

Agnieszka Madej

TECHNIKI I METODY POZNAWCZO-BEHAWIORALNE W TERAPII SCHEMATU ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

TECHNIQUES AND BEHAVIOURAL-COGNITIVE METHODS IN SCHEMA THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej w Warszawie

Kierownik: Magdalena Gulcz

Autorka przedstawia modyfikację terapii poznawczo-behawioralnej pod postacią tzw. Terapii Schematu i jej zastosowanie w leczeniu zaburzeń osobowości. Wskazuje na szczególne znaczenie przymierza terapeutycznego w terapii tych pacjentów oraz korzyści ze stosowania technik poznawczych i behawioralnych, które jednak powinny być wprowadzane w odpowiednim momencie leczenia.

Schema Therapy personality disorders

Summary: The aim of this paper is to show similarities between methods and techniques used in both Cognitive-Behavioural Therapy and Schema Therapy. This article focuses mainly on therapy of patients meeting DSM-IV TR criteria of personality disorders.

When writing about personality disorders, the author understands the definition by DSM-IV TR. It is important because only after specific criteria had been defined, precise diagnosis of personality disorders was possible. Accordingly, the very next step possible to be taken were clinical studies on effective treatment of personality disorders.

Based on the literature, the author attempts to substantiate the use of long-term therapy treatment when dealing with patients diagnosed with personality disorders. Referring to Young's (1994) observations, the author points to those aspects of Short-term Cognitive-Behavioural Therapy which make it inefficient in treatment of chronic problems (personality disorders).

The author briefly describes similar methods and cognitive as well as behavioural techniques which are used in the course of treatment in both, Cognitive-Behavioural and Schema therapies. The author shares her general reflection on current knowledge in terms of indications to personality disorders therapy.

Stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w terapii zaburzeń osobowości zostało wprowadzone przez Aarona Becka i wsp. w ich książce zatytułowanej „Poznawcza terapia zaburzeń osobowości” [2]. Ta nowa forma terapii osiągała wysokie wskaźniki sukcesu szczególnie w redukcji zachowań i symptomów suicydalnych [2]. Sukcesy w terapii pacjentów z głębszymi zmianami osobowościowymi nie były jednak już takie znaczące. Późniejsze niekontrolowane badania dotyczące efektywności terapii poznawczo-behawioralnej wg Becka ponownie pokazały redukcję ryzyka popełnienia samobójstwa i symptomów depresyjnych, ale też spadek w liczbie symptomów osobowości typu borderline [3]. Rezultaty badań nie są jednoznaczne, co może wynikać z doboru stosowanych technik badawczych. Badania nad skutecznością terapii schematu, prowadzonej w formie grupowej,

w połączeniu z równoległą psychoterapią indywidualną, dowodzą między innymi tego, że istotnym wskaźnikiem zmiany jest poprawa w globalnym funkcjonowaniu społecznym pacjentów z zaburzeniami osobowości. Ten wskaźnik zdaje się zatem przemawiać na korzyść terapii grupowej, choć stwierdzenie to wymaga poparcia dalszymi badaniami w tym zakresie [4].

Zaburzenia osobowości stanowią diagnozę w obrębie drugiej osi według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (TR) i są zaburzeniami charakteryzującymi się „utrzymującym się wzorcem wewnętrznych przeżyć i zachowań, który znacząco odbiega od oczekiwań występujących w kulturze danej jednostki, jest wszechobecny i usztywniony, sięga okresu dojrzewania bądź wczesnej dorosłości, jest stabilny w czasie oraz prowadzi do bolesnych przeżyć i pogorszenia funkcjonowania” [5]. Te charakterystyki są powodem, dla których można oczekiwać, iż terapia krótkotrwała nie przyniesie pożądaných efektów.

Zaburzenia osobowości diagnozowane są w obrębie trzech grup: A (osobowość schizotypowa, schizoidalna, paranoidalna), B (osobowość borderline, narcystyczna, histrioniczna, antyspołeczna), C (osobowość kompulsywna, zależna, unikająca, pasywno-agresywna) i — co zasługuje na uwagę — wyniki terapii zależą od rodzaju zaburzenia osobowości [5].

W terapii poznawczo-behawioralnej Beck i wsp. zwracają uwagę na to, iż w każdym rodzaju zaburzenia systematycznie i dysfunkcjonalnie zniekształcony staje się sposób porządkowania napływających informacji. Za stronniczość interpretacji i występujących w ich wyniku zachowań odpowiadają przekonania dysfunkcyjne [2]. Beck i wsp. uważają za istotne rozpoznanie w terapii właśnie tych przekonań, które kształtują indywidualne interpretacje. I tak, przekonania, które należą do systemu instrumentalnego, inicjują działanie człowieka; przekonania należące do systemu kontroli albo ułatwiają, albo powstrzymują działanie w zależności od uruchomionych przewidywań, również związanych z przekonaniami. „Terapia poznawcza stawia sobie za cel »ponowne pobudzenie« systemu weryfikacji z rzeczywistością (reality testing)” [2].

Terapia poznawczo-behawioralna w swoich założeniach jest terapią ustrukturyzowaną, opartą na współdziałaniu, zorientowaną na cel, ukierunkowaną, ale też krótkoterminową i w takim „klasycznym” ujęciu nie przynosiła satysfakcjonujących efektów w przypadku leczenia osób z zaburzeniami osobowości [2, 3, 6].

W jednym z wywiadów Judith Beck mówi o tym, że już podczas pierwszej sesji terapeuta stara się nawiązać silne przymierze terapeutyczne, które pozwoli na samym wstępie ustalić cele terapii [7]. W odniesieniu do zaburzeń osobowości jest to założenie niemające racjonalnych przesłanek chociażby z uwagi na to, jak duże znaczenie przypisuje się relacji terapeutycznej w przypadku zaburzeń chronicznych, szczególnie zaburzeń osobowości. W tej grupie pacjentów nacisk na samo budowanie przymierza terapeutycznego kładziony jest przez cały pierwszy rok terapii [8].

Prowadzone przez Giesen-Bloo i wsp. badania wskazują na skuteczność terapii schematu właśnie z uwagi na rolę przymierza terapeutycznego. Badania te zasługują na uwagę szczególnie dlatego, że zamiast kwestionariuszy opartych na autorefleksji (self-report) wykorzystywano w nich ustrukturyzowany wywiad, zgodny z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV, w randomizowanej próbie klinicznej utworzonej z dużej reprezentatywnej grupy pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline [9].

Szybkie wzmocnienie relacji terapeutycznej stanowiącej o szansach na powodzenie terapii może nastąpić również w efekcie tzw. nagłego zysku (sudden gain). Pojawia się on w odpowiedzi na uzyskaną podczas sesji znaczącą zmianę w zakresie symptomów. Zmiana w obszarze symptomów wtórnie umacnia relację terapeutyczną, a później ma już działanie obustronne. Lepsza relacja jest predyktorem szybszych zmian, a widoczne zmiany poprawiają relację [10].

Modyfikacja „pierwszej generacji” terapii poznawczo-behawioralnej, terapii „tu i teraz” (here and now therapy), która radziła sobie tylko z powierzchownymi problemami, zaczęła być koniecznością [11]. Z uwagi na wspomniane czynniki i rezultaty dostępnych badań, krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna została zmodyfikowana w takim stopniu, że już kolejne badania zaczęły dostarczać empirycznych dowodów na jej większą skuteczność [4, 5]. „Druga generacja” kładzie już nacisk na więź, jaka musi zostać stworzona podczas terapii (przymierze terapeutyczne), jak również na znaczenie doświadczeń z dzieciństwa, a przez to konieczność odniesienia się w terapii do historii rozwoju pacjenta [11].

Terapia schematu stanowi modyfikację klasycznego podejścia poznawczo-behawioralnego stworzonego przez Aarona Becka i wsp. W swoich obserwacjach klinicznych Jeffrey E. Young [6] również podkreślał ograniczone zastosowanie krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami osobowości. Zauważył, że wśród osób, które nie zareagowały na tradycyjną terapię poznawczą, wiele jest takich, których funkcjonowanie oparte jest na dysfunkcyjnych wzorcach myślowych lub schematach [za: 12]. Ograniczenia krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej łączył z charakterystycznymi dla niej założeniami odnoszącymi się do korzystających z niej pacjentów. Terapia w takim ujęciu zakłada, że pacjent ma relatywnie łatwy dostęp do własnych emocji (nawet jeśli wymaga to treningu, to nie jest on długotrwały i przynosi spodziewane efekty), również do własnych myśli i obrazów. Charakteryzuje go zdolność w miarę jasnego określania swoich problemów, na których chciałby się skupić w terapii i ma motywację skutkującą gotowością do angażowania się w swoją terapię również poza sesją, czyli wykonywania zadań domowych i nabywania umiejętności samokontroli. W terapii krótkoterminowej zaangażowanie pacjenta w relację terapeutyczną nie powinno też zająć więcej niż kilka sesji, a jeśli w jej trakcie pojawiają się pewne trudności związane z relacją terapeutyczną, to nie stanowią one głównego zainteresowania terapeutycznego. Kolejne założenie jest takie, że zarówno wzorce poznawcze, jak i zachowania mogą u pacjenta ulec zmianie na skutek analizy empirycznej, logicznego dowodzenia, eksperymentowania, stopniowości podejmowanych działań i wreszcie praktyki [6].

Trzy charakterystyczne cechy funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości, czyli sztywność, unikanie oraz długotrwałe trudności interpersonalne, powodują, że zastosowanie terapii krótkoterminowej staje się znacznie ograniczone.

Tak jak pisałam, terapia ukierunkowana na schemat, później zwana terapią schematu, wywodzi się z teoretycznych założeń terapii poznawczo-behawioralnej. Można więc ją traktować jako pewną jej modyfikację, rozwinięcie. Oznacza to, że już w swoich założeniach w obu podejściach będą występowały pewne podobieństwa.

Teoria Younga wprowadza rozszerzenie terminów, w jakich postrzegana jest terapia zaburzeń osobowości. Należą do nich: wczesne nieprzystosowawcze schematy, podtrzymy-

wanie schematu, unikanie schematu oraz kompensacja schematu. Young postrzega schematy jako ekstremalnie stabilne i trwałe tematy (themes), które powstają w okresie dzieciństwa i rozwijane są w ciągu całego życia. Są bezwarunkowymi przekonaniem na temat samego siebie w relacji do środowiska i nie są przez jednostkę kwestionowane [6].

Tak jak w ocenie Younga schematy znacząco różnią się od warunkowych założeń dysfunkcyjnych, tak moim zdaniem w znacznej mierze odpowiadają one podstawowym przekonaniom w teorii Becka. Te również powstają w dzieciństwie, są bezwarunkowe, związane z kontekstem środowiskowym danej jednostki, dostęp do nich jest utrudniony i są najbardziej odporne na zmianę w terapii. Zgadza się natomiast, iż krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna zakłada brak konieczności pracy na tak głębokim poziomie, ponieważ do pewnego stopnia przekonania mogą być zmodyfikowane za pośrednictwem zmian na poziomach bardziej dostępnych (negatywne myśli automatyczne, dysfunkcyjne założenia). Myślę, że zmiany odzwierciedlają swego rodzaju wymiennosc przekonań podstawowych. Kiedy pacjent w wyniku terapii czuje się lepiej, to być może dlatego, że z grupy wszystkich (pozytywnych i negatywnych) przekonań podstawowych bardziej aktywne stają się przekonania pozytywne. Różnica pomiędzy opisywanymi podejściami (krótkoterminowa TPB i TS) dotyczy natomiast tego, że tak jak wczesne nieprzystosowawcze schematy (early maladaptive schemas) są zawsze dysfunkcyjne (co wynika z założeń), tak podstawowe przekonania mogą być pozytywne i dysfunkcyjne, a zatem — współwystępują (jak wspomniałam wyżej).

Young podkreśla, że wczesne schematy kształtują się w okresie dzieciństwa i przejawiają się za pośrednictwem zachowań, myśli i emocji [za: 13].

W odniesieniu do konkretnej sytuacji schematy i procesy schematu wyrażają się tak zwanym stylem schematu (schema mode) [3]. Uważam, że skoro styl schematu jest przejawem schematu w konkretnej sytuacji — i zawiera elementy takie, jak zachowanie, emocje i myśli — może on być porównany do tego, co w terapii poznawczo-behawioralnej opisywane jest jako błędne koło („kajzerka”). Uważam też, że różnicy w obu podejściach można upatrywać w sposobie aktywowania podstawowych przekonań i schematu. Tak jak przekonania aktywowane są mniej bezpośrednio, ponieważ „chronione” są poniekąd przez dysfunkcyjne założenia, tak schematy (TS) aktywowane są bardziej bezpośrednio, bo w kontekście odwołującego się do nich wydarzenia. Sam schemat natomiast stanowi tak „zadomowiony”, „oswojony” element rozumienia samego siebie, że pacjenci „starają się” go podtrzymać (schema maintenance). W przeciwieństwie do wczesnych nieprzystosowawczych schematów, aktywacji podstawowych przekonań, jeśli są negatywne, człowiek stara się uniknąć poprzez formułowanie dysfunkcyjnych założeń (większa obrona).

Według Younga schematy są cały czas podtrzymywane (schema maintenance), nieustannie wzmacniane zarówno przez zniekształcenia poznawcze, jak i wzorce zaburzonego zachowania. Jest to zgodne zatem ze sposobem, w jaki Beck ujmuje zniekształcenia poznawcze [2]. W pewnym sensie pełnią one funkcję adaptacyjną, jednostce bardzo trudno jest otworzyć się na zmianę, bo schemat stanowi integralną i centralną część nich samych. Beck i współpracownicy podkreślają, że „u wielu pacjentów nigdy nie powstały adekwatne schematy, które uwzględniałyby przeżycia zaprzeczające ich podstawowym przekonaniom dysfunkcyjnym. Dlatego też takie osoby nie potrafią przyswajać nowych, pozytywnych doświadczeń; przepuszczają wszystkie zdarzenia przez filtr dawnych schematów” [2]. Sam

proces podtrzymywania schematu jest obszarem dla wykorzystania technik poznawczo-behawioralnych. Podczas terapii pacjent i terapeuta planują ćwiczenia ukierunkowane między innymi na rozładowanie złości, przełamanie niezdrowych wzorców zachowań i zmianę niepomocnych sposobów myślenia [14].

Kolejnym procesem określającym funkcjonowanie schematu jest unikanie. Przybiera ono trzy formy: unikanie poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Unikanie poznawcze polega na blokowaniu myśli i obrazów aktywujących schemat (może to nawet przybierać formę depersonalizacji, wyparcia czy kompulsji). Unikanie emocjonalne polega na blokowaniu uczuć wyzwalanych przez schemat z uwagi na ich intensywność. Przybiera to formę skrajną do tego stopnia, że pacjenci są w stanie niejako „odciąć” od swoich emocji. Ostatni rodzaj unikania, unikanie behawioralne, stanowi obszar, w którym techniki poznawczo-behawioralne mają swoje szerokie zastosowanie. Unikanie to odnosi się do codziennych sytuacji bądź okoliczności, które mogłyby aktywować schemat. Może ono przybierać formę agorafobii, społecznej izolacji czy niebrania na siebie odpowiedzialności za rozwój zawodowy lub rodzinę.

Trzecim procesem w obrębie schematu jest jego nadmierna kompensacja, przy której pacjent działa wbrew swojemu schematowi. W tym sensie, proces ten bywa w pewnym stopniu funkcjonalny. „Niestety, kompensacja schematu niemalże zawsze wiąże się z porażką rozpoznania leżącej u jego podłoża podatności, i z tego względu pozostawia pacjenta nieprzygotowanego na silny emocjonalny ból, jeśli kompensacja schematu zawodzi i schemat wybucha” [6].

Tak jak schematy są wzmocniane doświadczeniami życiowymi człowieka, tak podstawowe przekonania pozostają w swojej niezmienionej postaci dlatego, że człowiek chroni się przed ich aktywacją (hipoteza własna). W kontekście zmian na tym najbardziej podstawowym poziomie, rzeczywście krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna nie rozwinęła wielu specyficznych technik, które mogłyby do takich zmian doprowadzić [6]. Inaczej jest już jednak w terapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowanej na pracę z pacjentami prezentującymi zaburzenia osobowości [5], która uwzględnia specyficzne potrzeby tej grupy osób. Ponieważ to właśnie zmianę w tych najbardziej sztywnych, niepodważalnych i bezwarunkowych schematach ma na celu terapia w przypadku osób z zaburzeniami osobowości, Young opracował szczególne techniki do osiągnięcia tego założenia. W tym założeniu zgadza się z Beckiem i jego współpracownikami, którzy twierdzą, że „kluczowe przekonania (schematy) są głęboko zakorzenione i nie poddają się łatwo technikom stosowanym w standardowym leczeniu depresji czy zaburzenia lękowego”, ponieważ wbudowane są w „normalną” organizację struktury poznawczej. „Konieczny jest długi i żmudny proces zmiany struktury charakteru tych pacjentów” [2].

Tematem tej pracy nie jest analiza porównawcza podejść długoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej i terapii schematu, dlatego nie będę szczegółowo opisywała teoretycznych podstaw modelu żadnej z nich. Skoncentruję się na podobieństwach w zakresie pracy przy wykorzystaniu technik poznawczo-behawioralnych oraz pewnych metod stosowanych w ich zakresie. Moja uwaga ukierunkowana będzie na to, co łączy oba modele, stanowi „most” pomiędzy obiema formami terapii. W aspekcie wspomnianych podobieństw, założenia obu podejść terapeutycznych traktuję więc jako wspólne metody

poznawczo-behawioralne (np. konceptualizacja, odniesienie do wczesnych doświadczeń, znaczenie relacji terapeutycznej).

Metody

To, co niewątpliwie ma swoje miejsce w terapii schematu, a zatem jest poznawczo-behawioralne, to konceptualizacja przypadku. Sformułowanie przypadku jest konieczne do możliwie pełnego rozumienia nieprzystosowanego zachowania, aktualnego funkcjonowania pacjenta i z tego względu jest niezwykle istotne [2, 6, 7].

Różnica dotyczy czasu poświęconego na stworzenie konceptualizacji — 6 do 12 sesji w terapii schematu, natomiast jak najwcześniej w terapii poznawczo-behawioralnej, po czym może ona ulegać zmianie w zależności od napływających nowych informacji [2, 3]. Jednym z jej elementów jest identyfikacja aktualnych symptomów i problemów pacjenta, co w terapii poznawczo-behawioralnej odbywa się podczas pierwszej sesji.

Także koncepcja prowadzenia psychoedukacji pacjentów, o której piszę w dalszej części pracy, jest szeroko wykorzystywana zarówno w krótkoterminowej, jak i długoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej oraz w terapii schematu. W obu podejściach psychoedukacja odbywa się nie tylko na początku terapii, ale też na jej późniejszych etapach. Elementem poznawczo-behawioralnym terapii schematu, ważnym w terapii „klasycznej”, jest wykorzystanie standaryzowanych technik pomiaru w procesie konceptualizacji. Pomiar stanowi nieodzowną część obu podejść terapeutycznych [2, 3, 6, 15, 16].

Proces dochodzenia do momentu, w którym schemat może być świadomie aktywowany w procesie terapeutycznym, oparty jest na metodach poznawczych — racjonalnych i intelektualnych. W terapii schematu typowe jest korzystanie z technik emotywnych, które mają na celu aktywowanie schematu. Tak jak techniki wyobrazeniowe, szczególnie odnoszące się do istotnych dla schematu wydarzeń z dzieciństwa, stosowane są w inny sposób niż w terapii poznawczo-behawioralnej, tak założenie o konieczności aktywowania ich w trakcie sesji i poza nią odpowiada metodom terapii poznawczo-behawioralnej. Celem odnoszenia się do przeszłości (poza zaburzeniem stresu pourazowego) w terapii krótkoterminowej jest poszukiwanie wydarzenia krytycznego, w którym aktualne trudności pojawiły się po raz pierwszy.

Ważnym elementem terapii poznawczo-behawioralnej, która znajduje swoje zastosowanie również w terapii schematu, jest zapis sesji (nagrywanie). W obu podejściach terapeutycznych może on posłużyć chociażby jako materiał do pracy pacjenta poza sesjami.

To, co jest kluczowe w ujęciu terapii schematu, to czas, w którym techniki poznawczo-behawioralne włączane są w terapię. W praktyce oznacza to, że niektóre techniki same w sobie są podobne lub takie same w obu podejściach, tyle że stosowane w innej fazie terapii.

Techniki poznawcze

Biorąc za przykład wykorzystanie terapii schematu w terapii zaburzeń osobowości można powiedzieć, iż do procesu zmiany dochodzi się trzema różnymi drogami — drogą uczuć, myśli i działania. Każda z tych dróg koresponduje z trzema poziomami reprezentacji wiedzy w obrębie schematu: wiedzą opisową (myślenie), wiedzą wewnętrzną (emocje,

symptomy związane z emocjami) oraz wiedzą operacyjną (działanie) [3]. Wiedza wewnętrzna odkrywana jest za pomocą technik doświadczeniowych, wiedza opisowa za pomocą technik poznawczych, natomiast operacyjna za pomocą technik opartych na doświadczeniu (techniki behawioralne). Technika aktywowania czy wydobywania schematu może być rozmowa na temat aktualnych wydarzeń, dyskutowanie o trudnych sytuacjach z życia codziennego [6]. Celem takich rozmów jest wydobywanie interpretacji, znaczenia nadawanego tym sytuacjom przez pacjenta. Kiedy terapeuta zrozumie, iż ma do czynienia z unikaniem schematu, jego zadaniem jest skłanianie pacjenta do skonfrontowania myśli, wyobrażeń i emocji, które łączą się ze schematem, zamiast unikania go. Pomocną techniką poznawczą jest wtedy „szukanie plusów i minusów” mówienia i zajmowania się związanymi z nim trudnościami (upsetting issues).

Poznawczo-behawioralnymi technikami wykorzystywanymi na tym etapie są również podsumowanie oraz proszenie o informacje zwrotne dotyczące sformułowania. Gdy dochodzi do zmiany schematu, praca z pacjentami już od jakiegoś czasu jest w fazie stosowania technik poznawczo-behawioralnych. „Uczą się, jak konsekwentnie zwalczać swoje emocjonalne przekonania za pomocą racjonalnych argumentów” [6].

„Wiele technik zaczerpniętych z krótkoterminowej terapii poznawczej może być adaptowanych do pracy nad schematem” [6]. Young podkreśla znaczenie (wartość) technik poznawczych w zmienianiu głębszych struktur [6]. Są to jednak techniki, których nie można zastosować we wczesnej fazie terapii z uwagi na priorytetowe znaczenie nawiązania dobrej relacji terapeutycznej. Nie wyklucza to jednak zachęcania pacjenta do szukania powiązań pomiędzy myślami, emocjami i zachowaniem (TPB) a stylem schematu (TS). Wykorzystanie ich na zbyt wczesnym etapie terapii może być odebrane przez pacjenta jako karzące i niezrozumiałe [3].

Jedną z technik jest przegląd dowodów potwierdzających schematy. Polega to na wydobywaniu od pacjenta wszelkich informacji, które wykorzystywane są przez niego w celu wspierania schematu. Odmianą tej techniki jest „advokat diabła”; technika ta określana jest też w literaturze jako „obrońca” [6,17]. Najdłuższą zdaniem Younga fazą terapii dotyczy utrwalania zmian w obrębie schematu właśnie wtedy, kiedy jest on aktywowany. Rozpoznanie wspierających schemat dowodów i stereotypowych dysfunkcyjnych interpretacji może być dokonane poprzez analizę każdego z dowodów przy wykorzystaniu poznawczych technik, takich jak krytyczny empiryzm lub dialog ukierunkowany (guided discovery) [2, 6, 18]. Mają one pomóc pacjentowi zobaczyć, że są niespójne ze schematem oraz że jest kilka różnych sposobów, w jaki informacja może być postrzegana, rozumiana. Im silniejszy jest schemat, tym mocniejsze powinny być kontrargumenty terapeuty. Young wskazuje na konieczność utrzymania równowagi pomiędzy stylem empatycznym a konfrontacyjnym, tak, by pomagać pacjentowi ocenić schemat, ale jednocześnie okazać mu wystarczająco dużo empatii, by poczuł, że terapeuta rozumie ból wywodzący się ze schematu. W zmodyfikowanej do pracy z problemami chronicznymi terapii poznawczo-behawioralnej stosuje się zatem empiryzm oparty na współpracy (collaborative empiricism), dzięki któremu prawdziwość przekonania, interpretacji i oczekiwań weryfikowana jest we współpracy z pacjentem. Poszukuje się dowodów potwierdzających i podważających schemat [2, 15].

Kolejną techniką poznawczą, mającą na celu pokazanie pacjentowi, że unikając aktywowania schematu pozbawia się możliwości sprawdzenia, w jakim stopniu schemat ten

jest prawdziwy, może być prezentacją błędnego koła (ja wybrałabym tę technikę, Young nie wskazuje konkretnego sposobu, tylko opisuje cel wykorzystania techniki poznawczej).

Po zgromadzeniu dowodów podważających prawdziwość schematu, terapia schematu wskazuje, iż kolejnym krokiem powinno być szukanie dowodów podważających sam schemat. Chodzi tu o wyszukiwanie w mocnych stronach pacjenta wszelkich pozytywnych informacji o nim i jego funkcjonowaniu, które są w sprzeczności ze schematem (np. posiadanie przyjaciół). Z uwagi na mechanizmy selektywnej pamięci, zadanie to może być trudne w przypadku pacjenta z zaburzoną osobowością. Podobnie dzieje się w zaburzeniach lękowych, kiedy pacjent koncentruje swoją uwagę wybiórczo, tylko na tym, co potwierdza jego negatywne automatyczne myśli.

W terapii schematu zwraca się uwagę głównie na zniekształcenia poznawcze, takie jak nadmierne uogólnianie i wyolbrzymianie zjawisk negatywnych, umniejszanie pozytywnych, poznawczy filtr. Do każdego z tych zniekształceń stosowane są techniki poznawcze — wśród nich techniki kontinuum (adaptive continuum), opisane w dalszej części pracy [19].

Dysfunkcyjne myśli podważane są techniką tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej nazwaną dialogiem sokratejskim (the Socratic dialogue) — szczególnie jeśli jest ona połączona z innymi technikami takimi, jak: ewaluacja dwuwymiarowa, ewaluacja wielowymiarowa, „technika tortu”, „sala sądowa”, test historyczny, pozytywny dziennik zapisu, „flashcards” czy wspomniana powyżej technika kontinuum (adaptive continuum) [2, 19].

Dialog sokratejski pomaga przedyskutować zasadność dysfunkcyjnych myśli, założeń czy zachowań. Terapeuta używa wielu otwartych pytań zaczynających się słowami: kto, co, kiedy, gdzie, dlaczego, jak, żeby zachęcić pacjenta do mówienia o swoich dysfunkcyjnych myślach. Ważne jest także doprowadzenie pacjenta do etapu, w którym będzie w stanie stworzyć alternatywne interpretacje.

Kontinuum (evaluation on a visual analogue scale) w terapii poznawczo-behawioralnej, nazywane też „skalowaniem”, wykorzystywane jest do pracy z myśleniem w kategoriach „wszystko albo nic” [2, 3]. Polega na podaniu dwóch przykładów krańcowych opinii, pomiędzy którymi pacjent umieszcza różne znane sobie osoby, które odpowiadają, lub nie, danej charakterystyce. W tym kontekście łatwiej jest mu dostrzec, iż myślenie w kategoriach skrajnych jest niezasadne.

Można zastosować też technikę ewaluacji wielowymiarowej (multidimensional evaluation) polegającą na odnalezieniu różnych wymiarów opisujących myśl. Każdy wymiar stanowi skalę od 0 do 100. Kiedy już pacjent zaznaczy różne osoby na każdym z podanych wymiarów, zaznacza też siebie. W wyniku takiej analizy można oczekiwać mniej sztywnego myślenia. Padesky [19] nazywa je kontinuum kryteriów (criteria continuum). W technice dwuwymiarowej (two-dimensional reproductions of supposed connections) pacjent zaznacza, gdzie umiejscowiłby znane sobie osoby w obszarze wyznaczonym dwiema osiami. Ma ona swoje zastosowanie w sytuacjach, kiedy pacjent uzależnia obecność jednego stanu od drugiego, np. „tylko wtedy, kiedy odnoszę sukcesy w pracy, mogę być szczęśliwy”. W literaturze technika ta nazywana jest również „dwuwymiarowym kontinuum” (two-dimensional continuum graphs) [19].

Jeśli pacjent ma tendencję do brania na siebie nadmiernej odpowiedzialności w różnych sytuacjach, co wywołuje u niego poczucie winy, pomocna jest „technika tortu” (pie chart) nazywana też techniką „podzielonego tortu” [2, 3, 17, 20].

„Sala sądowa” (courthouse method) pomaga pacjentowi w aktywny sposób poszukiwać dowodów podważających słuszność myśli. Będąc w roli oskarżyciela, pacjent szuka dowodów wspierających jakąś myśl, żeby za chwilę, wcielając się w rolę obrońcy, szukać dowodów podważających ją. Wspomniana technika, zwana przez Younga jako „advokat diabła”, może być wykorzystana również do pokazania pacjentowi mechanizmu dyskredytowania dowodów podważających schemat [6]. Inna nazwa określająca tę technikę w literaturze to „odgrywanie ról – przeciwne strony myśli” [17]. Dowodów pacjent może poszukiwać również w swoich doświadczeniach z przeszłości. Ta poznawcza technika wykorzystywana w terapii schematu nosi nazwę testowania historycznego (historical testing lub historical test of schema) [2, 19].

Jedną z najefektywniejszych technik wykorzystywanych w fazie zmiany schematu jest technika tworzenia „karteczek-przypominajek” (flashcards) [6, 15]. Są one efektem współdziałania pacjenta i terapeuty. Zawierają zapis tych okoliczności, w których schemat nie jest prawdziwy oraz dowód na to, że prawdziwy nie jest (np. „w bezpiecznym środowisku jestem troskliwa i kochająca” dla osłabienia schematu „jestem zła i samolubna”). W mojej praktyce klinicznej karteczki-przypominajki zawierają zapis alternatywnych myśli. W obu przypadkach pacjent korzysta z nich w sytuacjach dla siebie trudnych, bo związanych ze schematem lub błędnym kołem [20]. W innej wersji tej techniki po jednej stronie może być zapisana treść schematu, np. dotycząca karzącego rodzica (punitive parent), podczas gdy po drugiej stronie zapisana jest nowa, bardziej wyważona, alternatywna myśl.

Inną techniką poznawczą w tym obszarze jest teza-antyteza (P-CP, point-counterpoint). Pacjent proszony jest o odegranie schematu. Wraz z terapeutą dzielą się rolami na zdrową i niezdrową część schematu; po czym zamieniają się rolami. W terapii poznawczo-behawioralnej odpowiada to technice odgrywania ról, która ma zastosowanie w wielu różnych sytuacjach pojawiających się podczas sesji.

Kolejną techniką poznawczą, opartą na dialogu, jest empatyczna konfrontacja, w której terapeuta dzieli się z pacjentem swoimi odczuciami wywołanymi jego zachowaniem. Jest to technika, która może być stosowana jednak dopiero wtedy, kiedy rozwinięta już została dobra relacja terapeutyczna, a terapeuta otwarcie komunikuje, że jego odczucia związane są z zachowaniem, a nie osobą pacjenta [3, 15].

Jako technikę, opisywaną w literaturze problemu, wskazuje się również na biblioterapię, czyli wykorzystanie podręczników mających wspomagać zmiany na różnych etapach terapii [6, 15, 21]. W przypadku zaburzeń osobowości może to być np. książka *Reinventing your life* autorstwa Younga i wsp. [15], a w terapii poznawczo-behawioralnej — *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia* [22].

Young w opisie terapii schematu podkreśla konieczność podważania schematu przy każdej okazji (zawsze), kiedy schemat jest aktywowany [6]. W każdej z takich sytuacji wskazuje na konieczność zapisu tego, co się wydarzyło, oraz „opracowania nowego racjonalnego sposobu reagowania (na taką sytuację)” lub odniesienia się do „karteczek” [6]. Bezwzględnie stanowi to odpowiednik zapisu sytuacji oraz planów działania opracowanych w ramach krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej (opinia własna).

Dzienniki zapisu są wykorzystywane zarówno podczas sesji, jak i poza nią, do spisania myśli związanych z relacją terapeutyczną, jeśli coś niepokojącego dzieje się między terapeutą a pacjentem. Służą również do wzmacniania nowych schematów pacjenta. Zapoznając pacjenta z prowadzeniem takiego dziennika (positive data log) należy podkreślić, żeby notował w nim wszelkie osiągnięcia, a nie tylko niezwykle sukcesy. Ważne jest, aby każdą pozytywną zmianę uznał za sukces; nawet jeśli zachowanie było niestosowne, to tak długo, jak było ono bardziej konstruktywne niż przed terapią, powinno zostać przez niego odnotowane w dzienniczku [3, 6, 17, 21].

Techniki behawioralne

Faza zmiany wzorców zachowania jest fazą najbardziej czasochłonną, ale też najważniejszą w terapii schematów. Pacjenci często niechętnie podejmują się prób zmian zachowań, nawet jeśli uzyskali w terapii poprawę, czyli ich funkcjonowanie nie jest już zdominowane ciągłymi zmianami stylów schematów i rozwinięta została u nich zdrowa część osobowości [3]. Dlatego też techniki behawioralne stosowane są w późnej fazie terapii, kiedy pacjent zdobył już nową wiedzę, ale nadal nie potrafi jej zastosować w życiu codziennym.

Wśród technik behawioralnych ukierunkowanych na zmianę wzorców zachowań, związanych ze schematem, terapia schematu wskazuje konieczność wykorzystania technik takich, jakie stosuje się w krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej, mianowicie — eksperymentów behawioralnych. Eksperymenty behawioralne umożliwiają aktywne wypróbowywanie nowych wzorców zachowań. Dzięki nim dochodzi do równoległych procesów — wzmocnienia nowego schematu kosztem słabnącego schematu nieprzystosowanego. Eksperyment behawioralny polega na uczeniu się nowych zachowań w sytuacjach wspólnie opracowanych podczas sesji [22, 23]. Zgodnie z regułami prowadzenia eksperymentów, ich wyniki muszą zostać poddane ocenie, na podstawie której pacjent będzie mógł wysnuć refleksję i wnioski.

Wśród technik wzmocnień, jakie wykorzystywane są podczas terapii, znajdują się też „nagrody” za wysiłek włożony w jej kontynuowanie. Wzmocnieniem jest zresztą także sam eksperyment behawioralny, ukierunkowany na przeciwiczenie i utrwalenie nowych i pożądanых zachowań.

Również odgrywanie ról w obrębie aktualnie doświadczanych przez pacjenta sytuacji stanowi behawioralną technikę, dzięki której może on przetestować swoje nowe zachowanie. Takie doświadczenie umożliwia mu także w nowy sposób zinterpretować zachowanie innych osób, lub wrażenie, jakie jego zachowanie wywiera na innych.

Terapeuta wspiera nowe zachowania także modelując je. Jeśli na przykład brak doświadczeń w danej dziedzinie powoduje u pacjenta trudności z zaproponowaniem nowego rozwiązania, wtedy terapeuta staje się bardziej dyrektywny i sam podsuwa jakies. Pokazując na przykład, że złość można rozładować uderzając ręką w poduszkę, modeluje inne niż agresja sposoby radzenia sobie ze złością.

W terapiach zaburzeń osobowości uczucia mogą być wyrażane także w formie pisemnej. Technika poznawcza wykorzystywana w tym celu to pisanie listu (pisanie listu do źródła) do osoby będącej źródłem emocji, listu, którego pacjent nigdy nie wyśle [3, 15, 17].

Odgrywanie ról (role play) i trening umiejętności (skill training) pomagają w deficytowym obszarze umiejętności. Stanowią środek do przygotowywania pacjenta do nowych sytuacji społecznych. Mogą zwiększyć jego szanse na nawiązanie bardziej konstruktywnych relacji albo też pomóc naprawić dotychczasowe. Jest to element spójny w obu omawianych podejściach terapeutycznych.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości często działają impulsywnie, przez co mają trudności w podejmowaniu decyzji [3]. Beck wiąże to z trudnościami z „adekwatną kalkulacją” [2]. Techniki rozwiązywania problemów (problem solving) pozwalają nauczyć pacjenta działać mniej impulsywnie, z włączeniem procesów myślowych. W TPB technika taka nosi nazwę „siedmiu kroków”; wcześniej stosowana już była skutecznie przez D’Zurillę i Goldfrieda [24]. Polega ona na podzieleniu problemu na małe możliwe do osiągnięcia kroki. Pacjent wysuwa różne propozycje rozwiązania problemu i — po burzy mózgów — rozważa „za i przeciw” wobec każdego z potencjalnych rozwiązań. Po dokonaniu oceny wybiera to rozwiązanie, które wydaje się najkorzystniejsze. Po zastosowaniu wybranego rozwiązania ocenia je ponownie.

Techniką, wprowadzie wyobraźniową, ale pomocną w zakresie zmiany wzorca zachowań jest wyobraźniowy „rescripting”. Żeby dowiedzieć się więcej szczegółów dotyczących trudnej sytuacji, którą pacjent ostatnio przeżył, terapeuta prosi o wyobrażenie jej sobie i dokładne opisanie tego, co widzi. W przypadku pacjentów, którzy boją się podjąć próby zachowania w inny niż dotychczasowy sposób, pierwszą próbą może być zrobienie tego właśnie w wyobraźni.

To, co w ujęciu obu podejść terapeutycznych jest wskazane jako konieczne, to zmiana w obrębie środowiska pacjenta [6]. W mojej opinii założenie to może być realizowane w różny sposób. W terapii schematu, która zakłada destrukcyjny wpływ aktualnego środowiska pacjenta, podejmowane kroki będą bardziej drastyczne — może to być na przykład ograniczenie we wczesnej fazie terapii kontaktów z rodzicami jedynie do sesji terapeutycznych. W nurcie klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej zmiany osiągane będą w bardziej łagodny sposób, czyli za pośrednictwem zmian w strategiach radzenia sobie (zachowaniu) pacjenta. Czasem członkowie rodziny również zachęceni są do korzystania z terapii i/lub udziału w psychoedukacji.

Psychoedukacja jest nieodzownym elementem terapii na różnych jej etapach. Polega na „normalizacji” doświadczeń życiowych pacjenta. Wskazuje, iż nie tylko zachowania są ściśle powiązane z myślami (negatywne automatyczne myśli) oraz przeżywanymi w ich wyniku emocjami, ale też, że pewne sposoby reagowania są zrozumiałe dla opisywanych przez pacjenta doświadczeń życiowych. Czasem polega na wskazaniu adaptacyjnej, na pewnych etapach życia, funkcji podejmowanych strategii radzenia sobie poprzez odniesienie ich do sformułowanych przekonań podstawowych. Psychoedukacja może mieć na celu również zorientowanie pacjenta w realiach codziennego życia, takich jak rola rodziców w wychowaniu dzieci czy też na przykład, jakie są ich realistyczne wymagania wobec dzieci [25].

Bez zastosowania technik behawioralnych, techniki poznawcze i doświadczeniowe (experiential techniques) często pozostają niezakorzenione w aktualnym życiu. Ponieważ zmiany, jakie zaszły w pacjencie, nie są wykorzystywane, nie mają one swojego odzwierciedlenia w rzeczywistości. Z tego też względu techniki behawioralne stanowią

nieodłączną część nie tylko terapii schematu [3], ale też terapii poznawczo-behawioralnej, od początku jej istnienia.

Techniki wyobrazeniowe wykorzystywane są nie tylko w terapii schematu. Mają zastosowanie także w terapii poznawczo-behawioralnej przystosowanej przez Becka i wsp. [2] do leczenia zaburzeń osobowości. Ich istotą jest przede wszystkim powrót do najtrudniejszych doświadczeń z okresu dzieciństwa po to, by móc nadać im inne znaczenie, zrozumieć je w odmiennych kategoriach, zmodyfikować powstałe wtedy schematy poprzez rozpoznanie ich zniekształceń. Jest to również okazja do „usprawiedliwienia” podejmowanych wtedy działań w kontekście wieku pacjenta i zależności od „ważnych” dorosłych. Techniki wyobrazeniowe i przywoływanie doświadczeń z dzieciństwa Beck i wsp. określają mianem najistotniejszych narzędzi w leczeniu zaburzeń osobowości [2].

Popularność terapii schematu może mieć związek z tym, że jest ona ciekawsza od „klasycznej” terapii poznawczo-behawioralnej. James [11] zwraca uwagę na to, że techniki odnoszące się do wczesnych doświadczeń są dla terapeuty atrakcyjne, ponieważ mają szczególną moc terapeutyczną („therapeutic power”), dają terapeutę „poczucie mocy”, ponieważ pozwalają mu szybko dotrzeć do sedna (źródeł) problemów pacjenta. Efektem wykorzystywania takich technik jest też zmiana kierunku myślenia pacjenta; on sam przestaje być odpowiedzialny za podwaliny swoich problemów, a ciężar przenosi się na błędy rodziców, błędy środowiska i związane z nimi doświadczenia wczesnodziecięce. Jednocześnie jednak techniki te niosą ze sobą więcej problemów dla niedoświadczonych terapeutów. James podkreśla absolutną konieczność korzystania z superwizji po to, by móc zapobiegać ewentualnym błędom, takim na przykład, jak aktywowanie schematu przez terapeuta i pozostawienie pacjenta w tym stanie, bez wprowadzenia działań w kierunku zmiany schematu [11]. Zgadzam się z nim, że w przypadku, kiedy klasyczne interwencje przynoszą w terapii efekty, być może wskazane jest pozostanie na poziomie wyższym (negatywne automatyczne myśli, dysfunkcyjne założenia). James [11] mówi nawet o „moralnym obowiązku” pozostania na takim poziomie oddziaływać wtedy, kiedy terapia jest skuteczna. Jedynie w przypadku diagnozy z osi II, kiedy życie pacjenta jest zdeorganizowane w znacznym stopniu, w zakresie właściwie wszystkich dziedzin konieczne jest odwołanie się do poziomu podstawowego, czyli schematu (terapia schematu) lub podstawowych przekonań (TPB).

Mimo że krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna nie jest skuteczna w terapii zaburzeń z osi drugiej, można wnioskować, iż ogólne jej dokonania wskazują na to, że pewne techniki mają dużą wartość terapeutyczną i dlatego znajdują zastosowanie w terapii bardziej złożonych, niż to pierwotnie zakładano, zaburzeń. Kluczowy staje się natomiast moment, w którym techniki te zaczynają być stosowane.

Terapia schematu, choć konieczne są dalsze badania, wydaje się wskazaną formą leczenia zaburzenia osobowości typu borderline. Jej efektywność zaczyna być dostrzegana również w terapii grupowej, choć ocena jej skuteczności wymaga prowadzenia w tym zakresie dalszych badań [4].

Piśmiennictwo

1. Turner RM. Borderline personality disorder. W: Freeman A, Dattilio FM, red. Comprehensive book of cognitive therapy. New York: Plenum Press; 1992.

2. Beck AT, Freeman A, Denis DD in. **Poznawcza terapia zaburzeń osobowości**. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
3. Arntz A., van Genderen H. **Schema therapy for borderline personality disorder**. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell, Ltd.; 2009.
4. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *J. Beh. Ther. Exper. Psychiatr.* 2009; 1–12.
5. Beck AT, Freeman A, Denis DD. **Cognitive therapy of personality disorders**. New York: Guilford Press; 2007.
6. Young JE. **Cognitive therapy for personality disorders: schema-focused approach**. Revised edition. Sarasota: Professional Resource Exchange, Inc.; 1994.
7. Wywiad Judith S. Beck: **Cognitive-behavioral therapy**. *Prim. Psychiatr.* 2006; 13 (4): 31–34.
8. Arntz A, Spinhoven P, Richard van Dyck, Giesen-Bloo J, Kooiman K. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J. Con. Clin. Psychol.* 2007; 1: 104–115.
9. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven Ph, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006; 63: 649–658.
10. Newman CF. The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. W: Gilbert P, Leahy RL, red. **The therapeutic relationship in the cognitive-behavioral psychotherapy**. London: Routledge-Brunner; 2007, s. 165–184.
11. James IA. Schema therapy: The next generation, but should it carry healthy warning? *Beh. Cognit. Psychother.* 2001; 29: 401–407.
12. Johnston E. Schema therapy for borderline personality disorder. L.C.S. for About.com, [http://Schema therapy for borderline personality disorder — BPD Treatment 2007](http://Schema%20therapy%20for%20borderline%20personality%20disorder%20-%20BPD%20Treatment%202007).
13. Arntz A, van Genderen H. **Schema therapy for borderline personality disorder**. West Sussex: Wiley-Blackwell, Ltd.; 2009.
14. Salters-Pedneault K. Schema focused therapy for borderline personality disorder. Is schema focused therapy right for you? [http://Schema focused therapy for borderline personality disorder — is schema focused therapy for BPD right for you](http://Schema%20focused%20therapy%20for%20borderline%20personality%20disorder%20-%20is%20schema%20focused%20therapy%20for%20BPD%20right%20for%20you). mht 2008.
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. **Schema therapy: practitioner's guide**. New York: The Guilford Press; 2003.
16. Newman CF, Ratto ChL. **Osobowość narcystyczna**. W: Reinecke Mark A, Clark DA, red. **Psychotherapia poznawcza w teorii i praktyce**. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
17. Leahy RL. **Techniki terapii poznawczej**. Podręcznik praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
18. Butler E. **An introduction to cognitive therapy and personality disorder**. Warszawa 2007 (niepublikowana).
19. Padesky ChA. Schema change processes. *Cogn. Ther. Clin. Psychol. Psychother.* 1994; 1 (5): 267–278.
20. Beck JS. **Terapia poznawcza**. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
21. Padesky ChA, Greenberger D. **Umysł ponad nastrojem**. Podręcznik terapeuty. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.

22. Padesky ChA, Greenberger D. Umysł? ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
23. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D. Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej. Gdynia: Alliance Press; 2005.
24. D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J. Abnorm. Psychol.* 1971; 78: 107–126.
25. Beck JS. Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don’t work. Rozdział 13: Challenges for modifying core beliefs. New York: Guilford Press; 2005, s. 268–303.

Adres: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej
ul. Wilcza 28 lok. 20, 00-544 Warszawa