

Maria Finogonow

TECHNIKI DOŚWIADCZENIOWE I RELACJA TERAPEUTYCZNA W TERAPII SCHEMATÓW

EXPERIENTIAL TECHNIQUES AND THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN SCHEMA THERAPY

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

therapeutic relationship
schema therapy
experiential techniques

Streszczenie

Terapia schematów została stworzona przez Jeffreya Younga i jego współpracowników. Wywodzi się z terapii poznawczo-behawioralnej, łączy jednak w sobie elementy innych koncepcji. Choć czerpie z różnorodności klasycznych technik poznawczych i behawioralnych, istotnie podkreśla rolę technik doświadczeniowych, skoncentrowanych na emocjach oraz relacji terapeutycznej.

Wykorzystywane w terapii schematów techniki skoncentrowane na emocjach bazują na uruchomieniu schematów wraz ze związanymi z nimi funkcjami poznawczymi, emocjami, doznaniem cielesnymi i wspomnieniami. Do najważniejszych technik z tej grupy zalicza się technikę kierowania wyobrażeniami oraz pracę z krzesłami. Technika kierowania wyobrażeniami wykorzystywana jest zarówno w fazie diagnozy (do diagnozy schematów, ich źródeł, stylów radzenia sobie i trybów), jak i w fazie zmiany. W fazie zmiany najczęściej stosowana jest wyobrażeniowa zmiana skryptów, której celem jest bezpośrednio uzdrawianie schematów pacjenta. Z kolei praca z krzesłami najczęściej bywa wykorzystywana do pracy z nieadaptacyjnymi trybami radzenia sobie.

W terapii schematów relacja terapeutyczna odgrywa istotną rolę, zarówno jako czynnik leczący w procesie terapii, jak i stanowiący ważne tło dla stosowanych interwencji emocjonalnych. W podejściu tym wskazuje się na dwie ważne cechy relacji terapeutycznej: ograniczone powtarzane rodzicielstwo oraz empatyczną konfrontację.

Summary

Schema therapy has been elaborated by Jeffrey Young and his co-workers. It is derived from cognitive-behavioural therapy, yet it combines some elements of other concepts as well. Although it draws on a variety of classical cognitive and behavioural techniques, it strongly underlines the role of experiential techniques that are focused on emotions and the therapeutic relationship.

The techniques focused on emotions which are used in schema therapy are based on activating schema together with the linked cognitive functions, emotions, physical experiences, and recollections. The most important techniques in this group include Guided Imagery and Chair Work. Guided Imagery is used both in the assessment phase (to diagnose the schemas, their sources, style of coping, and modes) and in the treatment phase. The technique most often used in the latter phase is Imagery

Rescripting, which is aimed at direct healing of a patient's schema. Chair Work is most frequently utilized to work with maladaptive coping modes.

In schema therapy, the therapeutic relationship plays a significant role both as a healing factor in the therapeutic process and also as an important background for the emotional interventions that are used. Two crucial characteristics of the therapeutic relationship are pointed out in this approach, namely Limited Reparenting and Empathic Confrontation.

Wprowadzenie

Terapia schematów, stworzona przez Jeffrey'a Younga i współpracowników [1–3], wywodzi się z terapii poznawczo-behawioralnej i zaliczana jest do tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej. Jest stosunkowo nowym podejściem integracyjnym w psychoterapii, łączącym w sobie również elementy innych koncepcji: teorii przywiązania Bowlby'ego, analizy transakcyjnej Berne'a, teorii relacji z obiektem, Gestalt oraz koncepcji skoncentrowanych na osobie. Powstała w odpowiedzi na brak efektywności klasycznego poznawczo-behawioralnego podejścia w pracy z pacjentami przejawiającymi chroniczne zaburzenia i niejednokrotnie wykazującymi cechy zaburzeń osobowości [3]. Jest podejściem, które nadal się rozwija i budzi coraz większe zainteresowanie zarówno ze strony psychoterapeutów, jak i samych pacjentów.

Celem artykułu jest przedstawienie terapii schematów jako podejścia wyrastającego z terapii poznawczo-behawioralnej, z równoczesnym uwypukleniem tego, co je wyróżnia. Na tle technik poznawczych i behawioralnych zaprezentowane zostaną strategie najbardziej charakterystyczne dla tego podejścia, w znacznym stopniu zaczerpnięte z innych szkół terapeutycznych — techniki doświadczeniowe oraz aspekty relacji terapeutycznej.

Kluczowym pojęciem w terapii schematów są wczesne nieadaptacyjne schematy (early maladaptive schemas). W swoim modelu Young i współpracownicy [1–3] rozszerzają jednak pojęcie schematu ujmowanego w teoriach poznawczych o dodatkowe komponenty [4]. Według autorów, prócz treści poznawczych, schematy zawierają także wrażenia zmysłowe, emocje i działania podjęte we wczesnym okresie życia wraz z nadanym im znaczeniem. Zawierają szeroko rozumianą wiedzę o sobie, innych ludziach i świecie. Przez ich pryzmat ludzie porządkują, interpretują i przewidują świat [1–3, 5, 6]. W ten sposób schematy same siebie podtrzymują i samourwalają, nie dopuszczając do zaspokojenia podstawowych potrzeb, również w dorosłym życiu [3, 6].

Według Younga i współpracowników [3], nieadaptacyjne schematy rozwijają się we wczesnym okresie życia na skutek interakcji między temperamentem dziecka, stylami rodzicielskimi oraz znaczącymi, czasami traumatycznymi doświadczeniami. Ważną rolę w ich rozwoju odgrywa brak zaspokojenia w tym okresie podstawowych potrzeb, do których autorzy zaliczają potrzebę bezpiecznego przywiązania, autonomii i kompetencji, uznania własnych uczuć i potrzeb, realistycznych granic oraz spontaniczności i zabawy. Do tych pięciu głównych potrzeb autorzy przyporządkowali 18 nieadaptacyjnych schematów, takich jak: Deprywacja Emocjonalna, Zależność/Niekompetencja czy Wadliwość/Wstyd [2, 3, 5]. Według autorów modelu ludzie radzą sobie z emocjami związanymi ze schematami wykorzystując trzy główne style radzenia sobie: unikanie schematu (starają się unikać sytuacji, w których można by zweryfikować prawdziwość treści zawartych w schematach),

nadkompensację (zachowują się przeciwnie do treści zawartych w schematach, starają się udowodnić, że treści zawarte w schemacie są nieprawdziwe) i podporządkowanie się schematowi (zachowują się zgodnie z treściami zawartymi w schematach, potwierdzając ich prawdziwość) [1–3, 5, 6]. Zachowania przejawiane w obrębie tych trzech stylów uniemożliwiają jednak falsyfikację schematów. Prowadzą do frustracji podstawowych potrzeb, problemów interpersonalnych, nasilenia objawów z osi I i — na zasadzie błędnego koła — skutkują utrwalaniem treści zawartych w schematach.

Opisany przez Younga i współpracowników model schematów okazał się mieć pewne ograniczenia w pracy klinicznej z pacjentami z poważnymi zaburzeniami osobowości [3], szczególnie zaburzeniem osobowości typu borderline. Liczne schematy występujące u tych pacjentów, a także skłonność do gwałtownych zmian między intensywnymi stanami emocjonalnymi utrudniały bowiem pracę za pomocą pierwotnego modelu schematów. By móc wyjaśnić te nagłe zmiany w sposobie myślenia, odczuwania i zachowania Young i współpracownicy wprowadzili pojęcie trybów schematów (schema modes) nazywanych w skrócie trybami [2, 3, 5]. Tryby traktowane są jako przejściowe stany emocjonalne i poznawcze, charakteryzujące się też specyficznym dla siebie sposobem radzenia sobie. Determinują one sposób, w jaki człowiek w danym momencie postrzega rzeczywistość, jak na nią reaguje i co przewiduje w przyszłości.

Początkowo Young i współpracownicy [2, 3] wyróżnili 10 podstawowych trybów przyporządkowanych do czterech głównych kategorii: cztery tryby dziecięce (tryb Wrażliwego Dziecka, Złoszczącego się Dziecka, Impulsywnego i Niezdyscyplinowanego Dziecka oraz Szczęśliwego Dziecka), z których tylko ostatni traktowany jest jako tryb adaptacyjny, trzy nieadaptacyjne tryby radzenia sobie (tryb Odłączonego Obrońcy, Nadkompensatora oraz Uległego Poddanego), dwa tryby rodzicielskie (tryb Karzącego/Krytycznego¹ Rodzica oraz Wymagającego Rodzica) oraz tryb Zdrowego Dorosłego.

Wśród trybów dziecięcych szczególnie istotny w pracy terapeutycznej jest tryb Wrażliwego Dziecka, ponieważ odzwierciedla on krzywdy doznane przez pacjenta w okresie dziecięcym. W tym trybie pacjent doświadcza bolesnych emocji i jest bardzo podatny na zranienie. W trybie tym aktywne są także treści zawarte w większości schematów. Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie odpowiadają trzem stylom radzenia sobie (unikaniu schematu, nadkompensacji i podporządkowaniu się schematowi). Odzwierciedlają one sposoby, jakimi pacjent jako dziecko starał się sobie poradzić z niezaspokojonymi potrzebami. W dzieciństwie tryby te często pełniły adaptacyjną rolę, jednak w dorosłości stają się dla pacjenta źródłem problemów i prowadzą do dalszej frustracji podstawowych potrzeb. Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie odzwierciedlają z kolei sposób, w jaki rodzice (bądź inne ważne osoby) traktowali pacjenta w okresie dzieciństwa. W tych trybach pacjenci są wobec siebie bardzo krytyczni, chcą się ukarać za popełniane błędy bądź wywierają na sobie silną presję do spełniania nierealistycznych wymagań. Aby zaprezentować trzy kluczowe pojęcia terapii schematów (schematy, style radzenia sobie oraz tryby), a także wzajemne zależności między nimi, zaprezentowany został przykład pacjentki z opisem

¹ W literaturze polskiej występuje zróżnicowane nazewnictwo niektórych trybów. Różne propozycje nazw w języku polskim wraz z odpowiadającymi im nazwami oryginalnymi opisane są w publikacji Finogenow (2020).

jednego z jej schematów, wykorzystywanych stylów radzenia sobie oraz wybranych trybów (tabela 1.).

Tabela 1. **Przykład pacjentki**

Pani Anna, lat 31, zgłosiła się na terapię po rozstaniu z partnerem, z którym była w związku przez dwa lata. Ojciec pacjentki opuścił rodzinę, gdy pani Anna miała niecały rok, a potem nie utrzymywał z nimi relacji. Wychowywana była głównie przez matkę, która dużo pracowała i często wyjeżdżała służbowo. Ponadto matka pacjentki zmiennie reagowała na pacjentkę. Niekiedy była dla niej bardzo ciepła, a potem — często w sposób niezrozumiały dla pacjentki — denerwowała się na nią, karciała ją za to, że ją zamęcza, nazywała ją beznadziejną.

Jednym z istotnych schematów pacjentki jest schemat Opuszczenia. Pacjentka nieustannie spodziewa się, że straci najbliższych sobie ludzi, że zostanie przez nich opuszczona. Żyje w ciągłym strachu i czujnie wypatruje oznak tego, że ktoś ważny dla niej ją opuści. Przez wiele lat pacjentka unikała schematu.

Oznacza to, że mimo iż jest atrakcyjna i spotykała się zainteresowaniem ze strony mężczyzn, nie wchodziła w relacje intymne ze strachu przed krzywdą i powtórным zranieniem. Dwa lata temu poznała Krzysztofa, mężczyznę mocno zdystansowanego, nieprzystępnego, który dość łatwo wpadał w złość, a następnie wycofywał się w milczeniu z relacji. Podporządkowując się schematowi pacjentka wybrała więc partnera niedostępnego i nieprzewidywalnego. W trakcie związku pacjentka walczyła ze schematem. Domagała się ciąglej uwagi ze strony partnera i zachowywała się wobec niego zaborczo.

Zachowania te występowały u pacjentki prawie za każdym razem, gdy pojawiały się jakiegokolwiek sygnały wycofania bądź oddalenia fizycznego ze strony partnera. Pacjentka czuła się wtedy przytłoczona lękiem, że go straci, że on ją opuści. Doświadczając tego lęku była w trybie Wrażliwego Dziecka (a konkretnie w trybie Opuszczonego Dziecka). Doświadczenie tego lęku uruchamiało tryb radzenia sobie pacjentki (Nadkompensatora). Pacjentka wtedy domagała się potwierdzenia uczuć przez partnera, sprawdzała jego telefon, zakazywała mu wyjazdu. Kiedy partner zaczynał się na nią denerwować i odsuwał się od niej, u pacjentki aktywował się tryb Karzącego Rodzica. Będąc w nim pacjentka karciała siebie, mówiąc sobie, że jest beznadziejna, że z nią i tak nikt nie wytrzyma. To często z powrotem aktywowało tryb Wrażliwego Dziecka pacjentki, w którym znów doświadczała przytłaczającego lęku.

W dzieciństwie tryb Nadkompensatora pomagał pacjentce radzić sobie z lękiem przed opuszczeniem przez matkę. Jednak w dorosłym życiu pacjentki, tryb ten doprowadzał do tego, że partner czuł się przytłoczony jej zachowaniami, jeszcze bardziej dystansował się od niej i jeszcze bardziej zabezpieczał swoją prywatność. Ostatecznie partner stwierdził, że nie wytrzyma dłużej takiego związku i zerwał z pacjentką. W ten sposób potwierdzone zostały treści zawarte w schemacie Opuszczenia pacjentki, utwierdzając ją w poczuciu, że ważne dla niej osoby zawsze ją opuszczają.

Wraz z rozwojem terapii schematów, między innymi przez zespoły Arnoulda Arntza i Davida P. Bernsteina, autorzy wprowadzali i opisywali nowe tryby [7–9]. Wyróżniono zarówno bardziej specyficzne tryby dziecięce np. tryb Wadliwego Dziecka, Opuszczonego Dziecka, Gorszego Dziecka, jak i liczne tryby radzenia sobie np. tryb Samouwielbiacza, Nadmiernego Kontrolera, Puszukiwacza Uwagi, które przyporządkowane są do trzech głównych trybów radzenia sobie wymienionych przez Younga i współpracowników. Obecnie w literaturze opisanych jest ponad 20 trybów, które zostały zebrane i scharakteryzowane w innej pracy autorki [10]. Ponadto opracowano modele trybów (mode models) dla poszczególnych zaburzeń osobowości. Modele te zawierają najczęściej występujące tryby u pacjentów z zaburzeniami osobowości, a na ich podstawie tworzy się protokoły pracy terapeutycznej. Wypracowane modele trybów w zaburzeniach osobowości z klastra B i C zostały przedstawione we wspomnianej wyżej publikacji [10].

Strategie terapeutyczne w terapii schematów

Ponieważ terapia schematów wywodzi się z podejścia poznawczo-behawioralnego, wykorzystuje się w niej zarówno poznawcze, jak i behawioralne interwencje typowe dla tego podejścia [3, 11]. Znaczącą różnicę stanowi natomiast duży nacisk na wykorzystywanie technik doświadczeniowych, zorientowanych na emocje oraz rolę relacji terapeutycznej w procesie leczenia [2–4, 7, 12–14]. Techniki wykorzystywane w terapii schematów można zatem podzielić na cztery grupy: poznawcze, behawioralne, doświadczeniowe oraz relacyjne [3, 5, 7, 13, 14].

Na poziomie poznawczym stosuje się typowe techniki poznawcze. Na przykład omawia się cechy i pochodzenie danego schematu czy trybu, poszukuje się dowodów potwierdzających i przeczących prawdziwości schematu, przeformułowuje się dowody świadczące o prawdziwości schematu, ocenia wady i zalety związane z dotychczasowymi sposobami radzenia sobie (trybami), tworzy się karty przypominające. Techniki poznawcze są często wprowadzane na początku fazy zmiany w terapii. Z pomocą terapeuty pacjent zaczyna tworzyć logiczną, racjonalną argumentację przeciwko schematowi.

Na poziomie behawioralnym stosuje się typowe techniki behawioralne pozwalające zredukować niezdrowe zachowania wynikające ze schematów oraz pomóc w przyswojeniu nowych, zdrowych zachowań. Są one jednak stosowane zwykle na dalszych etapach terapii i często są poprzedzone technikami emocjonalnymi. Choć aspekt ten bywa nieco marginalizowany, według Younga i współpracowników [3], bez zmiany starych wzorców zachowań istnieje duże prawdopodobieństwo odżycia schematów, mimo ich wcześniejszego przepracowania na poziomie poznawczym i emocjonalnym.

Na poziomie emocjonalnym, uwaga skoncentrowana jest głównie na trybach dziecięcych oraz nieadaptacyjnych trybach rodzicielskich, ponieważ to one są najsilniej związane z intensywnymi negatywnymi stanami emocjonalnymi, takimi jak nienawiść do samego siebie, niskie poczucie własnej wartości, poczucie porzucenia, samotności, winy, wstydu, lęku, zagrożenia, smutku, obrzydzenia czy złości. Podczas interwencji emocjonalnych emocje te są najpierw wyjaśniane i przetwarzane, a następnie podlegają restrukturyzacji.

Z kolei relacja terapeutyczna odgrywa istotną rolę zarówno jako czynnik leczący w procesie terapii, jak i stanowiący ważne tło dla stosowanych interwencji emocjonalnych. Terapeuta jest empatyczny, aktywny, otwarty, a także oferuje kontakt jako realna, rzeczywista osoba. Za pomocą ograniczonego powtórnego (korektywnego) rodzicielstwa stara się — w ograniczonym zakresie — zaspokoić te potrzeby pacjenta, które nie były zaspokojone w dzieciństwie. Relacja terapeutyczna odgrywa też ważną rolę podczas interwencji zorientowanych na emocje — terapeuta modeluje adaptacyjne, funkcjonalne zachowania i uczucia, troszczy się o tryby dziecięce, walczy z karzącym rodzicem w technikach wyobrażeniowych i wspiera zastosowanie nowych strategii w rzeczywistym życiu pacjenta.

Techniki doświadczeniowe

W klasycznym podejściu poznawczo-behawioralnym zakłada się, że wczesne nieadaptacyjne schematy wynikają głównie z zaburzeń w procesach myślenia [4], a podstawową techniką pracy z nimi jest restrukturyzacja poznawcza. Mniejszą wagę przykłada się

natomiast do emocjonalnych komponentów schematów. Young i współpracownicy [2, 3] zwrócili jednak uwagę na to, że techniki poznawcze pozwalają wprowadzić pacjentowi nabrać intelektualnego dystansu wobec swoich schematów, jednak mimo ich stosowania, pacjent może nadal czuć przytłaczające emocje związane ze schematami, emocjonalnie wciąż doświadczać ich jako prawdziwych. Na przykład pacjent może stwierdzić „Racjonalnie *wiem* już, że nie jestem bezwartościowy. Mimo to wciąż *czuję*, że jestem bezwartościowy”. Jest to zgodne z wynikami badań, które wskazują, że zmiana w funkcjonowaniu poznawczym na skutek terapii nie zawsze oznacza poprawę regulacji emocjonalnej [12].

Trudności w modyfikacji schematów jedynie za pomocą interwencji poznawczych, a zarazem potrzeba stosowania technik doświadczeniowych zorientowanych na emocje wynikają z jednej strony z wczesnego okresu tworzenia się większości schematów, jak również z samej natury traumatycznych przeżyć [15]. Schematy w rozumieniu Younga i współpracowników [3] tworzą się bowiem często na skutek doświadczeń z wczesnego okresu życia, poprzedzającego rozwój mowy, bądź okresu, gdy język nie jest jeszcze w pełni rozwiniętym narzędziem operacji poznawczych. Większość tych doświadczeń zostaje zakodowana pozawerbalnie jako obrazy, doznania cielesne i emocjonalne [15].

Podobnie wspomnienia traumatyczne pozbawione są często werbalnej narracji i kontekstu. Są one także zależne od sytuacji/stanu, co oznacza, że zostają aktywowane, gdy osoba znajduje się w podobnej sytuacji bądź doświadcza podobnego stanu somatycznego do tego, w którym zaistniała trauma. Traumatyczne wspomnienia są także zakodowane w postaci żywych wrażeń i obrazów (niezależnie od wieku) i trudno je zmierzyć jedynie za pomocą lingwistycznych znaczeń. Trudno je także zasymilować lub zintegrować, co powoduje, że są przechowywane oddzielnie, odizolowane od świadomej uwagi i kontroli wolicjonalnej, niedostępne w nietypowych dla nich warunkach. Takie wspomnienia mają też tendencję do pozostawania utrwalonymi w pierwotnej formie niezmienionej przez upływ czasu lub późniejsze doświadczenia [15].

Techniki skoncentrowane na emocjach wykorzystywane w terapii schematów bazują na uruchomieniu schematów wraz ze związanymi z nimi myślami, ale też z emocjami, doznaniem cielesnymi i obrazowymi wspomnieniami [2, 3]. Dzięki wzbudzeniu emocji zawartych w schematach techniki te stają się skutecznym środkiem do zmiany niewerbalnych, emocjonalnych komponentów schematów. Potwierdzają to też wyniki badań, które dowodzą, że schematy znacznie łatwiej zmienić, gdy myśli powiązane ze schematem są „rozgrzane”, co oznacza, że są zaktywizowane wraz z towarzyszącymi im emocjami [16].

Najważniejszymi technikami doświadczeniowymi wykorzystywanymi w terapii schematów są: praca z wyobrażeniami (Guided Imagery), a szczególnie wyobrażeniowa zmiana skryptów (Imagery Rescripting) oraz praca z krzesłami (Chair Work) [2, 3, 7, 12, 14].

Praca z wyobrażeniami

Praca z wyobrażeniami zaproponowana przez Younga i współpracowników [2, 3] jest sposobem na dotarcie do trybu Wrażliwego Dziecka. Dzięki niej terapeuta może w bardziej bezpośredni sposób pomóc pacjentowi w poradzeniu sobie z bolesnymi emocjami, które są wynikiem trudnych bądź traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa [2, 3, 5, 7, 12, 14]. Jest kluczową techniką inicjującą doświadczenie w terapii schematów i jest szeroko stosowana

na późniejszym etapie terapii, w fazie modyfikacji schematu, choć jej zastosowanie bywa też niezbędne w procesie diagnostycznym.

W wielu przypadkach kluczowe schematy, style radzenia oraz typowe tryby schematów pacjenta są wyraźnie widoczne już podczas wstępnych sesji. Niekiedy jednak — szczególnie u pacjentów, u których dominuje tryb Odląconego Obrońcy charakteryzujący się unikaniem doświadczeń afektywnych — mogą pojawić się trudności ze zidentyfikowaniem wydarzeń aktywujących ich schematy. Dlatego też w fazie diagnozy technika kierowania wyobrażeniami wykorzystywana jest w celu identyfikacji kluczowych schematów oraz ich źródeł, stylów radzenia sobie oraz trybów [3, 4, 14].

Techniką wprowadzającą pacjenta w pracę z wyobrażeniami jest technika wyobrażenia bezpiecznego miejsca [3, 7, 14]. Ćwiczenie to może być stosowane jako odrębne, ale też może stanowić wstęp do dalszej pracy z wyobrażeniami. Dzięki niemu pacjent może pogрузić się w obrazie sprzyjającym doświadczeniu spokoju. Wyobrażenie to tworzy także pewien rodzaj schronienia, do którego pacjent będzie mógł wrócić później, jeśli doświadczane emocje będą bardzo silne. Na dalszym etapie terapeuta może wykorzystać na przykład technikę diagnozy schematów. W technice tej pacjent jest proszony, by zamknął oczy i pozwolił pojawić się wyobrażeniu jakiegoś trudnego doświadczenia z dzieciństwa, by zwizualizował to wspomnienie tak dokładnie, jak to możliwe i opowiedział o tym, co dzieje się w tym wyobrażeniu wraz z detalami tak, jakby miało ono miejsce w danej chwili. Terapeuta zadaje pytania dotyczące tego, o czym dziecko (pacjent jako dziecko) myśli, co czuje i co robi, oraz o to, co robią inne osoby w wyobrażanej sytuacji (np. rodzice, rodzeństwo, rówieśnicy, nauczyciele). Po przejściu przez wyobrażenie diagnostyczne, terapeuta omawia jego treść z pacjentem pod kątem ujawniających się potrzeb, schematów, stylów radzenia sobie bądź trybów. Zebrane w ten sposób informacje w istotnym stopniu przyczyniają się do sformułowania konceptualizacji przypadku.

W fazie modyfikacji schematów najczęściej stosowana jest technika wyobrażeniowej zmiany skryptów, nazywana także zmianą scenariusza w wyobrażeniu bądź wyobrażeniową zmianą scenariusza [2, 3, 7, 12, 14]. Technika ta została pierwotnie opracowana w celu leczenia ofiar przemocy seksualnej doznanej w dzieciństwie i miała na celu złagodzenie symptomów PTSD oraz zmianę przekonań i schematów związanych z nadużyciami seksualnymi [15]. Następnie została zaadaptowana do pracy z różnymi traumatycznymi i trudnymi wspomnieniami z dzieciństwa [17–19], a także opracowana przez Younga i współpracowników [2, 3] pod kątem pracy z nieadaptacyjnymi schematami. Jej zastosowanie w terapii schematów różni się od pracy wyobrażeniowej stosowanej w innych metodach terapeutycznych. W terapii schematów nacisk kładzie się na dostarczenie korygujących doświadczeń emocjonalnych, które mają uleczyć dziecięce traumy pacjenta [2, 3, 7, 12, 14]. W porównaniu z przedłużoną ekspozycją [20], terapeuta schematu dość szybko interweniuje w wyobrażeniu pacjenta, chroniąc pacjenta jako dziecko (co zostanie opisane w dalszej części rozdziału), a w porównaniu z EMDR [21] — terapeuta zmienia scenariusz traumatycznych przeżyć w taki sposób, by pomóc pacjentowi w zaspokojeniu jego potrzeb.

Podobnie jak w fazie diagnozy, technika wyobrażeniowej zmiany skryptów często rozpoczyna się od wyobrażenia bezpiecznego miejsca. Dotyczy to głównie pracy z traumatycznymi wspomnieniami związanymi z bardzo silnymi emocjami [14]. Następnie

terapeuta prosi pacjenta o przywołanie obrazu sytuacji trudnej z terażniejszego życia pacjenta, która wywołuje silne nieprzyjemne emocje. Kiedy emocje te stają się intensywne, terapeuta prosi pacjenta, by pozwolił odpłynąć obrazowi z terażniejszości, a następnie by pozwolił pojawić się wyobrażeniu sytuacji z dzieciństwa, w której doświadczył negatywnych emocji podobnych do występujących w danej chwili. Następnie terapeuta (bądź inna dorosła opiekuńcza osoba wybrana przez pacjenta) zostaje wprowadzony do wyobrażenia traumatycznej sytuacji i opiekuje się dzieckiem (pacjentem w jego dzieciństwie) pomagając mu zaspokoić jego potrzeby.

W trakcie wyobrażenia traumatyczne bądź trudne emocjonalnie przeżycia z przeszłości są zmieniane w wyobraźni w taki sposób, by potrzeby Wrażliwego Dziecka (Skrzywdzonego, Opuszczonego, Wadliwego) zostały zaspokojone. W praktyce może to oznaczać powstrzymanie w wyobraźni oprawcy, zabranie dziecku z miejsca zdarzenia w inne, bezpieczne miejsce i zaopiekowanie się nim. W trakcie wyobrażeniowej zmiany skryptów, negatywne emocje doświadczane przez dziecko, takie jak niepokój, smutek, wstyd ulegają zmianie dzięki interwencji terapeuty (bądź innego opiekuńczego dorosłego), który biorąc aktywny udział w wyobrażanej sytuacji chroni dziecko i troszczy się o jego potrzeby.

Fakt, że potrzeby dziecka są rozpoznane i chronione, działa u pacjenta na dwa sposoby. Po pierwsze zdaje sobie on sprawę z tego, że zasługuje na uznanie i ochronę. Po drugie, doświadczenie tego uzdrawiającego uczucia daje pacjentowi inny punkt widzenia tej traumatycznej sytuacji oraz możliwość doświadczenia jej w bezpieczny sposób. Ponadto pacjent zaczyna rozpoznawać swoje potrzeby i odkrywa, w jaki sposób może je zaspokoić. Bardzo często też, kiedy pacjent wraca do przeszłych traumatycznych doświadczeń, w których przeżywał emocje podobne do tych z obecnych sytuacji, zaczyna rozumieć znaczenie emocji doświadczanych w terażniejszym życiu.

Relacja z terapeutą oraz modelowanie w wyobrażeniu trybu Zdrowego Dorosłego przez terapeutę sprzyja tworzeniu się i wzmacnianiu trybu Zdrowego Dorosłego u pacjenta, który zaczyna dostrzegać własne potrzeby i realistycznie oceniać rzeczywistość. Dzięki temu na kolejnych etapach terapii, do sceny przeżywanej w wyobrażeniu wprowadzony zostaje pacjent w swoim trybie Zdrowego Dorosłego. Jako dorosły chroni swoją dziecięcą część, otacza ją troską i opieką oraz dąży do zaspokojenia jej potrzeb.

Poszczególne kroki w wyobrażeniowej zmianie skryptów można przedstawić skrótowo w następujący sposób:

1. relaksacja i wyobrażenie bezpiecznego miejsca,
2. przywołanie obrazu trudnej sytuacji z terażniejszości,
3. stworzenie emocjonalnego pomostu z trudnej bieżącej sytuacji,
4. przywołanie obrazu z przeszłości związanego z podobnymi emocjami, koncentracja na emocjach i potrzebach dziecka,
5. wprowadzenie postaci, która zaopiekuje się potrzebami dziecka (terapeuty bądź Zdrowego Dorosłego) w taki sposób, aby sytuacja mogła się zmienić,
6. ustabilizowanie poczucia bezpieczeństwa i pozytywnego bezpiecznego przywiązania,
7. wytłumaczenie nowego znaczenia emocjonalnego sytuacji traumatycznej z dzieciństwa.

Kolejność ta nie jest jednak bezwzględna regułą i technika może być stosowana elastycznie [3, 7, 14]. W niektórych przypadkach sekwencja obrazów przywoływanych

przez pacjenta zaczyna się od nieprzyjemnych wyobrażeń z dzieciństwa, a dopiero po nich przywoływany jest wywołujący nieprzyjemne uczucia obraz z terażniejszego życia [14]. Nie da się też do końca przewidzieć dokładnej treści i przebiegu danego ćwiczenia wyobrazeniowego [3, 7]. Proces zmiany skryptów, czyli tworzenie nowego scenariusza wspomianej sytuacji zawsze bowiem powinien odbywać się spontanicznie przy współudziale terapeuty i pacjenta. Wymaga ciągłej uważności terapeuty i dostosowywania interwencji zarówno do stanu emocjonalnego pacjenta, jak i wyrażanych przez niego potrzeb [3, 7].

W trakcie wyobrazeniowej zmiany skryptów aktywowane zostają schematy i tryby wraz z towarzyszącymi im negatywnymi emocjami. Emocje te najczęściej są powiązane z traumatycznymi wspomnieniami z wczesnego okresu życia pacjenta [22], ale czasami dotyczą też wspomnień z czasów szkolnych. Dlatego technika ta może służyć także napisaniu na nowo scenariusza traumatycznych wydarzeń z późniejszego okresu życia pacjenta [3, 14]. Ponadto praca z wyobrazeniami bywa też wykorzystywana w celu przygotowania pacjenta na przyszłe wydarzenia, które mogą wywołać u pacjenta silne emocje [23].

W technice wyobrazeniowej zmiany skryptów nie są konieczne, by negatywny obraz został przekształcony w obraz pozytywny, by pacjent doznał całkowitej ulgi w odniesieniu do traumatycznej sytuacji z dzieciństwa. Istotna jest zmiana dawnego „scenariusza”, biegu wydarzeń przeszłych traumatycznych sytuacji w bardziej pozytywnym kierunku. Dzieje się to w znacznym stopniu dzięki ochraniającej, opiekuńczej postawie terapeuty (bądź innego dorosłego), który w wyobrazeniu wspiera dziecko i troszczy się o nie.

Celem stosowania tej techniki jest, by pacjent poczuł związane z traumą emocje i potrzeby, które wtedy nie zostały zaspokojone, i zmienił znaczenie przeżytej traumy [2, 3, 7, 17–19]. Technika ta ma pomóc pacjentowi poprzez zbudowanie nowej, świeżej perspektywy na sytuacje, które się wydarzyły w przeszłości, wywołanie nowych uczuć, które niekoniecznie są pozytywne (np. w miejsce dotychczasowego strachu pojawia się gniew na osobę, która krzywdziła pacjenta w przeszłości). Ma też pomóc w zidentyfikowaniu potrzeb oraz skonfrontowaniu pacjenta z przeszłością, aby zapewnić zdrowy proces żałoby.

Technika wyobrazeniowej zmiany skryptów pozwala zatem z jednej strony na restrukturyzację poznawczą, która zachodzi w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego, z drugiej zaś na doświadczenie przez pacjenta korektywnej, dobrej więzi z opiekuńczym dorosłym, który go chroni, pomagając w zaspokojeniu jego emocjonalnych potrzeb.

Technika pracy z krzesłami

Technika pracy z krzesłami została zapożyczona przez terapię schematów z terapii Gestalt [24] i bywa wykorzystywana także w innych podejściach terapeutycznych, na przykład terapii zorientowanej na emocje [25]. Jest to metoda bardzo elastyczna [24]. Terapeuta może prosić pacjenta o odgrywanie rozmaitych ról, np. przedstawianie różnych swoich stron (w przypadku terapii schematów będą to na przykład tryby pacjenta, co zostanie opisane w dalszej części artykułu), swoich rodziców, innych ważnych osób ze swojego życia. W trakcie ćwiczenia terapeuta prosi pacjenta o wielokrotne zmienianie ról i prowadzenie dialogu między różnymi postaciami. Również terapeuta może grać jakąś rolę i włączać się do dialogu.

Najbardziej znaną spośród tych technik jest metoda dwóch krzesel. Pacjent siada najpierw na jednym krześle i odgrywa pierwszą z ról (w terapii schematów może to być jeden z trybów pacjenta), a następnie przesiada się, odgrywając drugą rolę. Przy odgrywaniu większej liczby ról pojawia się więcej krzesel. Pacjent, siadając na jednym z nich, stara się nadać uczuciom, myślom, wspomnieniom i doznaniom fizycznym związanym z daną rolą jak najbardziej namacalny i żywy charakter [24]. Rolą terapeuty jest kierowanie całą sceną, a niekiedy wcielanie się w jedną z ról. Pacjent może też być proszony o wcielenie się w rolę terapeuty.

W terapii schematów technika dwóch krzesel może być stosowana w pracy nad schematami pacjenta — w prowadzeniu dialogu ze schematem. Jednak najczęściej jest wykorzystywana w pracy nad nieadaptacyjnymi trybami radzenia sobie [2, 3, 5, 7, 12, 14]. Korzystając z dwóch krzesel zaaranżowana zostaje sytuacja dialogu między trybem radzenia sobie a zewnętrznym obserwatorem, w którego wciela się terapeuta. Rolą obserwatora jest przeprowadzenie wywiadu z danym trybem, podczas którego pojawiają się pytania dotyczące jego powstania oraz roli w dotychczasowym życiu pacjenta. Na krześle symbolizującym dany tryb siada pacjent i jest proszony o to, by całkowicie wczuł się w dany punkt widzenia charakterystyczny dla tego trybu i wypowiadał się wyłącznie z jego perspektywy. Terapeuta zwraca się do pacjenta, używając nazwy trybu, jaka została mu nadana, tak, jakby rozmawiał z odrębną częścią Ja pacjenta.

Ponieważ tryby radzenia sobie zazwyczaj rozwinęły się w okresie dzieciństwa i wtedy pełniły adaptacyjną rolę, terapeuta podkreśla ważność tego trybu w tamtym okresie życia, uznaje go i docenia. Z drugiej strony, ponieważ w dorosłości tryby pacjenta zaczęły być dla niego źródłem cierpienia i licznych problemów, terapeuta poddaje dany tryb konfrontacji, akcentuje jego negatywny wpływ na aktualne życie pacjenta, pokazuje, w jaki sposób tryb ten wzmacnia jego negatywne schematy. W pracy z panią Anną opisaną w tabeli 1. terapeuta poprosił pacjentkę o to, by usiadła na dodatkowym krześle i wczuła się na nim w swój tryb Nadkompensatora. Następnie prowadził dialog z pacjentką (wypowiadającą się z perspektywy trybu), w którym została określona i doceniona rola tego trybu w dzieciństwie pacjentki. Zadając kolejne pytania terapeuta wskazał na to, jak ten tryb w aktualnym życiu pacjentki (również w związku, który się zakończył) wpływa na jej życie, doprowadzając do potwierdzenia jej schematu Opuszczenia.

Technika krzesel wykorzystywana jest także do pracy z trybami rodzicielskimi. Wtedy na jednym z krzesel pacjent wciela się w tryb Karzącego bądź Wymagającego Rodzica. W dalszej części pacjent uczy się stawiać granice wobec swojej karzącej lub nadmiernie wymagającej strony, równocześnie wzmacniając tryb Zdrowego Dorosłego. Podczas pracy z krzesłami pacjent wciela się także w tryby dziecięce. Ma wtedy możliwość skontaktowania się z trudnymi emocjami mającymi źródło w okresie dzieciństwa. Terapeuta pomaga pacjentowi zrozumieć źródło tych emocji, a także wspiera wyrażanie uczuć i potrzeb w zdrowy sposób.

Celem pracy z krzesłami jest pomoc pacjentowi w zrozumieniu roli danego nieadaptacyjnego trybu, doświadczenie go, a następnie zmodyfikowanie [2, 3, 7, 12, 14]. Podczas pracy z krzesłami tryby postrzegane wcześniej jako egosyntoniczne (spójne z „ego”, akceptowane, pożądane) stają się bardziej egodystoniczne (niespójne z „ego”, niepożądane) dzięki czemu pacjent łatwiej rozpoznaje je w codziennym życiu i łatwiej mu ograniczyć

ich wpływ na swoje funkcjonowanie [3, 12]. Ponadto praca z krzesłami z jednej strony pomaga różnicować tryby, a z drugiej sprzyja wewnętrznej integracji [3, 12, 14]. Na przykład pacjent dostrzega związek między doświadczanymi silnymi emocjami, takimi jak poczucie winy, smutek, wstyd, charakterystycznymi dla trybu Wrażliwego Dziecka, a uaktywnianym trybem Karzącego Rodzica, który jest zinternalizowanym głosem rodzica, obwiniającego go i karzącego w dzieciństwie.

Ostatnia faza pracy z krzesłami prowadzi do wzmocnienia trybu Zdrowego Dorosłego pacjenta, który powinien być w stanie przeciwstawiać się nieadaptacyjnym trybom radzenia sobie oraz nieadaptacyjnym trybom rodzicielskim. Dzięki niemu pacjent ma również większą umiejętność troszczenia się o tryb Wrażliwego Dziecka, a także wspierania trybu Szczęśliwego Dziecka w wyrażaniu swoich potrzeb i emocji.

Relacja terapeutyczna

W terapii schematów relacja terapeutyczna uważana jest za niezwykle istotny element zarówno diagnozy, jak i zmiany schematów [2, 3, 5, 7, 11–14]. Według Younga i współpracowników [2, 3], w relacji terapeutycznej ważną rolę odgrywają dwie umiejętności: ograniczone powtórne rodzicielstwo, nazywane też ograniczonym korektywnym rodzicielstwem (Limited Reparenting), oraz empatyczna konfrontacja (Empathic Confrontation). Opisywane są często jako odrębne techniki, jednak Young i współpracownicy [2, 3] podkreślają, że są one bardziej postawą, jaka charakteryzuje terapeutę wobec pacjenta podczas całego procesu terapii. Wymaga ona stworzenia szczerzej więzi emocjonalnej z pacjentem i autentycznej troski o pacjenta.

Ograniczone powtórne rodzicielstwo odwołuje się do jednego z podstawowych założeń terapii schematów, zgodnie z którym wczesne nieadaptacyjne schematy tworzą się na skutek niezaspokojenia podstawowych emocjonalnych potrzeb w dzieciństwie [2, 3, 7, 12–14]. Dlatego też w relacji terapeutycznej terapeuta, w ograniczonym profesjonalną relacją terapeutyczną zakresie, zachowuje się jak „dobry rodzic”, którego zadaniem jest dostarczenie dziecięcej części pacjenta korygujących emocjonalnych doświadczeń. Terapeuta daje pacjentowi — w stosownych dla relacji terapeutycznej ramach — to, czego potrzebował on od swoich rodziców, lecz czego od nich nie otrzymał. Terapeuta oferuje pacjentowi przybliżoną wersję doświadczeń emocjonalnych, których brakowało pacjentowi w dzieciństwie, równocześnie pozostając w granicach wyznaczonych przez zasady etyczne i zawodowe.

To, które potrzeby będą zaspokajane w danej relacji terapeutycznej, w dużym stopniu zależy od schematów lub trybów, które są najbardziej aktywne u danego pacjenta [3, 5, 14]. Na przykład, jeśli pacjent doznał deprywacji emocjonalnej w dzieciństwie, terapeuta skupia się w terapii na okazywaniu mu uwagi i troski, zarówno podczas sesji, jak i w trakcie rekonstrukcji dziecięcych wspomnień. Jeśli pacjent doświadczył ograniczenia autonomii, terapeuta wspiera autonomiczne zachowania pacjenta, zachęca do własnych wyborów i decyzji. Jeśli pacjenta charakteryzuje schemat roszczeniowości, terapeuta otacza opieką wrażliwą część pacjenta, natomiast konfrontuje część roszczeniową i nakłada na nią granice.

Ponadto rolą terapeuty jest szacowanie, które z potrzeb mogą być zaspokojone przez samego pacjenta, a które wymagają wsparcia ze strony terapeuty [14]. Terapeuta interweniuje głównie wtedy, gdy dostrzega potrzeby, które nie były zaspokojone w okresie dzieciństwa pacjenta i uznaje, że bez interwencji terapeutycznej prawdopodobnie dalej pozostałyby niezaspokojone.

Stosowanie ograniczonego powtórnego rodzicielstwa wymaga zatem od terapeuty dużej elastyczności oraz uważności na to, co dzieje się z pacjentem w trakcie sesji. Jej zastosowanie może zmieniać się zarówno w zależności od pacjenta, ale także w obrębie danej relacji terapeutycznej — zależnie od aktywowanych w danym momencie schematów bądź dominujących trybów pacjenta.

Zaproponowana przez Younga i współpracowników [2, 3] postawa w relacji terapeutycznej oznacza, że terapeuta w wielu sytuacjach nie zachowuje neutralności i nie czeka biernie na to, aż pacjent sam zrezygnuje ze szkodliwych bądź ryzykownych zachowań. Pomaga on pacjentowi w przezwyciężaniu problemów i kryzysów, oferuje wsparcie i porady, stawia granice oraz interweniuje w przypadkach, gdy zachowania pacjenta są niekorzystne. W przypadku pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline, Young i współpracownicy [3, 13] sugerują również umożliwienie kontaktów telefonicznych poza sesjami oraz dawanie pacjentowi kart przypominających (schema flashcards) lub innych drobnych przedmiotów, które mogą symbolizować więź terapeutyczną.

Dzięki ograniczonemu powtórnemu rodzicielstwu, pacjent z wpływem czasu internalizuje ciepłą i opiekuńczą postawę terapeuty i włącza go w swój tryb Zdrowego Dorosłego. W konsekwencji staje się wobec siebie bardziej współczujący i opiekuńczy, zaczyna lepiej tolerować silny afekt, powstrzymywać się przed szkodliwymi zachowaniami oraz ma więcej osobistych zasobów pomagających radzić sobie w zdrowy sposób. Ponadto uczy się akceptować terapeutę jako stały obiekt i w tej relacji doświadcza bezpiecznego przywiązania [3, 5, 7, 12–14].

Drugą cechą charakteryzującą relację terapeutyczną w terapii schematów jest empatyczna konfrontacja, nazywana także empatycznym testowaniem rzeczywistości [3, 7, 12, 14]. Polega ona na równoczesnym wyrażaniu przez terapeutę empatii i troski o pacjenta, zrozumienia wobec przyczyn negatywnych, nieadaptacyjnych zachowań wraz z jednoczesnym konfrontowaniem go z koniecznością ich zmiany. Podczas empatycznej konfrontacji terapeuta nie osądza pacjenta, nie przypisuje mu niemoralnych czy nieetycznych pobudek. Nawiązując do języka schematów i trybów wskazuje na niezaspokojone potrzeby leżące u podłoża nieadaptacyjnych zachowań oraz emocje związane z trybem Wrażliwego Dziecka, równocześnie podkreślając potrzebę zmiany.

Empatyczna konfrontacja może być wykorzystywana zarówno w odniesieniu do nieadaptacyjnych zachowań pacjenta w trakcie sesji terapeutycznej, jak i problematycznych zachowań w innych sytuacjach z życia pacjenta, o których opowiada on w trakcie sesji. Zastosowanie jej do konfrontowania zachowań występujących w czasie sesji ma często ogromną siłę oddziaływania. Umożliwia bowiem dokładne przestudiowanie zachowania pacjenta oraz uaktywnionych na sesji schematów wraz z towarzyszącymi im emocjami. Na tle relacji terapeutycznej pacjent może w bezpośredni sposób przekonać się o oddziaływaniu swoich zachowań na innych ludzi. Terapeuta, odwołując się do swoich uczuć, może wskazać pacjentowi, w jaki sposób zachowanie pacjenta może utrudniać mu nawiązanie bliskich więzi i zaspokojenie potrzeb dotyczących relacji.

Empatyczna konfrontacja pozwala pacjentowi zrozumieć przyczyny własnych zachowań, ale także zrozumieć i poczuć ich negatywne konsekwencje oraz to, że nie pomagają mu one zaspokajać własnych potrzeb. Dzięki niej pacjenci też często zyskują nowe spojrzenie na typowe dla nich sytuacje problemowe, mogą ujrzeć je w bardziej realistyczny i mniej schematyczny sposób.

Choć omówione powyżej aspekty relacji terapeutycznej w terapii schematów przedstawiane są często jako odrębne narzędzia, nie są one oderwanymi, samowystarczalnymi technikami terapeutycznymi [2, 3, 14]. Nie mają wyraźnej struktury, stosowane są elastycznie, a terapeuta wykorzystuje je płynnie w trakcie trwania całej terapii. Stosowane są integralnie wraz z pozostałymi interwencjami terapeutycznymi (poznawczymi, behawioralnymi i doświadczeniowymi).

Podsumowanie

Celem technik doświadczeniowych jest przewyciężenie nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie, wyjaśnienie i przetworzenie problematycznych negatywnych emocji, zmiana ukrytego i jawnego znaczenia zawartego w schematach, a także wzmocnienie pozytywnych emocji i doświadczenie bezpiecznego przywiązania [2–4, 5, 7, 12, 14]. Techniki te pomagają także ominąć jeden z podstawowych mechanizmów radzenia sobie z nieprzyjemnymi bolesnymi uczuciami, jakim jest ich unikanie [26]. Mimo iż niejednokrotnie wywołują silny nieprzyjemny afekt, szczególnie podczas pierwszych sesji z wykorzystaniem technik wyobrażeniowych, to dzięki nim pacjent może doświadczyć tych emocji w bezpieczny sposób, bez bycia przytłoczonym przez te emocje [27].

Stosowanie technik doświadczeniowych wymaga silnego przymierza terapeutycznego, zaufania między pacjentem a terapeutą [3, 14, 28]. Dlatego w terapii schematów tak istotną rolę odgrywa relacja terapeutyczna. W tym podejściu autorzy podkreślają również jej znaczenie jako odrębnego czynnika leczącego w procesie terapii. Tak ujmowana relacja wymaga istotnego zaangażowania emocjonalnego ze strony terapeuty. Zachowuje się on często jak prawdziwy człowiek, a nie jak obojętny klinicysta w relacji lekarz — pacjent. Ponadto wymaga od terapeuty nieustannego przełączania się między empatią a realistycznym ocenianiem rzeczywistości [3, 7, 12, 14]. Terapeuta ocenia schematy i style radzenia jako zrozumiałe konsekwencje historii życiowej pacjenta i w tym samym czasie przenosi swoją uwagę na bieżące negatywne konsekwencje jego zachowań.

Terapia schematów, choć stanowi stosunkowo nowe podejście w psychoterapii, coraz bardziej się rozpowszechnia. Czerpiąc z wcześniej wypracowanych modeli terapeutycznych pomaga łączyć w sobie zarówno pracę nad wczesnymi, traumatycznymi doświadczeniami (oferując korektywne doświadczenia emocjonalne), jak również nad tym, by w aktualnym życiu pacjent zmieniał dysfunkcyjne zachowanie i wzorce relacji. Osiągane jest to zarówno za pomocą technik doświadczeniowych, jak i na bazie korektywnych doświadczeń w relacji terapeutycznej.

Terapia schematów jest też podejściem, które stale się rozwija. Powstała w reakcji na ograniczenia klasycznego podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości, szczególnie zaburzeniem osobowości typu borderline [1–3].

Wraz z rozwojem podejścia zaczęły powstawać kolejne protokoły pracy z pacjentami z różnymi zaburzeniami osobowości [7–10], a także chronicznymi zaburzeniami, takimi jak przewlekła depresja [np. 29, 30] czy zaburzenia odżywiania [np. 31]. Równocześnie zaczęto prowadzić coraz więcej badań empirycznych weryfikujących zarówno model, na którym się opiera, jak i jej skuteczność [np. 32–34]. Jako podejście integracyjne terapia schematów może być też elastycznie łączona z innymi procedurami terapeutycznymi, na przykład dialogiem motywującym, terapią akceptacji i zaangażowania (ACT) czy terapią poznawczą opartą na uważności. Jest to spójne z ogólnym kierunkiem w rozwoju terapii w stronę kontekstualnej perspektywy i pracy zorientowanej na procesy psychologiczne.

Piśmiennictwo

1. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders. A schema-focused approach Sarasota, FL: Professional Resources Press; 1990.
2. Young JE. Schema-focused therapy for personality disorders. W: Simos G, red. Cognitive behaviour therapy: a guide for the practicing clinician. New York, London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2002, vol.1, s. 201–222.
3. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia schematów: Przewodnik praktyka. Sopot: GWP; 2013.
4. Bernstein DP. Schema therapy for personality disorders. W: Strack S, red. Handbook of personality and psychopathology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2005, s. 462–477.
5. Martin R, Young J. Schema therapy. W: Dobson KS, red. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York, London: The Guilford Press; 2010, s. 317–346.
6. Young JE, Klosko JS. Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych. Warszawa: Wyd. Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2012.
7. Arntz A, Jacob B. Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów. Sopot: GWP; 2016.
8. Bamelis LL, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *J. Pers. Disord.* 2011; 25(1): 41–58.
9. Bernstein DP, Arntz A, 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.
10. Finogenow M. Tryby schematów i modele trybów w zaburzeniach osobowości z klastra B i C. *Psychoter.* 2020; 1(192): 45–58.
11. Madej A. Techniki i metody poznawczo-behawioralne w terapii schematu zaburzeń osobowości. *Psychoter.* 2010; 1(152): 53–66.
12. Dado H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical applications. *Front. Psychol.* 2016; 7: 1987. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01987.
13. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62(4): 445–458.
14. Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE. Psychoterapia skoncentrowana na schematach. Warszawa: Wyd. Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2011.
15. Smucker MR, Dancu C, Foa EB, Niederee JL. Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *J. Cogn. Psychother.* 1995; 9: 3–3.

16. David D, Szentagotai A. Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies: Towards an integrative model. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 284–298.
17. Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *J. Exp. Psychopathol.* 2012; 3: 189–208.
18. Arntz A, Weertman A. Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37: 715–740.
19. Holmes EA, Arntz A, Smucker MR. Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2007; 38(4): 297–305.
20. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD: Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapiuty. Sopot: GWP; 2014.
21. Davidson PR, Parker KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001; 69: 305–316.
22. Marieke C, Abma TA, Bamelis L, Arntz A. Personality disorder patients' perspectives on the introduction of imagery within schema therapy: a qualitative study of patients' experiences. *Cogn. Behav. Pract.* 2011; 18: 482–490.
23. Hackmann A, Bennett-Levy J, Holmes EA. *The Oxford guide to imagery in cognitive therapy.* Oxford: Oxford University Press; 2011.
24. Kellogg S. Dialogical encounters: Contemporary perspectives on “chair-work” in psychotherapy. *Psychother. Theor. Res. Pract. Train.* 2004; 41: 310–320.
25. Greenberg LS, Watson JC. *Emotion-focused therapy for depression.* Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
26. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. W: Heineberg RG, Turk DS, Mennin DS, red. *Generalized anxiety disorders: advances in research and practice.* New York: Guilford Press; 2004, s. 77–108.
27. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front. Psychol.* 2016; 7: 1373. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01373.
28. Hoffart A, Oktedalen T, Langkaas TF, Wampold BE. Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *J. Couns. Psychol.* 2013; 60(4): 471–482.
29. Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clin Psychol*, 2013; 20: 166–180.
30. Renner F, Arntz A, Peeters FPML, Lobbestael J, Huibers MJH. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2016; 51: 66–73.
31. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon* 2019. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02361.
32. Lobbestael J, van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav. Res. Ther.* 2008; 46: 854–860.
33. Maćik D. W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne osób dorosłych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2019.
34. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cogn. Behav. Ther.* 2012; 41(3): 185–202.