

Magdalena Oleśniewicz

TERAPIA SCHEMATÓW W LECZENIU PACJENTÓW DETENCYJNYCH O ANTYSPOŁECZNEJ STRUKTURZE OSOBOWOŚCI. SKUTECZNOŚĆ I METODY POSTĘPOWANIA

SCHEMA THERAPY IN THE TREATMENT OF DETENTION PATIENTS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY STRUCTURE. EFFECTIVENESS AND MANAGEMENT METHODS

Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

schema therapy
psychopathy
forensic science

Streszczenie

Autorka przedstawia modyfikację terapii poznawczo-behawioralnej, jaką jest tzw. terapia schematów, opracowana w latach 90. XX w., i jej zastosowanie w leczeniu antyspołecznego zaburzenia osobowości w środowisku kryminalnym. Celem terapii schematów przeznaczonych dla pacjentów detencyjnych ze strukturą osobowości antyspołecznej jest zredukowanie wczesnych nieprzystosowawczych schematów, które odpowiadają za psychologiczne czynniki ryzyka przestępczości i przemocy, oraz zbudowanie zdrowszych strategii radzenia sobie i poszerzenie czynników ochronnych. Skuteczność terapii schematów została częściowo potwierdzona empirycznie. W artykule krótko opisano cechy charakterystyczne pacjentów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości. Przedstawiono możliwe interwencje terapeutyczne i korekcyjne, które mogą ograniczyć społeczne szkody kryminalne w omawianej grupie pacjentów. Podkreślono podstawowe założenia terapii schematów, jakimi są ograniczone korektywne rodzicielstwo i empatyczna konfrontacja. Opisano stosowane w trakcie terapii tryby schematów, proces budowania relacji terapeutycznej i zaufania, a także umiejętne wyznaczanie granic. Wskazano na różnice i pewne modyfikacje terapii schematów w tej grupie, przytoczono też konkretne techniki i narzędzia pracy, nakreślając przy tym pewne istotne kwestie i zalecenia oraz ograniczenia.

Summary

The author presents a modification of cognitive-behavioural therapy in the form of so-called schema therapy, developed in the 1990s, and its application in the treatment of antisocial personality disorder in criminal settings. The aim of schema therapy intended for detention patients with antisocial personality structure is to reduce early maladaptive schemas, which are responsible for psychological risk factors for crime and violence, as well as to build healthier coping strategies and extend protective factors. The effectiveness of schema therapy has been partially confirmed empirically. The article briefly describes the characteristics of patients with antisocial personality disorder. Possible therapeutic and corrective interventions that can reduce social criminal harm in this group of

patients are presented. The basic assumptions of schema therapy, namely limited reparenting and empathic confrontation, are highlighted. The schema modes used in therapy, the process of building the therapeutic relationship and trust, and the skilful setting of boundaries are described. Differences and some modifications of schema therapy in this group are pointed out, and specific techniques and working tools are provided, with an outline of some relevant issues, recommendations and limitations.

Wstęp

Pacjenci z zaburzeniami osobowości często nazywani są trudnymi i bez względu na paradygmat pracy terapeuty czy jego doświadczenie stanowią wyzwanie. Dzieje się tak z kilku powodów: (1) cechą charakterystyczną osób z zaburzeniami osobowości jest sztywność poznawcza [1]; (2) osoby takie często zgłaszają się na terapię z niejasnymi i chronicznymi problemami [2]; (3) trudności pacjentów są egosyntoniczne, czyli stanowią dla nich integralną część ich tożsamości, pacjenci traktują swoje dysfunkcjonalne przekonania jako niepodważalną prawdę o sobie; (4) wzorce zachowań utrudniają i komplikują relacje z innymi; często ten obszar pracy jest szczególnie problematyczny i istotnie wpływa na budowanie relacji terapeutycznej [2]. Elementy te znacząco oddziałują na proces terapeutyczny, co w konsekwencji istotnie utrudnia proces zmiany.

Pacjenci z cechami zaburzenia antyspołecznego mogą stanowić szczególne wyzwanie dla klinicystów ze względu na swoją skłonność do manipulacji, znikomą motywację do zmiany oraz impulsywność [2].

Terapia schematów (*schema therapy*) została opracowana w latach 90. XX w. przez Jeffreya Younga i jego współpracowników. Powstała w odpowiedzi na trudności w leczeniu pacjentów klasyczną formą terapii poznawczo-behawioralnej [2].

Istnieją dowody na skuteczność terapii schematów w leczeniu zaburzenia borderline [3]. W literaturze polskojęzycznej stosunkowo niewiele jest publikacji dotyczących terapii schematów w kontekście antyspołecznego zaburzenia osobowości. Najnowsze doniesienia sugerują skuteczność tej formy leczenia wśród pacjentów z zakładów karnych, którzy spełniają kryteria psychopatii i którzy do tej pory byli uważani za nieuleczalnych [4].

W artykule przedstawię koncepcję terapii schematów w pracy z pacjentami z osobowością antyspołeczną, gdyż wydaje się ona obiecującą propozycją dla tej grupy. W swojej pracy skupiłam się między innymi na europejskich badaniach, które prowadzone były w szpitalach medycyny sądowej w Holandii i zostały precyzyjnie opisane.

Terapia schematów — założenia ogólne

Terapia schematów w leczeniu zaburzeń osobowości różni się od klasycznego podejścia drugiej fali terapii poznawczo-behawioralnej, choć istnieją pewne elementy wspólne. Terapia schematów łączy standardowe interwencje poznawczo-behawioralne z innymi podejściami, które nie są tradycyjnie stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej, ale są często niezbędne w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości [2].

W kontekście pracy z pacjentami z antyspołecznym zaburzeniem osobowości terapia schematów zakłada, że psychoterapeuta skupi się na trzech najważniejszych elementach: (1) relacji terapeutycznej (przymierzu terapeutycznym) — w celu nauczenia pacjentów bu-

dowania bezpiecznych więzi; (2) przetwarzaniu urazów, wczesnodziecięcych doświadczeń przemocy; (3) technikach doświadczeniowych, które koncentrują się na emocjach i mają pomóc pacjentom w nauczaniu się samoregulacji emocjonalnej [5]. Terapia schematów z założenia jest średnio- i długoterminową formą psychoterapii; może trwać 2–3 lata lub nawet dłużej u pacjentów z zaburzeniami osobowości, np. antyspołecznym, narcystycznym lub typu borderline [5].

Teoretycy terapii schematów wyróżniają dwa podstawowe mechanizmy działania schematów: wzmacnianie i uzdrawianie. Jednostka poprzez swoje myśli, uczucia i zachowania może wzmacniać (nasilać, rozbudowywać) schemat lub go uzdrawiać (osłabiać, eliminując jego destrukcyjne działanie). Na poziomie behawioralnym jednostka nieświadomie wybiera takie sytuacje i relacje, które uruchamiają, a następnie wzmacniają jej konkretny dysfunkcyjny schemat [6]. Schemat aktywuje się, kiedy bieżąca sytuacja przypomina na poziomie emocjonalnym i fizjologicznym doświadczenie z dzieciństwa [7].

Stosunkowo nową koncepcją terapii schematów jest tryb schematu (*schema mode*). Powstał on na skutek prowadzonych przez Younga obserwacji własnych pacjentów oraz ich zmieniających się podczas sesji zachowań i emocji. Trybem możemy określić zmieniające się stany emocjonalne — adaptacyjne bądź nieadaptacyjne. Tryb odnosi się do przejściowego stanu emocjonalno-poznawczo-behawioralnego jednostki [8]. Praca z trybami jest preferowana w przypadku trudniejszych zaburzeń osobowości, takich jak zaburzenia dysocjalne, narcystyczne, typu borderline, paranoidalne zaburzenia osobowości, które w środowisku sądowym występują najczęściej [9].

Model osobowości antyspołecznej oraz typowe schematy

Warto zwrócić uwagę na mnogość definicji czy też terminologiczne różnice w przypadku jednostki chorobowej, jaką jest trwałe zaburzenie struktury osobowości, dla której charakterystycznym kryterium diagnostycznym są zachowania antyspołeczne. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi zaburzeń psychicznych DSM-V opisana wyżej jednostka nosi nazwę antyspołecznego zaburzenia osobowości (*antisocial personality disorder*). Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 to samo zaburzenie klasyfikuje jako osobowość dysocjalną (*dissocial personality disorder*). W niniejszym artykule będę się posługiwała pojęciem antyspołecznego zaburzenia osobowości. Jego cechą charakterystyczną jest zachowanie nieodpowiedzialne społecznie i brak poczucia winy. Problematiczne zachowania obejmują niedostosowanie się do norm społecznych, impulsywność, trudności z planowaniem działania, drażliwość i lekceważenie praw innych [10]. Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości są również narażone na współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, takich jak: depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia lękowe, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenie osobowości z pogranicza oraz zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych [10].

U osób o psychopatycznej strukturze osobowości (z antyspołecznym zaburzeniem osobowości) dominują schematy: (1) deprywacji emocjonalnej, (2) izolacji społecznej, (3) porzucenia/niestabilności więzi, (4) wadliwości i wstydu, (5) zahamowania emocjonalnego,

(6) nieufności/skrzydzenia, (7) podporządkowania się, (8) podatności na zranienie lub zachorowania, (9) roszczeniowości/wielkościowości [11].

Beck twierdzi, że specyficzne dla tej grupy pacjentów są takie podstawowe przekonania, jak: „Muszę sam się o siebie troszczyć”, „Albo będę agresywny, albo będę ofiarą”, „Inni ludzie to mięczaki” [12]. Ludzie o cechach antyspołecznych koncentrują się na sobie, trudno im dostrzec punkt widzenia innych osób, mają słabe zdolności empatyczne [13]. Ze względu na wczesne doświadczenia z dzieciństwa nauczyli się polegać tylko na sobie, nie ufać innym. Dominuje u nich strach przed wykorzystaniem i poniżeniem. W kontakcie z innymi pacjentami z rysem antyspołecznym bywają agresywni i kłótlivi, przyjmują postawę obronną [13]. Wyraźnie dostrzegalne jest powiązanie między wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami a zachowaniami agresywnymi. Schematy deprywacji emocjonalnej i nieufności/skrzydzenia wywodzą się z niezaspokojonych potrzeb jednostki w zakresie miłości, bezpieczeństwa, opieki i stabilności [14].

Można więc założyć, że pacjent z osobowością psychopatyczną postrzega siebie jako osobę niegodną miłości oraz bardziej samotną i odrzuconą niż jednostki o zdrowej strukturze osobowości. Prowadzi to do stylu radzenia sobie opartego na nadmiernej kompensacji („Skoro jestem słaby, muszę atakować pierwszy, nie mogę pokazać słabości”, „Powiniem pierwszy zranić, zanim ktoś skrzywdzi mnie”) [14]. Pacjenci o tej strukturze osobowości postrzegają siebie jako ofiary, a ich głównym sposobem radzenia sobie z tym przekonaniem jest obrona i atak [11]. Zachowania nadkompensacyjne są szczególnie trudne i odrzucające w pracy klinicznej lub terapeutycznej z tą grupą pacjentów.

Techniki pracy i styl terapeutyczny

Jak we wszystkich terapiach z nurtu poznawczo-behawioralnego, dokładna diagnoza kliniczna stanowi podstawowy warunek rozpoczęcia terapii schematów. Terapeuta analizuje zgłaszane przez pacjenta problemy i historię jego życia, zbiera informacje z wielu źródeł, w tym korzystając z kwestionariuszy (np. Kwestionariusz Schematów Younga, YSQ-ES-PL), przegląda dokumentację medyczną oraz obserwuje zachowanie i stany emocjonalne pacjenta [5].

Podstawowym założeniem terapii schematów jest ograniczone korektywne rodzicielstwo (*limited parenting*) i empatyczna konfrontacja (*empathic confrontation*) [2, 6]. Korektywne rodzicielstwo zakłada, że terapeuta okazuje troskę, ciepło, jest dostępny, a niekiedy udziela pacjentowi wskazówek i wsparcia, których brakowało mu w dzieciństwie. Stosując empatyczną konfrontację, terapeuta konfrontuje pacjenta z jego nieadaptacyjnymi wzorcami zachowań, ale w sposób empatyczny i niezagrażający [2, 6]. Szczególnie pomocny jest tu nieoceniający język terapii schematów. W przypadku cięższych zaburzeń osobowości, takich jak antyspołeczne, narcystyczne lub typu borderline, często występujących u pacjentów detencyjnych, należy wprowadzić pewne modyfikacje terapii schematów [15].

Po pierwsze, w trakcie terapii operujemy głównie trybami schematów (*schema modes*). Terapeuta posługuje się takimi pojęciami, jak: „Część Ciebie”, np. „Część Ciebie, która unika uczuć”, „Część Ciebie, która jest nadmiernie czujna”, „Część Ciebie, która stawia siebie ponad innymi ludźmi”. U pacjentów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości szczególnie

ważne jest zauważanie trybu Wrażliwego dziecka, Impulsywnego dziecka, Rozwścieczonego dziecka oraz Zastraszania i ataku [16]. Techniki poznawcze mogą być wykorzystywane szczególnie na wczesnym etapie terapii. Pomagają osiągać dystans intelektualny wobec własnych schematów i trudności emocjonalnych, ale zazwyczaj są niewystarczające, ponieważ pacjenci pozostają mocno podatni na emocjonalny dystres [17]. Terapeuta schematów korzysta z technik doświadczeniowych, by pacjent mógł przetworzyć emocjonalnie nieprzystosowawcze schematy — porzucenie, deprywację emocjonalną, nieufność, wstyd — które po uruchomieniu mogą prowadzić do zachowań przestępczych [17]. Typowym przykładem jest tu praca z krzesłami (*chair work*) i dialog pomiędzy trybami Wrażliwego dziecka i Wymagającego rodzica. Pacjent, siedząc w fotelu Wymagającego rodzica, werbalizuje wszelkie szorstkie wymagania i krytykę. Następnie przesiada się na fotel dziecięcy i wyraża, jak się czuje, słysząc te słowa. Terapeuta zachęca pacjenta, by wyrażał emocje zamiast skupiać się na suchych faktach. Pacjent może zmieniać miejsca na fotelu, dopóki nie wyrazi wszystkich punktów widzenia. Terapeuta potwierdza wagę potrzeb dziecięcych i konfrontuje się z trybem rodzicielskim. Bardzo ważne jest, by tryb Wymagającego rodzica był jawny i by można było go wyraźnie usłyszeć, żeby następnie stawić mu czoło i ze stanowczością odpowiedzieć [5].

Technika wyobrazeniowa z kolei, w której pacjenci ponownie przetwarzają bolesne doświadczenia, polega na tym, że pacjent jest proszony o zamknięcie oczu i żywe wyobrażenie sobie bieżącej kłopotliwej sytuacji. Następnie terapeuta prosi pacjenta, by pozwolił na oddalenie się obrazu bieżącej sytuacji i połączył obecne emocje z podobną sytuacją z dzieciństwa. Terapeuta podąża za tym, co opisuje pacjent w wyobrażeniu, i stara się zmienić elementy awersyjne tak, by zaspokoić niektóre podstawowe potrzeby dziecka (np. ciepła, ochrony, uwagi). Tego typu interwencje terapeutyczne zmniejszają aktywację schematów na co dzień (*uzdawianie schematu*) [17].

Należy też poświęcić dużo czasu i uwagi na budowanie więzi emocjonalnej i przykładania terapeutycznego z pacjentem, szczególnie z pacjentem detencyjnym [17]. Pacjenci detencyjni z antyspołecznym zaburzeniem osobowości często reagują podejrzliwie na podejmowane próby nawiązania więzi. Utrzymują czujność, używając różnych trybów, aby trzymać terapeutę na dystans — stosują tryb Odłączonego obrońcy, który odcina się od emocji, czy tryb Zastraszania i ataku, który dewaluuje terapeutę [5]. W procesie terapeutycznym terapeuta mimo wszystko nie przestaje skupiać się na niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych pacjenta i wykorzystuje takie sytuacje, by skonfrontować się z trybami, które blokują postęp terapeutyczny. Celem wszystkich tych interwencji jest zmiana i „przełączenie” pacjenta z trybu nieprzystosowawczego w tryb Zdrowego dorosłego — w tym trybie pacjent może zastanowić się nad sobą i podjąć działanie, które będzie pomocne i przystosowawcze [5].

W pierwszej fazie terapii nacisk kładzie się na budowanie relacji terapeutycznej i zaufania. W fazie środkowej (mniej więcej w drugim roku terapii) częściej stosuje się techniki doświadczeniowe, by umożliwić emocjonalne przetworzenie schematów. W końcowej fazie (mniej więcej trzeci rok) koncentruje się głównie na utrzymywaniu zmian behawioralnych oraz na reintegracji ze społecznością, z innymi.

Ostatecznie więc celem terapii schematów przeznaczonej dla pacjentów detencyjnych ze strukturą osobowości antyspołecznej jest zredukowanie wczesnych nieprzystosowawczych schematów, które odpowiadają za psychologiczne czynniki ryzyka przestępczości

i przemocy, oraz zbudowanie zdrowszych strategii radzenia sobie i poszerzenie czynników ochronnych [17].

Główne techniki pracy w terapii schematów

Ograniczone powtórne rodzicielstwo — zaspokajanie poprzez relację terapeutyczną niektórych podstawowych potrzeb pacjenta, które były największą przyczyną frustracji w dzieciństwie.

Empatyczna konfrontacja — konfrontowanie pacjenta w sposób empatyczny z jego nieprzystosowanymi wzorcami zachowań, które można zaobserwować zarówno w trakcie sesji terapeutycznej, jak i poza nią.

Relacja terapeutyczna i skupienie na „tu i teraz” — przeprowadzanie interwencji terapeutycznych „tu i teraz”, reagowanie terapeuty na zachowania pacjenta dotyczące relacji terapeutycznej.

Techniki poznawcze — kwestionowanie zniekształceń poznawczych poprzez dialog sokratejski.

Techniki doświadczeniowe — emocjonalne oddziaływanie na wczesne schematy nieadaptacyjne. Praca z wyobrażeniami (guided imagery), wyobrażeniowa zmiana skryptów (imagery rescripting) oraz praca z krzesłami (chair work).

Techniki behawioralne — modyfikowanie nieprzystosowanych zachowań poprzez ćwiczenie zdrowszych, alternatywnych zachowań zarówno podczas sesji terapeutycznych, jak i poza nimi.

Praca z trybami/krzesłami — łączenie dowolnej z powyższych technik z naciskiem na pracę z trybem schematu, na „tu i teraz”, przy użyciu specyficznego „języka” terapeutycznego podczas przeprowadzania interwencji (np. „Widzę teraz Twoją część, która...”). Jest to główna z technik terapeutycznych przeznaczonych do pracy z pacjentami detencyjnymi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2, 16]

Typowe tryby u omawianej grupy pacjentów i praca z nimi

W modelu terapii schematów i pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości (zwłaszcza z wiązki B) główna technika pracy opiera się na trybach (tabela 1). Ponieważ pacjenci z poważnymi zaburzeniami osobowości często bardzo szybko przełączają się między stanami emocjonalnymi, praca z trybami pomaga terapeutom monitorować i wprowadzać odpowiednie interwencje terapeutyczne podczas sesji terapeutycznej. Badania wskazują, że większość pacjentów z rysem lub z diagnozą osobowości antyspołecznej rozumie pojęcie trybów oraz dość szybko i intuicyjnie uczy się je stosować w odniesieniu do siebie, o ile ich iloraz inteligencji nie jest znacznie poniżej przeciętnej (np. $IQ > 80$) [17].

Według teorii terapii schematów konfiguracja trybów dobrze oddaje złożoność i specyfikę psychopatologii konkretnych zaburzeń osobowości [5].

Pacjent z antyspołecznym zaburzeniem osobowości może oscylować pomiędzy pozbawionym emocji odłączonym trybem Gniewnego obrońcy, kompulsywnymi wysiłkami w celu uspokojenia siebie poprzez używanie substancji psychoaktywnych lub inne uzależniające zachowanie w trybie Odłączonego samoukoiciela/autostymulatora, poczuciem bycia lepszym i wyjątkowym w trybie Samopowiekszcza i ogromną wściekłością w odpowiedzi na narcystryczne urazy, niesprawiedliwość lub porzucenie w trybie Rozwścieczonego dziecka, próbami oszustwa i manipulacji w trybie Oszusta i manipulatora, próbami groźenia innym w trybie

Zastraszania i ataku oraz bezwzględny aktami przemocy mającymi na celu wyeliminowanie zagrożenia, rywala lub napotkanej przeszkody w trybie Drapieżnika [16]. Zachowania kryminalne są wobec tego rozumiane w kategorii trybów i przełączania się pomiędzy trybami [5].

Zgodnie z tym modelem wyzwalaczem zachowania przestępczego jest uruchomienie któregoś z trybów dziecięcych, gdy np. osoba z osobowością antyspołeczną poczuje się porzucona, poniżana, samotna lub zła. Następuje szybkie przełączenie się w któryś z trybów nadmiernej kompensacji i dochodzi do zachowania przestępczego. Na przykład partner odmawia uprawiania seksu, przez co pacjent czuje się gorszy (tryb Upokorzonego dziecka), sfrustrowany (tryb Impulsywnego dziecka) i zły (tryb Rozwścieczonego dziecka). Aby poradzić sobie z tymi uczuciami, stosuje jeden z trybów opartych na nadmiernej kompensacji [16]. Model terapii schematów pozwala lepiej rozumieć i leczyć zachowania przestępcze i agresywne. Dominujące, nieadaptacyjne tryby schematu uważane są za psychologiczne czynniki ryzyka zachowań przestępczych lub antyspołecznych [16].

Celem pracy z trybami jest złagodzenie lub wyeliminowanie nieprzystosowawczych zachowań pacjenta oraz rozwinięcie w nim silniejszego trybu Zdrowego dorosłego, który może pomóc mu zaspokoić podstawowe potrzeby emocjonalne w bardziej adaptacyjny i skuteczny sposób.

Tabela 1. Charakterystyka trybów w modelu osobowości antyspołecznej

Nieadaptacyjne tryby dziecięce	
1. Wrażliwe dziecko (porzucone/maltretowane/upokorzone) (vulnerable child; abandoned, abused, humiliated child)	Pacjent czuje się bezbronny, przytłoczony bólem i takimi uczuciami, jak smutek, upokorzenie, wstyd, samotność
2. Rozwścieczone dziecko (angry child)	Pacjent odczuwa i wyraża niekontrolowany gniew lub wściekłość w odpowiedzi na postrzegane lub rzeczywiste porzucenie/upokorzenie/frustrację. Często czuje się niesprawiedliwie traktowany. Zachowuje się jak dziecko podczas napadu złości
3. Impulsywne/niezdiscyplinowane dziecko (impulsive, undisciplined child)	Pacjent rozładowuje wszystkie impulsywne emocje. Dąży do natychmiastowego zaspokojenia swoich potrzeb, bez względu na okoliczności „tu i teraz”. Nie potrafi odroczyć gratyfikacji, nie toleruje frustracji wynikających z ograniczeń
4. Samotne dziecko (lonely child)	Pacjent czuje samotność, emocjonalną pustkę, jakby nikt nie mógł go zrozumieć, uspokoić, pocieszyć, nawiązać z nim kontaktu
Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie	
5. Odłączony obrońca (detached protector)	Pacjent jest zdystansowany wobec innych, chroni się w ten sposób przed odczuwaniem bolesnych uczuć i emocji. Wydaje się emocjonalnie odległy, działający jak robot, unika zbliżania się do ludzi
6. Odłączony samoukoiciel/autostymulator (detached self-soother/self-stimulator)	Pacjent angażuje się w różne aktywności, które mają odwrócić uwagę od nieprzyjemnych emocji. Mogą to być zarówno aktywności kojące i uspokajające (sen), jak i stymulujące (seks, używanie substancji psychoaktywnych, sport). Poczucie ekscytacji ma pomóc w oddaleniu się od bolesnych uczuć

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

7. Uległy poddany (compliant surrenderer)	Pacjent podporządkowuje się rzeczywistym lub domniemanym wymaganiom innych osób, by uniknąć ewentualnych negatywnych konsekwencji. Ma nadzieję, że gdy będzie postuszny, uzyska akceptację
8. Gniewny obrońca (angry protector)	Pacjent poprzez gniew próbuje dystansować innych od siebie. Ten tryb pojawia się zwłaszcza wobec tych, którzy wydają się nieprzychylni, zagrażający. W tym trybie pacjent lepiej kontroluje swoją złość niż w trybie Rozwścieczonego dziecka
Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie	
9. Karzący/krytyczny rodzic (punitive, critical parent)	Pacjent jest wobec siebie krytyczny, niewybaczający, agresywny, karzący. W ten sposób przejawia się zinternalizowany głos rodzica (lub innych ważnych osób). U pacjenta dominuje poczucie winy i wstyd
10. Wymagający rodzic (demanding parent)	Pacjent narzuca sobie wysokie standardy i wymagania, prawie nigdy nie jest z siebie zadowolony
Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie oparte na nadmiernej kompensacji (ekstremalne formy radzenia sobie z poczuciem wstydu, bezbronności, samotności)	
11. Samopowiększacz/samouwielbiacz (self-aggrandizer)	Pacjent czuje się lepszy, wyjątkowy, silny. Patrzy z góry na innych, popisuje się, jest zarozumiały i arogancki, nie interesują go uczucia innych ani kontakt z nimi. Wywyższa się i dewaluuje innych
12. Tryb Zastraszania i ataku (bully and attack mode)	Pacjent, by chronić siebie przed krzywdzeniem, używa gróźb, zastraszania, agresji lub przymusu. W ten sposób próbuje też uzyskać to, czego w danym momencie potrzebuje. Chce dominować i odczuwa sadystyczną przyjemność z ranienia innych. Tryb ten dominuje w silnych, skrajnych emocjach
13. Oszust i manipulator (conning and manipulative mode)	Pacjent manipuluje, zachowuje się nieuczciwie, aby uzyskać to, czego chce. Tryb ten występuje u osób z przeszłością kryminalną, kiedy chcą uniknąć kary lub osiągnąć określony cel
14. Drapieżnik (predator)	Pacjent skupia się na wyeliminowaniu zagrożenia, rywala lub przeszkody. Zachowuje się w sposób wyrachowany, pozbawiony skrupułów i bezwzględny
15. Paranoidalny/nadmierny kontroler (over-controller)	Pacjent, aby chronić się przed skrzywdzeniem czy (postrzeganym przez niego) zagrożeniem jest skrajnie kontrolujący. Może do tego wykorzystywać różne rytuały

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2, 16]

Studium przypadku

Dobrym zobrazowaniem teorii terapii schematów może być to pojedyncze studium przypadku, opisujące całkiem skuteczne leczenie pacjenta antyspołecznego, przedstawione przez Davida P. Bernsteina i zespół. Pacjent po zakończonej terapii wykazywał więcej wglądu, empatii i miał lepsze umiejętności komunikacyjne niż przed leczeniem.

Obserwacje te są zbieżne z wynikami ostatnich badań wykazujących, że niektórzy pacjenci psychopatyczni mogą odnieść korzyści z leczenia [4].

Andy (imię zmienione) to 25-letni biały Holender. Został skazany na 3 lata pozbawienia wolności za popełnione przestępstwo seksualne. Andy jest jedynakiem, był wychowywany przez młodych rodziców. Wspomina, że ojciec był autorytarny i regularnie stosował wobec niego przemoc fizyczną, zazwyczaj wtedy, kiedy nie zrobił czegoś tak, jak oczekiwali od niego ojciec. Matka z kolei była cichą, uległą kobietą, która również regularnie doświadczała przemocy ze strony męża. Andy w wieku 8 lat zaczął przejawiać coraz więcej zachowań opozycyjno-buntowniczych. Wielokrotnie dokonywał kradzieży (w sklepie, wśród rodziny). W wieku 16 lat zaczął eksperymentować z substancjami psychoaktywnymi (próby odcięcia się od emocji) i nie ukończył szkoły średniej. Poza kradzieżami Andy dokonywał też napaści. Pierwszy raz został skazany za nią w wieku 17 lat. Kiedy miał lat 18, jego rodzice się rozwiedli. Z żadnym z rodziców nie nawiązał stabilnej, bezpiecznej relacji. Ojciec był surowy i karzący, matka zdystansowana i nieobecna emocjonalnie. W wieku 19 lat pierwszy raz został skazany za przestępstwo seksualne. Tłumaczył wówczas, że napadnięta kobieta „sama była sobie winna”. Andy rozpoczął terapię schematów w ośrodku dla pacjentów detencyjnych 6 miesięcy po skazaniu, czas terapii wynosił 4 lata [4]. Terapeuta ustalił kontrakt terapeutyczny z pacjentem i wyznaczył jasne, behawioralne cele terapeutyczne, skupił się również na psychoedukacji pacjenta w zakresie jego trybów schematów. Andy w toku terapii uczył się rozpoznawania wyzwalaczy (głównie postrzeganych przez niego zachowań autorytatywnych) i radzenia sobie z nimi za pomocą znaków stopu, unikania lub wycofania się z takich sytuacji. Ograniczone korektywne rodzicielstwo i ustalenie granic, empatyczna konfrontacja miały centralne znaczenie w psychoterapii Andy’ego. Jego podstawowymi potrzebami były: bezpieczeństwo, stabilność i wiarygodność (np. dotrzymywanie umów), uczciwość, w tym przyznawanie się do błędów, oraz udzielanie wsparcia emocjonalnego przez terapeutę. Te podstawowe potrzeby emocjonalne często nie są zaspokajane u pacjentów z osobowością psychopatyczną [4]. W początkowej fazie terapii Andy sprawdzał, czy terapeuta dotrzymuje ustaleń, i był nieufny, kiedy terapeuta się spóźniał. Terapeuta potrafił przyznawać się do błędów i zachęcał wówczas pacjenta, by przyjrzał się doświadczanym przez siebie emocjom, stosując technikę krzesła (*chair work*). Terapeuta często wykorzystywał również empatyczną konfrontację w odniesieniu do trybów radzenia sobie, np. „Wiem, że to jest Twoja obronna część, ale czuję się zagrożony, kiedy tak do mnie mówisz”. Pomimo trudnych sytuacji terapeuta starał się być otwarty i uczciwy. Wykorzystywał techniki doświadczeniowe, by na poziomie emocjonalnym wrócić do wczesnych doświadczeń pacjenta, kiedy jego potrzeby nie były wystarczająco zaspokojone. Początkowo Andy bał się utraty kontroli w trakcie tych ćwiczeń i uważał je za „sztuczne”, terapeuta jednak od czasu do czasu ponawiał propozycję i zachęcał pacjenta, sugerując, że w każdej chwili mogą przerwać ćwiczenie. Terapeuta każde ćwiczenie zaczynał od obrazu „bezpiecznego miejsca” — Andy był proszony o zamknięcie oczu i wyobrażenie sobie siebie w spokojnym, bezpiecznym miejscu. Kluczowymi interwencjami w toku terapii Andy’ego były praca z krzesłami (*chair work*), wyobrażeniowa zmiana skryptów (*imagery rescripting*) oraz empatyczna konfrontacja [4]. Ćwiczenia wyobrażeniowe obejmowały żywe wspomnienia przemocy fizycznej i emocjonalnej, jakiej Andy doznał ze strony ojca. W ćwiczeniu wyobrażeniowej zmiany skryptów Andy przypomniał sobie dzień, kiedy miał

8 lat i ojciec w upalny dzień zamknął go w samochodzie bez jedzenia i wody. Terapeuta poprosił pacjenta o pozwolenie na pojawienie się w wyobrażeniu, tak by móc ochronić dziecko i zaspokoić jego potrzeby emocjonalne. W trakcie ćwiczenia wyobrażeniowego terapeuta stanowczo skonfrontował się z ojcem, stając po stronie dziecka. Ćwiczenia te sprawiały, że Andy coraz lepiej rozumiał kompensacyjny charakter swojej agresji i że właśnie w ten sposób starał się unikać bycia ofiarą w późniejszym dorosłym już życiu.

W toku terapii Andy zaczął coraz bardziej ufać terapeutce i rozwinęła się między nimi więź. Andy widział, że psychoterapeuta jest „człowiekiem z krwi i kości”, a nie tylko zimnym profesjonalistą. Zaufanie było bardzo istotne dla Andy’ego. Mimo że terapeuta zdawał sobie sprawę, że Andy nie zawsze mówi prawdę, starał się rozumieć i słuchać pacjenta.

Psychoterapeuta w pracy z Andym starał się wspierać jego zdrową część, która chciała być szczerą i otwartą, a czasami autentycznie bezbronna. W pierwszej fazie terapii bardziej dostrzegalne były impulsywne tryby radzenia sobie, a w późniejszej fazie terapeuta miał większy dostęp do wrażliwej części pacjenta. W toku terapii Andy poczynił znaczne postępy. Tryby antyspołeczne, takie jak Drapieźnik, były mniej intensywne niż na początku. Podstawowym schematem Andy’ego był schemat nieufności/nadużycia (oczekiwanie, że będzie oszukany lub skrzywdzony przez innych). Kiedy pojawiała się nieufność, Andy reagował agresją. Zmianą w toku terapii było to, że Andy szybciej mógł zidentyfikować przyczynę swojego zachowania i szukać konstruktywnego rozwiązania.

Celem terapii pacjentów podobnych do Andy’ego (z osobowością antyspołeczną) jest przerwanie łańcucha przemocy, który powstaje na skutek przełączających się, nieadaptacyjnych trybów schematu [4].

Kwestie szczególne i zalecenia

Terapeuci schematów pracujący wśród pacjentów detencyjnych mogą być przestraszeni wizją przemocy i manipulacji ze strony pacjentów. Ponadto pacjenci są zazwyczaj przymusowo kierowani do leczenia, co może istotnie kolidować z ich motywacją do pracy terapeutycznej. Mimo że pacjenci detencyjni często opisywani są jako niezmotywowani [18], badania wskazują, iż motywacja to proces dynamiczny [19]. W terapii schematów zmienną motywację postrzegamy w kategorii przełączających się trybów, np. trybu Odłączonego obrońcy, który blokuje dostęp do emocji i uczuć, trybu Zastraszania i ataku, który obejmuje próbę zdominowania i zdewaluowania terapeuty, lub trybu Nadmiernego kontrolera, który przejawia się wyculeniem na oznaki niewiarygodności terapeuty. W terapii schematów terapeuta unika walki z pacjentem — wciela się w rolę przyjaznego obserwatora, który bada zalety i wady trybów pacjenta, pomagając mu samemu zdecydować i ostatecznie wybrać, czy i gdzie chce dokonać zmiany swojego zachowania [5].

Dysfunkcyjne schematy i tryby schematów za wszelką cenę będą „walczyć”, by pozostać obecne, zmiana bowiem wydaje się niebezpieczna i zagrażająca, a stare schematy są znajome i bezpieczne, choć nieprzystosowane [5]. W terapii schematów nie jest konieczne, by pacjent był „zmotywowany” do terapii. Terapia ta jest przeznaczona dla osób ze złożonymi trudnościami natury psychicznej i zaburzeniami osobowości. Motywację pacjentów postrzega się zatem w kategorii trybów schematu, które aktywują się w kon-

kretnych momentach. Tak więc poziom motywacji może się zmieniać wraz ze stanami emocjonalnymi [17].

Pacjent w trybie Odłączonego obrońcy może mówić w afekcie: „Nie pytaj mnie o uczucia — nic nie czuję”. Celem pracy terapeutycznej jest dotarcie do wrażliwej części pacjenta, w ramach której ma on bezpośredni kontakt ze swoimi uczuciami, oraz wzmacnianie postawy Zdrowego dorosłego, pozwalającej pacjentowi zastanowić się nad sytuacją w sposób zrównoważony i obiektywny [17].

Kolejną kluczową kwestią w pracy z tą grupą pacjentów jest zauważanie specyficznych trybów schematu, które można nazwać „kryminalistycznymi” i które nie występują w ogólnej populacji psychiatrycznej, a przynajmniej nie są powszechne. To właśnie te tryby stanowią psychologiczne czynniki ryzyka przestępczości i przemocy, zwiększając prawdopodobieństwo zachowań agresywnych, impulsywnych i antyspołecznych [5].

Następna istotna kwestia to umiejętne wyznaczanie granic. Bardzo ważne jest, by terapeuta schematów wyznaczał je w sposób jasny i stanowczy, ale nie karzący (będąc odzwierciedleniem trybu Karzącego rodzica) [2]. Pacjenci medycyny sądowej stanowią specyficzne wyzwania dla terapeutów. Model terapii schematów zapewnia jednak terapeutę skuteczne narzędzia do radzenia sobie z tymi wyzwaniami. Należy pamiętać, że terapia schematów to złożony i długoterminowy proces, który wymaga specjalistycznego przeszkolenia, oceny własnych kompetencji terapeutycznych i regularnej superwizji. Zaleca się, by terapeuci mieli co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy terapeutycznej [16]. Wysoki wynik w skali psychopatii (PCL-R) nie jest kryterium wykluczenia z leczenia tą metodą. Stany, które mogą być przeciwwskazaniem do terapii schematów, to niski iloraz inteligencji, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia ze spektrum autyzmu i niektóre zaburzenia psychotyczne, jednak stosowanie leków psychotropowych przez pacjentów nie jest warunkiem wykluczenia [16].

Badania empiryczne

Skuteczność terapii schematów wśród osób z zaburzeniami osobowości potwierdzają kilka badań [20–23]. Chakhssi i wsp. [4] zbadali związek nieadaptacyjnych schematów z aspektami psychopatii. Wskazali, że antyspołeczna struktura osobowości jest istotnie powiązana z takimi schematami, jak nieufność/skrzydzenie i niewystarczająca samokontrola.

Keulen-de Vos i Bernstein [24] analizowali związek między trybami schematów a popełnianymi przestępstwami, badając rejestry karne 95 przestępców z zaburzeniami osobowości z klastra B, w tym psychopatią. Zachowanie przestępcze było zazwyczaj poprzedzone pojawieniem się u tych osób trybów dziecięcych (Wrażliwego dziecka, Impulsywnego dziecka), a następnie trybów nadkompensacyjnych (Drapieżnika, trybu Zastraszania i ataku) czy też trybu Odłączonego samoukoiciela/autostymulatora. Z kolei Bernstein i wsp. [17] zbadali grupę pacjentów z zaburzeniami osobowości narcystycznej, psychopatycznej i typu borderline. Wszyscy ci pacjenci zostali sądowo skazani na leczenie za przestępstwa z użyciem przemocy. Oceniano ich na początku badania oraz w odstępach 6-miesięcznych w ciągu 3 lat z użyciem pomiarów, które nie były zależne od samoopisów pacjentów dla większości zmiennych. Pacjenci (głównie mężczyźni)

poddani terapii schematów uzyskali znacznie lepsze wyniki niż osoby leczone tradycyjnie w zakresie wielu zmiennych, przejawiali mniej objawów psychopatii, lepiej integrowali się ze współosadzonymi.

Podsumowanie

Opisany model terapii schematów stosowany wśród pacjentów ze strukturą osobowości antyspołecznej, sądownie skierowanych na leczenie coraz powszechniej traktuje się jako obiecujący. Pozwala on na spójne rozumienie zachowań przestępczych i przeciwdziałanie im. Podstawowe założenia terapii schematów stanowią ograniczone korektywne rodzicielstwo i empatyczna konfrontacja [2, 6]. Szczególnie pomocny w konfrontowaniu pacjentów z ich problematycznymi zachowaniami jest nieoceniający język.

Standardowe techniki poznawczo-behawioralne mają ograniczoną skuteczność u pacjentów detencyjnych [25]. Terapia schematów może natomiast stanowić bardziej skuteczną formę pomocy pacjentom detencyjnym i z diagnozą osobowości antyspołecznej z kilku powodów. Po pierwsze, model teoretyczny jest dość spójny i przejrzysty dla obu stron (terapeuty i pacjenta), a w konsekwencji obie strony lepiej rozumieją znaczenie zdarzeń wyzwalających (*triggers*). Po drugie, w terapii schematów wykorzystuje się techniki emocjonalnego przetwarzania, nie tak częste w klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej.

W terapii schematów styl terapeutyczny jest aktywny, momentami dyrektywny, zaangażowany i wykracza poza zmianę na poziomie poznawczym (myśli). Kluczowe jest tu podejście współczujące i humanistyczne. Wreszcie, praca z trybami zapewnia ramy koncepcyjne i przejrzysty zestaw interwencji wspierających radzenie sobie ze zmiennymi stanami emocjonalnymi przez pacjentów z cięższymi zaburzeniami osobowości. Terapia schematów może się okazać satysfakcjonująca w pracy z pacjentami detencyjnymi, kluczowe jest jednak, by terapeuta był świadomy pojawiających się trybów schematów, które nie są tak powszechne w ogólnej populacji psychiatrycznej (np. tryb Drapieżnika, tryb Zastraszania i ataku) [16].

Integracyjny model terapii schematów i jego elastyczność mają zalety, wady i pewne ograniczenia. Liczne narzędzia terapeutyczne, którymi dysponują terapeuci schematów — wśród nich te skoncentrowane na emocjach, relacyjne, poznawcze i behawioralne — mogą wprowadzać pewną dowolność w ich stosowaniu [26]. Model trybów zarówno pozwala na teoretyczne rozumienie psychopatologii, jak i daje pewne pragmatyczne rozwiązania skupione na interwencjach, jednak nadal wskazane są dalsze badania nad empirycznymi podstawami terapii schematów. Są one niezbędne, by potwierdzić proponowane zmiany, a szczególnie znaczenie określonych oddziaływań i interwencji terapeuty, które uważa się za ułatwiające proces zmiany [26].

Wskazana byłaby większa liczba randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych, która pozwoliłaby na porównanie efektywności terapii schematów z innymi nurtami terapeutycznymi [27]. Podczas przeprowadzania tych badań należałoby uwzględnić pewne ważne kwestie: (1) badana grupa powinna być szczegółowo opisana; (2) należałoby stosować narzędzia psychometryczne, które umożliwiłyby szersze uogólnienia [27]. Istotne jest zatem, by dalsze badania doprowadziły do powstania bardziej szczegółowych i zniuansowanych

protokołów leczenia, pozwalających na interwencje wobec poszczególnych pacjentów (z określoną diagnozą, potrzebami, trybami) [26]. Warto rozwijać badania na temat terapii schematów w populacji przestępczej, a także precyzyjnie określać potrzeby i wyzwania dotyczące tej grupy pacjentów oraz oddziaływań terapeutycznych, aby ugruntować wiedzę na temat efektów tej formy terapii oraz wydobyć i skorygować jej słabsze punkty.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, wyd. 4. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
3. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T i wsp. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63(6): 649–658.
4. Chakhssi F, Kersten T, de Ruiter C, Bernstein DP. Treating the untreatable: a single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy. *Psychotherapy* 2014; 51(3): 447–461.
5. Keulen-de Vos M, Bernstein DP, Arntz A. Schema therapy for aggressive offenders with personality disorders. W: Tafrate RC, Mitchell D, red. *Forensic CBT: a handbook for clinical practice*. Chichester: Wiley Blackwell; 2013, s. 66–84.
6. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange; 1990.
7. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. *Kontekstualna terapia schematów*. Gdańsk: GWP; 2021.
8. Yakin D, Grasman R, Arntz A. Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: results from a randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 2020; 126: 103553.
9. De Ruiter C, Hildebrand M. Risk assessment and treatment in Dutch forensic psychiatry. *Neth. J. Psychol.* 2007; 63(4): 152–160.
10. Black DW. The treatment of antisocial personality disorder. *Curr. Treat. Options Psychiatry* 2017; 4: 295–302.
11. Özdel K, Türkçapar MH, Guriz SO, Hamamci Z, Duy B, Taymur I i wsp. Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *Int. J. Cogn. Ther.* 2015; 8(4): 306–317.
12. Beck AT, Freeman A, Davis DD, red. *Cognitive therapy of personality disorders*, wyd. 2. New York: Guilford Press; 2004.
13. Beck AT, Davis DD, Freeman A, red. *Cognitive therapy of personality disorders*, wyd. 3. New York: Guilford Publications; 2015.
14. Sargin AE, Özdel K, Türkçapar MH. Cognitive-behavioral theory and treatment of antisocial personality disorder. W: Durbano F, red. *Psychopathy — new updates on an old phenomenon*. Rijeka: IntechOpen; 2017, s. 99–116.
15. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur. Psychiatry* 2004; 19(3): 123–130.
16. Bernstein DP, Arntz A, Keulen-de Vos M. Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *Int. J. Forensic Ment. Health* 2007; 6(2): 169–183.

17. Bernstein DP, Clercx M, Keulen-de Vos M. Schema therapy in forensic settings. W: Polaschek DLL, Day A, Hollin CR, red. *The Wiley international handbook of correctional psychology*. Chichester: John Wiley & Sons; 2019, s. 654–668.
18. Howells K, Day A. Readiness for treatment in high-risk offenders with personality disorders. *Psychol. Crime Law* 2007; 13(1): 47–56.
19. Drieschner KH, Lammers SMM, van der Staak CPF. Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clin. Psychol. Rev.* 2004; 23(8): 1115–1137.
20. Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J. Pers. Disord.* 2004; 18(5): 467–478.
21. Lobbestael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2005; 36(3): 240–253.
22. Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav. Res. Ther.* 2008; 46(7): 854–860.
23. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clin. Psychol. Psychother.* 2005; 12(2): 142–149.
24. Keulen-de Vos M, Bernstein DP. Schema therapy in forensic settings. W: Davies J, Nagi C, red. *Individual psychological therapies in forensic settings: research and practice*. Abingdon: Routledge; 2016, s. 157–179.
25. Timmerman IGH, Emmelkamp PMG. The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2005; 49(5): 590–606.
26. Rafaeli E, Maurer O, Thoma N. Working with modes in schema therapy. W: Thoma N, McKay D, red. *Engaging emotion in cognitive behavioral therapy: experiential techniques for promoting lasting change*. New York: Guilford Publications; 2014, s. 263–287.
27. Schneider Bakos D, Gallo AE, Wainer R. Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemp. Behav. Health Care* 2015; 1(1): 11–15.

Adres: ma.olesniewicz@gmail.com