowej, zaangażowania i ogólnej aktywności psychofizycznej.

Stabilnie wysokie wyniki utrzymały się w obszarach *kompetencji* (wzrost z 9 do 10 stenów) oraz *zdolności przywódczych* (bez zmian: 7), co potwierdza pozytywne przekonania badanej o własnej skuteczności i zdolności wpływu na otoczenie.

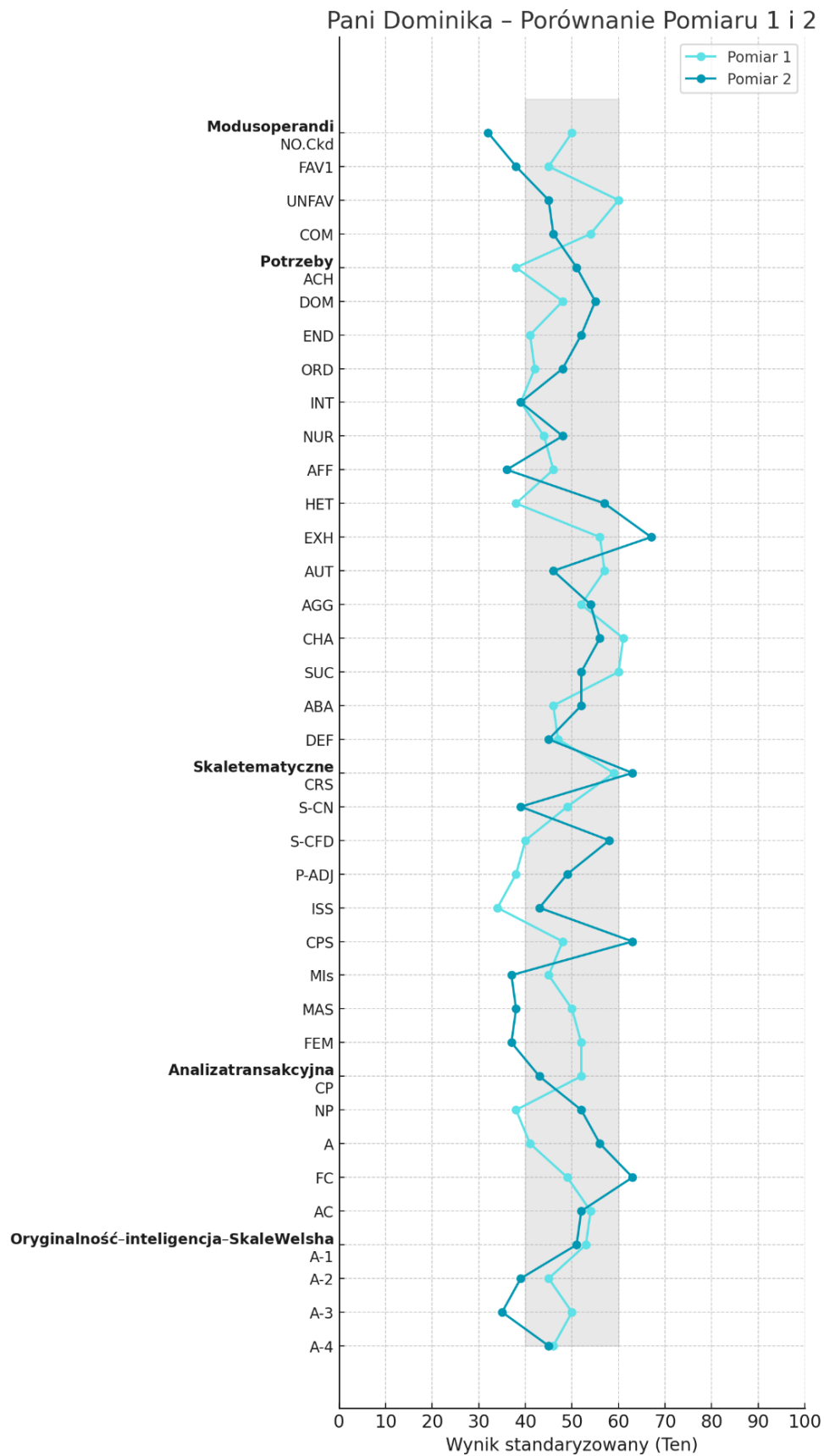
Porównanie obu pomiarów wskazuje na postęp w zakresie samooceny pani Dominiki, szczególnie w wymiarach związanych z akceptacją siebie, relacjami społecznymi oraz ogólną witalnością. Zmiany te mogą sugerować pozytywny wpływ doświadczeń rozwojowych, działań terapeutycznych lub innego rodzaju oddziaływań wspierających. Należy jednak zauważyć, że pomimo obserwowanego postępu, niektóre aspekty samooceny – takie jak *ogólna samoocena* czy *integracja tożsamości* – nadal pozostają poniżej poziomu przeciętnego. Może to stanowić wskazanie do dalszej pracy psychologicznej nad stabilizacją i integracją obrazu własnej osoby.

Tabela 4.6
 Wyniki ACL pani Dominiki

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	50	32
	<i>FAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	45	38
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	60	45
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	54	46
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	38	51
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	48	55
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	41	52
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	42	48
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	39	39
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	44	48
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	46	36
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	38	57
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	56	67
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	57	46
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	52	54
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	61	56
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	60	52
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	46	52
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	47	45
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	59	63
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	49	39
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	40	58
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	38	49
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	34	43
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	48	63
	<i>MIs</i>	<i>Przywództwo</i>	45	37
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	50	38
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	52	37
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	52	43
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	38	52
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	41	56
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	49	63
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	54	52
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	53	51
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	45	39
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	50	35
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	46	45



Rysunek 4.18.
Wykres graficzny dwóch wyników ACL



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego

W pierwszym pomiarze pani Dominika wybrała 88 przymiotników opisujących siebie – *NO.CKD* (50). Przeważały przymiotniki o charakterze negatywnym – *UNFAV* (60), co mieści się w górnej granicy normy przeciętnej. Przymiotników pozytywnych było mniej – *FAV* (45) znajdował się w zakresie przeciętnym, ale bliżej dolnej granicy. Takie proporcje wskazują na znacznie silniejszy wpływ negatywnego obrazu siebie. Można to interpretować jako sygnał obniżonej samooceny i dużej surowości wobec siebie. Wynik w skali typowości *COM* (54) mieścił się w normie przeciętnej, co sugeruje, że obraz siebie przedstawiony przez panią Dominikę był spójny i wiarygodny.

Wyniki wskazywały na złożony profil klientki. Z jednej strony pojawiły się silne potrzeby: niezależności i ekspresji – *AUT* (57), *EXH* (56) – obie w normie przeciętnej, ale bliżej górnej granicy, a z drugiej – równie wyraźna potrzeba opieki i wsparcia *SUC* (60). Podobnie potrzeba zmian *CHA* (61) – czyli wynik wysoki – sugerowała chęć wyjścia z obecnego stanu. Taka konfiguracja może świadczyć o wewnętrznym napięciu – pragnieniu bliskości przy jednoczesnej obawie przed utratą autonomii.

Wartości w skalach podporządkowania *DEF* (47), dominacji *DOM* (48) i samoponizania *ABA* (46) mieściły się w przeciętnej normie. Wskazuje to na umiarkowane, ale obecne tendencje do rezygnowania z własnych potrzeb na rzecz innych oraz trudności z przyjmowaniem bardziej aktywnej roli w relacjach.

Wyniki w skalach dotyczących przystosowania psychicznego i obrazu siebie były niskie: (a) zaufanie do siebie *S-CFD* (40) – dolna granica normy niskiej, (b) przystosowanie osobiste *P-ADJ* (38) – niski, (c) obraz *Ja* idealnego *ISS* (34) – niski.

Taki układ może świadczyć o braku wiary w siebie i trudnościach w określeniu własnych potrzeb i aspiracji. Napięcie może wynikać z rozdzwiewku między obrazem siebie a oczekiwaniami, wobec tego, jakim „powinno się” być. Warto zauważyć, że pani Dominika często odnosiła się do wysokich wewnętrznych wymagań, które – jak wynikało z rozmów – nie pochodziły od niej samej, lecz z zewnętrznych norm lub przekonań rodzinnych.

Gotowość do terapii *CRS* (59) – choć to wynik w normie przeciętnej – była ona wyraźna, co może oznaczać istnienie silnej potrzeby zmiany, mimo trudności z jej wprowadzeniem.

W analizie stanów ego widoczne były przeciętne wyniki, z lekką przewagą pozycji podporządkowanej: (a) dziecko uległe *AC* (54), (b) rodzic krytyczny *CP* (52), (c) dziecko spontaniczne *FC* (49), (d) dorosły *A* (41). Te wyniki sugerują obecność wewnętrznego krytyka oraz trudność z odważnym wyrażaniem emocji i potrzeb. Rola dorosłego była osłabiona, co

może oznaczać trudność w podejmowaniu zrównoważonych, racjonalnych decyzji i regulowaniu emocji.

Wyniki skal oryginalności i inteligencji mieściły się w normie przeciętnej. Najwyższy wynik *A-1* (53) mógł wskazywać, że pani Dominika czasami postrzega własną twórczość jako niezbyt użyteczną lub chaotyczną, mimo że jej potencjał intelektualny jest wystarczający.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po zakończeniu procesu terapeutycznego

W drugim pomiarze pani Dominika wybrała 24 przymiotniki co odpowiadało 32 stenowi. Wynik mieścił się w dolnej granicy normy. Pozytywne przymiotniki osiągnęły wynik 38 (niski), a negatywne – 45 (przeciętny). Choć negatywny obraz siebie nadal dominował, różnica między pozytywnym a negatywnym opisem uległa zmniejszeniu. Może to świadczyć o postępującej zmianie w sposobie postrzegania siebie. Odnośnie skal dotyczących potrzeb psychologicznych, wyniki pokazały kilka wyraźnych przesunięć: (a) potrzeba relacji romantycznych – *HET* (57) mieścił się na poziomie średnim; (b) potrzeba wyrażania siebie – *EXH* (67) na poziomie wysokim; (c) potrzeba wpływu – *DOM* (55) – poziom przeciętny.

Wzrost tych wyników może świadczyć o rosnącej pewności siebie i większej gotowości do otwartego wyrażania własnych potrzeb. Obniżenie potrzeby autonomii *AUT* (46) sugeruje większą otwartość na relacje i dzielenie odpowiedzialności. Zmniejszenie potrzeby zmian *CHA* (56) – poziom przeciętny – może wskazywać na silniejsze poczucie stabilności i mniejsze napięcie wewnętrzne. Wzrost w skalach wytrwałości *END* (52), porządku *ORD* (48) i opiekuńczości *NUR* (48) potwierdza lepszą organizację wewnętrzną i większą motywację do działania.

W skalach tematycznych, wyniki wskazują na poprawę w kilku obszarach: (a) zaufanie do siebie *S-CFD* (58) – górna granica normy przeciętnej; (b) przystosowanie *P-ADJ* (49) – przeciętny; (c) obraz *Ja* idealnego *ISS* (43) – przeciętny. Utrzymująca się wysoka gotowość do rozwoju *CRS* (63) – wynik wysoki – sugeruje, że proces psychologicznej zmiany nadal trwa.

Wyniki w części analizy transakcyjnej pokazały wyraźny postęp: (a) dorosły *A* (56) – przeciętny; (b) dziecko spontaniczne *FC* (63) – wysoki; (c) rodzic opiekuńczy *NP* (52) – przeciętny; (d) rodzic krytyczny *CP* (43) – niski. Wzrost ról dorosłego i dziecka spontanicznego sugeruje większą dojrzałość, refleksyjność oraz otwartość emocjonalną. Spadek poziomu wewnętrznego krytycyzmu (*CP*) wskazuje na bardziej wspierający stosunek do siebie i poprawę samoakceptacji.

Wynik w skali *A-2* (wysoka oryginalność i inteligencja) spadł z 62 (wysoki) do 56 (przeciętny), co można interpretować jako bardziej realistyczne spojrzenie na swoje możliwości i mniejszą potrzebę wyróżniania się.



Podsumowanie

Porównanie obu pomiarów wskazuje na stopniową poprawę w wielu aspektach funkcjonowania psychicznego pani Dominiki. Zmniejszyła się przewaga negatywnego obrazu siebie, wzrosło zaufanie do siebie, a wyniki w zakresie potrzeb psychologicznych i funkcjonowania interpersonalnego uległy pozytywnym zmianom. Widoczny jest także postęp w obszarze dojrzałości emocjonalnej – poprzez wzrost roli dorosłego i spadek wewnętrznego krytyka.

Proces terapeutyczny można określać jako wsparcie w kierunku oczekiwanych zmian.

4.1.4. Studium przypadku – pan L.

Kontekst życiowy

Pan L. to 45-letni mężczyzna, ma wykształcenie średnie (wyższe niepełne – nie ukończone), pozostaje w długoletnim związku partnerskim. Ma córkę (14 lat) z poprzedniej relacji oraz syna (5 lat) z obecną partnerką. Dodatkowo wspólnie z partnerką wychowuje troje jej dzieci z wcześniejszych związków. Rodzina mieszka razem od sześciu lat. Biologiczna matka córki pana L. zmarła w 2022 roku – wcześniej zmagająca się z uzależnieniem od alkoholu. Pan L. przejął opiekę nad córką, gdy ta miała 3 lata.

Zawodowo pan L. jest aktywny, jednak jego funkcjonowanie psychospołeczne obciążone jest licznymi doświadczeniami z przeszłości. Wychowywany był w domu, gdzie relacja z matką była bardzo bliska, natomiast ojciec – mimo fizycznej obecności – był emocjonalnie nieobecny. Po śmierci matki (w 2003 r.) pan L. doświadczył poważnych problemów zdrowotnych (m.in. niedoczynność tarczycy, zmiany w układzie oddechowym, brak jednej nerki).

Zgłoszenie się pana L. do programu „Szansa na zmianę” było motywowane silnym poczuciem braku tożsamości męskiej oraz wewnętrznym konfliktem związanym z pełnieniem ról płciowych. Klient deklaruwał, że „nie czuje się prawdziwym mężczyzną”, identyfikuje u siebie cechy stereotypowo uznawane za „niemęskie”, a także dostrzega braki w zakresie decyzyjności, odwagi i pewności siebie. Relacje z kobietami określał jako trudne i powtarzalne. Dodatkowo źródłem stresu i napięć była sytuacja domowa – partnerka, opisywana przez pana L. jako osoba dominująca, nie akceptuje jego córki, co generuje częste konflikty. Klient doświadczał również obniżonego poczucia własnej wartości, braku energii oraz wstydu wynikającego z porównań z rówieśnikami.

Pan L. posiada wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne – uczestniczył w terapii indywidualnej o podejściu integratywnym i humanistycznym. Z terapią skoncentrowaną na



rozwiązaniach nie miał wcześniej styczności. Inicjatywa skorzystania z obecnego wsparcia wyszła od innego specjalisty. Na decyzję o udziale w terapii wpłynęły dwa główne czynniki: fakt, że oferta była bezpłatna, oraz potrzeba zajęcia się własnymi trudnościami.

Przebieg procesu terapeutycznego

Proces terapeutyczny realizowany był w nurcie skoncentrowanym na rozwiązaniach (TSR). Początkowo klient prezentował dużą ostrożność, nieufność wobec testów (np. ACL), trudność w samoopisie i silne emocje – w tym lęk, złość oraz napięcie somatyczne. Pojawiły się gesty agresji (uderzenie w ramię fotela), które świadczyły o wewnętrznej niezgodzie i trudnościach z regulacją emocji. Stan napięcia emocjonalnego można również dostrzec w rysunku imienia pana L.

Rysunek 4.19.

Rysunek imienia przed interwencją terapeutyczną



Rysunek może być interpretowany jako wizja wewnętrznego stanu emocjonalnego oraz sposobu postrzegania siebie w kontekście tożsamości. Kompozycja przedstawia gęste, pionowe linie przez które częściowo wyłaniają się zapisane pomarańczową kredką imię „Lucju” – nieukończone i nie w pełni odsłonięte.

Zasłonięcie imienia może symbolizować trudność w dostępie do własnej tożsamości, niepewność co do tego, „kim jestem”, a także brak gotowości na pełne ujawnienie siebie.

Nieukończenie napisu można rozumieć jako przerwana narrację o sobie lub emocjonalny dystans.

Dominujące szare tło i powtarzalne pionowe kreski mogą wskazywać na doświadczenie przytłoczenia, smutku, zamrożenia emocjonalnego lub potrzeby kontroli i regulacji napięcia. Jednocześnie obecność delikatnych kolorów pastelowych (róż, fiolet, pomarańcz), choć stłumionych, sugeruje istnienie wewnętrznych potrzeb emocjonalnych, wrażliwości i potencjału do zmiany, które pozostają jednak ukryte pod warstwą obronności.

Z perspektywy terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach warto zwrócić uwagę, że imię – mimo iż niepełne – jest obecne i próbuje „przebić się” przez szarość, co może być metaforycznym przejawem gotowości do zmiany.

Praca z panem L. koncentrowała się na: eksploracji tego, co już działa i jest wystarczające, wzmacnianiu zasobów i wartości klienta (np. zaangażowanie w ojcostwo), stosowaniu pytań relacyjnych (np. „Co dobrego mogłaby o panu powiedzieć córka?”), identyfikowaniu wyjątków od trudności, pracy z wizją preferowanej przyszłości i samoakceptacją, analizie funkcji zamartwiania się i nawyków myślowych.

W ramach procesu dostosowano się do potrzeb klienta i uwzględniono również psychoedukację oraz analizę schematów rodzinnych. Pan L. zaczął uważniej dostrzegać własne potrzeby, relacje i wpływ na otoczenie. Spotkania rozpoczynały się pytaniami o pozytywne wydarzenia, co służyło kształtowaniu alternatywnej, zasobowej narracji o sobie.

Z biegiem czasu pan L. zaczął wykazywać większą otwartość, poczucie wpływu i gotowość do działania. Sam zauważał, że potrafi wyznaczać granice i komunikować potrzeby – także w relacji z partnerką. W jednym z konfliktów partnerskich potrafił zareagować asertywnie. Podkreślił również, że podczas ważnego dla niego wydarzenia (związanego ze zmianą miejsca zamieszkania) nie odczuwał lęku, choć to, jak zauważył: „wcześniej byłoby dla mnie trudne”.

Symbolicznie ważnym elementem była praca z rysunkiem imienia: na początku procesu pan L. widział tylko 3–4 litery na szarym tle. W rysunku końcowym dominuje szaro-niebieskie tło, utworzone z równoległych, horyzontalnych linii. Rysunek pozbawiony jest już znaku osobistego – imienia lub innych symboli. Uczestnik sam określił ten obraz jako „nic”, interpretując go jako stan, w którym „nie widzi”. Taka wypowiedź może jednak sugerować nie brak, lecz przestrzeń przejściową – stan redefinicji siebie, o której klient sam wspominał. Głośno zastanawiał się, czy to nie jest moment, gdzie może tworzyć siebie na nowo.

Rysunek 4.20.

Rysunek imienia pod koniec procesu



Sam uczestnik stwierdził, że w trakcie procesu zwiększyła się jego samoświadomość – był w stanie nazwać wcześniejsze mechanizmy unikania i zaprzeczania, które wcześniej wypierał. Praca terapeutyczna przyniosła również większą szczerłość wobec samego siebie.

Proces nie został zakończony – pan L. kontynuuje terapię. Jednak już na tym etapie zauważalne były pozytywne zmiany w zakresie samoświadomości, sprawczości i akceptacji własnej tożsamości. Wspierało go także równoległe uczestnictwo w mediacjach partnerskich, przy ścisłej współpracy terapeuty i mediatora.

Istotnym momentem była wypowiedź skierowana do partnerki: „Jestem, jaki jestem” – co można interpretować jako komunikat zamykający wobec partnerki oraz niechęć do współpracy czy zmian. Jednakże wypowiedzenie tych słów przyniosło klientowi ulgę i jednocześnie stało się punktem wyjścia do dalszej pracy nad tym, co realnie możliwe jest do zmiany w postrzeganiu siebie samego, a także doświadczeniem swoistej akceptacji, ponieważ jak stwierdził pan L.: „Ciągłe przed sobą uciekał”. Paradoksalnie – to doświadczenie pozwoliło zatrzymać się klientowi i przyjrzeć realnie sobie.

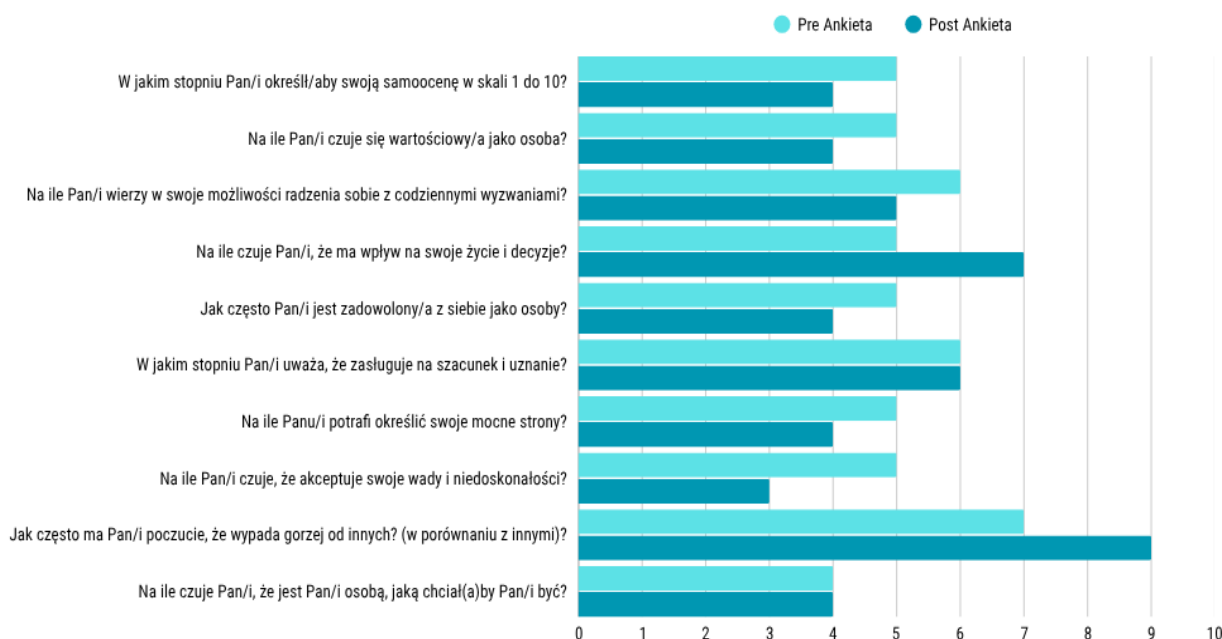
Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

Po zakończeniu procesu terapeutycznego uczestnik wskazał, że dostrzegł u siebie większą świadomość własnych ograniczeń. Sesje TSR pozwoliły mu również zauważyć i zacząć rozpoznawać granice w relacjach interpersonalnych, co wcześniej stanowiło trudność. Jako największą zmianę wskazał odrobinę większą samoświadomość, a kluczowym osobistym odkryciem było uświadomienie sobie, że potrafi wyznaczać granice.

W przypadku pana L. wyniki pre- i postankiet nie wskazują na jednoznaczny wzrost. Samoocena i poczucie wartości nieznacznie spadły (z 5 do 4), natomiast wzrosło poczucie wpływu na życie (z 5 do 7), co uczestnik uznał za istotne. Pojawiło się większe zrozumienie własnych ograniczeń oraz rozpoznawanie granic w relacjach. TSR została oceniona jako umiarkowanie pomocna – najwyżej oceniono komplementowanie (9), natomiast pytania relacyjne i o zasoby uzyskały ocenę 6. Proces ten był bardziej refleksyjny niż transformacyjny.

Rysunek 4.21.

Dane z ankiet – pan L.



W jego odczuciu nurt TSR nie różnił się znacząco od wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych, jednak za najbardziej pomocne uznał rozmowy, które uruchamiały procesy myślowe skoncentrowane na jego własnym zachowaniu. Zmiana – jak zaznaczył – była możliwa dzięki regularnym spotkaniom, jego refleksji nad omawianymi sprawami oraz ich systematycznej obserwacji w codziennym życiu.

Jako najmniej użyteczne uczestnik wskazał tradycyjne pytanie podsumowujące sesję typu „Z czym wychodzę?” – które, jego zdaniem, nie wносиło istotnej wartości do procesu. Sam proces terapeutyczny określił na poziomie 9 w 10 stopniowej skali satysfakcji. Natomiast jako najkorzystniejsze w procesie pan L. wskazał poniższe interwencje terapeutyczne: komplementowanie, sugestie „domowe” oraz ocenione na tym samym poziomie pytania o zasoby i pytania relacyjne.



Rysunek 4.22.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pana L.

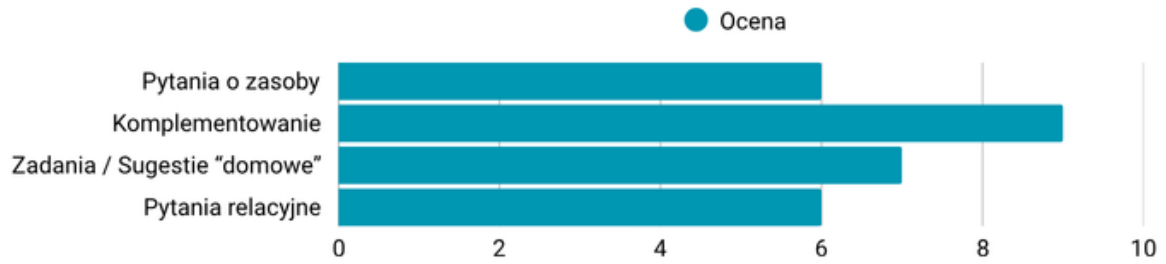
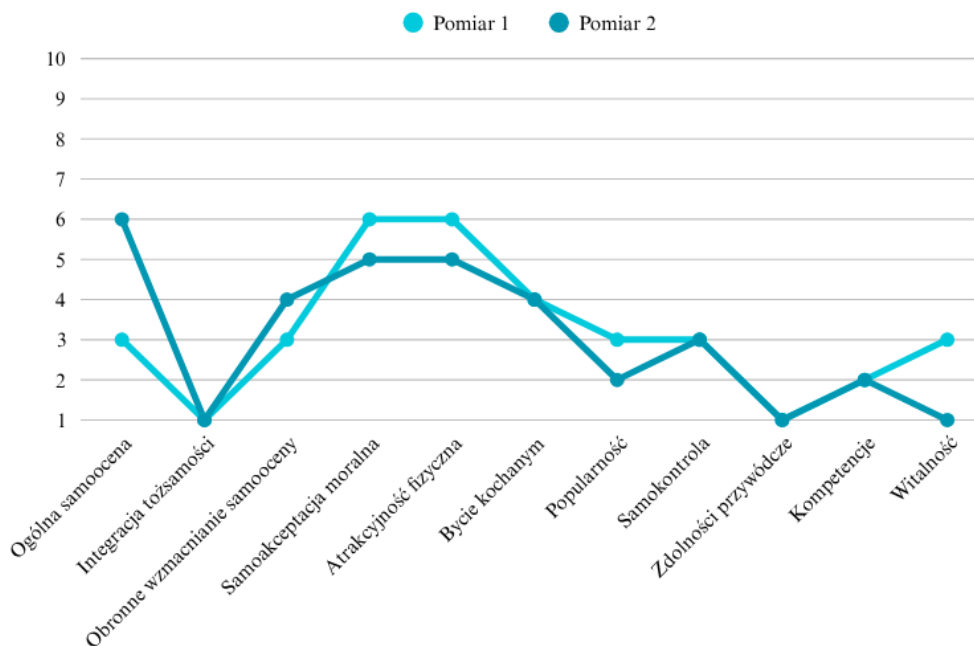


Tabela 4.7

Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
Ogólna samoocena	3	1-4	niski (niski - przeciętny)	6	4-8	przeciętny (przeciętny - wysoki)	+3
Integracja tożsamości	1	1	niski (niski)	1	1-2	niski (niski)	brak
Obronne wzmacnianie samooceny	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	4	2-5	przeciętny (niski - przeciętny)	+1
Samoakceptacja moralna	6	4-7	przeciętny (przeciętny)	5	4-7	przeciętny (przeciętny)	-1
Atrakcyjność fizyczna	6	4-7	przeciętny (przeciętny)	5	4-7	przeciętny (przeciętny)	-1
Bycie kochanym	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	brak
Popularność	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	2	1-4	niski (niski - przeciętny)	-1
Samokontrola	3	1-4	niski (niski - przeciętny)	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	brak
Zdolności przywódcze	1	1-3	niski (niski)	1	1-2	niski (niski)	brak
Kompetencje	2	1-3	niski (niski)	2	1-4	niski (niski - przeciętny)	brak
Witalność	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	1	1	niski (niski)	-2

Rysunek 4.23.
Zapis graficzny wyników MSEI pana L.



Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze *ogólna samoocena* pana L. mieściła się w zakresie niskim z tendencją do przeciętnego (3, przedział ufności 1–4). Wskazuje to na ogólnie niską samoocenę, choć z potencjałem do poprawy. Szczególnie niepokojące są wyniki w zakresie *integracji tożsamości* (1), co może świadczyć o znacznych trudnościach w budowaniu spójnego obrazu własnej osoby oraz o niestabilnym poczuciu tożsamości.

Również *zdolności przywódcze* (1) i *kompetencje* (2) zostały ocenione bardzo nisko, co może odzwierciedlać brak wiary we własną sprawczość oraz trudności w podejmowaniu ról zadaniowych czy kierowniczych. Obszar *popularności* również wypadł nisko (3), co może sugerować niską samoocenę społeczną.

Samokontrola, witalność oraz obronne wzmacnianie samooceny również znalazły się na poziomie niskim (3), wskazując na trudności w regulowaniu emocji, ograniczoną energię życiową i brak mechanizmów obronnych wspierających obraz siebie.

Z kolei niektóre aspekty funkcjonowania prezentowały się lepiej. *Samoakceptacja moralna* (6) oraz *atrakcyjność fizyczna* (6) mieściły się w zakresie przeciętnym, co sugeruje względnie pozytywne postrzeganie siebie w tych wymiarach. Również poczucie *bycia kochanym* oceniono jako przeciętne (4), co może wskazywać na obecność relacji wspierających.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po interwencji terapeutycznej



Drugi pomiar ujawnił pewne zmiany. *Ogólna samoocena* wzrosła do poziomu przeciętnego (6), co może wskazywać na wzrost zadowolenia z siebie i ogólnie bardziej pozytywny stosunek do własnej osoby.

Pomimo tej pozytywnej zmiany w wielu aspektach samoocena utrzymała się na poziomie niskim. *Integracja tożsamości, zdolności przywódcze* oraz *kompetencje* nadal były oceniane bardzo nisko (1–2), co sugeruje brak spójności wewnętrznej i trudności w obszarze działania i wpływanie na otoczenie.

Nieznaczną poprawę zaobserwowano w obszarze *obronnego wzmacniania samooceny* (wzrost z 3 do 4), co może sugerować nieco lepsze radzenie sobie z negatywnymi informacjami o sobie. Jednak obszar *witalności* uległ pogorszeniu – wynik spadł do 1, wskazując na bardzo niski poziom energii, motywacji i aktywności psychofizycznej.

Pozostałe obszary, takie jak *samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, bycie kochanym, popularność* oraz *samokontrola*, pozostały na poziomach niskich lub przeciętnych, bez istotnych zmian w stosunku do pierwszego pomiaru.

Wyniki uzyskane przez pana L. w obu pomiarach wskazują na utrzymujące się trudności w zakresie samooceny, zwłaszcza w aspektach tożsamościowych, społecznych i kompetencyjnych. Pomimo wzrostu ogólnego poczucia własnej wartości w drugim pomiarze, wiele wymiarów nie wykazuje znaczącej poprawy, a niektóre (np. *witalność*) uległy pogorszeniu. Sugeruje to, że pozytywna zmiana może mieć charakter powierzchowny lub niestabilny po sesjach terapeutycznych.

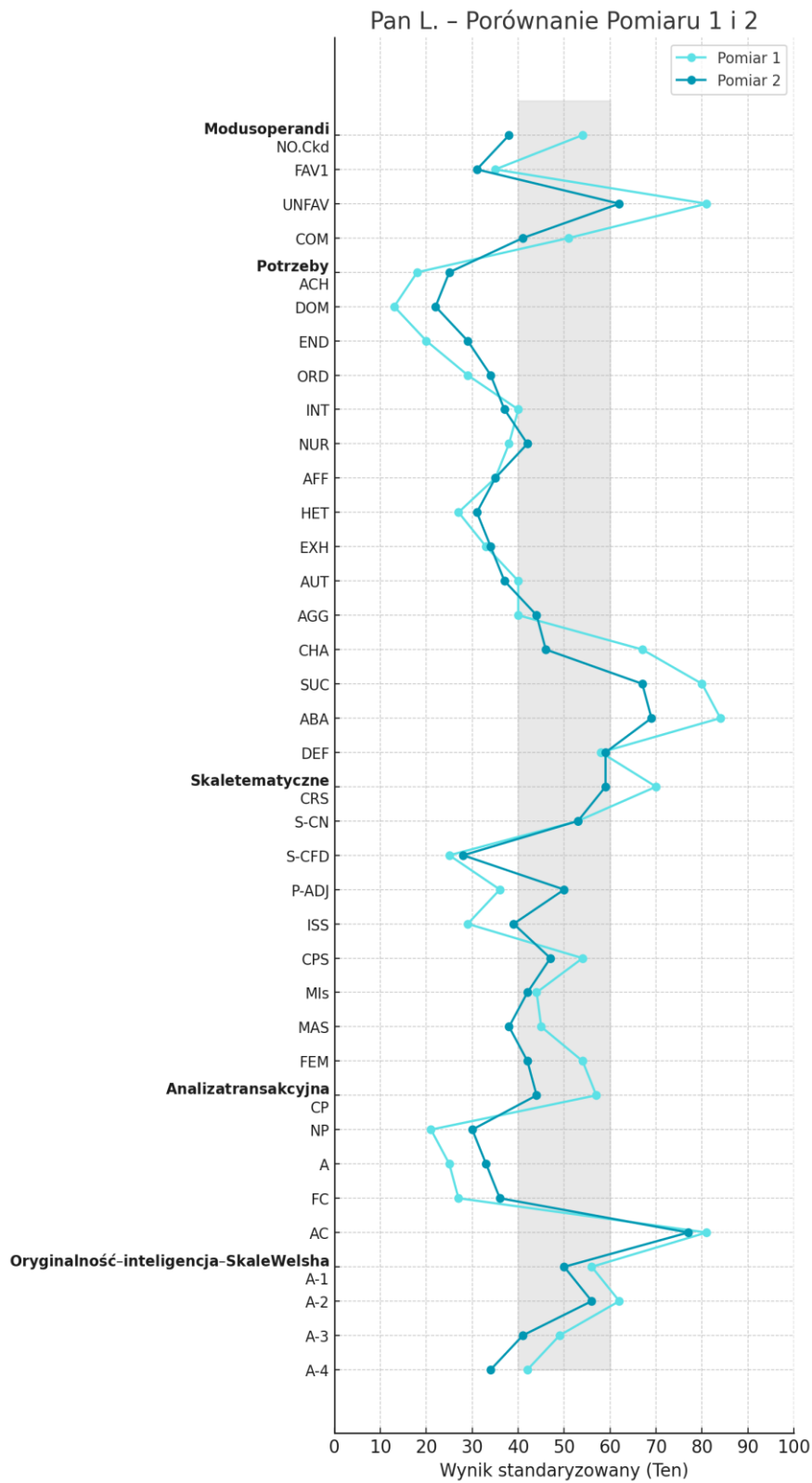
Wysokie wyniki w zakresie *samoakceptacji moralnej* i *atrakcyjności fizycznej*, utrzymujące się w granicach przeciętnych, mogą stanowić zasoby pana L. W przypadku dalszej pracy z klientem, wskazane byłyby: wsparcie w kierunku wzmacniania spójności tożsamości, budowanie poczucia sprawczości oraz rozwijanie konstruktywnych mechanizmów regulacji emocji.



Tabela 4.8
Dane z testów ACL

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.Ckd</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	54	38
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	35	31
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	81	62
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	51	41
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	18	25
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	13	22
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	20	29
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	29	34
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	40	37
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekiowania się</i>	38	42
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	35	35
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	27	31
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	33	34
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	40	37
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	40	44
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	67	46
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	80	67
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	84	69
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	58	59
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	70	59
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	53	53
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	25	28
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	36	50
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	29	39
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	54	47
	<i>MI</i>	<i>Przywództwo</i>	44	42
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	45	38
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	54	42
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	57	44
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	21	30
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	25	33
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	27	36
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	81	77
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	56	50
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	62	56
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	49	41
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	42	34

Rysunek 4.24.
Zapis graficzny dwóch wyników testu ACL



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze pan L. zaznaczył łącznie 88 przymiotników, co przeliczone w skali tenowej odpowiada wartości 54, a więc mieści się w zakresie normy (40–60). Warto przy tym zauważyć istotną dysproporcję pomiędzy wymiarem pozytywnym i negatywnym – wynik dla przymiotników pozytywnych wynosił 35 (wynik niski), natomiast dla przymiotników negatywnych aż 81 (wynik bardzo wysoki). Oznacza to wyraźną przewagę negatywnego obrazu siebie, co wskazuje na bardzo niską samoocenę oraz silnie krytyczne nastawienie do własnej osoby. Tego typu konfiguracja może świadczyć o obecności wysokiego poziomu napięcia wewnętrznego, odrzucenia siebie oraz silnych emocji negatywnych – co też, jak wskazywał sam klient, znajdowało odzwierciedlenie w jego przeżyciach. Wskaźnik typowości *COM* (51) mieści się w normie, co pozwala uznać, że obraz przedstawiony przez badanego jest wiarygodny.

W zakresie potrzeb psychologicznych uwagę zwraca wysoki wynik w skali *CHA* (67), świadczący o silnej potrzebie zmian, unikania stagnacji. Może on odzwierciedlać frustrację i wewnętrzny chaos, a także impulsywną potrzebę przełomu – co znalazło odzwierciedlenie w trakcie spotkań z klientem.

Istotne jest, że wynik ten współwystępuje z bardzo wysokimi wartościami w skalach: *SUC* (80) – potrzeba doznawania opieki, *ABA* (84) – potrzeba samoponizania oraz *DEF* (58) – potrzeba podporządkowania. Wskazuje to na profil osoby zależnej, niepewnej siebie, z jednej strony szukającej pomocy i wsparcia, a z drugiej – wyrażającej silną potrzebę wyjścia z aktualnej sytuacji emocjonalnej. Takie zestawienie świadczy o wewnętrznym konflikcie pomiędzy uległością a potrzebą zmiany.

Dodatkowo bardzo niskie wyniki w skalach *DOM* (13) – potrzeba dominacji oraz *ACH* (18) – potrzeba osiągnięć, wskazują na brak sprawczości, obniżoną motywację oraz przekonanie o niskiej skuteczności własnych działań. Skale wytrwałości *END* (20) – wynik bardzo niski oraz afiliacji *AFF* (35) – wynik niski, potwierdzają trudności w nawiązywaniu trwałych relacji, wycofanie oraz ograniczoną gotowość do zaangażowania się społecznie. Potrzeba autonomii i agresji *AUT* i *AGG* (po 40) pozostają na dolnej granicy normy, co można interpretować jako napięcie między zależnością a pragnieniem niezależności.

Wyniki w skalach tematycznych również wskazują na trudności w funkcjonowaniu. Wysoki wynik w skali *CRS* (70) świadczy o bardzo dużej gotowości do podjęcia terapii, co może wynikać nie tylko z motywacji do zmiany, lecz także z silnego poczucia braku akceptacji siebie i potrzeby uzyskania pomocy. W pozostałych skalach tematycznych odnotowano wyniki: (a) *S-CFD* (25) – bardzo małe zaufanie do siebie; (b) *P-ADJ* (36) – niski poziom przystosowania



osobistego oraz (c) *ISS* (29) – bardzo słaba wizja *Ja* idealnego, co może świadczyć o niskiej samoświadomości, braku aspiracji oraz „biernym funkcjonowaniu”.

W kontekście analizy transakcyjnej, bardzo wysoki wynik w skali *AC* (81) wskazuje na skrajnie uległą postawę, brak asertywności i podporządkowanie się otoczeniu. Równocześnie wysoki wynik w skali *CP* (57) – czyli rodzic krytyczny – może wskazywać na obecność surowego, wewnętrznego krytyka, który dominuje nad pozostałymi funkcjami psychicznymi. Dodatkowo bardzo niski wynik w skali *NP* (21) – rodzic opiekuńczy – świadczy o braku łagodności i wsparcia wobec siebie, co może pogłębiać objawy emocjonalnego cierpienia. Niskie wartości w skalach *A* (25) – dorosły oraz *FC* (27) – dziecko spontaniczne, sugerują niewielką zdolność do refleksji, trudności w regulacji emocjonalnej oraz zablokowaną ekspresję uczuć.

Wyniki w skalach oryginalności i inteligencji (Welsha) wskazują na istotny zasób – bardzo wysoki wynik w skali *A-2* (62) sugeruje wysoki potencjał twórczy i poznawczy. Pozostałe wyniki w tej grupie skal mieszczą się w granicach normy, co oznacza, że zdolności intelektualne oraz twórcze mogą stanowić solidne podstawy dla dalszego rozwoju.

Warto zaznaczyć, że profil ten przedstawia osobę uległą, surowo oceniającą siebie i zmagającą się z silnym wewnętrznym napięciem, choć jednocześnie wysoce zmotywowaną do zmiany.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po interwencji terapeutycznej

W drugim pomiarze widoczne są pewne oznaki poprawy w funkcjonowaniu pana L. Choć jego ogólny profil nadal mieści się w zakresie obniżonym – liczba przymiotników pozostała na poziomie 38 tenów, co oznacza wynik niski – niewiele poniżej dolnej granicy normy. Wyniki dla przymiotników pozytywnych i negatywnych również pozostają nierównomierne: *FAV* (31) – niski, *UNFAV* (62) – wysoki. Choć przymiotniki negatywne nadal przeważają, różnica pomiędzy nimi a pozytywnymi zmniejszyła się w porównaniu z pierwszym pomiarem (stosunek spadł z 2,31 do 2,00), co może świadczyć o stopniowym budowaniu bardziej zrównoważonego obrazu siebie.

W zakresie potrzeb emocjonalnych i społecznych utrzymują się wysokie wyniki w skalach zależności: *SUC* (67), *ABA* (69) oraz *DEF* (59). Ich nieco niższe wartości w porównaniu z pomiarem pierwszym mogą jednak wskazywać na spadek poziomu zależności emocjonalnej i powolne odzyskiwanie sprawczości. Wzrosty w skalach *DOM* (22), *ACH* (25) i *END* (29) pozostają w przedziale bardzo niskim lub niskim, jednak sam kierunek zmian może sugerować uruchamianie energii działania. *AGG* (44) mieści się w normie, co można odczytywać jako zwiększoną zdolność do wyznaczania granic i ochrony siebie. Obniżenie *CHA*



(46) – wynik średni względem pierwszego pomiaru (67) może świadczyć o postępującej stabilizacji emocjonalnej.

W obszarze skal tematycznych odnotowano nieznaczną poprawę w zakresie zaufania do siebie *S-CFD* (28) oraz przystosowania osobistego *P-ADJ* (50) – wartość normatywna. *ISS* (39), choć nadal interpretowany jest jako wynik niski, wskazuje na bardziej określony i realistyczny obraz *Ja* idealnego. *CRS* (59) mieści się w normie i potwierdza nadal obecną gotowość do pracy psychologicznej. Wynik *S-CN* (53) sugeruje utrzymującą się zdolność do samokontroli, co odzwierciedla stabilizację w regulacji emocji.

W analizie transakcyjnej widoczne są pewne zmiany. Wartość *AC* (77), choć nadal bardzo wysoka, jest niższa niż w pomiarze pierwszym, co może wskazywać na stopniowe wycofywanie się z postawy podporządkowania. Wzrosty w skalach *FC* (36) – dziecko spontaniczne oraz *A* (33) – dorosły, choć mieszczą się w przedziale niskim, mogą sugerować stopniowe uzyskiwanie dostępu do ekspresji emocjonalnej, refleksyjności oraz zdolności świadomego reagowania. *CP* (44) – rodzic krytyczny – mieści się w normie, co oznacza osłabienie wewnętrznego krytycyzmu, natomiast wzrost *NP* (30) – rodzic opiekuńczy – może świadczyć o rozwijaniu bardziej wspierającego stosunku do samego siebie.

W skalach Welsha *A-2* (56) nadal pozostaje w zakresie normy, choć obniżył się względem pierwszego pomiaru. Może to oznaczać bardziej realistyczne spojrzenie na własne możliwości twórcze i poznawcze, z jednoczesnym zachowaniem potencjału intelektualnego. Pozostałe wyniki również mieszczą się w normie.

Analiza dwóch pomiarów pozwala wnioskować o istotnych zmianach w zakresie obrazu siebie pana L. Profil z pierwszego pomiaru ukazuje osobę zmagającą się z wysokim poziomem uległości, krytycyzmem i brakiem sprawczości, przy jednoczesnej silnej potrzebie zmiany. Jednocześnie dane jakościowe potwierdzały ten obraz – klient opisywał siebie jako „niewidocznego”, „biernego”, a zarazem „uwikłanego” w relacje, w których odczuwał brak wpływu.

Pomiar drugi wskazuje na początkową fazę poprawy, szczególnie widoczną w obszarze zaufania do siebie, lepszego przystosowania. Zmiany te mogą świadczyć o skutecznym uruchomieniu procesu terapeutycznego, który – jak może się wydawać – choć wciąż jest kontynuowany, przebiega w konstruktywnym kierunku, co znajduje odzwierciedlenie w trakcie rozmów z klientem.

Podsumowanie

Czynnikiem wspierającym zmiany była bezpieczna relacja terapeutyczna. Znaczącą rolę odegrała również praca między sesjami – klient podejmował refleksję nad własnymi reakcjami,



notował różne przemyślenia w trakcie sesji. Konsekwentne odzwierciedlanie, uprawomocnienie stanów emocjonalnych oraz komplementowanie prowadziło do stopniowego wzrostu świadomości i urealnienia obrazu siebie.

Dane z MSEI również wskazują na pewien wzrost samokontroli i poczucia przystosowania, choć ogólna samoocena nadal pozostaje na niskim poziomie. Przekłada się to na subiektywny obraz zmian – klient nie określał ich jako radykalne, ale podkreślał większy wgląd, „zatrzymywanie się” przy sobie i większą uważność wobec własnych stanów.

Na podstawie zgromadzonych danych jakościowych oraz wyników kwestionariuszy można wskazać obszary, które należy uwzględnić w dalszej pracy z klientem.

Po pierwsze, istotne będzie wzmocnianie jego poczucia sprawczości, czyli wspieranie klienta w podejmowaniu działań, które pozwolą mu realnie wpływać na własne życie i decyzje. Może to obejmować pracę nad wzmocnianiem motywacji wewnętrznej oraz budowaniem doświadczeń sukcesu w codziennych sytuacjach.

Kolejny ważny obszar to praca z wewnętrznym krytykiem. Wskazane jest kontynuowanie rozpoznawania jego form, źródeł i intensywności oraz stopniowe wprowadzanie bardziej wspierającego, łagodnego języka w odniesieniu do siebie. Praca ta może przyczynić się do dalszego rozwoju samoakceptacji i obniżenia poziomu napięcia wewnętrznego.

Równocześnie warto rozwijać umiejętności asertywnego wyznaczania granic, szczególnie w relacjach, w których klient ma tendencję do podporządkowania. Trening asertywności może wspierać klienta w odzyskiwaniu autonomii i wzmocnianiu poczucia własnej wartości.

Zalecana jest również eksploracja tożsamości i ról społecznych, co może sprzyjać lepszemu różnicowaniu między *Ja* realnym a *Ja* idealnym. Tego rodzaju praca pozwala klientowi urealniać oczekiwania wobec siebie i wzmocniać własne, wewnętrzne standardy, zamiast kierować się głównie zewnętrznymi normami lub oceną innych.

Na koniec istotne będzie utrzymanie stylu pracy terapeutycznej skoncentrowanego na zasobach i uważności, ponieważ – jak wynika z obserwacji – klient dobrze reaguje na podejście wspierające, nienarzucające oraz oparte na akceptacji i współpracy. Taki sposób pracy może sprzyjać dalszemu wzmocnianiu refleksyjności i zdolności do samoregulacji emocjonalnej.

Przypadek pana L. stanowi przykład procesu, w którym nawet przy silnie obniżonej samoocenie i dominujących cechach zależnościowych możliwe jest stopniowe uruchamianie mechanizmów zmiany i pewnej stabilizacji. Wskazuje to na zasadność pracy w bezpiecznym

rytmie, z poszanowaniem tempa klienta oraz z wykorzystaniem jego naturalnych zasobów, takich jak np. refleksyjność.

4.1.5. Studium przypadku – pani Joanna

Kontekst życiowy

Pani Joanna, 46-letnia kobieta, mieszkanka dużego miasta, jest matką dwójki dzieci: 12-letniego syna z ADHD i 10-letniej córki. Jest czynna zawodowo, jednak nie odczuwa satysfakcji z wykonywanej pracy. W trakcie trwania procesu terapeutycznego doszło do separacji – obecnie pani Joanna i jej mąż mieszkają osobno, a sytuacja zmierza w kierunku rozwodu. Sama przyznaje, że zarówno ona, jak i partner byli niedojrzali w kontekście tworzenia relacji. Ich znajomość rozpoczęła się podczas udziału w grupie terapeutycznej.

Pani Joanna ma za sobą 10 lat terapii psychoanalitycznej. Do programu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach zgłosiła się w wyniku sugestii specjalisty z poradni zdrowia psychicznego. W procesie ujawniono także doświadczenia nadużyć seksualnych w przeszłości w kierunku klientki.

Uczestniczka nie słyszała wcześniej o terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Natomiast wyobrażenia, jakie miała na jej temat, to: nieanalizowanie przyczyn, koncentrowanie się na przyszłości i celach.

Bezpośrednią motywacją było pragnienie pracy nad tzw. „wewnętrznym dzieckiem”. Klientka poszukiwała nowych sposobów funkcjonowania i kontaktu ze sobą, potrzebując bardziej empatycznego, zasobowego podejścia. Decyzja o podjęciu terapii zapadła w trudnym okresie życiowym – na granicy rozpadu związku, w warunkach przeciążenia i zmęczenia.

Przebieg procesu terapeutycznego

Proces przebiegał początkowo z przerwami spowodowanymi m.in. okresem świąteczno-noworocznym oraz trudnościami zdrowotnymi zarówno klientki, jak i prowadzącej. Pomimo przerw, klientka powracała do spotkań.

Pani Joanna w trakcie jednej z sesji została poproszona o stworzenie rysunku swojego imienia. W odpowiedzi stworzyła dwa rysunki. Najpierw stworzyła prosty, delikatny rysunek z podpisem „Joanna” i „Asia” w cienkiej, różowej kresce. Zapis („Joanna” i „Asia”) był mniejszy i subtelny, co może symbolizować niepewność, powściągliwość lub ograniczony dostęp do własnej ekspresji. Po chwili klientka, nieusatysfakcjonowana efektem, zdecydowała się stworzyć nową wersję – bardziej wyrazistą, śmielszą, z silniejszym zaznaczeniem obecności. Druga wersja, którą stworzyła, cechuje się grubszą kreską, większymi literami i mocniejszym zaznaczeniem obu wersji imienia.

Taka sekwencja może być odczytywana jako wczesny, spontaniczny przejaw potrzeby zmiany – potrzeby „bycia widzianą” oraz odzyskiwania wpływu na sposób, w jaki się siebie przedstawia.

Rysunek 4.25.

Rysunek imienia pani Joanny przed procesem terapeutycznym



W trakcie procesu dominowała praca na bieżących tematach wnoszonych przez panią Joannę – często o charakterze egzystencjalnym (np. „Co to znaczy żyć?”). Widoczna była tendencja do intelektualizacji – charakterystyczna dla osoby po długoletniej terapii analitycznej. Rzadko pojawiały się reakcje takie jak uśmiech czy emocja wzruszenia, jednak w momentach pozytywnego wzmocnienia klientka reagowała mimiką i gestami świadczącymi o poruszeniu.

Terapeutka koncentrowała się na wzmacnianiu zasobów, sprawczości i rozpoznawaniu potrzeb klientki. Używano interwencji związanych z eksploracją zmian możliwych w życiu pani Joanny – np. „Jak będzie wyglądało jej życie, kiedy częściej będzie w zgodzie ze sobą?”. Praktykowano komplementowanie, poszukiwanie wyjątków i wspieranie refleksji.

Zwracano uwagę na postawę klientki wobec wyznaczania granic oraz jej potrzebę odnalezienia przestrzeni dla siebie. W międzyczasie klientka rozpoczęła również terapię parą u innego specjalisty. Wspólnym tematem obu procesów była redefinicja ról i tożsamości oraz refleksja nad zakończeniem wieloletniego „bycia w terapii”.

Na ostatnich spotkaniach – mimo oporu wyrażanego spóźnieniami – klientka zaczęła artykułować potrzebę posiadania „czasu dla siebie” i chęć „życia poza gabinetem”. To sygnalizowało gotowość do przeniesienia refleksji terapeutycznej w codzienność.

W procesie pojawiła się również refleksja nad długotrwałym uczestnictwem w terapiach – zauważalna była trudność z rozstawianiem się z opieką psychologiczną. Pojawiło się pytanie o sens ciągłego „bycia w procesie”, co może wskazywać na ważny moment przejścia i potrzebę redefinicji swojej tożsamości i zasobów niezależnie od roli pacjentki.

W kontekście wieloletnich doświadczeń klientki w relacji terapeutycznej, także o charakterze analitycznym, opóźnienia w przychodzeniu na sesje mogą być postrzegane jako przejaw rosnącej samoświadomości i integracji wewnętrznej. Z perspektywy TSR taka sytuacja

może mieć różne znaczenia – które najlepiej zna sama klientka. Można ją rozumieć zarówno jako wyraz jej sprawczości i decyzyjności, jak i ewentualną informację zwrotną dotyczącą jakości relacji terapeutycznej. W nurcie TSR zakłada się, że klient podejmuje najlepsze możliwe decyzje w danym momencie swojego życia – także te, które odbiegają od oczekiwań terapeuty.

Spotkania z panią Joanną zakończył symbolicznie powtórny rysunek.

Rysunek 4.26.

Rysunek pani Joanny na koniec procesu terapeutycznego



Rysunek przedstawia imię „Asia” zapisane dużymi, wyraźnymi, błękitnymi literami i otoczone elementami symbolizującymi życie, naturę i lekkość – jak słońce, motyl, rośliny i liście. Kompozycja jest przejrzysta, kolorowa i harmonijna. Ten obraz może być odczytany jako przejaw większej integracji tożsamości i ekspresji. Jasne kolory i elementy natury mogą symbolizować ożywienie emocjonalne, odzyskanie sprawczości oraz lepszy kontakt z własnymi potrzebami i wartościami.

Z perspektywy TSR rysunek ten może być rozumiany jako obraz „preferowanej przyszłości” – zgodnie z metaforą terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (de Shazer 2008). Utrwalenie imienia w formie kolorowej i otwartej przestrzeni może świadczyć o wzroście samoakceptacji oraz większym poczuciu wpływu na swoje życie.

Podsumowanie

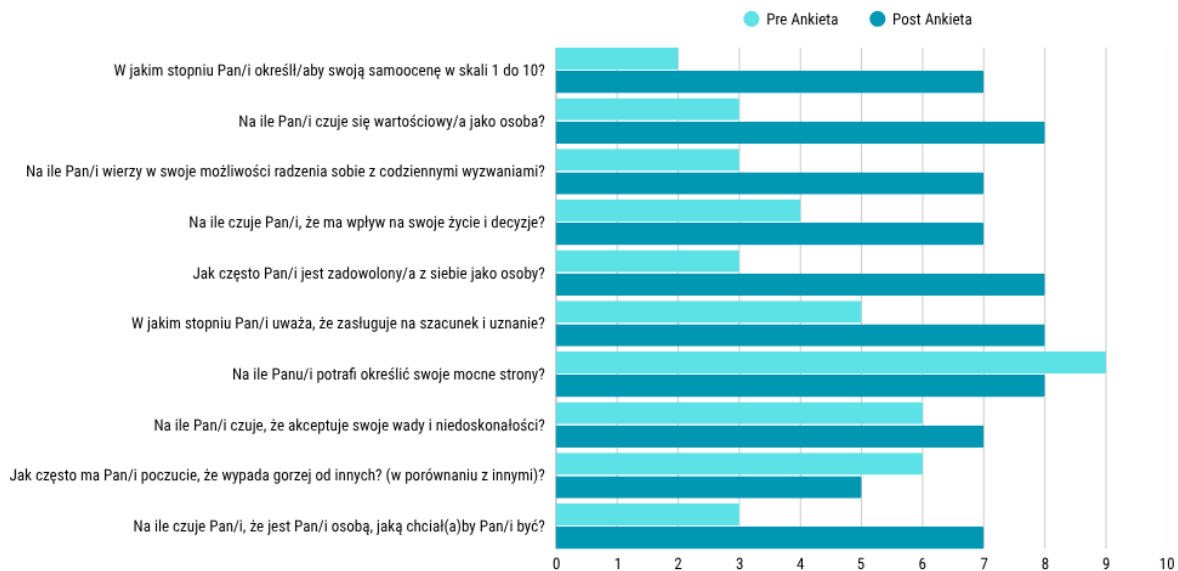
Proces terapeutyczny w nurcie TSR został zakończony, choć Pani Joanna kontynuuje obecnie terapię par u innego specjalisty. W końcowych etapach spotkań klientka wyraziła zainteresowanie wsparciem doradczo-zawodowym. Z uwagi na potrzebę zachowania przejrzystości ról i granic w relacji terapeutycznej, zaproponowano możliwość skorzystania z takiego wsparcia u innego specjalisty w późniejszym czasie.

Choć formalne zakończenie terapii indywidualnej nie zostało przez klientkę jednoznacznie określone, zauważalne były oznaki wewnętrznej zmiany – w tym wzrost samoświadomości, lepsze rozumienie własnych granic oraz wyraźniejsze ukierunkowanie na działania poza przestrzenią gabinetu. Można uznać, że proces ten stanowił dla pani Joanny

ważny etap przygotowujący do dalszego rozwoju – w sposób, który sama uzna za najbardziej wspierający na danym etapie życia.

Rysunek 4.27.

Dane z ankiet – pani Joanna

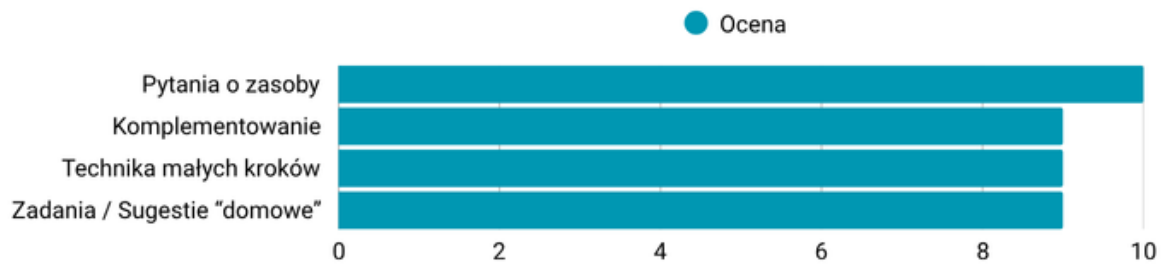


Klientka zaczęła się starać się bardziej koncentrować się na zasobach i dawać sobie prawo do nieanalizowania. Ponadto zaczęła bardziej uświadamiać sobie swoje stanowisko oraz brać pod uwagę swoje pragnienia. Dodatkowo daje sobie większe prawo do życia inaczej niż dotychczas, ale może jeszcze nie wiedzieć, jak. Ma też prawo być niedoskonała i mieć czasami sprzeczne uczucia i pragnienia. Uczestniczka zauważyła, że w terapii psychoanalitycznej wszystko analizowała od podszewki. Okazało się, że nie zawsze jest to potrzebne, czy konieczne, by żyć w satysfakcjonujący sposób. To, co było dla klientki najcenniejsze, to towarzyszenie terapeutki w procesie spostrzeżenia co do kierunku, w którym zmierza klientka oraz akceptacja, przyzwolenie na to, że klientka nie musi wszystkiego wiedzieć. Największy wpływ na zmianę miał fakt, że klientka odczuwała potrzebę zmiany, miała dość dotychczasowego życia.

Jednocześnie uczestniczka stwierdziła, że warto skorzystać z tego nurtu, choć miała również wątpliwości, na ile to podejście działa w przypadku tzw. dużych kryzysów. Wg klientki wówczas czasem warto zatrzymać się i przeanalizować. Pani Joanna zwróciła uwagę na moment skorzystania ze wsparcia – czas, gdy chciała nauczyć się żyć w nowy sposób. W takich sytuacjach poleca nurt.

Rysunek 4.28.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Joanny



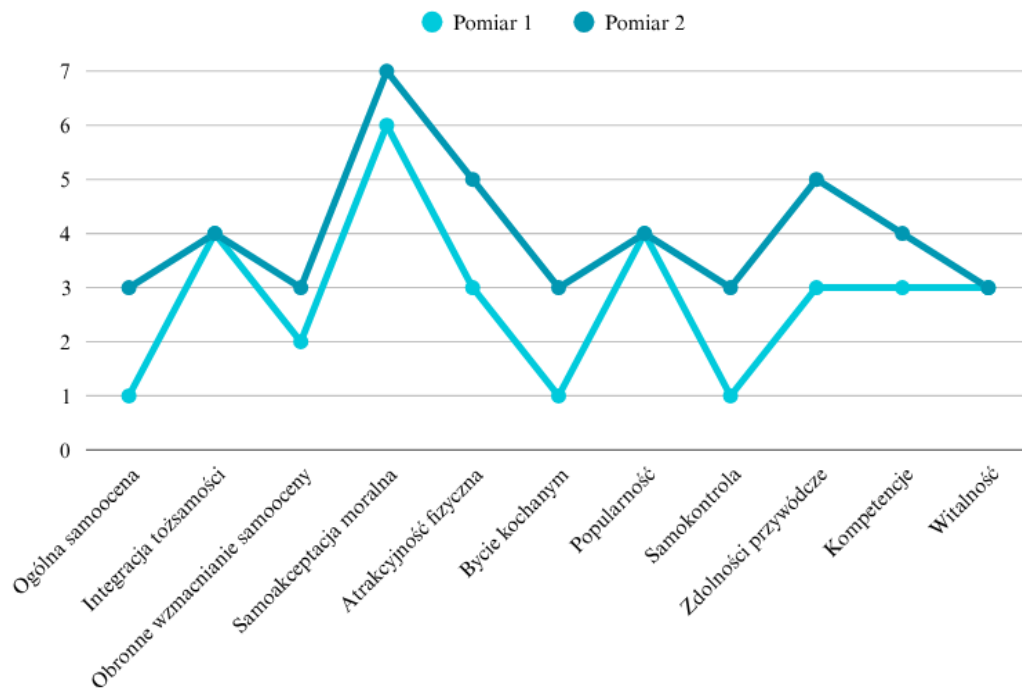
Dane z ankiet wskazują na znaczną poprawę w zakresie samooceny (wzrost z 2 do 7), poczucia własnej wartości (z 3 do 8) i zadowolenia z siebie (z 3 do 8). Zmianie uległo również poczucie wpływu na życie (z 4 do 7) oraz poczucie bycia osobą, jaką chciałoby się być (z 3 do 7). TSR została oceniona jako przydatna, a najwyżej ocenioną techniką były pytania o zasoby (10), komplementowanie oraz technika małych kroków (po 9). Uczestniczka zaakcentowała wartość towarzyszenia terapeuty w odkrywaniu nowych postaw wobec siebie.

Tabela 4.9
 Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
<i>Ogólna samoocena</i>	1	1-2	niski (niski)	3	2-4	Niski (niski-przeciętny)	+2
<i>Integracja tożsamości</i>	4	2-6	przeciętny (niski-przeciętny)	4	2-6	Przeciętny (niski-przeciętny)	brak
<i>Obronne wzmacnianie samooceny</i>	2	1-5	niski (niski - przeciętny)	3	1-5	Niski (niski-przeciętny)	+1
<i>Samoakceptacja moralna</i>	6	4-8	przeciętny (przeciętny)	7	5-9	przeciętny (przeciętny-wysoki)	+1
<i>Atrakcyjność fizyczna</i>	3	2-5	Niski (niski - przeciętny)	5	4-6	przeciętny (przeciętny)	+2
<i>Bycie kochanym</i>	1	1-3	Niski (niski - przeciętny)	3	2-4	Niski (niski - przeciętny)	+2
<i>Popularność</i>	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-5	niski (niski - przeciętny)	brak
<i>Samokontrola</i>	1	1-3	niski (niski)	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	+2
<i>Zdolności przywódcze</i>	3	2-5	niski (niski-przeciętny)	5	3-6	Przeciętny (niski-przeciętny)	+2
<i>Kompetencje</i>	3	3-6	niski (niski-przeciętny)	4	2-5	Przeciętny (niski - przeciętny)	+1
<i>Witalność</i>	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	3	2-4	niski (niski-przeciętny)	brak



Rysunek 4.29.
Wykres dwóch wyników MSEI.



Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze pani Joanna uzyskała wynik niski w zakresie *ogólnej samooceny* (1), co wskazuje na silnie negatywny obraz własnej osoby i wyraźnie obniżone poczucie własnej wartości. Szczególnie niepokojące są bardzo niskie wyniki w obszarach takich jak *bycie kochanym* (1) oraz *samokontrola* (1), sugerujące poczucie braku bliskich relacji emocjonalnych i trudności w regulowaniu własnych emocji oraz zachowań.

Wyniki niskie lub graniczne odnotowano również w obszarach: *obronne wzmacnianie samooceny* (2), *atrakcyjność fizyczna* (3), *kompetencje* (3), *zdolności przywódcze* (3) oraz *witalność* (3). Taki rozkład wyników może świadczyć o niskim poczuciu sprawczości, braku energii życiowej, negatywnym postrzeganiu siebie w relacjach interpersonalnych i ograniczonym wykorzystywaniu mechanizmów obronnych wspierających obraz siebie.

Nieco lepiej prezentowały się wyniki w obszarach: *integracja tożsamości* (4), *popularność* (4) oraz *samoakceptacja moralna* (sten = 6), gdzie uzyskano wartości przeciętne bądź zbliżone do przeciętnych. Może to sugerować względnie zachowaną spójność *Ja* oraz pozytywny obraz siebie w kontekście moralnym.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po interwencji terapeutycznej

Drugi pomiar wskazuje na nieznaczną, lecz widoczną poprawę w kilku aspektach samooceny. *Ogólna samoocena* wzrosła z poziomu 1 do 3, co oznacza przejście z poziomu

bardzo niskiego do niskiego z tendencją ku przeciętnemu. Zmiana ta, choć niewielka, może świadczyć o początkach procesu poprawy obrazu siebie.

Znaczące pozytywne zmiany odnotowano w zakresie *atrakcyjności fizycznej* (wzrost z 3 do 5) oraz *samoakceptacji moralnej* (wzrost z 6 do 7), co sugeruje większą akceptację własnego wyglądu oraz silniejsze poczucie zgodności z własnymi normami etycznymi.

Stabilne, ale nadal niskie lub nisko-przeciętne poziomy utrzymały się w obszarach: *bycie kochanym*, *popularność*, *samokontrola*, *kompetencje*, *zdolności przywódcze* i *witalność*. Wskazuje to, że pomimo niewielkiej poprawy, pani Joanna wciąż doświadcza trudności w zakresie relacji interpersonalnych, samoorganizacji i energii psychicznej.

Integracja tożsamości pozostała na niezmienionym poziomie (4), co może wskazywać na utrzymującą się umiarkowaną spójność obrazu siebie.

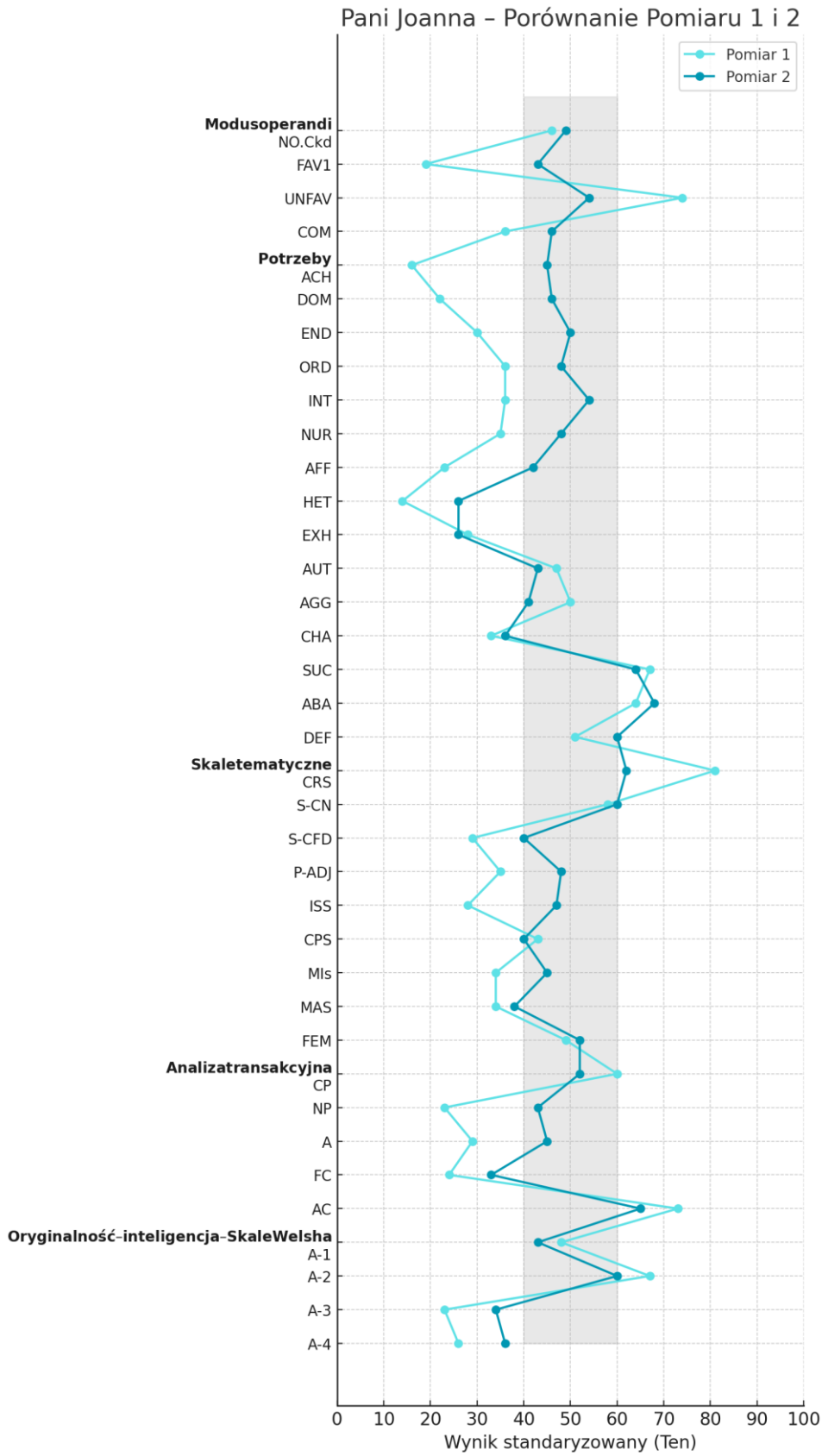
Wyniki pani Joanny z obu pomiarów MSEI wskazują na niską samoocenę o szerokim zakresie, obejmującą zarówno aspekt globalny, jak i wiele specyficznych wymiarów (emocjonalny, interpersonalny i wykonawczy). W drugim pomiarze można zauważyć pewne oznaki poprawy, szczególnie w zakresie ogólnego postrzegania siebie oraz atrakcyjności fizycznej, jednak zmiany te mają charakter umiarkowany.

Wskazane jest ukierunkowanie dalszej pracy psychologicznej na wzmacnianie poczucia własnej wartości, rozwijanie pozytywnych relacji interpersonalnych oraz wspieranie zasobów, które wykazują względną stabilność, takich jak akceptacja moralna i częściowa spójność tożsamościowa. W dalszym ciągu szczególnej uwagi wymagają obszary: *samokontrola*, *witalność* oraz relacyjne poczucie wartości (*bycie kochanym*, *popularność*), które mogą stanowić barierę w pełnym rozwoju samoakceptacji.

Tabela 4.10
Wyniki dwóch pomiarów ACL

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	46	49
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	19	43
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	74	54
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	36	46
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	16	45
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	22	46
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	30	50
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	36	48
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	36	54
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	35	48
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	23	42
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	14	26
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	28	26
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	47	43
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	50	41
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	33	36
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	67	64
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	64	68
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	51	60
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	81	62
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	58	60
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	29	40
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	35	48
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	28	47
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	43	40
	<i>MIs</i>	<i>Przywództwo</i>	34	45
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	34	38
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	49	52
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	60	52
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	23	43
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	29	45
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	24	33
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	73	65
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	48	43
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	67	60
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	23	34
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	26	36

Rysunek 4.30.
 Wykres graficzny dwóch wyników ACL



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze pani Joanna zaznaczyła 46 przymiotników, co w skali *NO.Ckd* wynosi 46 w skali tenowej. Bardzo niski wynik dla przymiotników pozytywnych *FAV* (19) oraz wysoki wynik dla negatywnych *UNFAV* (74) ujawniają znaczną przewagę treści o charakterze negatywnym w obrazie siebie, co można interpretować jako wyraz niskiej samooceny, pesymizmu w stosunku do własnej osoby i możliwej skłonności do samokrytycyzmu. Typowość obrazu siebie *COM* (36) znajduje się na poziomie niskim, co może sugerować pewne zniekształcenie samoopisu – np. pod wpływem aktualnego stanu emocjonalnego lub mechanizmów obronnych.

W zakresie potrzeb psychologicznych dominuje profil zależnościowy. Bardzo wysokie wyniki w skali potrzeby doznawania opieki *SUC* (67, potrzeby ponizania się *ABA* (64) oraz wysoki wynik w potrzebie podporządkowania *DEF* (51) wskazują na silną zależność emocjonalną, deficyty w zakresie autonomii i samowystarczalności. Jednocześnie, bardzo niskie wartości w skalach osiągnięć *ACH* (16), afiliacji *AFF* (23), kontaktów heteroseksualnych *HET* (14) oraz niska potrzeba dominacji *DOM* (22) sugerują wycofanie, poczucie braku wpływu i ograniczoną gotowość do podejmowania aktywności interpersonalnych lub społecznych.

W zakresie skal tematycznych uzyskano bardzo wysoki wynik w skali gotowości do terapii *CRS* (81), który może świadczyć o silnym poczuciu potrzeby pomocy lub kryzysie egzystencjalnym. Pozostałe wyniki ukazują znaczne trudności adaptacyjne – bardzo niskie zaufanie do siebie *S-CFD* (29), niski poziom przystosowania osobistego *P-ADJ* (35), bardzo niska wizja *Ja* idealnego *ISS* (28) oraz obniżone poczucie tożsamości i motywacji *MLS*, *MAS* – po 45).

Analiza transakcyjna ukazuje profil silnie uległy i osadzony w krytycznym podejściu do siebie: bardzo wysoki wynik w skali dziecko uległe *AC* (73), wysoki wynik rodzica krytycznego *CP* (60) oraz bardzo niskie wartości w skalach rodzica opiekuńczego *NP* (23), dorosłego *A* (29) i dziecka spontanicznego *FC* (24). Taka konfiguracja wskazuje na zdominowanie psychiki przez surową, oceniającą część osobowości oraz znaczne deficyty w zakresie samowspółczucia, spontaniczności i racjonalnej regulacji emocji.

Wyniki w skalach Welsha pokazują względny zasób – wysoki wynik *A-2* (67) wskazuje na potencjał twórczy i poznawczy, który jednak pozostaje niewykorzystany (co potwierdzają bardzo niskie wyniki *A-3* i *A-4*).

Pomiar 2 – Wyniki ACL po interwencji terapeutycznej



Drugi pomiar ukazuje szereg korzystnych przesunięć w obrazie funkcjonowania pani Joanny. Liczba zaznaczonych przymiotników *NO.CKD* (49) oraz wzrost pozytywnych przymiotników do poziomu średniego *FAV* (43) sugerują większą otwartość w samoopisie oraz wzrost samoakceptacji. Choć wynik dla przymiotników negatywnych nadal pozostaje wysoki *UNFAV* (54), proporcja między pozytywnymi a negatywnymi znacznie się wyrównała. Typowość obrazu siebie *COM* (46) wzrosła do średniej, co może oznaczać bardziej zrównoważony i wiarygodny autoportret.

W obszarze potrzeb psychologicznych odnotowano wyraźne zmiany w kierunku większej aktywności i sprawczości. Potrzeba osiągnięć *ACH* (45), dominacji *DOM* (46), wytrwałości *END* (50) i porządku *ORD* (48) wzrosły do poziomu normy. Wzrosty w *INT* (54), *NUR* (48) oraz *AFF* (42) mogą świadczyć o lepszym funkcjonowaniu społecznym i większej otwartości emocjonalnej. Umiarkowany spadek w skali potrzeby agresji *AGG* (41) i utrzymująca się niska potrzeba zmian *CHA* (36) mogą wskazywać na stabilizację emocjonalną.

Wysokie wyniki zależnościowe utrzymują się *SUC* (64), *ABA* (68), *DEF* (60), co sugeruje, że elementy zależności i podporządkowania nadal są znaczącym aspektem funkcjonowania, jednak równocześnie towarzyszy im wyraźny wzrost w obszarach samostanowienia. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych *HET* (26) oraz potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego *EXH* (26) nadal pozostają na poziomie bardzo niskim – co może odzwierciedlać trudności w otwieraniu się emocjonalnie.

W zakresie skal tematycznych zauważalne są zmiany: choć gotowość do terapii *CRS* (62) spadła, nadal mieści się na poziomie wysokim. Zaufanie do siebie *S-CFD* (40) i przystosowanie osobiste *P-ADJ* (48) wzrosły do poziomu normy, a wizja *Ja* idealnego *ISS* (47) poprawiła się istotnie względem poprzedniego pomiaru, co wskazuje na rozwijające się aspiracje i bardziej zintegrowaną tożsamość.

W strukturze transakcyjnej również zaobserwowano poprawę. Spadek w skali *CP* rodzic krytyczny (52) oraz *AC* dziecko uległe (65) przy jednoczesnym wzroście *NP* (43), *A* (45) i *FC* (33) sugeruje, że pani Joanna rozwija w sobie więcej empatii, zdolności do refleksji oraz powoli odzyskuje dostęp do spontaniczności i ekspresji emocjonalnej. Nadal jednak zaznacza się przewaga uległości i trudności w asertywności.

W skalach Welsha ponownie obserwujemy wysoki wynik *A-2* (60), co potwierdza stabilny potencjał poznawczo-twórczy. Pozostałe wartości pozostają w zakresie normy, z niewielką poprawą *A-3* i *A-4*, co może świadczyć o większym zrównoważeniu w postrzeganiu własnych zdolności.

Między pierwszym a drugim pomiarem pani Joanna wykazuje istotne oznaki poprawy w zakresie funkcjonowania psychicznego. Widoczna jest zmiana w obrazie siebie – przyrost cech pozytywnych, zmniejszenie przewagi negatywnych oraz ogólne przesunięcie w kierunku większej samodzielności, refleksyjności i emocjonalnej dostępności. Choć elementy zależności i krytycyzmu nadal są obecne, ich siła uległa osłabieniu, a rozwój w obszarach dorosłego, rodzica opiekuńczego i samoakceptacji wskazuje na aktywny proces zmiany. Te przesunięcia mogą być efektem podjętej pracy psychoterapeutycznej lub samoświadomego rozwoju i powinny być wspierane w dalszym etapie funkcjonowania.

Podsumowanie

Analiza przypadku pani Joanny ukazuje proces zmiany psychologicznej dokonującej się zarówno na poziomie subiektywnych doświadczeń, jak i wyników testowych. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) przypadła na trudny moment życiowy – czas separacji, potrzeby redefinicji tożsamości m.in. zawodowej. Kluczowym celem klientki było zwiększenie samoakceptacji i budowanie nowego podejścia do siebie – łagodniejszego, mniej analizującego, bardziej empatycznego.

W wymiarze jakościowym pani Joanna wyraziła istotne przesunięcie w sposobie postrzegania siebie: od nadmiernej intelektualizacji i zależności od terapii – ku większej sprawczości i potrzebie „życia poza gabinetem”. Pojawiła się refleksja nad granicami, troska o siebie oraz chęć odejścia od roli pacjentki. Terapia umożliwiła stopniowe przyjmowanie własnych pragnień, emocji i niedoskonałości.

Wyniki testu MSEI wskazują na poprawę w wielu kluczowych wymiarach samooceny. Ogólna samoocena wzrosła z bardzo niskiego do niskiego poziomu, wzrosło również poczucie *atrakcyjności fizycznej, samoakceptacji moralnej* i sprawczości (m.in. *zdolności przywódcze, kompetencje*). Szczególnie istotne zmiany dotyczyły obszaru relacji z samą sobą – klientka częściej odczuwała, że zasługuje na miłość i mogła przyjąć własne potrzeby.

Dane z kwestionariusza ACL pokazały wzrost liczby pozytywnych przymiotników przypisywanych sobie. Świadczy to o bardziej zrównoważonym obrazie siebie i odejściu od samokrytycyzmu. Obniżyły się potrzeby dominacji, agresji i impulsywności, co może sugerować większą wewnętrzną stabilność. Jednocześnie wciąż utrzymywała się wysoka potrzeba zależności (m.in. potrzeba opieki, uległość).

Reasumując, TSR okazała się podejściem wspierającym proces wychodzenia z wieloletniej zależności terapeutycznej i budowania nowej tożsamości opartej na zasobach i samoświadomości.



4.1.6. Studium przypadku – pani Agnieszka

Kontekst życiowy

Pani Agnieszka to 54-letnia kobieta, mieszka w dużym mieście, jest rozwiedziona i samotnie wychowuje 16-letnią córkę. Zawodowo wykonuje wolny zawód i posiada wysoki tytuł naukowy. Jej córka od 6 lat uczestniczy w terapii traumy związanej z nadużyciem seksualnym. Córka zmagą się również z uzależnieniem od narkotyków, a jej sytuacja edukacyjna jest poważna – grozi jej niezaliczenie roku.

Matka bardzo przeżywa te wydarzenia, wskazując, że w jej rodzinie nigdy wcześniej nie dochodziło do tego rodzaju sytuacji. Pani Agnieszka ma doświadczenia wieloletniej terapii psychoanalitycznej. Sama również nosi w sobie szereg niezintegrowanych traum z dzieciństwa, m.in. przemoc ze strony ojca oraz głębokie poczucie wykluczenia wynikające z podwójnego pochodzenia etnicznego.

Pani Agnieszka pierwotnie zgłosiła się do poradni z myślą o wsparciu córki (zmiana terapeutki), jednak zaproponowano również wsparcie dla niej samej. Kobieta doświadczała wówczas ogromnego napięcia i wyczerpania emocjonalnego, związanego z trudnościami wychowawczymi, nierówną relacją z córką oraz poczuciem braku przynależności kulturowej.

Dodatkowymi obszarami, nad którymi chciała pracować, były: poprawa samooceny, uzyskanie większej odwagi oraz akceptacja własnej fizyczności. W rozmowach podkreślała również potrzebę ugruntowania własnej tożsamości i odnalezienia spójności między polskim a zagranicznym wymiarem swojej osoby.

Należy dodać, że klientka nie słyszała wcześniej o terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Wyobrażenia, jakie ma na temat tej terapii, to: taka, która pomaga w bieżących problemach pacjenta i służy wsparciem w sytuacjach kryzysowych.

Przebieg procesu terapeutycznego

Proces obejmował pracę nad aktualnymi problemami relacyjnymi, wzmacnianiem zasobów klientki oraz identyfikowaniem jej wartości i potrzeb.

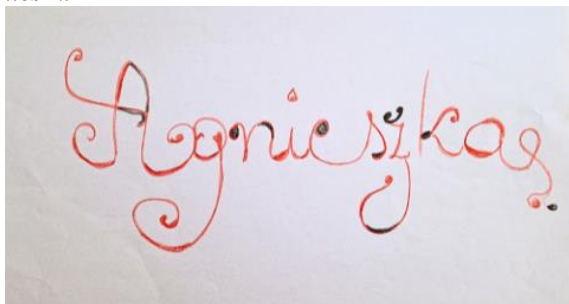
Pani Agnieszka często poruszała tematy związane z granicami, trudnościami z koncentracją, pamięcią i przeciążeniem. Jej zachowania podczas sesji – sporadyczne spóźnienia i tendencja do przedłużania spotkań – interpretowano jako możliwy wyraz niezintegrowanego doświadczenia przekraczania lub braku granic w życiu.

Ważnym narzędziem pracy terapeutycznej był projekt rysunku imienia – na początku procesu klientka narysowała tylko swoje pierwsze imię (polskie), które określiła jako „katolicki kostium” związany z posłuszeństwem i spełnianiem oczekiwań. Tematy rozmów obejmowały

również przynależność kulturową, opowieści rodzinne i osobistą historię kobiecości. Zgłębiano wpływ traum międzypokoleniowych (np. zagłada w rodzinie matki) oraz wpływ relacji z ojcem wg relacji klientki – apodyktycznym i przemocowym.

Rysunek 4.31.

Rysunek imienia pani Agnieszki

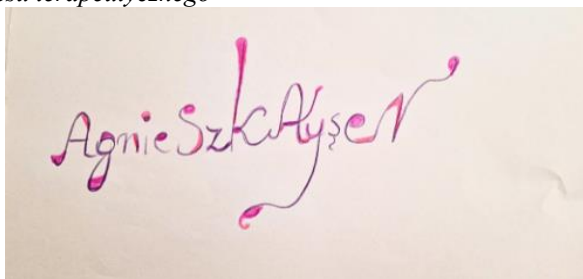


Poza procesem terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach podejmowano interwencje psychoedukacyjne dotyczące granic i komunikacji, wzmacniano autentyczność, sprawczość, docenianie siebie i drugiego człowieka. W miarę trwania procesu pojawiały się refleksje nad poczuciem humoru i wdzięcznością, również w relacji z córką.

Z czasem relacja z córką zaczęła się stabilizować, co pozytywnie wpłynęło na samopoczucie pani Agnieszki. Zaczęła dostrzegać swoje zasoby i okazywać sobie większe współczucie. Ważnym momentem było ponownego wykonania rysunku imienia – tym razem klientka użyła obu imion: polskiego i zagranicznego. Rysunek rozciągał się na całą kartkę, z kolorami, które lubi i które, jak sama zauważyła, „nosi na co dzień”. Opisała jedną część siebie jako „szaloną, bardziej odważną”, a drugą jako „katolicką” – zintegrowanie tych aspektów wyrażało początek większej spójności tożsamościowej.

Rysunek 4.32.

Rysunek na koniec procesu terapeutycznego



W procesie ujawniła się także gotowość klientki do podjęcia dalszej pracy nad traumą – wyraziła chęć uczestniczenia w terapii EMDR, zaznaczając, że to dobry moment, aby „zamknąć pewien rozdział życia i zacząć żyć na nowo”.

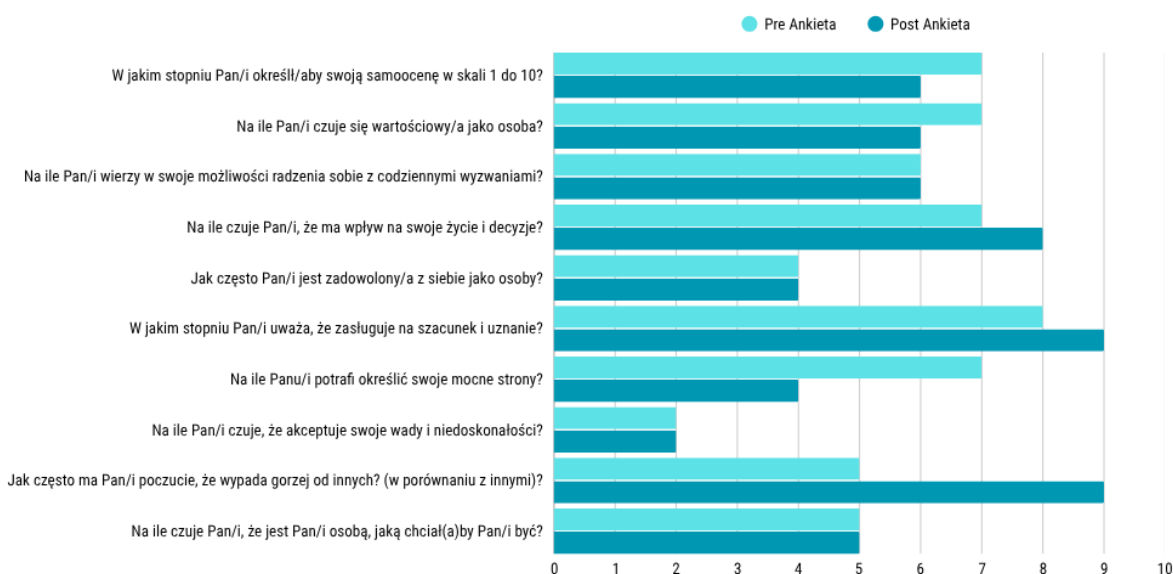
Proces terapii w nurcie TSR został zakończony z poczuciem większej spójności wewnętrznej klientki i jej gotowości do dalszej głębokiej pracy nad traumą. Kluczowe efekty obejmowały: zwiększoną świadomość tożsamości i kulturowego dziedzictwa, większą

akceptację siebie w różnych aspektach (wygląd, historia, emocje), lepsze radzenie sobie w relacji z córką, gotowość do podejmowania kolejnych kroków terapeutycznych, wyraźniejszą ekspresję swoich potrzeb i wartości. Proces można uznać za zakończony na tym etapie, z wyraźną deklaracją klientki o kontynuacji wsparcia w nurcie ukierunkowanym na traumę.

Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

Rysunek 4.33.

Dane z ankiet – pani Agnieszka



Po zakończeniu procesu terapeutycznego uczestniczka wskazała na pojawienie się większej życzliwości i wyrozumiałości wobec samej siebie. Podkreśliła, że sesje TSR umożliwiły jej bardziej realistyczną ocenę trudnych sytuacji, szczególnie tych, w których wcześniej miała trudność z obiektywnym spojrzeniem na własne zachowanie.

Za najważniejszą zmianę uznała wzrost wyrozumiałości wobec siebie, natomiast jako największe odkrycie terapeutyczne wskazała uświadomienie sobie, że ma prawo doświadczać różnych, także trudnych i negatywnych emocji.

Według uczestniczki, TSR odpowiada na realne potrzeby i uwzględnia aktualny stan psychiczny klienta. Za szczególnie cenny uznała sposób, w jaki terapeutka wspólnie z nią przyglądała się omawianym sytuacjom – z perspektywy dystansu i empatii. Jak sama stwierdziła, kluczowe dla zmiany było „zaszczepienie” w niej postawy większej wyrozumiałości wobec własnych starań oraz możliwość zobaczenia siebie inaczej, niż zwykle siebie postrzegała.

Uczestniczka podkreśliła również, że poleciłaby nurt TSR innym osobom, ponieważ – jak ujęła – „pomaga w codziennym życiu”.

Na uwagę zasługuje fakt, że ankieta końcowa została przez uczestniczkę wypełniona w momencie, w którym stawiała się coraz bardziej świadoma swojej potrzeby skorzystania z terapii EMDR.

Choć uczestniczka oceniła spełnienie nadziei terapeutycznych na 8/10, to w wielu obszarach wyniki „po” są niższe lub takie same, a nawet pogorszyły się (np. samoocena, poczucie wartości, rozpoznawanie mocnych stron). Jednocześnie nastąpiła poprawa w poczuciu wpływu na życie i zasługiwaniu na szacunek.

U pani Agnieszki dane nie wskazują na znaczną poprawę ogólnej samooceny – w niektórych aspektach widoczny był nawet niewielki spadek (np. określanie mocnych stron: z 7 do 4). Jednocześnie wzrosło poczucie wpływu (z 7 do 8) i zasługiwania na szacunek (z 8 do 9). Kluczową zmianą było zwiększenie życzliwości wobec siebie oraz większa akceptacja trudnych emocji. TSR zostało ocenione jako przydatne narzędzie wsparcia – najwyżej oceniono pytania o zasoby, komplementowanie, technikę małych kroków i pytania relacyjne (po 10).

Rysunek 4.34.

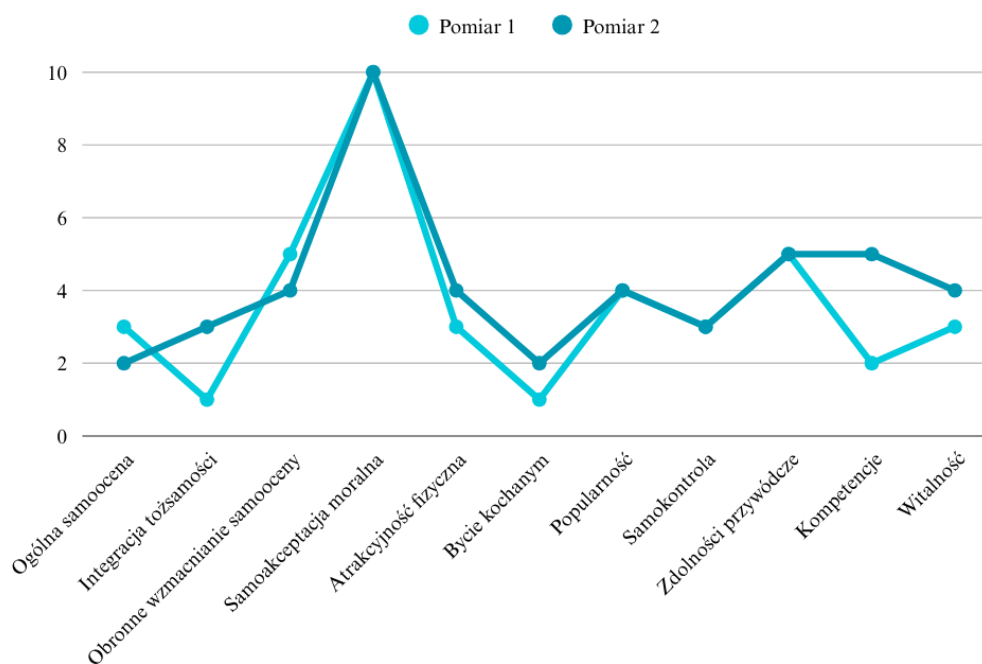
Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Agnieszki



Tabela 4.11
Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Obszar samooceny	Pomiar 1			Pomiar 2			Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%	Opis (przedział)	
Ogólna samoocena	3	2-4	niski (niski-przeciętny)	2	2-3	Niski (niski)	-1
Integracja tożsamości	1	1-2	Niski (niski)	3	1-4	Niski (niski-przeciętny)	+2
Obrotne wzmacnianie samooceny	5	3-6	Przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-6	Przeciętny (niski - przeciętny)	-1
Samoakceptacja moralna	10	7-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	10	7-10	Wysoki (przeciętny - wysoki)	brak
Atrakcyjność fizyczna	3	2-4	Niski (niski - przeciętny)	4	2-5	przeciętny (niski-przeciętny)	+1
Bycie kochanym	1	1	Niski (niski)	2	1-3	Niski (niski)	+1
Popularność	4	3-5	przeciętny (niski - przeciętny)	4	3-5	Przeciętny (niski - przeciętny)	brak
Samokontrola	3	2-3	niski (niski)	3	2-5	niski (niski - przeciętny)	brak
Zdolności przywódcze	5	4-7	przeciętny (przeciętny)	5	5-7	przeciętny (przeciętny)	brak
Kompetencje	2	1-3	niski (niski)	5	3-6	Przeciętny (niski - przeciętny)	+3
Witalność	3	2-4	niski (niski - przeciętny)	4	3-5	niski (niski-przeciętny)	+1

Rysunek 4.35.
Wykres graficzny dwóch pomiarów MSEI



Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze wyniki pani Agnieszki wskazują na wyraźnie obniżony poziom samooceny w wielu obszarach funkcjonowania psychologicznego. *Ogólna samoocena* mieści się na poziomie niskim (3), co oznacza, że klientka miała trudność w pozytywnym postrzeganiu własnej osoby, co mogło wiązać się z brakiem wiary we własną wartość i kompetencje.

Integracja tożsamości osiągnęła wartość 1 – najniższą w skali – wskazując na duże trudności w spójnym postrzeganiu siebie, brak jasno określonej tożsamości i potencjalny chaos w obrazie własnym. Może to przekładać się na problemy decyzyjne, niepewność i podatność na wpływy z zewnątrz.

Wynik w zakresie *obronnego wzmocnienia samooceny* (5) sugeruje przeciętny poziom stosowania mechanizmów kompensacyjnych – możliwe, że pani Agnieszka częściowo stara się chronić swój obraz siebie, jednak nie opiera go na stabilnym poczuciu własnej wartości.

Samoakceptacja moralna osiągnęła bardzo wysoki poziom (10), co może świadczyć o silnym przywiązaniu do zasad etycznych i postrzeganiu siebie jako osoby moralnej. Może to pełnić funkcję stabilizującą w obliczu ogólnego braku akceptacji innych aspektów siebie.

Wyniki w skalach *atrakcyjność fizyczna* (3) oraz *bycie kochanym* (1) wskazują na bardzo niską samoocenę w kontekście relacji i wyglądu. Klientka może mieć trudność z akceptacją swojego ciała oraz z poczuciem bycia ważną dla innych, co potencjalnie przekłada się na problemy w relacjach emocjonalnych.

Popularność i *samokontrola* również kształtują się na poziomie niskim lub niższej granicy przeciętności, co może oznaczać, że pani Agnieszka postrzega siebie jako osobę mało wpływową społecznie i mającą ograniczoną zdolność do regulowania emocji czy zachowań.

Zdolności przywódcze oceniane są jako przeciętne (5), podobnie jak kompetencje, choć tu wynik jest znacznie niższy (2), co może wskazywać na brak wiary w swoją skuteczność w działaniu.

Witalność na poziomie niskim (3) i sugeruje obniżony poziom energii życiowej, mogący przejawiać się zmęczeniem, brakiem entuzjazmu lub przygnębieniem.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po interwencji terapeutycznej

Drugi pomiar wskazuje na częściową poprawę funkcjonowania w kilku kluczowych obszarach, choć *ogólna samoocena* nadal pozostaje niska (2). Oznacza to, że klientka wciąż zmagą się z trudnością w pozytywnym postrzeganiu siebie jako całości, jednak zmiany w innych skalach mogą świadczyć o wstępnym procesie budowania bardziej pozytywnego obrazu siebie.



Wzrost *integracji tożsamości* z 1 do 3 sugeruje, że pani Agnieszka zaczyna dostrzegać i porządkować pewne aspekty swojej tożsamości. Może to oznaczać rosnącą samoświadomość i rozwój wewnętrznej spójności.

Atrakcyjność fizyczna wzrosła do 4 w skali stenowej, co choć nadal mieści się w dolnej granicy przeciętności, sugeruje nieco większą akceptację swojego wyglądu.

Bycie kochanym – wzrost do 2 – pozostaje nadal w zakresie niskim, jednak może oznaczać pierwsze doświadczenia bycia ważną dla innych lub większe otwarcie się na relacje.

Kompetencje wzrosły z 2 do 5, co jest istotną zmianą – może wskazywać na rosnące poczucie sprawczości, wiary w swoje możliwości i skuteczność działania w codziennym życiu.

W pozostałych skalach (np. *samokontrola*, *popularność*, *zdolności przywódcze*, *witalność*) nie zaobserwowano istotnych zmian – wyniki pozostały w obrębie niskim lub przeciętnym. Samoakceptacja moralna nadal utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie (sten 10), co sugeruje stabilność wartości etycznych jako fundamentu tożsamości.

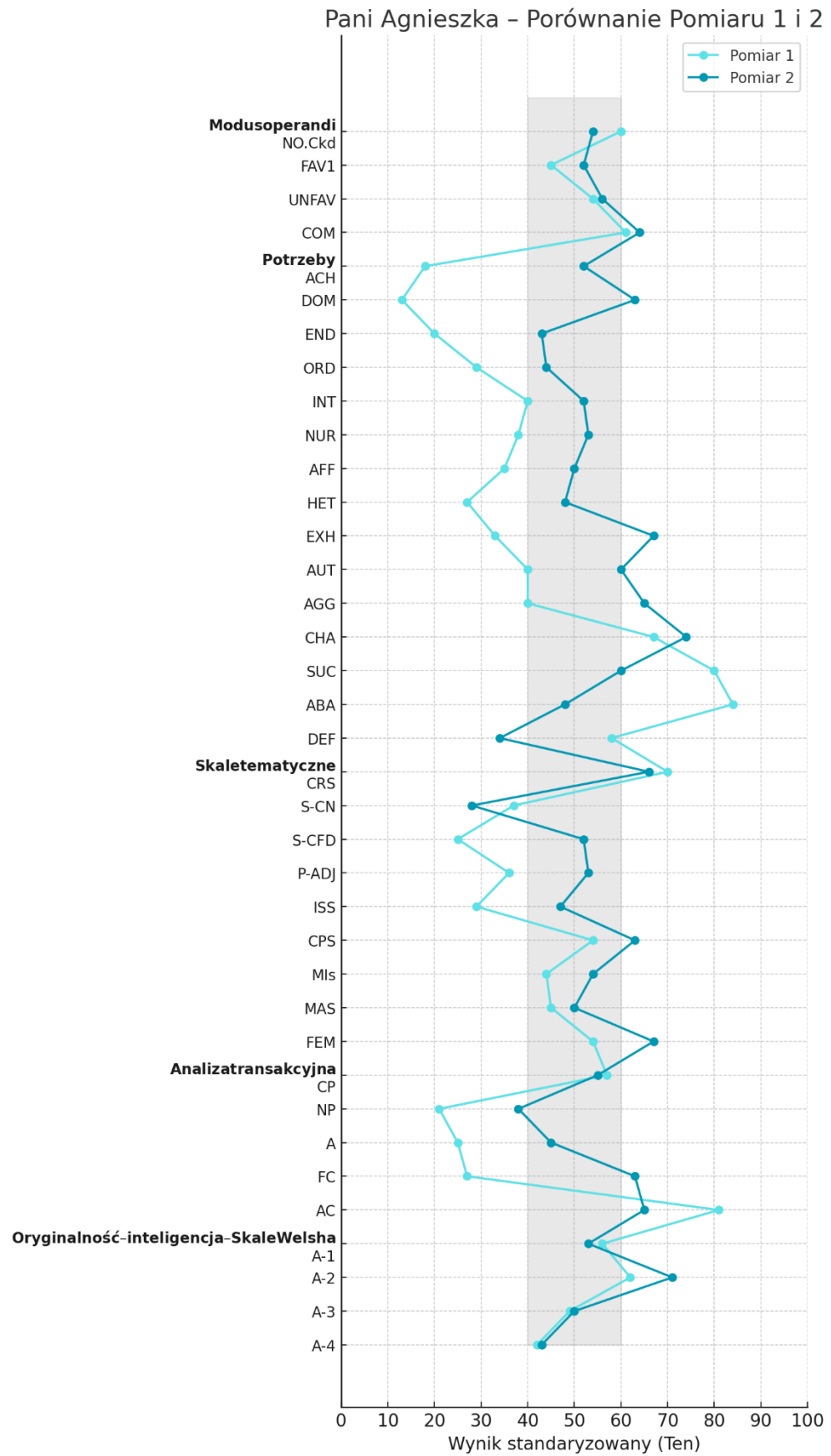
Obraz wynikający z pomiarów sugeruje, że pani Agnieszka wchodzi na drogę zmiany, ale potrzebuje czasu i dalszego wsparcia, by zbudować bardziej stabilne i pozytywne poczucie własnej wartości. Najbardziej widoczne zmiany dotyczą wzrostu *integracji tożsamości* i *kompetencji*, co można uznać za fundament dalszej pracy psychoterapeutycznej. Jednocześnie obszary takie jak *ogólna samoocena*, *bycie kochanym* czy *samokontrola* nadal pozostają osłabione i mogą stanowić punkty wyjścia do dalszego procesu terapeutycznego.

Tabela 4.12
Wyniki dwóch pomiarów ACL

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	60	54
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	45	52
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	54	56
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	61	64
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	18	52
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	13	63
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	20	43
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	29	44
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	40	52
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	38	53
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	35	50
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	27	48
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	33	67
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	40	60
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	40	65
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	67	74
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	80	60
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	84	48
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	58	34
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	70	66
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	37	28
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	25	52
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	36	53
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	29	47
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	54	63
	<i>MIs</i>	<i>Przywództwo</i>	44	54
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	45	50
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	54	67
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	57	55
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	21	38
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	25	45
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	27	63
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	81	65
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	56	53
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	62	71
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	49	50
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	42	43

Rysunek 4.36.

Wykres graficzny dwóch pomiarów ACL



Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze zwraca uwagę względną równowagę między przymiotnikami pozytywnymi *FAV* (45) i negatywnymi *UNFAV* (54), jednak lekkie przeważenie tych drugich może świadczyć o nieznacznie obniżonej samoocenie i obecności krytycznego nastawienia wobec siebie. Wartość typowości *COM* (61) jest wysoka, co może oznaczać, tendencje do konformizmu, czyli odpowiadania zgodnie z oczekiwaniami społecznymi lub zgodnie z tym, co „wypada”.

Profil potrzeb wskazuje na silny wzorzec zależnościowo-unikający. Bardzo niskie wyniki w zakresie potrzeby osiągnięć *ACH* (18) i dominacji *DOM* (13), a także bardzo niska wytrwałość *END* (20), mogą świadczyć o braku sprawczości, niskim poziomie inicjatywy oraz przekonaniu o własnej nieskuteczności. Z kolei bardzo wysokie wartości w skali potrzeby doznawania opieki *SUC* (80), potrzeby poniżania się *ABA* (84) oraz wysoki wynik potrzeby podporządkowania *DEF* (58) wskazują na wyraźną zależność emocjonalną, brak asertywności i tendencję do samopomniejszania.

Umiarkowane wyniki w skalach *INT*, *NUR*, *AUT* i *AGG* (40) sugerują istnienie zasobów emocjonalnych i intelektualnych, które jednak mogą być niewystarczająco wykorzystywane. Wysoka potrzeba zmian *CHA* (67) wskazuje na istotne niezadowolenie z aktualnej sytuacji oraz gotowość do przełomu.

Wyniki tematyczne podkreślają trudności adaptacyjne – bardzo niski poziom zaufania do siebie *S-CFD* (25), niski poziom przystosowania osobistego *P-ADJ* (36) oraz bardzo niska wizja *Ja* idealnego *ISS* (29) wskazują na deficyty w samoświadomości, aspiracjach i poczuciu tożsamości. Wysoka gotowość do terapii *CRS* (70) sugeruje natomiast silną motywację do zmiany oraz dużą otwartość na pomoc.

W strukturze osobowości, analiza transakcyjna wskazuje na wyraźną dominację trybu dziecko uległe (Jacob, van Genderen, Seebauer, 2019) *AC* (81) – bardzo wysoki, co może świadczyć o podporządkowaniu się oczekiwaniom otoczenia, trudności w wyrażaniu własnych potrzeb i braku autonomii. Towarzyszy temu aktywność wewnętrznego krytyka *CP* (57), a jednocześnie bardzo niska obecność rodzica opiekuńczego *NP* (21) oraz dorosłego *A* (25). Spontaniczność i autentyczna ekspresja emocjonalna również wydają się mocno zablokowane, ponieważ skala *FC* (27) jest na bardzo niskim poziomie.

W skalach Welsha pojawia się potencjał poznawczo-twórczy – wysoki wynik *A-2* (62) świadczy o zdolnościach twórczych i intelektualnych. Pozostałe skale pozostają w normie.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po interwencji terapeutycznej



Drugi pomiar ujawnia szereg = zmian w obrazie siebie i strukturze osobowości pani Agnieszki. Całkowita liczba wybranych przymiotników nieznacznie spadła *NO.CKD* (54), natomiast liczba przymiotników pozytywnych wzrosła *FAV* (52), podczas gdy liczba przymiotników negatywnych pozostała na podobnym poziomie *UNFAV* (56). Równowaga między pozytywnymi i negatywnymi cechami znacznie się poprawiła, a typowość wzrosła do 64 (wynik wysoki), co może świadczyć o większej spójności psychicznej.

W zakresie potrzeb psychologicznych zauważalny jest wyraźny wzrost: potrzeba osiągnięć *ACH* (52) i dominacji *DOM* (63) – wysoki wzrosły do poziomów normatywnych i wysokich, co wskazuje na odbudowę poczucia wpływu, wzrost sprawczości i ambicji. Zwiększenie potrzeby wytrwałości *END* (43), afiliacji *AFF* (50), kontaktów społecznych *HET* (48) i rozumienia siebie *INT* (52) może świadczyć o większym zaangażowaniu społecznym i emocjonalnym. Silnie wzrosła potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego *EXH* (67) – poziom wysoki), może oznaczać gotowość do ujawniania emocji, prezentowania siebie i ekspresji. Zwiększenie potrzeby autonomii *AUT* (60) – górna granica normy, oraz agresji *AGG* (65) – poziom wysoki, wskazuje na odbudowę granic psychicznych i rozwój asertywności.

Warto również zaznaczyć, że potrzeby zależności *SUC* (60), samoponiżania *ABA* (48) i podporządkowania *DEF* (34) uległy znaczącemu spadkowi – co oznacza zmniejszenie postawy zależnościowej i większą niezależność emocjonalną.

Wyniki tematyczne potwierdzają ten kierunek zmian: zaufanie do siebie *S-CFD* (52) – będące w normie, przystosowanie osobiste *P-ADJ* (53), wizja *Ja* idealnego *ISS* (47), a także wzrost do w zakresie osobowości twórczej *CPS* (63), przywództwa (54) – norma oraz identyfikacji z rolą kobiecą *FEM* (67) – poziom wysoki, może sugerować na wzrost poczucia kompetencji, stabilizacji tożsamości i aspiracji życiowych.

W analizie transakcyjnej widoczna jest wyraźna reorganizacja: obniżenie uległości *AC* (65), wzrost aktywności rodzica opiekuńczego *NP* (38) – poziom niski, ale poprawiony), dorosłego *A* (45) oraz dziecka spontanicznego *FC* (63), może świadczyć o większej samoregulacji, empatii wobec siebie, a także wzroście ekspresji emocjonalnej i autentyczności. Obniżenie rodzica krytycznego *CP* (55) również wpisuje się w ten proces równoważenia wewnętrznych instancji psychicznych.

Wyniki w skalach Welsha dodatkowo potwierdzają wzrost potencjału intelektualnego i twórczego – bardzo wysoki wynik w skali *A-2* (71) oraz stabilność pozostałych wskaźników poznawczych (wszystkie w normie) pozwalają uznać, że pani Agnieszka zyskała lepszy dostęp do swoich zasobów mentalnych.



Na podstawie porównania obu pomiarów można wnioskować, że pani Agnieszka przeszła proces wewnętrznej transformacji. Profil osoby zależnej, uległej i pozbawionej poczucia sprawczości został częściowo przekształcony w kierunku większej autonomii, ekspresji emocjonalnej i stabilności psychicznej. Choć niektóre trudności – np. w zakresie samokontroli – nadal są obecne *S-CN* (28), ogólny obraz wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie adaptacji, samoświadomości i funkcjonowania społecznego. Zmiany te świadczą o uruchomieniu zasobów osobowościowych, wzroście dojrzałości emocjonalnej i potencjale do dalszego rozwoju.

Podsumowanie

W przypadku pani Agnieszki zauważalne są zarówno subiektywne efekty zmiany, jak i mierzalne przesunięcia w funkcjonowaniu psychologicznym, potwierdzone danymi ilościowymi z testów MSEI i ACL.

W wymiarze jakościowym, terapia TSR umożliwiła klientce wzrost życzliwości wobec siebie, lepsze rozumienie własnych emocji oraz bardziej realistyczne spojrzenie na sytuacje interpersonalne. Pani Agnieszka podkreślała znaczenie pracy nad granicami, przynależnością kulturową oraz integracją tożsamości. Szczególnie wartościowe okazały się: akceptacja niedoskonałości, prawo do przeżywania trudnych emocji oraz towarzyszenie terapeutyczne oparte na empatii i dystansie. Sesje sprzyjały również stabilizacji relacji z córką i wzmocnieniu zasobów osobistych.

W wynikach testowych MSEI obserwuje się mieszany obraz – bez istotnego wzrostu *ogólnej samooceny* (spadek z 3 do 2), ale z wyraźną poprawą w takich obszarach jak *integracja tożsamości* (z 1 do 3) oraz *kompetencje* (z 2 do 5). Wzrosło również poczucie *atrakcyjności fizycznej*, *bycia kochaną* oraz *witalność*, mimo że nadal mieściły się w niskim lub dolnym przedziale przeciętności. *Samoakceptacja moralna* pozostała stabilnie wysoka (10), co może wskazywać na silną potrzebę postrzegania siebie jako osoby etycznej, dającą fundament dla pozytywnej samooceny.

W profilu ACL zaobserwowano wzrost liczby przymiotników pozytywnych oraz spadek negatywnych tylko w nieznacznym stopniu, co sugeruje przesunięcie w kierunku bardziej zrównoważonego samoopisu. Wzrósł poziom potrzeb osiągnięć, dominacji, autonomii oraz afiliacji, co można odczytywać jako przejaw odzyskiwania sprawczości i gotowości do działania. Jednocześnie spadła intensywność potrzeby poniżania się i podporządkowania, co świadczy o odchodzeniu od postawy uległej i zależnej. Znacząco poprawiła się funkcja dorosłego w analizie transakcyjnej, a wzrost aktywności *rodzica opiekuńczego* może symbolizować rozwój postawy troski wobec siebie.



Proces TSR u pani Agnieszki przyniósł jakościowe zmiany w obszarze samoświadomości, samoakceptacji i relacyjności, co zostało częściowo odzwierciedlone w danych testowych. Najważniejsze przesunięcia dotyczyły integracji tożsamości, kompetencji i gotowości do dalszej pracy terapeutycznej, a także przejścia od zależności i samoponizania do większej autonomii i realnego kontaktu z własnymi emocjami. TSR okazało się adekwatną i skuteczną formą interwencji w sytuacji przeciążenia oraz potrzeby wzmocnienia tożsamości. Pani Agnieszka zyskała motywację do dalszej pracy nad traumą w bardziej pogłębionym nurcie.

4.1.7. Studium przypadku – pani Aneta

Kontekst życiowy

Pani Aneta ma 42 lata, jest mieszkanką dużego miasta. Samotnie wychowuje 14-letniego syna. Od 10 lat pozostaje bez zatrudnienia, a ostatnią pracę straciła z powodu powtarzających się spóźnień. Niezamężna, obecnie w związku z mężczyzną. Mieszka osobno od partnera, który jest jednocześnie jej sąsiadem (drzwi w drzwi). Relacja z partnerem stanowi dla niej istotny punkt odniesienia, choć określa ją jako coraz mniej satysfakcjonującą.

Zgłosiła się do poradni za sugestią specjalisty pracującego z jej synem. Wcześniej uczestniczyła w różnych formach terapii – pierwsze doświadczenia zdobyła jeszcze jako nastolatka, później kontynuowała pracę terapeutyczną w czasie studiów, a ostatnio również dzięki zachęce urzędu pracy. Próbowала terapii psychodynamicznej, jednak miała trudności z odnalezieniem się w tym nurcie i określeniem celów. Tak trafiła do programu „Szansa na zmianę”. O terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach nie słyszała i nie miała wyobrażeń na ten temat.

Pani Aneta zgłosiła chęć przyjrzenia się swoim relacjom interpersonalnym, w szczególności z partnerem. Wskazywała również na chroniczne zamartwianie się, problemy ze snem i duże trudności w koncentracji. Mimo wyrażonej chęci zmiany, jej postawa na pierwszych spotkaniach sugerowała niski poziom motywacji i wysoki poziom lęku.

Przebieg procesu terapeutycznego

Na początku procesu klientka została poproszona o stworzenie rysunku imienia.



Rysunek 4.37.
Rysunek imienia pani Anety



Rysunek przedstawia imię „Aneta” zapisane wielokolorowymi, starannie narysowanymi literami, z wyraźnymi konturami i zróżnicowaną formą każdej litery. Kompozycja jest bogata wizualnie – pojawiają się elementy takie jak promienie słoneczne, chmurka, słońce, płomień, roślina czy kwiat. Taki sposób przedstawienia imienia może sugerować wysoką potrzebę ekspresji oraz wewnętrzną różnorodność – każda litera zdaje się mieć swój indywidualny charakter, co może symbolizować niejednorodny obraz siebie. Kolory i symbolika mogą wskazywać na bogate życie wewnętrzne, a jednocześnie – na potrzebę uporządkowania lub integracji tych części. Obecność światła, natury i ruchu (linie promieniste, płomień, chmurka) może być wyrazem zarówno emocjonalnej intensywności, jak i poszukiwania równowagi. Kontrast pomiędzy barwami (np. czarne E a pastelowe A) może sugerować ambiwalencję w obszarze samooceny – obecność zarówno siły, jak i niepewności.

W kontekście terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) taki rysunek może być interpretowany jako przejaw istniejących zasobów – kreatywności, potrzeby kontaktu i gotowości do poszukiwania zrozumienia. Jednocześnie różnorodność wizualna może odzwierciedlać rozproszenie lub trudność w spójnym definiowaniu tożsamości.

Klientka przejawia trudności poznawcze – wolno wypełniała testy. Rysunek imienia zajął całe spotkanie. Pani Aneta nie zawsze rozumiała polecenia, często traciła wątek podczas rozmowy. Występowały też oznaki napięcia i lęku – skulona postawa ciała, niska aktywność werbalna. Spóźnienia były normą (10–20 minut), tłumaczone bólem głowy lub zaspaniem.

Terapia wymagała od osoby prowadzącej większego stopnia dyrektywności, odejścia od nurtu TSR, zwłaszcza w zakresie ustalania granic dotyczących spóźnień, co przyniosło częściowy efekt – poprawę punktualności. Celem tego działania było zachęcenie pani Anety do ustalenia „schematu” dnia i doświadczenia „sukcesu” (co w rzeczywistości tak klientka interpretowała). Pani Aneta funkcjonowała często w relacji „gościa” (Iveson, George, Ratner, 2019), co utrudniało aktywną pracę nad zmianą. Kluczowym wyzwaniem była jej niska motywacja i trudność w podejmowaniu działań wymagających zaangażowania.

Pojawiały się sygnały silnego lęku przed oceną – klientka wspominała, że czuje się obserwowana w trakcie wykonywania rysunku, co wywoływało w niej napięcie. Choć początkowo trudno było dostrzec gotowość do zmiany, z czasem zaczęła wyrażać potrzebę poprawy relacji – zwłaszcza z partnerem oraz zaczęła zauważać analogie w trudnościach relacyjnych, jakie ma jej siostra i ona. Praca terapeutyczna skupiała się na urealnianiu jej możliwości, budowaniu podstawowej struktury dnia i wzmacnianiu małych, czasami mikrozmiarów.

Pod koniec procesu można było zauważyć sygnały zmiany – klientka częściej komunikowała swoje niezadowolenie, również wobec osoby prowadzącej, co interpretowano jako krok w kierunku większej asertywności i autentyczności. Pojawiła się także większa refleksyjność co do własnych potrzeb oraz świadomość pragnienia stabilności i przewidywalności.

Pomimo wolnego tempa, można uznać, że proces rozpoczął u pani Anety stopniową zmianę w kierunku samoświadomości i wyrażania potrzeb. Pojawiła się również gotowość do kontynuacji procesu.

Ewaluacja efektów i zakończenie etapu

Pod koniec zakontraktowanego procesu terapeutycznego klientka ponownie wypełniła testy oraz wykonała rysunek imienia. Rysunek był utrzymany w ciemnej kolorystyce – dominowały brązy i czerń. Litera „A” oraz „N” mają ostre, kanciaste kontury. Ostatnia litera „A” została zastąpiona rysunkiem twarzy o przerysowanym, jaskrawym wyrazie – z dużymi zielonymi oczami i szerokim, wyrazistym uśmiechem.

Pani Aneta wspomniała, że chciała narysować nóż, jednak finalnie tego nie zrobiła. Podczas omawiania rysunku przyznała, że znajduje się w gorszym nastroju i odczuwa dużo złości, również wobec osoby prowadzącej. Zatem taki obraz może być symbolicznie odczytywany jako napięcie, poczucie ambiwalencji i możliwego gniewu. Zmieniona ostatnia litera może wskazywać na próbę przejęcia kontroli nad tym, jak osoba chce być postrzegana – zamiast litery pojawia się twarz, co może wyrażać potrzebę bycia widzianą, ale też pokazuje pewną teatralność, maskowanie emocji lub nadmiarowy wyraz w odpowiedzi na wewnętrzne napięcie.

Z punktu widzenia kontekstu relacyjnego (złość wobec osoby prowadzącej), intensyfikacja konturów oraz ekspresyjna mimika mogą symbolizować nie tylko emocjonalne pobudzenie, ale również niezgodę, opór lub rozczarowanie. Jednocześnie obecność imienia jako całości sugeruje, że tożsamość nadal jest obecna i ważna, choć sposób jej wyrażenia uległ



transformacji – z narracji bogatej i integrującej (na początku) do bardziej skoncentrowanej na pojedynczym, silnym komunikacie wizualnym.

Rysunek 4.38.

Rysunek na koniec procesu terapeutycznego

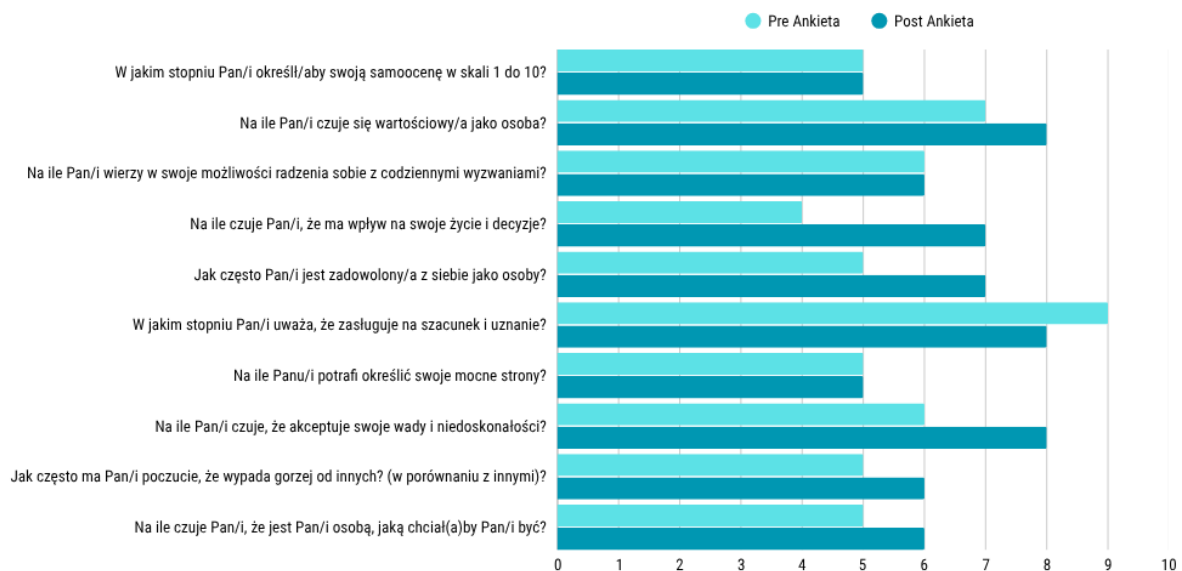


Zakończenie tego etapu terapii odbyło się w atmosferze ambiwalencji, jednak z widoczną gotowością klientki do dalszej pracy. Zaproponowano konsultację lekarską oraz kontynuację procesu terapeutycznego. Praca z klientką wydaje się wymagać długoterminowego wsparcia, ze względu na jej ograniczone zasoby, wysoki poziom lęku oraz długotrwałe trudności w relacjach i samoorganizacji.

Subiektywna ocena procesu terapeutycznego

Rysunek 4.39.

Dane z ankiet – pani Aneta



Po zakończeniu cyklu sesji terapeutycznych klientka wskazała na poprawę nastroju i ogólnego samopoczucia. Podkreśliła, że każda sesja przynosiła jej wymierne korzyści, a szczególnie ceniła sobie pozytywną informację zwrotną od osoby prowadzącej. Spotkania

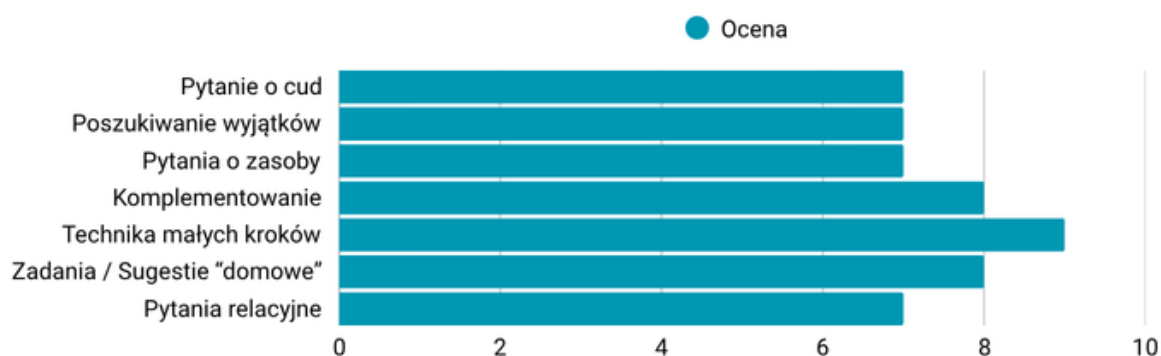
pozwołyły jej spojrzeć bardziej obiektywnie na relacje i własne zachowania wobec partnera – aspekty, które, jak zaznaczyła, prawdopodobnie umknęłyby jej bez udziału psychologa.

Za największą zmianę uznała wzrost odporności psychicznej na codzienne problemy oraz większe poczucie radości z życia. Kluczowym odkryciem terapeutycznym było dla niej uświadomienie sobie, że rozmowa może mieć realną moc sprawczą – zauważyła sens i wartość spotkań terapeutycznych.

W porównaniu do wcześniejszych doświadczeń z innymi nurtami terapeutycznymi, TSR okazała się bardziej satysfakcjonująca – nie towarzyszyły jej wcześniejsze uczucia frustracji i niezadowolenia. Klientka wyraziła chęć kontynuacji procesu, a za istotny czynnik wpływający na pozytywną zmianę uznała informację zwrotną udzielaną przez terapeutę.

Rysunek 4.40.

Ocena użyteczności interwencji stosowanych w procesie terapeutycznym – pani Anety

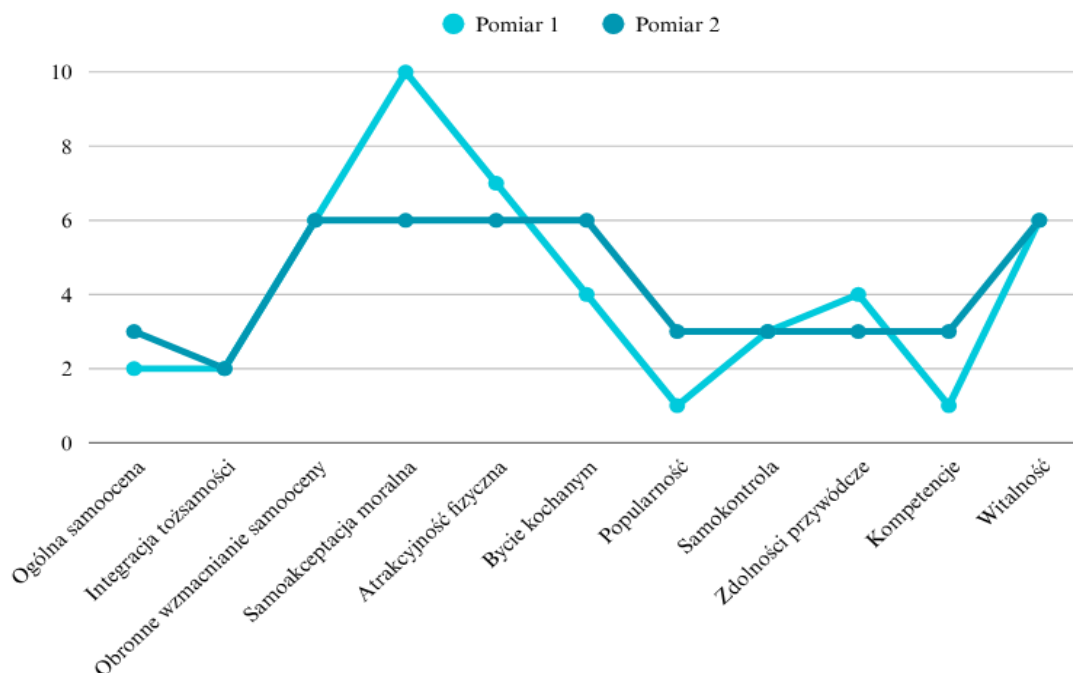


Dane wskazują na utrzymanie samooceny (5) i wiary w swoje możliwości (6), jednak zauważalny jest wzrost zadowolenia z siebie (z 5 do 7) oraz poczucia wpływu (z 4 do 7). Poprawiła się również akceptacja siebie (z 6 do 8). TSR okazała się skuteczna w zakresie wzmocnienia odporności psychicznej i zmiany sposobu postrzegania siebie. Najbardziej pomocna była technika małych kroków (9), a pozostałe interwencje oceniono jako użyteczne w granicach 7–8 punktów.

Tabela 4.13
 Dane z kwestionariusza *Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI)*

Obszar samooceny	Pomiar 1		Opis (przedział)	Pomiar 2		Opis (przedział)	Zmiana
	Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%		Wynik przeliczony (Sten)	Przedział ufności dla 85%		
<i>Ogólna samoocena</i>	2	1-2	Niski (niski)	3	2-4	Niski (niski-przeciętny)	+1
<i>Integracja tożsamości</i>	2	1-3	Niski (niski)	2	1-2	Niski (niski)	brak
<i>Obronne wzmacnianie samooceny</i>	6	5-8	Przeciętny (przeciętny-wysoki)	6	4-7	Przeciętny (przeciętny)	brak
<i>Samoakceptacja moralna</i>	10	9-10	Wysoki (wysoki)	6	4-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	-4
<i>Atrakcyjność fizyczna</i>	7	6-8	Przeciętny (przeciętny - wysoki)	6	5-8	przeciętny (przeciętny-wysoki)	-1
<i>Bycie kochanym</i>	4	3-5	przeciętny (niski-przeciętny)	6	5-7	przeciętny (przeciętny)	+2
<i>Popularność</i>	1	1	Niski (niski)	3	1-3	Niski (niski)	+2
<i>Samokontrola</i>	3	1-3	Niski (niski)	3	1-3	Niski (niski)	brak
<i>Zdolności przywódcze</i>	4	3-5	przeciętny (niski-przeciętny)	3	2-5	Niski (niski-przeciętny)	-1
<i>Kompetencje</i>	1	1-3	niski (niski)	3	1-4	Niski (niski-przeciętny)	+2
<i>Witalność</i>	6	4-6	Przeciętny (przeciętny)	6	5-7	Przeciętny (przeciętny)	brak

Rysunek 4.41.
 Dane dwóch wyników MSEI



Wyniki uzyskane przez badaną w obu pomiarach testu MSEI należy interpretować z ostrożnością ze względu na czynniki, które mogły wpłynąć na ich trafność. W trakcie przeprowadzania testu klientka wykazywała trudności w rozumieniu instrukcji, potrzebowała znacznie więcej czasu niż przeciętnie. Może to świadczyć o ograniczonej adekwatności samoopisu i sugerować, że nie wszystkie wybory były w pełni świadome.

Pomiar 1 – Wyniki MSEI przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze pani Aneta uzyskała niską *ogólną samoocenę* (2), co wskazuje na ogólnie negatywny lub wątpliwy stosunek do samej siebie. Równie niskie wyniki uzyskała w zakresie *integracji tożsamości* (2), co może sugerować trudności w doświadczaniu siebie jako osoby spójnej i stabilnej wewnętrznie. Poczucie *kompetencji* oraz *popularności* również plasowały się na poziomie bardzo niskim (1), co może świadczyć o niskiej wierze we własną skuteczność i braku poczucia społecznej akceptacji.

W obszarze *samokontroli* (3) oraz *zdolności przywódczych* (4), pani Aneta uzyskała wyniki mieszczące się w zakresie niskim i nisko-przeciętnym, co może sugerować trudności w regulowaniu zachowania oraz w przejmowaniu inicjatywy w relacjach interpersonalnych.

Jednym z najwyższych wyników w tym pomiarze był wynik w obszarze *samoakceptacji moralnej* (10), który świadczy o silnej identyfikacji z wartościami moralnymi oraz poczuciu bycia „dobrą osobą”. Wysoko oceniona została również *witalność* (6) oraz *atrakcyjność*

fizyczna (7), wskazując na względnie pozytywny stosunek do swojej energii życiowej i wyglądu.

Warto również zwrócić uwagę na umiarkowany wynik w zakresie *obronnego wzmacniania samooceny* (6), co może sugerować stosowanie mechanizmów obronnych w celu podtrzymywania poczucia własnej wartości w sytuacjach zagrożenia.

Pomiar 2 – Wyniki MSEI po interwencji terapeutycznej

W drugim pomiarze zauważalne są korzystne zmiany w kilku obszarach. Ogólna samoocena wzrosła do 3, zbliżając się do przeciętnego poziomu, co może świadczyć o pewnej poprawie postrzegania siebie. Szczególnie widoczny wzrost dotyczy poczucia *bycia kochaną* (wzrost z 4 do 6) oraz *kompetencji* (z 1 do 3), co może sugerować poprawę w relacjach interpersonalnych oraz w postrzeganiu własnej skuteczności.

Wynik w zakresie *popularności* również uległ poprawie (z 1 do 3), jednak nadal pozostaje na niskim poziomie. *Samokontrola* utrzymuje się na 3 – bez zmian względem pomiaru pierwszego, co może wskazywać na trwałość trudności w tej sferze.

Pewien niepokój może budzić spadek w zakresie *samoakceptacji moralnej* – z wysokiego poziomu (10) do przeciętnego (6). Może to świadczyć o wewnętrznych zmianach w postrzeganiu siebie w kontekście wartości, co może być efektem refleksji, kryzysu wartości lub konfrontacji z wymaganiami otoczenia.

Atrakcyjność fizyczna i *witalność* utrzymały się na przeciętnym poziomie (6), podobnie jak *obronne wzmacnianie samooceny* (6), co sugeruje względną stabilność w tych obszarach.

Analiza dwóch pomiarów wskazuje na stopniową poprawę ogólnej samooceny, szczególnie w obszarach relacyjnych i kompetencyjnych. Wciąż jednak utrzymują się niskie wyniki w zakresie tożsamości, samokontroli i społecznego funkcjonowania. Obserwowane zmiany mogą świadczyć o rozpoczętym procesie rozwoju i większej otwartości na własne potrzeby, przy jednoczesnym trwaniu pewnych schematów samooceny, które wymagają dalszej pracy i wsparcia terapeutycznego.

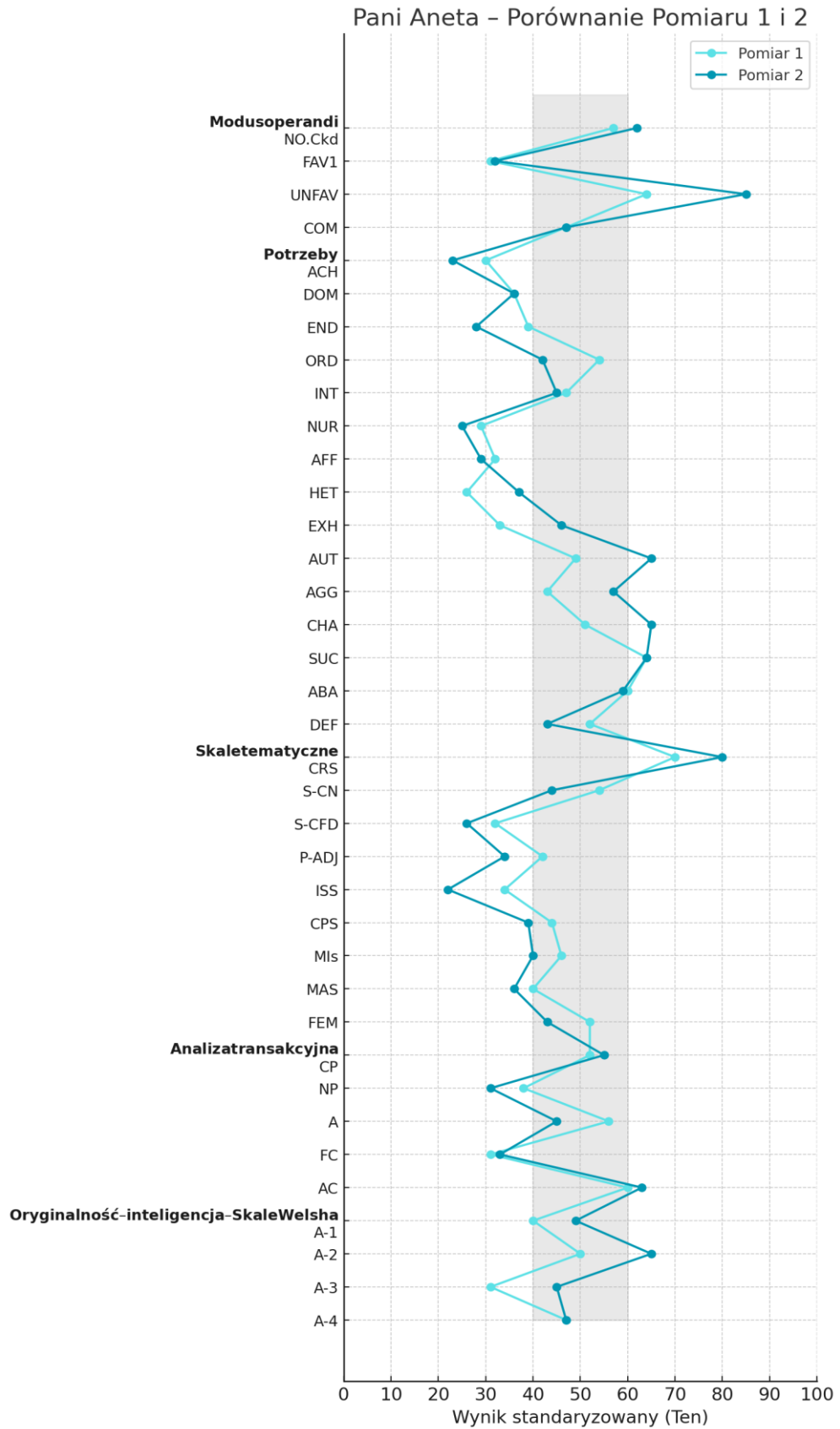


Tabela 4.14
Wyniki dwóch pomiarów ACL

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1	Pomiar 2
			Wynik (ten)	Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	57	62
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	31	32
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	64	85
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	47	47
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	30	23
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	36	36
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	39	28
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	54	42
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	47	45
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	29	25
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	32	29
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	26	37
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	33	46
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	49	65
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	43	57
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	51	65
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	64	64
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	60	59
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	52	43
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	70	80
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	54	44
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	32	26
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	42	34
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	34	22
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	44	39
	<i>MI</i>	<i>Przywództwo</i>	46	40
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	40	36
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	52	43
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	52	55
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	38	31
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	56	45
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	31	33
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	60	63
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	40	49
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	50	65
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	31	45
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	47	47



Rysunek 4.42.
 Wykres dwóch wyników ACL



Wyniki uzyskane przez badaną w obu pomiarach testu ACL należy interpretować ostrożnie, ponieważ w trakcie przeprowadzania testu klientka miała trudności z rozumieniem instrukcji, potrzebowała znacznie więcej czasu niż przeciętnie, a także nie znała znaczenia niektórych słów, co może świadczyć o ograniczonej adekwatności samoopisu i sugerować, że nie wszystkie wybory były w pełni świadome.

Pomiar 1 – Wyniki ACL przed interwencją terapeutyczną

W pierwszym pomiarze pani Aneta wykazała umiarkowany poziom zaangażowania w zadanie *NO.CKD* (57), co może świadczyć o stosunkowo przeciętnym poziomie samoświadomości i refleksyjności. Jednak już w obrębie struktury samoopisu uwidacznia się znacząca przewaga cech negatywnych *UNFAV* (64) nad pozytywnymi *FAVI* (31), co może świadczyć o obniżonej samoocenie, tendencji do surowego oceniania siebie oraz obecności trudnych emocjonalnie przeżyć. Wskaźnik typowości *COM* = 47 wskazuje na przeciętną wiarygodność uzyskanych danych, choć należy mieć na uwadze, że pacjentka miała trudności ze zrozumieniem niektórych pojęć i długi czas rozwiązywania testu.

W zakresie potrzeb psychologicznych uwagę zwraca niskie nasilenie potrzeby osiągnięć *ACH* (30), dominacji *DOM* (36) i wytrwałości *END* (39), co może oznaczać brak wiary w siebie i ograniczoną motywację zadaniową. Jednocześnie zauważalna jest wysoka potrzeba doznawania opieki *SUC* (64) oraz podporządkowania *DEF* (52), co może wskazywać na zależność emocjonalną, potrzebę wsparcia oraz tendencję do przyjmowania biernej postawy w relacjach interpersonalnych. Towarzyszy temu niskie natężenie potrzeby afiliacji *AFF* (32) i opiekowania się innymi *NUR* (29), co może sugerować wycofanie społeczne i trudności w tworzeniu relacji.

Wyniki w skalach tematycznych wskazują na pewien potencjał do pracy psychoterapeutycznej: gotowość do terapii *CRS* (70) znajduje się na poziomie wysokim, co może świadczyć o motywacji do zmiany. Jednakże zaufanie do siebie *S-CFD* (32) na poziomie niskim i przystosowanie osobiste *P-ADJ* (42) oraz obraz *Ja* idealnego *ISS* (34), co może sugerować trudność w formułowaniu aspiracji życiowych i brak spójnej tożsamości.

W analizie transakcyjnej występuje przewaga postawy uległej *AC* (60) – wynik wysoki przy przeciętnie nasilonym rodzicu krytycznym *CP* (52) i niskim rodzicu opiekuńczym *NP* (38). Oznacza to, że osoba badana może być surowa wobec siebie, mało wspierająca i mało empatyczna względem własnych emocji. Umiarkowana funkcja dorosłego *A* (56) wskazuje na pewną zdolność do realistycznej oceny rzeczywistości.

W skalach oryginalności i inteligencji zauważalne jest przeciętne nasilenie cech twórczych i poznawczych, z nieznaczną przewagą wysokiej oryginalności *A-2* (50), co może stanowić potencjał rozwojowy.

Pomiar 2 – Wyniki ACL po interwencji terapeutycznej

W drugim pomiarze liczba wybranych przymiotników nieznacznie wzrosła *NO.CKD* (62). Jednak struktura obrazu siebie uległa pogorszeniu: choć liczba przymiotników pozytywnych jest większa *FAVI* (32), to liczba przymiotników negatywnych *UNFAV* (85) wzrosła znacząco, osiągając poziom bardzo wysoki. Sytuacja ta może wskazywać na pogłębiające się trudności emocjonalne, pogorszenie samooceny lub trudności w odróżnianiu realnych cech od przeżywanych emocji. Typowość *COM* (47) pozostała na poziomie przeciętnym.

W zakresie potrzeb zauważalna jest obniżenie motywacji zadaniowej – potrzeba osiągnięć *ACH* (23), wytrwałości *END* (28) plasuje się bardzo nisko, dominacji *DOM* (36) – nisko w związku z tym może potwierdzać narastające poczucie bezradności i bierności. Jednocześnie widoczny jest wzrost potrzeby autonomii *AUT* (65) – wysoka potrzeba, agresji *AGG* (57) i potrzeby zmian *CHA* (65) może sugerować rosnące napięcie wewnętrzne, chęć wyrwania się z obecnego stanu oraz impulsywną potrzebę niezależności. Mimo to utrzymuje się wysoka potrzeba zależności *SUC* (64), a potrzeba podporządkowania *DEF* (43) spada do poziomu normatywnego.

W skalach tematycznych sytuacja ulega pogorszeniu: zaufanie do siebie *S-CFD* (26) – bardzo niskie), przystosowanie osobiste *P-ADJ* (34) – niskie oraz *ISS* (22) – bardzo niskie, świadczą o znacznych trudnościach w codziennym funkcjonowaniu i braku poczucia wpływu na własne życie. Choć gotowość do terapii *CRS* (80) – która jest bardzo wysoka, wzrosła, być może jest to przejaw rosnącego napięcia i poszukiwania ratunku z zewnętrznego źródła, niż wewnętrznej siły do zmiany. Warto zaznaczyć spadek samokontroli *S-CN* (44), który może świadczyć o obniżonej zdolności do regulowania impulsów i emocji.

W analizie transakcyjnej utrzymuje się wysoki poziom uległości *AC* (63), natomiast rodzic opiekuńczy *NP* (31) obniża się, co może świadczyć o nasilającej się surowości wobec siebie. Wzrost rodzica krytycznego *CP* (55) oraz spadek dorosłego *A* (45) może świadczyć o regresji w sposobie myślenia i oceniania rzeczywistości, a także o nasileniu się wewnętrznego konfliktu.

W skalach Welsha zauważalny jest wzrost w obszarze potencjału poznawczego i twórczego *A-2* (65) – wysoki, co potwierdza istnienie niewykorzystanego potencjału intelektualnego, który może być zasobem w procesie terapeutycznym.



Drugi pomiar wskazuje na pogorszenie obrazu siebie oraz funkcjonowania emocjonalnego pacjentki, mimo że pojawiają się pojedyncze przesłanki dotyczące rosnącej potrzeby zmiany i niezależności. Wzrost liczby cech negatywnych, spadek zaufania do siebie i pogłębienie labilności emocjonalnej sugerują potrzebę pogłębionej diagnozy klinicznej i dalszej pracy terapeutycznej. Interpretację wyników należy prowadzić z dużą ostrożnością, z uwagi na potencjalne zniekształcenia poznawcze oraz ograniczone rozumienie materiału testowego przez badaną.

Podsumowanie

W przypadku pani Anety proces terapeutyczny w nurcie TSR przyniósł widoczne zmiany jakościowe, natomiast wyniki ilościowe testów ukazują obraz mieszany, z oznakami zarówno poprawy, jak i regresji w niektórych sferach funkcjonowania.

Dane jakościowe wskazują, że najważniejszymi efektami terapii były: (a) wzrost odporności psychicznej, (b) lepsze radzenie sobie z codziennością, (c) większe poczucie realnej wartości rozmowy terapeutycznej oraz (d) większa refleksyjność dotycząca własnych potrzeb i relacji. Pani Aneta zaczęła sygnalizować niezadowolenie – także wobec prowadzącej – co rozumiano m.in. jako początek rozwoju asertywności. Za najcenniejszą interwencję uznała technikę małych kroków. TSR postrzegała jako podejście bardziej efektywne niż wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne.

W danych ilościowych MSEI zaobserwowano umiarkowaną poprawę ogólnej samooceny, kompetencji, poczucia bycia kochaną oraz popularności. Niektóre wskaźniki pozostały stabilne (samokontrola, integracja tożsamości, witalność), natomiast istotny spadek pojawił się w obszarze samoakceptacji moralnej, co może odzwierciedlać trwający proces przewartościowywania norm i ocen wobec siebie.

W profilu ACL wystąpiły znaczące trudności: w drugim pomiarze odnotowano wzrost liczby przymiotników negatywnych, co może sugerować nasilenie samokrytycyzmu i pogłębienie negatywnego obrazu siebie. Choć potrzeby niezależności, autonomii i zmian wzrosły, nie towarzyszy im jeszcze realne wzmocnienie struktury osobowościowej. Spadające wyniki w obszarach samokontroli, zaufania do siebie i funkcji dorosłego mogą wskazywać na emocjonalną destabilizację lub intensyfikację wewnętrznego konfliktu.

Mimo to wzrost gotowości do terapii oraz pozytywny odbiór TSR jako wspierającego podejścia, świadczą o rosnącej świadomości potrzeby dalszej pracy i istnieniu zasobów do jej kontynuacji.

Proces TSR zainicjował u pani Anety ważne zmiany w zakresie wglądu, motywacji i emocjonalnej dostępności, co widoczne jest w danych jakościowych. Dane ilościowe jak



MSEI i ACL, odzwierciedlają częściową poprawę samooceny oraz sygnalizują wewnętrzne napięcia, szczególnie w obszarze samowartościowania i emocjonalnej samoregulacji. Spadek w zakresie moralnej samoakceptacji oraz wzrost cech negatywnych w samoopisie mogą świadczyć o początku rozbijania dawnych schematów samooceny i otwieraniu się na nowe, bardziej realistyczne postrzeganie siebie.

Zarówno jakość relacji z terapeutą, jak i techniki TSR, szczególnie komplementowanie i mikrocele, zostały ocenione przez klientkę jako znaczące. Utrzymująca się gotowość do kontynuacji terapii oraz wzrost świadomości emocjonalnej przemawiają za koniecznością dalszego wsparcia, najlepiej w formie długoterminowej interwencji integrującej elementy TSR z pracą nad regulacją emocji i tożsamością. Być może wskazane byłoby wsparcie ze strony innych specjalistów.

4.2 Zbiorcza analiza danych z ankiet – skuteczność TSR z perspektywy uczestników

W celu syntetyzowania danych uzyskanych w badaniu przeprowadzono zbiorcze zestawienie zmian w zakresie samooceny, obrazu siebie oraz ocen technik TSR. Tabela poniżej przedstawia porównanie wyników uczestników terapii przed i po jej zakończeniu.

Tabela 4.15
Zmiany subiektywne – zestawienie zbiorcze

Obszar	Średnia ocen	
	Przed	Po
Ogólna satysfakcja i nadzieje związane z TSR		9
Subiektywny poziom samooceny	4,8	6,14
Poczucie własnej wartości	5,71	7,14
Umiejętność radzenia sobie z trudnościami	5,28	7,28
Poczucie wpływu na własne życie	5,14	7,42
Subiektywne zadowolenie z siebie	5,28	6,57
Poczucie szacunku	6,71	8,28
Znajomość mocnych stron	6,57	6,71
Akceptacja swoich niedoskonałości	4,71	6,28
Poczucie bycia gorszym	6,28	6,57
Zgodność z <i>Ja</i> idealnym	4,42	6,42

W celu oceny subiektywnego wpływu terapii TSR na uczestników, przeanalizowano dane z anonimowych ankiet przed i po zakończeniu procesu terapeutycznego. Uczestnicy oceniali



różne aspekty swojej samooceny i obrazu siebie w skali od 1 do 10. Poniżej przedstawiono średnie wartości dla każdej kategorii.

Największy wzrost zaobserwowano w obszarach:

1. Poczucie wpływu na własne życie – wzrost z 5,14 do 7,42 (+2,28),
2. Umiejętność radzenia sobie z trudnościami – z 5,28 do 7,28 (+2,00),
3. Poczucie własnej wartości – z 5,71 do 7,14 (+1,43),
4. Zgodność z Ja idealnym – z 4,42 do 6,42 (+2,00),
5. Akceptacja swoich niedoskonałości – z 4,71 do 6,28 (+1,57).

Wskazuje to na poprawę zarówno w zakresie poznawczym (sposób, w jaki uczestnicy postrzegają siebie), jak i emocjonalnym (relacja wobec siebie i własnych ograniczeń). Wzrost zgodności z *Ja* idealnym może świadczyć o lepszej integracji tożsamości i wzroście samoakceptacji – zgodnie z koncepcją Rogersa (2002) i Higginsa (1987).

Ogólna satysfakcja z procesu TSR została oceniona bardzo wysoko – średnio na 9/10, co potwierdza pozytywny odbiór formy i efektów terapii.

Warto także zwrócić uwagę na umiarkowany wzrost w obszarach: (a) subiektywne zadowolenie z siebie (z 5,28 do 6,57), (b) poczucie szacunku i uznania (z 6,71 do 8,28). Znajomość mocnych stron – tu zmiana była niewielka (6,57 do 6,71), co może sugerować, że uczestnicy już przed terapią mieli częściowy wgląd w swoje zasoby, a TSR utrwaliła to przekonanie. W obszarze poczucia gorszości w porównaniu do innych odnotowano nieznaczny wzrost średniego wyniku z 6,28 do 6,57, co sugeruje, że uczestnicy po zakończeniu TSR częściej porównywali się z innymi w sposób krytyczny lub wymagający. Choć zmiana ta jest niewielka i może mieścić się w granicach błędów pomiarowych, warto ją rozważyć w szerszym kontekście.

Jedną z możliwych interpretacji jest to, że wzrost samoświadomości i refleksyjności, jaki zachodził w procesie TSR, mógł czasowo zwiększyć uważność na własne braki czy niedoskonałości w relacjach społecznych. W miarę jak uczestnicy zaczęli bardziej realistycznie postrzegać siebie, mogli też zacząć dostrzegać obszary, w których czują się „gorsi” lub mniej kompetentni od innych – nie jako efekt spadku samooceny, lecz jako część procesu integrowania realistycznego obrazu siebie.

Zgodnie z koncepcją Rogersa (2002), taka konfrontacja z rzeczywistością może być przejściowo dyskomfortowa, ale ostatecznie służy rozwojowi osobistemu i zwiększeniu akceptacji. W tym świetle nieznaczny wzrost poczucia gorszości może być elementem głębszego procesu refleksyjnego, który nie musi oznaczać regresu, lecz etap konfrontacji ze

sobą w drodze do pełniejszej integracji *Ja*. Oczywiście należałoby również dogłębniej przeanalizować postawę samej osoby prowadzącej.

4.2.1. Użyteczne techniki

W ankietach końcowych uczestnicy zostali poproszeni o wskazanie technik TSR, które uznali za najbardziej pomocne w procesie zmiany. Każdą z technik mogli ocenić w skali 1–10. Zebrane dane pozwalają wyciągnąć kilka kluczowych wniosków.

Tabela 4.16
Użyteczne techniki

Technika	Ilość wskazań	Średnia
Komplementowanie	7	8,85
Sugestie domowe	7	8,71
Technika małych kroków	6/7	9,33
Pytanie o zasoby	6/7	8,66
Pytania relacyjne	4/7	8,25
Pytanie o cud	4/7	8
Pytanie skalujące	3/7	9
Wyjątki	3/7	8,33

Najczęściej wskazywane techniki to: (a) komplementowanie – wskazało ją 7/7 osób (100%), średnia ocena: 8,85, (b) sugestie domowe – 7/7 wskazań, średnia: 8,71, (c) pytanie o zasoby – 6/7 wskazań, średnia: 8,66, (d) technika małych kroków – 6/7 wskazań, najwyższa średnia: 9,33.

Oznacza to, że uczestnicy cenili przede wszystkim techniki konkretne, pozytywne i osadzone w działaniu, które wzmacniały poczucie sprawczości i dostrzeganie efektów.

Techniki o mniejszej liczbie wskazań, ale wysokiej średniej skuteczności: (a) pytanie skalujące – tylko 3/7 osób je wskazało, ale z bardzo wysoką oceną: 9,00. (b) pytania relacyjne – 4/7 wskazań, średnia: 8,25 – co sugeruje, że są one skuteczne, ale może nie przez wszystkich zapamiętane jako kluczowe.

Najniżej ocenione (relatywnie) techniki, choć nadal dobrze oceniane: (a) pytanie o cud – wskazało 4/7 osób, średnia: 8,00 – możliwe, że część osób uznała je za mniej konkretne lub bardziej abstrakcyjne; (b) wyjątki – 3/7 wskazań, średnia: 8,33.

Podsumowanie

Najwyższe oceny i największą popularność zdobyły techniki:

1. Relacyjne i wzmacniające (komplementowanie),



2. Działaniowe (małe kroki, sugestie domowe),
3. Refleksyjne (zasoby, skalowanie).

To potwierdza teoretyczne założenia TSR: zmiana zachodzi nie przez analizę problemu, lecz przez wydobywanie i uruchomienie zasobów, motywacji i mikrozmian. Wysokie oceny i częstotliwość wskazań podkreślają praktyczną skuteczność TSR w pracy nad obrazem siebie i samoocena.

Tabela 4.17
 Zmiany – Wyniki MSEI – zestawienie zbiorcze

Skala	Przed	Po	Zmiana
Ogólna samoocena	2,14	4,28	+2,14
Integracja Tożsamości	2,28	3,57	+1,29
Obronne Wzmacnianie Samooceny	4,42	4,57	+0,15
Samoocena Moralna	7,85	7,85	0
Atrakcyjność Fizyczna	3,57	4,57	+1
Bycie Kochanym	3,28	5	+1,72
Popularność	3,14	3,85	+0,71
Zdolności Przywódcze	4,85	4,85	0
Samokontrola	4,14	5,14	+1
Kompetencje	4,42	5,57	1,15
Witalność	3,85	5,28	+1,43

Rysunek 4.43.
 Wykres MSEI – zestawienie zbiorcze – przed i po interwencji

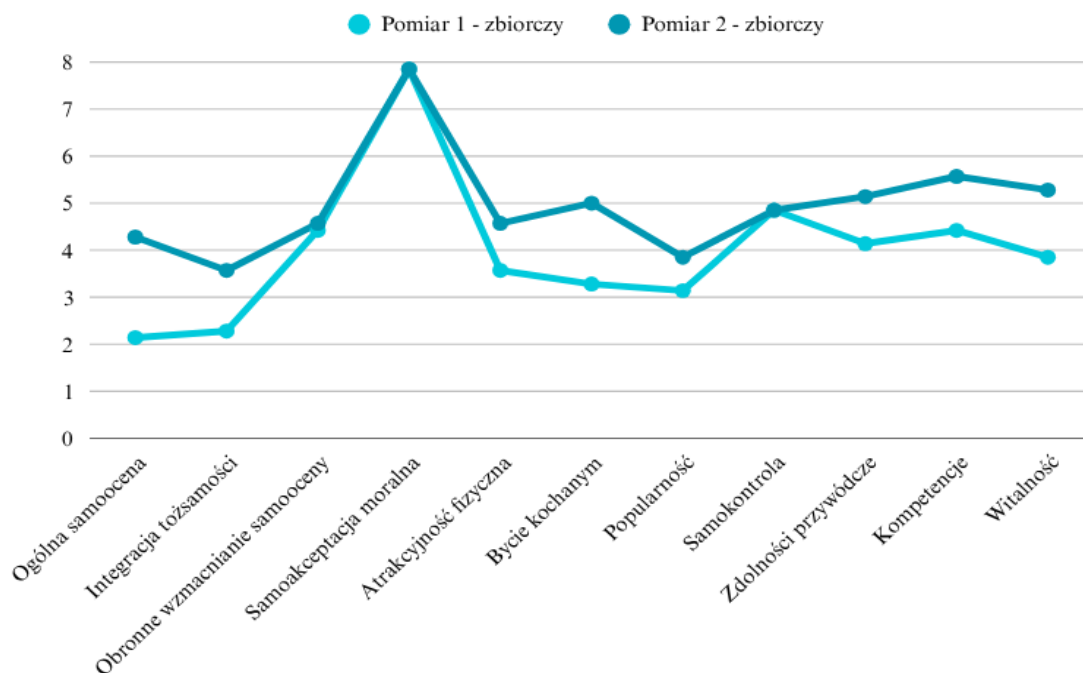


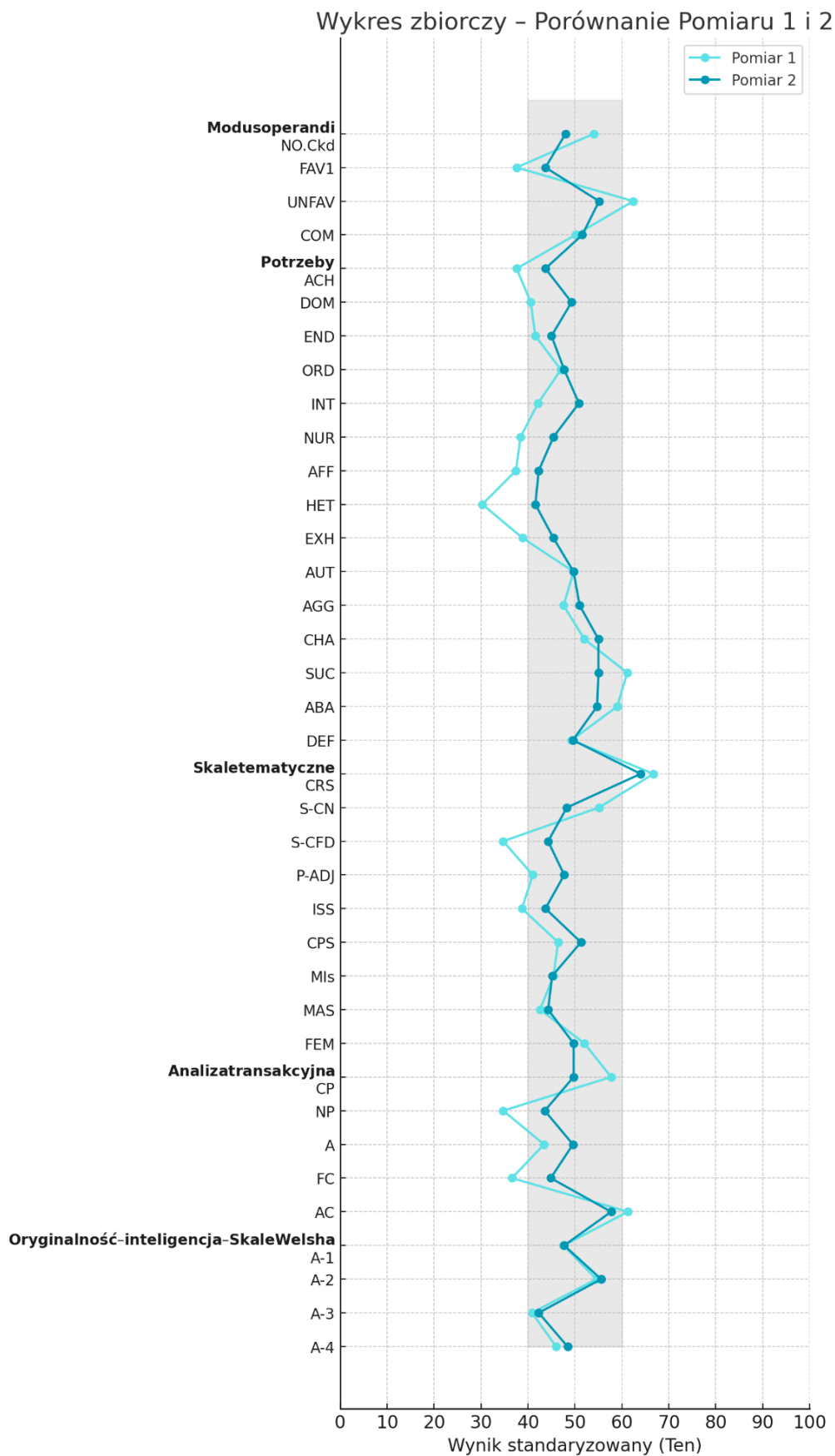
Tabela 4.18
 Wyniki dwóch pomiarów ACL – dane zbiorcze

	Nazwa skali	Opis skali	Pomiar 1 Wynik (ten)	Pomiar 2 Wynik (ten)
Modus operandi	<i>NO.CKD</i>	<i>Całkowita liczba wybranych przymiotników</i>	54	48
	<i>FAVI</i>	<i>Wybrane przymiotniki pozytywne</i>	37,57	43,71
	<i>UNFAV</i>	<i>Wybrane przymiotniki negatywne</i>	62,42	55,14
	<i>COM</i>	<i>Typowość</i>	50,14	51,57
Potrzeby	<i>ACH</i>	<i>Potrzeba osiągnięć</i>	37,57	43,71
	<i>DOM</i>	<i>Potrzeba dominacji</i>	40,57	49,28
	<i>END</i>	<i>Potrzeba wytrwałości</i>	41,57	45
	<i>ORD</i>	<i>Potrzeba porządku</i>	47	47,71
	<i>INT</i>	<i>Potrzeba rozumienia siebie i innych</i>	42,14	50,85
	<i>NUR</i>	<i>Potrzeba opiekania się</i>	38,42	45,42
	<i>AFF</i>	<i>Potrzeba afiliacji</i>	37,42	42,28
	<i>HET</i>	<i>Potrzeba kontaktów heteroseksualnych</i>	30,28	41,57
	<i>EXH</i>	<i>Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego</i>	38,85	45,42
	<i>AUT</i>	<i>Potrzeba autonomii</i>	49,71	49,71
	<i>AGG</i>	<i>Potrzeba agresji</i>	47,57	51
	<i>CHA</i>	<i>Potrzeba zmian</i>	52	55
	<i>SUC</i>	<i>Potrzeba doznawania opieki</i>	61,14	55
	<i>ABA</i>	<i>Potrzeba poniżania się</i>	59	54,71
	<i>DEF</i>	<i>Potrzeba podporządkowania</i>	49,28	49,57
Skale tematyczne	<i>CRS</i>	<i>Gotowość do terapii</i>	66,71	64
	<i>S-CN</i>	<i>Samokontrola</i>	55,14	48,28
	<i>S-CFD</i>	<i>Zaufanie do siebie</i>	34,71	44,28
	<i>P-ADJ</i>	<i>Przystosowanie osobiste</i>	41	47,71
	<i>ISS</i>	<i>Ja idealne</i>	38,71	43,71
	<i>CPS</i>	<i>Osobowość twórcza</i>	46,42	51,28
	<i>MIs</i>	<i>Przywództwo</i>	45,42	45,14
	<i>MAS</i>	<i>Męskość</i>	42,57	44,28
	<i>FEM</i>	<i>Kobiecość</i>	52	49,71
Analiza transakcyjna	<i>CP</i>	<i>Rodzic krytyczny</i>	57,71	49,71
	<i>NP</i>	<i>Rodzic opiekuńczy</i>	34,71	43,57
	<i>A</i>	<i>Dorosły</i>	43,42	49,57
	<i>FC</i>	<i>Dziecko spontaniczne</i>	36,57	44,85
	<i>AC</i>	<i>Dziecko uległe</i>	61,28	57,71
Oryginalność – inteligencja, skale Welsha	<i>A-1</i>	<i>Wysoka oryginalność – niska inteligencja</i>	47,57	47,71
	<i>A-2</i>	<i>Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja</i>	54,57	55,57
	<i>A-3</i>	<i>Niska oryginalność – niska inteligencja</i>	40,85	42,28
	<i>A-4</i>	<i>Niska oryginalność – wysoka inteligencja</i>	46	48,42



Rysunek 4.44.

Wykres dwóch wyników ACL – zestawienie zbiorcze



Porównanie wyników ACL – przed i po interwencji terapeutycznej

Dane z kwestionariusza ACL zostały zebrane przed i po zakończeniu procesu TSR. W analizie porównano średnie wyniki dla poszczególnych skal. Obserwowane zmiany ukazują wpływ TSR na kluczowe aspekty funkcjonowania psychicznego i obrazu siebie.

Obszary największej poprawy to:

1. *HET* (heteroseksualizm, bliskość interpersonalna): z 30,28 do 41,57 (+11,29) – sugeruje większą otwartość na relacje intymne.
2. *DOM* (dominacja): wzrost z 40,57 do 49,28 (+8,71) – świadczy o zwiększonej pewności siebie, asertywności i inicjatywie w relacjach.
3. *INT* (introspekcja, refleksyjność): z 42,14 do 50,85 (+8,71) – potwierdza wzrost samoświadomości, zgodny z założeniami TSR.
4. *NUR* (opiekuńczość): z 38,42 do 45,42 (+7,00) – może wskazywać na większe poczucie odpowiedzialności i empatii.
5. *FAV* (pozytywny obraz siebie): z 37,57 do 43,71 (+6,14) – oznacza korzystniejsze postrzeganie siebie.
6. *ACH* (ambicja, dążenie do celu): z 37,57 do 43,71 (+6,14) – wzrost zaangażowania i wiary w możliwość działania.

Stabilność lub niewielkie zmiany: (a) *AUT* (autonomia): bez zmian – 49,71 w obu pomiarach; (b) *ORD* (porządek): niewielki wzrost z 47 do 47,71; (c) *MAS*, *FEM*, *A-1*, *A-2*, *A-3*, *A-4* – pozostały na podobnym poziomie (różnice <2 pkt), co wskazuje na względną stabilność ról płciowych, moralności i podstawowych cech osobowości.

Spadki – możliwe znaczenie rozwojowe: (a) *CP* (kontrola): spadek z 57,71 do 49,71 (-12) – może oznaczać większą elastyczność w działaniu; (b) *S-CN* (społeczna zgodność): spadek z 55,14 do 48,28 (-6,86) – potencjalnie większa autonomia i mniejsze podporządkowanie oczekiwaniom innych; (c) *UNFAV* (negatywny obraz siebie): spadek z 62,42 do 55,14 (-7,28) – pozytywny efekt: mniej samokrytyki (d) *ABA* (tendencje unikowe): z 59 do 54,71 (-4,29) – mniejsza potrzeba unikania trudnych sytuacji; (e) *SUC* (potrzeba sukcesu): z 61,14 do 55 (-6,14) – spadek może wskazywać na mniejszą presję osiągnięć i większy realizm.

W kolejnym rozdziale zostanie dokonana pogłębiona interpretacja tych wyników w świetle literatury psychologicznej oraz teorii dotyczących mechanizmów zmiany w psychoterapii. Szczególna uwaga zostanie poświęcona czynnikom leczącym obecnym



w TSR, a także relacji między zaobserwowanymi zmianami a ujęciami teoretycznymi dotyczącymi obrazu siebie, tożsamości i samooceny.



Rozdział 5. Dyskusja wyników i ich odniesienie do hipotez oraz teorii psychologicznych

Celem niniejszego rozdziału jest pogłębiona interpretacja i dyskusja wyników uzyskanych w badaniu dotyczącym wpływu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) na obraz siebie i samoocenę osób dorosłych. Wnioski płynące z analizy danych ilościowych i jakościowych zostaną zestawione z postawionymi wcześniej hipotezami, teoriami oraz osadzone w szerszym kontekście teoretycznym, jakim są czynniki leczące w psychoterapii.

Interpretacja uwzględnia zarówno bezpośrednio zmiany zaobserwowane u uczestników, jak i mechanizmy psychologiczne, które mogły za nie odpowiadać. Dyskutując wyniki, uwzględniono także ograniczenia metodologiczne badania oraz ich możliwy wpływ na interpretację danych. Rozdział ten kończy się refleksją na temat praktycznego zastosowania TSR w pracy z osobami o niskiej samoocenie oraz wskazaniem kierunków dalszych badań.

5.1. Obraz siebie uczestników przed procesem terapeutycznym

H1. brzmiała: przed rozpoczęciem terapii TSR uczestnicy cechują się rozbieżnym obrazem siebie oraz obniżoną samooceną. Hipoteza została potwierdzona.

Wyniki z preankiet (Tab. 15) wskazywały na subiektywnie umiarkowany poziom samooceny uczestników przed rozpoczęciem terapii (średnia: 4,8). Ponadto odnotowano względnie wysoki poziom (6,28/10 punktów) porównywania się do innych i widzenie siebie jako osobę gorszą oraz średnie poczucie wpływu na własne życie (5,14). Pojawiała się także rozbieżność z *Ja* idealnym (średnia: 4,42 w 10-stopniowej skali) i była ona istotna, co oznaczało, że osoby badane postrzegały siebie jako odmienne od tego, kim chciałyby być. Również akceptacja własnych niedoskonałości była na poziomie średnim (średnia: 4,71), co mogło powodować napięcie wewnętrzne badanych i tendencję do surowego osądzania siebie.

Wyniki skali ogólnej samooceny MSEI były jeszcze niższe, niż wskazywały na to dane z prostych skal ankietowych. Średni wynik przed interwencją terapeutyczną wynosił 2,71 (w skali stenowej), co klasyfikuje się jako poziom wyraźnie niski. Jednocześnie wielu uczestników deklarowało w wywiadach umiarkowane lub względnie pozytywne poczucie własnej wartości – co sugeruje rozbieżność między samooceną deklarowaną a ukrytą, mierzoną narzędziem psychometrycznym.

Ta rozbieżność może wynikać z ograniczonej samoświadomości lub działania mechanizmów obronnych, takich jak tłumienie (świadome odsuwanie od siebie negatywnych myśli), reakcja upozorowana (prezentowanie postawy odwrotnej do faktycznie przeżywanej,



np. nadmierna pewność siebie przy wewnętrznym z wątpieniu) czy wyparcie (nieświadome pomijanie trudnych aspektów obrazu siebie). U części uczestników mogła się ujawniać także potrzeba autoprezentacji – szczególnie u tych osób, które miały wcześniej doświadczenia terapeutyczne lub posiadają wykształcenie psychologiczne. (Sęk, 2001; Zimbardo, Gerrig, 2012).

Tego typu mechanizmy – tj. reakcji upozorowanej czy tłumienia – można było zauważyć m.in. u pani Dominiki, która mówiła o wysokich wymaganiach wobec siebie, ale także o potrzebie łagodności i pracy nad samoakceptacją. W jej przypadku reakcja upozorowana przejawiała się w perfekcjonizmie jako maska chroniąca od lęku przed oceną. Podobnie pani Ewelina maskowała złość i bezradność surową oceną siebie jako „złej matki”. Ponadto stosowała także wyparcie dotyczące wydarzeń traumatycznych, w których uczestniczyła w dzieciństwie.

Niska integracja tożsamości w badanej grupie wyniosła 2,81 (w skali stenowej MSEI), co wskazuje na znaczne trudności uczestników w zakresie budowania spójnego, stabilnego obrazu siebie. Z perspektywy rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona (1997), takie wyniki mogą świadczyć o nierozwiązanym konflikcie tożsamości, szczególnie jeśli w okresie adolescencji jednostka nie ukształtowała wewnętrznego poczucia, „kim jest”. James E. Marcia (2005), rozwijając teorię Eriksona, opisał ten stan jako „rozproszenie tożsamości” (*identity diffusion*) – brak zarówno eksploracji, jak i zaangażowania w procesie kształtowania własnej tożsamości, co może wiązać się z obniżoną stabilnością emocjonalną i trudnościami w podejmowaniu decyzji życiowych (Harwas-Napierała, Trempała, 2005).

Również Carl Rogers (2002) zauważył, że brak zgodności pomiędzy *Ja* realnym, a *Ja* idealnym może prowadzić do wewnętrznego rozdarcia i niestabilności obrazu siebie. Osoby w takim stanie często mają trudność w podejmowaniu decyzji, przewidywaniu własnych reakcji czy określeniu kierunku życiowego.

W badanej grupie niska integracja tożsamości była widoczna u uczestników. Przykładowo: pani Dominika symbolicznie przedstawiła swoją tożsamość jako ukrytą – rysunek imienia przedstawiał literę „D” za kotarą, co odzwierciedlało potrzebę wycofania i poczucie braku jasności co do tego, kim jest. Z kolei pan L. wyraźnie sygnalizował brak poczucia tożsamości męskiej, wskazując na wewnętrzny konflikt między osobistymi cechami a społecznymi oczekiwaniami wobec roli mężczyzny. Pani Ewelina, skupiona niemal wyłącznie na roli matki i opiekunki, przez wiele lat funkcjonowała w trybie przetrwania, co skutkowało zanikiem osobistej narracji na własny temat poza pełnionymi funkcjami. Wszyscy ci uczestnicy przejawiali objawy typowe dla niespójnego lub rozproszonego *Ja* – w tym



trudności z autoidentyfikacją, nadmierne dostosowanie do otoczenia lub ambiwalencję co do własnych wartości i potrzeb.

Zjawisko niskiej integracji tożsamości jest także przedmiotem współczesnych analiz – jak zauważa Hanna Sęk (2013), osoby z niezintegrowanym *Ja* przejawiają zwiększoną podatność na zaburzenia lękowe, trudności relacyjne i obniżoną jakość życia. Michael D. Berzonsky (2005, cyt. za: Oleś, 2011) wyróżnia przy tym styl unikania refleksji tożsamościowej jako szczególnie ryzykowny dla stanu psychicznego.

Średnie wyniki uczestników badania w zakresie skali *witalność* (3,85) oraz *bycie kochanym* (3,28) w kwestionariuszu MSEI wskazują na obniżony poziom energii życiowej oraz deficyty w obszarze poczucia przynależności i doświadczanej akceptacji. Zgodnie z koncepcją Rogersa (2002), niski poziom *witalności* może wiązać się z brakiem kontaktu z własnym autentycznym *Ja* i potrzebami, a także z utrwalonymi mechanizmami funkcjonowania opartymi na dostosowywaniu się do oczekiwań otoczenia. Brak witalności psychicznej bywa również rezultatem przewlekłego stresu i przeciążenia emocjonalnego (Sęk, 2003), a poczucie *bycia kochanym* – będące fundamentem stabilnej samooceny – jest silnie powiązane z bezwarunkowym uznaniem (Rogers, 2002) i zaspokojeniem potrzeby relacji (Deci, Ryan, 2000).

Niska witalność była widoczna m.in. u pani Joanny, która przez lata funkcjonowała w wyczerpującej relacji, a w czasie terapii przechodziła proces separacji. Pomimo długoletniej terapii psychoanalitycznej nadal prezentowała wysoki poziom napięcia, zmęczenia i trudności z dostępem do emocji. U pani Agnieszki, zmagającej się z obciążeniem wynikającym z problemów córki oraz traum własnego dzieciństwa, obserwowano objawy silnego przeciążenia, w tym spadek energii, trudności z koncentracją. Deficyty relacyjne dotyczyły również pani Anety, która co prawda wykazywała witalność na poziomie średnim, lecz doświadczała chronicznego lęku, trudności w podejmowaniu aktywności, a także miała poczucie bycia niewidoczną i nieobecną w relacjach. Z kolei pani Ewelina, mimo codziennego poświęcenia dla rodziny, odczuwała skrajne wyczerpanie i brak uznania – nie czuła się kochana ani ważna.

Poczucie bycia kochanym było zaburzone także u pana L., który opisywał swoje relacje z partnerką jako napięte, nieakceptujące wobec jego córki. Wskazywał też na brak doświadczeń emocjonalnej bliskości ze strony ojca. W tym kontekście deficyt relacyjny należy uznać nie tylko za źródło cierpienia, ale też mechanizm blokujący kształtowanie poczucia własnej wartości.

Zgodnie z teorią autodeterminacji (Deci, Ryan, 2000), potrzeba więzi i relacji stanowi jeden z filarów zdrowia psychicznego i wewnętrznej motywacji. Jej niezaspokojenie może



skutkować nie tylko osłabieniem witalności, ale też wtórnym wycofaniem, nadmierną samokontrolą lub perfekcjonizmem kompensacyjnym.

Wyniki pierwszego pomiaru kwestionariusza ACL wskazują, że uczestnicy przed rozpoczęciem terapii TSR prezentowali obraz siebie nacechowany silnym samokrytycyzmem oraz niską samoakceptacją. Wysoki wynik w skali *UNFAV* (62,42) i niski w *FAV* (37,57) sugerują dominację negatywnych przekonań o sobie, brak uznania dla własnych zasobów i trudność w dostrzeganiu swoich mocnych stron. Wynik na granicy dolnej normy *DOM* (40,57) wskazuje na niską sprawczość, problemy ze stawianiem granic i podejmowaniem decyzji – mogące być konsekwencją zinternalizowanego poczucia bezradności. Również wskaźniki *INT* (42,14) i *NP* (34,71) potwierdzają ograniczony kontakt z własnymi emocjami i niską wiarę w autonomiczne myślenie, co istotnie wpływa na kształtowanie spójnego obrazu siebie.

Zgodnie z teorią Rogersa (2002) rozbieżność między *Ja* realnym a *Ja* idealnym, przy braku bezwarunkowego uznania, prowadzi do zaburzeń w strukturze *Ja* oraz warunkowej samooceny. Uczestnicy wykazywali też niską potrzebę relacji *HET* (30,28), co można interpretować jako objaw wycofania emocjonalnego lub obronnego dystansu – który, zgodnie z podejściem Johna Bowlby'ego (2007), ma swe źródło we wcześniejszych doświadczeniach przywiązaniowych i braku bezpiecznych więzi.

Przykładem może być pani Agnieszka, która doświadczała silnej izolacji emocjonalnej, trudności z określeniem przynależności i głębokiego wewnętrznego konfliktu tożsamościowego. Podobnie pani Joanna, mimo wieloletniej terapii, nie była w stanie zintegrować pozytywnego obrazu siebie, a jej wypowiedzi koncentrowały się wokół deficytów i „wewnętrznego dziecka”. U pana L. natomiast niski poziom dominacji i negatywny obraz siebie łączyły się z brakiem poczucia tożsamości płciowej i wycofaniem w relacjach. Te dane potwierdzają, że przed rozpoczęciem procesu TSR uczestnicy zmagali się nie tylko z deficytem samoakceptacji, lecz także z brakiem poczucia wpływu i jasnych granic – co zgodnie z modelem Eriksona (1997) stanowi rdzeń trudności rozwojowych w zakresie tożsamości.

5.2. Czynniki leczące w psychoterapii – mechanizmy zmiany

Skuteczność psychoterapii została wielokrotnie potwierdzona w badaniach empirycznych, jednak efekty terapeutyczne zależą nie tylko od konkretnej metody, lecz przede wszystkim od tzw. wspólnych czynników leczących. Metaanalizy pokazują, że poszczególne podejścia terapeutyczne nie różnią się znacząco skutecznością – pod warunkiem, że zarówno klient, jak i terapeuta wierzą w sens danej metody (Czabała, 2016). W literaturze psychoterapeutycznej szczególnie znany i często cytowany jest model zaproponowany przez



Michaela J. Lamberta (2013), który wyróżnia cztery grupy czynników wpływających na efekty terapii, takie jak: (a) czynniki pozaterapeutyczne (ok. 40%) – czyli zasoby klienta, wsparcie społeczne, sytuacja życiowa, poziom motywacji; (b) relacja terapeutyczna (ok. 30%) – oparta na empatii, autentyczności i bezwarunkowej akceptacji, co umożliwia budowanie bezpiecznego przymierza terapeutycznego; (c) oczekiwania i nadzieje pacjenta (ok. 15%) – związane z wiarą w zmianę i rolę terapii; (d) konkretne techniki terapeutyczne (ok. 15%) – czyli stosowane interwencje oraz metoda pracy (Lambert, 2013).

Podobne stanowisko reprezentuje Herman (2001), podkreślając kluczową rolę relacyjności, zaufania, poczucia bezpieczeństwa oraz nadziei jako podstawowych czynników leczących – ważniejszych niż sama treść interwencji (Herman, 2001; Sęk, 2003). Również przywoływany wcześniej Rogers (2002) wskazuje, że warunkiem skutecznej pomocy jest stworzenie relacji terapeutycznej opartej na empatii, autentyczności i akceptacji, które umożliwiają klientowi powrót do autentycznego *Ja*. To właśnie te elementy – uznawane za wspólne wszystkim nurtom – stanowią fundament dla wzrostu psychicznego.

Znaczenie ww. czynników potwierdzają także badania Davida Orlinsky'ego, Michaela Rønnestada i Ulriki Willutzki (2004), którzy dowiedli, że skuteczność terapii nie zależy wprost od jej formy (indywidualna, grupowa, płatna, bezpłatna), lecz od jakości przygotowania pacjenta do udziału w procesie oraz jego zaangażowania i zrozumienia celu. Interesujące są także wyniki badań dotyczących technik terapeutycznych – choć trudno jednoznacznie określić, które są najbardziej skuteczne, istnieją przesłanki, że niektóre z nich zwiększają skuteczność psychoterapii. Według Jana L. Czabały (2016), szczególnie istotne są: (a) wzbudzanie nowych doświadczeń, (b) konfrontacje, (c) techniki paradoksalne, (d) aktywizowanie zasobów klienta oraz (z ostrożnością) interpretacje – z wyłączeniem interpretacji przeniesienia w terapii krótkoterminowej.

Z punktu widzenia opisywanego tu badania szczególne znaczenie mają techniki wzmacniające zasoby klienta, które stanowią podstawę terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. TSR koncentruje się bowiem na możliwościach, a nie deficytach, co – jak zauważa Czabała – może wpływać na pobudzenie pozytywnego afektu i większe zaangażowanie klienta w proces zmiany.

Nie bez znaczenia pozostaje również czas trwania terapii. Szacuje się, że ok. 50% pacjentów doświadcza zauważalnej poprawy po ośmiu sesjach, a 75% wraca do względnie normalnego funkcjonowania w ciągu jednego roku terapii (Seligman, 1995; za: Czabała, 2016). Oczywiście czas potrzebny na uzyskanie efektów jest zmienny i zależy od charakterystyki klienta, rodzaju trudności oraz możliwości czasowych i finansowych.



5.3. TSR jako źródło zmiany – skuteczność technik i procesu

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) to podejście terapeutyczne, które koncentruje się na wzmacnianiu zasobów klienta, formułowaniu celów oraz budowaniu poczucia sprawczości. Zakłada partnerską relację między terapeutą a klientem, w której osoba korzystająca ze wsparcia jest traktowana jako ekspert w zakresie własnego życia, a terapeuta pełni funkcję towarzysza i przewodnika wspierającego proces zmiany (de Shazer 2008). TSR unika nadmiernej analizy przeszłości, skupiając się na terażniejszości i przyszłości – na tym, co działa, co przynosi efekt oraz jakie działania można powielać lub rozwijać.

Zgodnie z koncepcją Jerome Franka i Julii Frank (za: Sęk, 2003) istotnym mechanizmem leczącym w każdej psychoterapii jest nadzieja oraz poczucie wpływu. TSR, dzięki swoim technikom – takim jak pytania o wyjątki, pytania skalujące, komplementowanie czy praca na zasobach – efektywnie wzmacnia właśnie te komponenty. Potwierdzają to wyniki prezentowanego badania, w którym uczestnicy ocenili ogólną satysfakcję z procesu terapeutycznego bardzo wysoko – średnia wyniosła 9/10.

Jako czynniki wspierające proces zmiany badani najczęściej wskazywali: poczucie bycia wysłuchanym, pozytywną informację zwrotną, wzrost refleksyjności, wzmocnienie granic interpersonalnych oraz możliwość spojrzenia na siebie z nowej, życzliwej perspektywy.

TSR była opisywana jako metoda „lekka, wspierająca, praktyczna i dopasowana do codziennego życia”.

W świetle powyższych wypowiedzi można stwierdzić, że hipoteza H3, zakładająca iż uczestnicy uznają wzmacnianie zasobów i kompetencji za istotne czynniki wpływające na zmianę w postrzeganiu siebie, znalazła częściowe potwierdzenie. Badani rzeczywiście wskazywali na znaczenie pracy nad zasobami, odzyskiwanie poczucia wpływu oraz odbudowywanie granic, jednakże dużą wagę przywiązywali również do czynników relacyjnych, takich jak empatyczne towarzyszenie, bycie wysłuchanym czy pozytywna informacja zwrotna – co wpisuje się w tzw. wspólne czynniki leczące (Lambert, 2013).

Równocześnie z treści wypowiedzi wynika, że techniki stosowane w TSR – szczególnie te oparte na wzmacnianiu zasobów, określaniu konkretnych celów lub działań z możliwością doświadczenia sukcesu np. pomiędzy sesjami – odegrały ważną rolę w procesie zmiany. Uczestnicy podkreślali ich użyteczność praktyczną i wspierający charakter, co pozwala uznać, że hipoteza H4 również znajduje swoje potwierdzenie.

Znaczenie wspomnianych aspektów znajduje odzwierciedlenie w indywidualnych relacjach uczestników, które potwierdzają obraz TSR jako podejścia aktywizującego



i skutecznego. Pani Ewelina wskazała, że uczestnictwo w TSR pomogło jej odzyskać poczucie wpływu i otwartości w relacjach. Pani Marta zwróciła uwagę na znaczenie małych kroków – rozmów i własnego działania – które uruchomiły proces pozytywnej zmiany. Pani Dominika opisała TSR jako spokojne, wspierające towarzyszenie, które pomogło jej zbudować uważność i granice.

Z kolei pan L. mówił o wzroście samoświadomości i wpływu w relacjach rodzinnych, a pani Joanna uznała TSR za pomoc w odejściu od nadmiernej analizy. Pani Aneta podkreślała znaczenie konstruktywnej rozmowy w codziennym funkcjonowaniu.

Warto zauważyć, że TSR była pozytywnie oceniana również przez osoby mające wcześniejsze doświadczenia z innymi nurtami psychoterapeutycznymi – poznawczo-behawioralnym, analitycznym czy psychodynamicznym. TSR okazała się dla nich bardziej elastyczna, praktyczna, a przez to bliższa codziennemu funkcjonowaniu.

TSR, poprzez ukierunkowanie na zasoby i mikrocele, a także dzięki wspierającej i empatycznej relacji terapeutycznej, skutecznie wspomagała proces transformacji obrazu siebie uczestników badania. Wyniki wpisują się w ramy wspólnych czynników leczących, wskazując na wagę relacji, nadziei, zaangażowania klienta oraz poczucia sprawczości jako fundamentów skutecznej psychoterapii (Lambert, 2013; za: Czabała).

5.4. Zmiany w samoocenie i obrazie siebie uczestników

Założenie zawarte w hipotezie H2, mówiące że osoby po zakończeniu terapii dostrzegają pozytywne zmiany w swojej samoocenie, znalazło potwierdzenie w wynikach badania.

5.4.1. Dane ilościowe

Analiza danych uzyskanych z ankiet oraz testów psychometrycznych (MSEI, ACL) przed i po procesie terapeutycznym wskazuje na wyraźne zmiany w wielu wymiarach funkcjonowania psychicznego osób badanych.

Wyniki te sugerują poprawę ogólnego funkcjonowania oraz wzrost wewnętrznej spójności. Zgodnie z koncepcją Rogersa (2002), zmiana terapeutyczna zachodzi w warunkach akceptacji, empatii i autentyczności, co pozwala na urealnienie *Ja* idealnego i *Ja* realnego oraz redukcję napięcia emocjonalnego. Również teoria rozbieżności *Ja* Tory E. Higginsa (1987) zakłada, że zmniejszenie dystansu pomiędzy *Ja* realnym a *Ja* idealnym przekłada się na poprawę samopoczucia i większą satysfakcję życiową.



Wzrost *ogólnej samooceny* (z 2,14 do 4,28), *kompetencji* (z 4,42 do 5,57), *witalności* (z 3,85 do 5,28) i poczucia *bycia kochanym* (z 3,28 do 5,00) potwierdza zmiany zgodne z teorią autodeterminacji Edwarda Deciego i Richarda Ryana (2000), zgodnie z którą zaspokojenie potrzeb autonomii, kompetencji i relacyjności warunkuje rozwój i dobrostan psychiczny. Terapia TSR – wzmacniając poczucie sprawczości i wspierając relację terapeutyczną – aktywuje te mechanizmy w sposób naturalny.

Wskaźnik integracji tożsamości podniósł się u badanych z 2,28 do 3,57, co świadczy o wzroście ich wewnętrznej spójności i stabilności obrazu siebie. Uczestnicy nie tylko zmieniali sposób myślenia o sobie, ale również podejmowali nowe działania w zgodzie ze sobą.

5.4.2. Dane jakościowe

Wypowiedzi uczestników procesu potwierdzają pozytywne zmiany w sposobie mówienia o sobie – od postaw nacechowanych surowością i niepewnością ku większej empatii, zrozumieniu i uznaniu własnych potrzeb. Pani Marta wskazywała na wzrost otwartości i asertywności, pani Dominika – na większą uważność i umiejętność wyznaczania granic, natomiast pan L. – na rozwój refleksyjności i świadomości wpływu w relacjach z innymi.

Techniki stosowane w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, takie jak pytania o wyjątki, zasoby czy wykorzystanie skalowania, umożliwiały uczestnikom dostrzeżenie ich własnej skuteczności, co wpisuje się w założenia psychoterapii humanistycznej, kładącej nacisk na rozwój potencjału osoby (Rogers, 2002; Sęk, 2003). Zmianie ulegał również język autoprezentacji – od wyrażen deficytowych (np. „nie potrafię”, „jestem gorsza”) ku wypowiedziom bardziej wspierającym i wzmacniającym („umiem zadbać o siebie”, „mam prawo być niedoskonała”).

Wyniki badania potwierdzają teoretyczne podstawy TSR i są zgodne z modelem rozbieżności *Ja*, opisanym m.in. przez Mirosława Koftę i Dariusza Dolińskiego (2000), gdzie im mniejsza różnica między *Ja* realnym a *Ja* idealnym, tym większe poczucie dobrostanu psychicznego. Średni wzrost zgodności z *Ja* idealnym o 2 punkty może świadczyć o postępującej integracji oraz bardziej realistycznym postrzeganiu siebie przez badanych.

Dane wpisują się również w koncepcję Rogersa (2002), zgodnie z którą pozytywna zmiana osobowościowa zachodzi w warunkach empatii, autentyczności i bezwarunkowej akceptacji. TSR – jako podejście niedyrektywne, oparte na współpracy – stwarza warunki sprzyjające rozwojowi osobistemu i wzrostowi poczucia sprawstwa (Szymańska, 2012).

Teoria autodeterminacji, zakłada, że pełny rozwój jednostki opiera się na zaspokojeniu potrzeb autonomii, kompetencji i relacyjności. TSR – poprzez budowanie relacji, odkrywanie

mocnych stron i pracę na celach – naturalnie wspiera realizację tych potrzeb. W analizowanych wynikach zaobserwowano poprawę m.in. w zakresie poczucia wpływu (+2,28), zgodności z *Ja* idealnym (+2,00), radzenia sobie (+2,00) oraz akceptacji własnych niedoskonałości (+1,57). Zmiany te są spójne z poprawą refleksyjności i samoświadomości, obserwowaną także w skalach ACL, takich jak *INT* (introspekcja), *DOM* (dominacja) czy *HET* (bliskość emocjonalna).

Znaczenie ma również perspektywa narracyjna, zgodnie z którą tożsamość kształtuje się przez historie, które jednostka opowiada o sobie (Szymańska, 2012). TSR – dzięki pytaniom o cud, pytaniom relacyjnym i pracę nad preferowaną przyszłością – wspiera tworzenie narracji opartej na zasobach, sprawczości i nadziei.

Skuteczność TSR potwierdzają także badania nad tzw. czynnikami wspólnymi w psychoterapii. Jak zauważają Czabała (2013) i Sęk (2005), czynniki takie jak relacja terapeutyczna, nadzieja, zaangażowanie i zaufanie są kluczowe dla efektywności psychoterapii – a TSR, jako podejście współpracy i uznania klienta za eksperta, aktywnie wspiera wszystkie te obszary.

Wyniki badań jakościowych pokazują, że uczestnicy TSR doświadczyli wzrostu samoświadomości, spokoju wewnętrznego i większej otwartości emocjonalnej. Pojawiały się także wypowiedzi wskazujące na większą akceptację siebie oraz gotowość do dalszego rozwoju.

Podsumowując, TSR okazała się podejściem efektywnym zarówno w wymiarze poznawczym, jak i emocjonalnym. Zaobserwowane zmiany – wzrost samooceny, integracja *Ja* oraz zbliżenie do *Ja* idealnego – potwierdzają skuteczność TSR w pracy nad obrazem siebie, zgodnie z literaturą psychologiczną i paradygmatem humanistycznym.

5.5. Ograniczenia badania

Każde badanie empiryczne wymaga wskazania ograniczeń metodologicznych i praktycznych, co pozwala na bardziej precyzyjną interpretację wyników oraz formułowanie adekwatnych wniosków. W przypadku niniejszego projektu istotnych ograniczeń jest kilka.

Po pierwsze, badanie miało charakter jakościowo-ilościowy i zostało przeprowadzone na celowo dobranej, niewielkiej próbie siedmiu osób, które dobrowolnie zgłosiły się do udziału w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR). Wysoki poziom motywacji uczestników i ich gotowość do zmiany mogły wpłynąć na intensywność i charakter zaobserwowanych efektów, ograniczając jednocześnie możliwość generalizacji wyników na szersze grupy – zwłaszcza mniej zmotywowane lub o odmiennych profilach klinicznych.



Po drugie, zastosowane narzędzia diagnostyczne, takie jak Skala Wielowymiarowej Samooceny (MSEI) czy Lista Przymiotników (ACL), mają charakter samoopisowy, co czyni je podatnymi na zniekształcenia związane z subiektywnym postrzeganiem siebie, chwilowym nastrojem lub efektem społecznego pożądanego (Franken, Engel, 2002). Niektóre zmiany mogły być również rezultatem naturalnych procesów adaptacyjnych, jak tzw. regresja do średniej (Kazdin, 2017), a nie efektem samej interwencji terapeutycznej.

Po trzecie, brak grupy kontrolnej uniemożliwia jednoznaczne przypisanie zaobserwowanych zmian interwencji TSR. Zmiany te mogły być również skutkiem innych równoległe występujących czynników – takich jak doświadczenia życiowe, wsparcie społeczne czy odrębne formy pomocy uzyskiwanej przez badanych (Czabała, 2013).

Czynnikiem ograniczającym możliwość pełnej obiektywizacji wyników był także fakt, że cały proces terapeutyczny prowadziła jedna osoba. Styl pracy, osobowość terapeuty i specyfika relacji mogły wpłynąć na efekty terapii, co utrudnia odróżnienie skutków wynikających ze specyfiki metody od tych związanych z indywidualnym podejściem prowadzącego (Sęk, 2005).

Z perspektywy praktycznej warto zaznaczyć, że choć TSR oceniana była przez uczestników pozytywnie, ograniczony czas trwania interwencji – typowy dla jej krótkoterminowej formy – mógł okazać się niewystarczający w przypadku złożonych problemów – szczególnie tych związanych z traumą. Część uczestników wskazywała, że TSR sprawdza się najlepiej w pracy nad aktualnymi trudnościami, a w sytuacjach głębokiego kryzysu emocjonalnego może wymagać wsparcia innymi metodami (Herman, 2018).

Mimo powyższych ograniczeń, uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie istotnych wniosków dotyczących potencjału TSR w pracy nad obrazem siebie i samooceną. Potwierdzają one skuteczność podejścia, które – poprzez koncentrację na zasobach, celach i relacji – może wspomagać zmianę zarówno w obszarze poznawczym, jak i emocjonalnym (de Shazer, 2011).

5.6. Wnioski i praktyczne zastosowanie

Badanie potwierdza, że TSR jest skuteczną formą krótkoterminowej terapii, umożliwiającą klientom pracę nad poczuciem wartości, sprawczości i integracji tożsamości. Uczestnicy wskazywali na szczególną użyteczność technik TSR, takich jak pytania o zasoby (średnia ocena 10/10), komplementowanie (9,5/10), pytania skalujące oraz technika małych kroków (Iveson i in., 2021). Nieco mniej jednoznacznie oceniano techniki projekcyjne (np. rysunek imienia), które – choć dla części osób trudniejsze – pełniły funkcję symbolicznego wyrażenia zmiany.



Z punktu widzenia prowadzącego skuteczność TSR była wzmacniana przez możliwość elastycznego włączania elementów innych podejść: terapii akceptacji i zaangażowania (ACT), arteterapii czy pojedynczych interwencji inspirowanych nurtem psychodynamicznym. Było to zgodne zarówno z superwizją, jak i kontekstem pracy zespołowej w środowisku terapeutycznym o zróżnicowanym podejściu.

W kontekście teoretycznym TSR opiera się na założeniu, że klient jest ekspertem od własnego życia, a terapeuta wspiera go w odkrywaniu zasobów i poszukiwaniu wyjątków od problemu (de Shazer, 2008). Tworząc warunki akceptacji, empatii i autentyczności – uznawane za kluczowe czynniki zmiany (Rogers, 2002; Herman, 2018) – TSR wspomaga przebudowę narracji o sobie, zgodnie z założeniami terapii narracyjnej (White, Epston, 2007). Wzrosty w skalach ACL – takich jak *DOM* (dominacja), *INT* (introspekcja), *ACH* (osiągnięcia) czy *FC* (dziecko spontaniczne) – odzwierciedlają kształtowanie bardziej elastycznego i autentycznego obrazu siebie.

Dane ilościowe i jakościowe pokazały, że TSR powoduje modyfikację sposobu myślenia o sobie – od narracji deficytowej do zasobowej. Analiza przypadków pozwala wyróżnić pięć głównych mechanizmów zmiany:

1. Uruchamianie zasobów klienta – nawet w sytuacjach dużego obciążenia pojawiała się gotowość do refleksji, działania i poszukiwania rozwiązań.
2. Reorganizacja narracji o sobie – język zmieniał się z autooceny deficytowej na bardziej wspierającą i sprawczą.
3. Wsparcie regulacji emocjonalnej i relacyjnej – TSR sprzyjała odbudowie zaufania oraz wyrażaniu emocji w sposób bezpieczny.
4. Zmiana poprzez przyszłość – praca koncentrowała się na preferowanej przyszłości, a nie analizie przeszłości.
5. Ugruntowanie zmiany w kontekście życia codziennego – wzrost poczucia wpływu był wzmacniany przez zmiany środowiskowe (np. edukacja, relacje, praca).

TSR może być skutecznym podejściem wspierającym rozwój samooceny, tożsamości i refleksyjności – szczególnie w kontekście kryzysów emocjonalnych i trudności relacyjnych. Jej efektywność opiera się na prostych, ale trafnych technikach, współpracy oraz wzmacniającej relacji. TSR wspiera nie przez analizę deficytów, lecz przez budowanie przestrzeni do rozwoju. Rdzeniem zmiany było dla uczestników doświadczenie wpływu, uznania i możliwości wyboru.



Zakończenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie, w jaki sposób terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) wpływa na obraz siebie i samoocenę osób dorosłych uczestniczących w procesie terapeutycznym. Przeprowadzona analiza teoretyczna oraz badania własne pozwoliły sformułować kilka istotnych wniosków.

Po pierwsze, wyniki badań jakościowych i ilościowych wskazują, że TSR może odgrywać istotną rolę w budowaniu bardziej wspierającego, realistycznego obrazu siebie oraz w podnoszeniu poziomu samooceny. Kluczowe w tym procesie okazały się takie elementy jak: koncentracja na zasobach klienta, wzmacnianie klientów w dotychczasowych dokonaniach, normalizacja oraz poszerzanie świadomości dotyczącej własnych kompetencji. Uczestnicy badania, mimo różnorodnych trudności wyjściowych, wykazywali stopniowy wzrost poczucia sprawczości, co przekładało się na łagodniejsze postrzeganie siebie i wyższą samoocenę.

Po drugie, analiza przypadków pokazała, że zmiana obrazu siebie i samooceny podczas TSR zachodzi nie tylko na poziomie deklaracyjnym, lecz także w codziennym funkcjonowaniu jednostki – m.in. w zakresie podejmowania decyzji, komunikacji z otoczeniem czy radzenia sobie z emocjami. Potwierdza to znaczenie aspektu afektywnego i poznawczego w rozwoju samooceny oraz podkreśla potencjał TSR jako podejścia wspierającego zmianę psychologiczną.

Na koniec, warto podkreślić, że TSR – dzięki swojej krótkoterminowości i pracy na zasobach – może być skutecznym narzędziem nie tylko w kontekście terapeutycznym, lecz również profilaktycznym i rozwojowym. W obliczu rosnących wyzwań w obszarze zdrowia psychicznego podejścia akcentujące konstruktywne strategie oraz wskazujące zgodnie z filozofią centralną „to, co już działa”, wydają się szczególnie potrzebne.

Biorąc pod uwagę na ograniczoną liczebność próby oraz specyfikę metod jakościowych, jak również elastyczność terapeuty korzystającego z różnych nurtów, wyniki te należy traktować jako punkt wyjścia do dalszych badań. Kolejne analizy mogłyby uwzględnić dłuższy czas obserwacji, większe zróżnicowanie uczestników czy stosowanie konkretnych metod.

Podsumowując, uzyskane wyniki potwierdzają, że terapia skoncentrowana na rozwiązaniach może stanowić skuteczną metodę wspierania dorosłych w budowaniu bardziej spójnego i pozytywnego obrazu siebie oraz podnoszeniu samooceny – a tym samym powodować poprawę ich funkcjonowania psychicznego i wzrost satysfakcji z życia.



Bibliografia

- Alarcón Arias, L. (2024), *Po jasnej stronie mocy. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach w praktyce terapeutycznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bannink F., (2010) *1001 Solution-Focused Questions: Handbook for Solution-Focused Interviewing*, New York: W. W. Norton & Company
- Berne, E. (2021), *W co grają ludzie: Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa: Dom Wydawniczy Rebis.
- Bowlby, J. (2007), *Przywiązanie*, tłum. J. Sułek, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bracken, B. A. (2003), *Inwentarz wielowymiarowej samooceny MSEI: Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- King M. B., Minium W. E. (2020), *Statystyka dla psychologów*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Cierpiałkowska, L. (2012), *Psychopatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałowska L., Sęk H. (2016), *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpka, A. (2020), *Tożsamość i narracje w relacjach rodzinnych*, Warszawa: Eneteia.
- Czabała, J. C. (2013), *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- de Shazer, S. (2008), *Gdy słowa były magią*, tłum. A. Kowalewska, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008), *Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody*, „Psychologia Społeczna”, 2(4), 164–176.
- Frank, J. D., Frank, J. B. (2005), *Perswazja i uzdrawianie: Analiza porównawcza psychoterapii*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Franken, R. E., Engel, S. (2002), *Psychologia motywacji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fruzzetti A.E., (2018), *Family Connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study*, “Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation”, 2019, V. 6.



- Gough, H. G., Heilbrun, A. B. (1983), *The Adjective Check List Manual*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Harris, R. (2018), *Zrozumieć ACT*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (red.). (2005), *Psychologia rozwoju człowieka*, T. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Iveson, C., George, E., & Ratner, H. (2021), *100 technik Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jacob, G., van Genderen, H., Seebauer, L. (2019), *Emocjonalne pułapki przeszłości: Jak schematy z dzieciństwa wpływają na nasze dorosłe życie i jak się z nich uwolnić*, tłum. J. Gilewicz, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000), *Poznawcze podejście do osobowości*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, T. 2. *Psychologia ogólna* (s. 561–600), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kubitsky, J. (2014), *Vademecum terapeuty poznawczego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linehan, M. (2016), *Terapia dialektyczno-behawioralna*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łaguna, M. (2007), *Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga*, „Psychologia społeczna”, 2(4), s. 164–176.
- Łaguna M., Lachowska B. (2004), *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Marcia, J. E. (2005), *Rozwój tożsamości w okresie dorastania* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, T. 2, s. 265–290, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Malchiody C. (2014), *Arteterapia. Podręcznik*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Mckay Matthew, G. M. (2022), *Wybrakowani, bezwartościowi, wadliwi*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McWilliams, N. (2020), *Psychoterapia psychodynamiczna. Przewodnik praktyka*, tłum. B. Rosińska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.



- Mirucka, B (red.) (2004), *Rysunek projekcyjny w badaniach obrazu siebie*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Neff, K. D., Germer, C. (2024), *Samowspółczucie. Zaakceptuj siebie i zbuduj wewnętrzną siłę*, tłum. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Nelson, T. S. (2024), *Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach w pracy z rodzinami*, tłum P. Brodowski, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Oleś, P. (2003), *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Warszawa: Scholar.
- Oster, G. D (2004), *Rysunek w psychoterapii*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Padesky, C., Greenberger, D. (2014), *Umysł ponad nastrojem*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pervin, L. A. (2002), *Psychologia osobowości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Puchalska L. (2015), *Zastosowanie TSR u pacjentów po udarze mózgu*, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Rogers, C. R. (2023), *O stawianiu się osobą*, tłum. L. Rasiński, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.) (2004), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikorska A. (2024) *Akademia arteterapii* [Materiał szkoleniowy, niepublikowany], SensArte
- Szpitalak, M. (2012), *Samoocena: struktura, funkcje, mechanizmy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebińska, E. (2008), *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2012), *Psychologia i życie*, tłum. B. Janiszewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



Źródła internetowe

Bąk, W. (2002), *E.Tory Higginsa teoria rozbieżności ja*, „Przegląd Psychologiczny”, 2002, T. 45, s 39–55, online: <https://www.kul.pl/files/714/media/1.45.2002.art.3.pdf.pdf?> [dostęp: 17.07.2025].

Baumeister R.F., Campbell J., Krueger J.I, Vohs K.D. (2003), *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?*, “Psychological Science in the Public Interest”, 2003, No 4(1), online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26151640/> [dostęp: 13.07.2025].

Crocker J., Park L.E. (2008), *Contingencies of self-worth and responses to negative interpersonal feedback*, New York: Psychology Press, online: https://www.researchgate.net/publication/224012661_Contingencies_of_self-worth_and_responses_to_negative_interpersonal_feedback [dostęp: 13.07.2025].

Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000), *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*, “Psychological Inquiry”, 11(4), 227–268, online: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01 [dostęp: 17.07.2025].

Higgins, E. T. (1987), *Self-discrepancy: A theory relating self and affect*, “Psychological Review”, 1987, No 94(3), 319–340, online: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319> [dostęp: 17.07.2025].

Kernis M. (2003), *Optimal self-esteem and authenticity: separating fantasy from reality*, “Psychological Inquiry”, 2003, Vol. 14, No. 1 (2003), pp. 83–89 online: https://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2014/04/2003_Kernis_Optimal.pdf [dostęp: 13.07.2025].

Knopik T., Oszwa U., (2023), *Teoria autodeterminacji SDT jako inspiracja edukacyjno-wychowawcza*, „Studia z Teorii Wychowania” 2023, T. XIV, Nr 4(45), online: <https://bibliotekanauki.pl/articles/36191990> [dostęp: 13.07.2025].

Kondraciuk, A. (2023), *Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach*, online: <https://www.gov.pl/web/rpp/adrian-kondraciuk-terapia-skoncentrowana-na-rozwiazaniach> [dostęp: 17.07.2025].



Łódzkie Studio Terapii (2025), *Czy social media wpływają na samoocenę?*, online:
<https://studioterapii.pl/czy-social-media-wplywaja-na-samoocene/> [dostęp: 13.07.2025].

Spielman R.M., Jenkins W.J., Lovett M.D., Czarnota-Bojarska J. (2025), *Podejścia humanistyczne* – fragment podręcznika Psychologia na openstax.org.:
<https://openstax.org/books/psychologia-polska/pages/11-5-podejscia-humanistyczne> [dostęp: 13.07.2025].

Vogels E.A., Gelles-Watnick R. (2023), *Teens and social media: Key findings from Pew Research Center surveys*, online: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2023/04/24/teens-and-social-media-key-findings-from-pew-research-center-surveys/> [dostęp: 13.07.2025].

Warmbier, A. (2012), *Narracyjne rozumienie siebie – ku integracji tożsamości*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, online: <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/9553d9cc-5cef-44be-9787-92a7155cd9a5/content> [dostęp: 17.07.2025].

Żak, A. (2025), *Skuteczność podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach w kontekście psychiatrycznym*, „Psychologia w Praktyce” 2025, Nr 2, online:
<https://psychologiawpraktyce.pl/arttykul/skuteicznosc-podejscia-skoncentrowanego-na-rozwiazaniach-w-kontekscie-psychiatrycznym> [dostęp: 17.07.2025].



Spis rysunków

Rysunek 4.1.....	35
Rysunek 4.2.....	38
Rysunek 4.3.....	40
Rysunek 4.4.....	40
Rysunek 4.5.....	42
Rysunek 4.6.....	45
Rysunek 4.7.....	51
Rysunek 4.8.....	52
Rysunek 4.9.....	54
Rysunek 4.10.....	55
Rysunek 4.11.....	56
Rysunek 4.12.....	60
Rysunek 4.13.....	66
Rysunek 4.14.....	68
Rysunek 4.15.....	69
Rysunek 4.16.....	70
Rysunek 4.17.....	72
Rysunek 4.18.....	75
Rysunek 4.19.....	79
Rysunek 4.20.....	81
Rysunek 4.21.....	82
Rysunek 4.22.....	83
Rysunek 4.23.....	84
Rysunek 4.24.....	87
Rysunek 4.25.....	93
Rysunek 4.26.....	94
Rysunek 4.27.....	95
Rysunek 4.28.....	96
Rysunek 4.29.....	98
Rysunek 4.30.....	101
Rysunek 4.31.....	106
Rysunek 4.32.....	106



Rysunek 4.33.....	107
Rysunek 4.34.....	108
Rysunek 4.35.....	109
Rysunek 4.36.....	113
Rysunek 4.37.....	118
Rysunek 4.38.....	120
Rysunek 4.39.....	120
Rysunek 4.40.....	121
Rysunek 4.41.....	123
Rysunek 4.42.....	126
Rysunek 4.43.....	133
Rysunek 4.44.....	135



Spis tabel

Tabela 1.1.	8
Tabela 4.1.	41
Tabela 4.2.	44
Tabela 4.3.	55
Tabela 4.5.	71
Tabela 4.6.	74
Tabela 4.7.	83
Tabela 4.8.	86
Tabela 4.9.	97
Tabela 4.10.	100
Tabela 4.11.	109
Tabela 4.12.	112
Tabela 4.13.	122
Tabela 4.14.	125
Tabela 4.15.	130
Tabela 4.16.	132
Tabela 4.17.	133
Tabela 4.18.	134
Tabela 4.18.	132



Aneks 1 – Preankieta

ANKIETA PRE

Poziom samooceny i obraz siebie

Wprowadzenie

Szanowny/a Uczestniku/Uczestniczko,

Zapraszam do wypełnienia anonimowej ankiety. Celem ankiety jest ocena ogólnego poziomu samooceny oraz obrazu siebie. Wyniki ankiety pozwolą lepiej zrozumieć, jak terapia skoncentrowana na rozwiązaniach wpływa na Twoje poczucie własnej wartości oraz sposób postrzegania siebie.

Wypełnienie ankiety zajmie około 10–15 minut.

PYTANIA O TERAPIĘ

1. Czy Pan/i korzystała wcześniej ze wsparcia terapeutycznego / pomocy psychologicznej?

Tak

Nie

a. Jeśli **Tak**, to z jakich form Pan/i korzystał/a (można zaznaczyć kilka opcji):

Terapia indywidualna

jeśli to możliwe, proszę wskazać, jaki był to nurt terapeutyczny:

psychodynamiczny,

poznawczo-behawioralny,

systemowy,

egzystencjonalny,

gestalt,

humanistyczny,

inny,

nie wiem.

Terapia rodzinna

Terapia pary

Warsztaty rozwojowe

Konsultacje psychologiczne

Inne – jakie:

2. Czy Pan/i słyszał/a o terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach?

Tak

Nie

Jeśli tak, to proszę krótko opisać, co Pan/i słyszał/a.

Jeśli nie, to jakie ma Pan/i wyobrażenia lub skojarzenia na temat tego nurtu?



3. Kto wpadł na pomysł, by skorzystać ze wsparcia terapeutycznego dla dorosłych w Poradni OPTA (można zaznaczyć max. 2 odpowiedzi)?

- To był mój pomysł.
 Członek rodziny.
 Znajomy.
 Inny specjalista.
 Inne:

4. Co istotnego wpłynęło na decyzję dotyczącą skorzystania ze wsparcia dla dorosłych w Poradni OPTA (można zaznaczyć max. 2 odpowiedzi)?

- Chęć skorzystania z podejścia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach
 Możliwość skorzystania z bezpłatnej oferty terapeutycznej
 Potrzeba wsparcia w radzeniu sobie z aktualnymi trudnościami lub wyzwaniem
 Zachęta lub rozmowa z osobą prowadzącą badanie
 Dogodna lokalizacja lub łatwy dojazd
 Pozytywne opinie/rekomendacje innych osób
 Inne (jakie?):

5. Jakie są Pana/i najważniejsze nadzieje lub marzenia związane ze wsparciem terapeutycznym (pytanie otwarte)?

PYTANIA SZCZEGÓŁOWE

1. W jakim stopniu Pan/i określiłby/określiłaby swoją samoocenę w skali 1 do 10?

<i>Bardzo negatywnie</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo pozytywnie</i>
--------------------------	--	--------------------------

2. Na ile Pan/i czuje się wartościowy/a jako osoba?

<i>Bardzo nisko</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo wysoko</i>
---------------------	--	----------------------

3. Na ile Pan/i wierzy w swoje możliwości radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami?

<i>Bardzo nisko</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo wysoko</i>
---------------------	--	----------------------

4. Na ile czuje Pan/i, że ma wpływ na swoje życie i decyzje?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

5. Jak często Pan/i jest zadowolony/a z siebie jako osoby?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

6. W jakim stopniu Pan/i uważa, że zasługuje na szacunek i uznanie?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

7. Na ile Panu/i potrafi określić swoje mocne strony?



<i>Bardzo trudno określić</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo łatwo określić</i>
-------------------------------	--	------------------------------

8. Na ile Pan/i czuje, że akceptuje swoje wady i niedoskonałości?

<i>Nie akceptuję</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Akceptuję</i>
----------------------	--	------------------

9. Jak często ma Pan/i poczucie, że wypada gorzej od innych?
(w porównaniu z innymi)?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

10. Na ile czuje Pan/i, że jest Pan/i osobą, jaką chciałby/chciałaby Pan/i być?

<i>W ogóle nie czuję, że jestem taką osobą</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>W pełni czuję, że jestem taką osobą</i>
--	--	--

METRYCZKA

I. Dane demograficzne

1. Płeć:

- Kobieta
 Mężczyzna

2. Wiek: _____ (w ukończonych latach)

3. Wykształcenie:

- Podstawowe
 Średnie
 Wyższe
 Inne (proszę podać): _____

II. Sytuacja osobista

1. Stan cywilny:

- Singiel/singielka
 W związku partnerskim
 Żonaty/zamężna
 Rozwiedziony/a
 Wdowiec/wdowa

6. Twoja sytuacja zawodowa:

- Pracuję na pełen etat
 Pracuję na część etatu
 Student/ka



- Bezrobotny/a
- Prowadzę własną działalność gospodarczą
- Inne (proszę podać): _____

7. Ile dzieci Pan/i Posiada: _____



Aneks 2 – Postankieta

ANKIETA POST

Poziom samooceny i obraz siebie

Wprowadzenie

Celem ankiety jest ocena ogólnego poziomu samooceny oraz obrazu siebie, uwzględniająca wielowymiarowe aspekty tych konstrukcji. Wyniki ankiety uzupełnią wyniki testów, by lepiej zrozumieć, jak terapia skoncentrowana na rozwiązaniach wpływa na Twoje poczucie własnej wartości oraz sposób postrzegania siebie.

Imię i nazwisko Uczestnika:

Data:

PYTANIA SZCZEGÓŁOWE

1. W jakim stopniu Pan/i określiłby/określiłaby swoją samoocenę w skali 1 do 10?

<i>Bardzo negatywnie</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo pozytywnie</i>
--------------------------	--	--------------------------

2. Na ile Pan/i czuje się wartościowy/a jako osoba?

<i>Bardzo nisko</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo wysoko</i>
---------------------	--	----------------------

3. Na ile Pan/i wierzy w swoje możliwości radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami?

<i>Bardzo nisko</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo wysoko</i>
---------------------	--	----------------------

4. Na ile czuje Pan/i, że ma wpływ na swoje życie i decyzje?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

5. Jak często Pan/i jest zadowolony/a z siebie jako osoby?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

6. W jakim stopniu Pan/i uważa, że zasługuje na szacunek i uznanie?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

7. Na ile Pan/i potrafi określić swoje mocne strony?

<i>Bardzo trudno określić</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Bardzo łatwo określić</i>
-------------------------------	--	------------------------------

8. Na ile Pan/i czuje, że akceptuje swoje wady i niedoskonałości?



<i>Nie akceptuję</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Akceptuję</i>
----------------------	--	------------------

9. Jak często ma Pan/i poczucie, że wypada gorzej od innych? (w porównaniu z innymi)?

<i>Nigdy</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Zawsze</i>
--------------	--	---------------

10. Na ile czuje Pan/i, że jest Pan/i osobą, jaką chciał(a)by Pan/i być?

<i>W ogóle nie czuję, że jestem taką osobą</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>W pełni czuję, że jestem taką osobą</i>
--	--	--

PYTANIA O TERAPIĘ

1. W jakim nadzieje/cele związane ze wsparciem terapeutycznym zostały spełnione?

<i>Spełnione w 0%</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Spełnione w 100%</i>
-----------------------	---	-------------------------

2. Jak sesje terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach wpłynęły na Pana/i życie osobiste i/lub zawodowe? Proszę opisać zauważone zmiany.

3. Jak sesje terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach wpłynęły na Pana/i relacje/związki osobiste i/lub zawodowe? Proszę opisać zauważone zmiany.

4. Jakie największe zmiany zauważa Pan/i w sobie?

5. Co dla Pana/i było największym osobistym odkryciem podczas spotkań terapeutycznych?

6. Dzięki czemu terapia skoncentrowana na rozwiązaniach wydaje się inna od wcześniejszych Pana/i doświadczeń?

7. Co dla Pana/i było najcenniejsze, najbardziej pomocne w trakcie sesji terapii skoncentrowanych na rozwiązaniach?

8. Co miało wpływ na Pana/i zmianę?

9. Co wg Pana/i było najmniej użyteczne w trakcie sesji terapii skoncentrowanych na rozwiązaniach?



10. W miejscu proszę zaznaczyć, które z poniższych interwencji wg Pana/i były stosowane w procesie terapeutycznym? Jak Pan/i ocenia – w jakim stopniu zaznaczona interwencja była pomocna?

Pytanie o cud – „Wyobraź sobie, że jutro rano budzisz się i problem znika”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Pytania skalujące – „W skali od 1 do 10, gdzie 10 oznacza...”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Poszukiwanie wyjątków – „Momenty, kiedy problem nie występuje lub jest mniejszy”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Pytania o zasoby – „Jakie umiejętności lub cechy pomagają ...”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Komplementowanie – Podkreślanie wzmacniających działań i umiejętności klienta

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Technika małych kroków – „Jaki najmniejszy krok możesz zrobić...”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Sugestie domowe – Zachęcanie klienta do testowania nowych zachowań pomiędzy sesjami

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

Pytania relacyjne – „Gdyby tu była osoba..., to co by powiedziała osoba...”.

<i>Nie pomocne</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<i>Pomocne</i>
--------------------	--	----------------

11. Gdyby osoba z bliskiego otoczenia zastanawiała się, czy skorzystać ze wsparcia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, co Pan/i takiej osobie by powiedziała/przekazała?

12. Jeśli jest coś, co chciałby Pan / chciałyby Pani przekazać, a nie było to poruszone w ankiecie, proszę to napisać poniżej.



Aneks 3 – Instrukcja do badania – rysunek imienia

Etap 1 – Wizualizacja

Terapeuta przekazuje instrukcję doświadczenia:

Usiądź w wygodnej pozycji. Upewnij się, że nic nie będzie Cię rozpraszać przez najbliższych kilka minut. Zamknij oczy lub skup wzrok w jednym punkcie. Weź kilka spokojnych, głębokich oddechów — wdech przez nos, wydech przez usta. Poczuj, jak ciało się rozluźnia. Skieruj swoją uwagę na swoje imię. Wyobraź sobie, że pojawia się ono przed Tobą — może jako tekst, obraz, kształt lub symbol.

Zadaj sobie pytania:

- 1. Jak wygląda moje imię?*
- 2. Jakimi literami się zapisuje – delikatnymi, mocnymi, prostymi, ozdobnymi?*
- 3. Z jakim kolorem, kształtem lub fakturą mi się kojarzy?*
- 4. Co jest wokół tego imienia?*

Pozwól, by Twój umysł swobodnie budował obraz – nie oceniaj, nie poprawiaj. Obserwuj.

Etap 2 – Rysunek

Otwórz oczy i sięgnij po kartkę oraz przybory (np. kredki, pisaki, ołówek). Na podstawie wizualizacji stwórz rysunek swojego imienia – nie musi to być jego dosłowny zapis. Może to być symbol, abstrakcyjna forma, kolorystyczna kompozycja lub cokolwiek, co oddaje Twoje odczucie. Nie oceniaj efektu – liczy się sam proces.

Etap 3 – Omówienie

Prowadzący rozmawia z klientem nt. stworzonego rysunku, jego znaczenia, kolorów, wielkości liter, doświadczeń osobistych w trakcie tworzenia itd. (Sikorska, 2024)