

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI W UJĘCIU CHRISTINE PADESKY

CHRISTINE PADESKY'S APPROACH TO COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny
Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Kierownik katedry: prof. dr hab. Marina Zalewska

Autor artykułu w syntetyczny sposób streszcza terapię poznawczo-behawioralną w ujęciu Christine Padesky stosowaną w leczeniu szerokiej grupy zaburzeń osobowości. Proponuje w nim modyfikacje języka terapii negatywnie konotowanego przez pacjenta/klienta, jak np. „zaburzenie” na bardziej konstruktywny w relacji terapeutycznej: „stary system przekonań i założeń”.

Cognitive-behavioral approach Personality disorders

Summary: The article presents the Christine Padesky's newest approach to cognitive-behavioural therapy (CBT) of personality disorders. The paper explains the role of core beliefs and underlying assumptions in the formation of personality pathology. Some people develop rigid and inflexible beliefs and assumptions which lead to rigid interpersonal strategies. When core beliefs and underlying assumptions are relatively inflexible, treatment should focus on constructing new beliefs rather than the testing of old beliefs.

The article includes a careful review of treatment's phases of personality disorders: 1) identifying the old system of beliefs, 2) constructing the new system of beliefs, 3) strengthening the new system, 4) relapse prevention. In the context of cognitive approach, the role of the therapeutic relationship is analysed

Zaburzenia osobowości, zarówno w Podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych DSM-IV, jak i w Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10, ujmowane są zgodnie z założeniami modelu medycznego, w którym kładziony jest nacisk na symptomy danego zaburzenia bez odwołań do określonej perspektywy teoretycznej [1]. W obu klasyfikacjach podkreśla się, że zaburzeniu ulega zachowanie pacjenta oraz sposób jego doświadczania (w ujęciu DSM) [2] lub struktura charakteru (w ujęciu ICD) [3]. W ICD-10 zwraca się uwagę na konsekwencję zaburzeń osobowości dla funkcjonowania społecznego i zawodowego pacjenta, a w DSM-IV dodatkowo akcentuje się rolę kultury jako płaszczyzny odniesienia dla zachowań i doświadczeń jednostki.

Zaburzenia osobowości stanowią grupę zaburzeń wyodrębnioną na osi II w DSM-IV [1]. Dzieli się one na trzy podstawowe typy (tzw. wiązki) charakteryzujące się: a) dziwacznością i ekscentrycznością zachowań pacjenta (osobowość paranoiczna, schizotypowa i schizoidalna), b) dramatycznością reakcji i emocjonalnością (osobowość narcystyczna,

borderline, histrioniczna, i socjopatyczna), c) silnym napięciem, lękiem lub przerażeniem odczuwanym przez pacjenta (osobowość unikająca, bierno-zależna oraz obsesyjno-kompulsyjna). W ICD 10 [3] wyróżnia się: a) specyficzne zaburzenia osobowości (osobowość paranoiczna, schizoidalna, dysocjalna, chwiejna emocjonalnie, histrioniczna, anankastyczna, lękliwa, zależna), b) mieszane zaburzenia osobowości oraz c) trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani choroby mózgu, a będące następstwem ostrego lub przedłużającego się stresu lub poważnej choroby psychicznej. Warto zwrócić uwagę, że kryteria ICD-10 nie uwzględniają osobowości narcystycznej.

Z badań epidemiologicznych obejmujących wszystkie zaburzenia osobowości wynika, że od 10% do 13% osób w całej populacji spełnia w ciągu swego życia kryteria diagnostyczne przynajmniej jednego z tych zaburzeń [1]. Do najczęściej spotykanych postaci zaburzeń osobowości zalicza się: zaburzenia zależne, schizotypowe i histrioniczne [1].

Rzetelność i trafność diagnoz stawianych przez psychiatrów w przypadku zaburzeń osobowości bywa kwestionowana [por. 4]. Poszczególne typy zaburzeń osobowości są często trudne do wyróżnienia i zachodzą na siebie. Ocenia się, że u około dwóch trzecich pacjentów z zaburzeniami osobowości można rozpoznać więcej niż jeden typ zaburzenia psychicznego [4]. U niektórych pacjentów objawy zaburzeń zmieniają się wraz z upływem czasu, co dodatkowo utrudnia jednoznaczne postawienie diagnozy [5]. Dodatkowo, u 75% osób spełniających kryteria zaburzeń osobowości (diagnozowanych zgodnie z wytycznymi DSM-IV-TR) można rozpoznać inne zaburzenia psychiczne (wyróżnione na osi I DSM), takie jak: depresja, uzależnienia lub zaburzenia lękowe. W jednym z badań stwierdzono, że u ponad 30% wszystkich osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych można rozpoznać osobowość typu borderline [5].

Psychoterapia jest kluczową metodą leczenia zaburzeń osobowości. Farmakoterapia może być natomiast pomocna w redukowaniu niektórych objawów, np. napięcia, jakkolwiek nie zmienia utrwalonych wzorców zachowań, które wywołują stres. Zwykle stosowane są leki antydepresyjne i przeciwłękowe, a w niektórych przypadkach przeciwpsychotyczne [4, 5].

Wyniki badań dowodzą, że psychoterapia jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń osobowości [6]. Z drugiej jednak strony, efektywność tej formy pomocy wydaje się wciąż ograniczona. Pacjenci odnoszą korzyści z terapii, ale nie zawsze zmiany są trwałe i często dotyczą tylko pewnych aspektów ich funkcjonowania. Współwystępowanie zaburzeń osobowości oraz zaburzeń opisanych na osi I DSM może (choć nie musi) obniżyć efektywność psychoterapii [6]. Rezultaty badań nie wskazują jednoznacznie na większą skuteczność którejś z form psychoterapii [5, 7].

Jedną z metod leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości jest psychoterapia poznawczo-behawioralna. Jej podstawowe zasady, w odniesieniu do osób z tego typu problemami, opracowali Beck i Freeman [za: 6], a rozwinęła Christine Padesky [8]. W koncepcji poznawczo-behawioralnej zaburzenia osobowości rozumiane są jako konsekwencja pewnych utrwalonych, negatywnych, dysfunkcyjnych przekonań i założeń pacjenta. Podstawowe przekonania to bezwarunkowe, ogólne wyobrażenia o sobie, świecie i innych ludziach, które tworzą się w dzieciństwie [9]. Na ich podstawie powstają z kolei założenia, które są zasadami opisującymi, w jaki sposób powinno się żyć czy postępować. Założenia mogą mieć także postać reguł rządzących światem w mniemaniu danej osoby,

a także określających kryteria własnego i cudzego zachowania [9]. Podstawowe przekonania oraz założenia powstają jako rezultat interakcji między zewnętrznymi okolicznościami w rozwoju człowieka a czynnikami biologicznymi określającymi jego funkcjonowanie. Negatywne podstawowe przekonania i założenia w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości charakteryzują się tym, że 1) nie są równoważone przez inne funkcjonalne przekonania, 2) są szczególnie łatwo aktywizowane i utrzymują się niezależnie od nastroju, zdarzeń życiowych lub stanu fizjologicznego [10]. Utrwalone i nie poddające się zmianie negatywne podstawowe przekonania i założenia prowadzą do sztywnych wzorów zachowań. Beck i wsp. [7], a za nimi Padesky [8] wymieniają najbardziej typowe negatywne przekonania podzielane przez pacjentów z danym rodzajem zaburzenia osobowości. Przykładowo, pacjenci, u których zdiagnozowano osobowość unikającą (lękliwą), mogą podzielać przekonanie: „bycie odrzuconym jest straszne”, mający osobowość paranoiczną — że „innym nie można ufać”, a w przypadku osobowości zależnej — „potrzebuję ludzi, aby przetrwać”.

Zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym, podstawowe przekonania i założenia prowadzą do nadużywania przez pacjentów określonych wzorów zachowania, nazywanych pierwotnymi strategiami. Strategie te w pewnych okolicznościach mogą pełnić funkcję przystosowawczą, ale stale używane prowadzą i nasilają problemy pacjenta, np. podstawową strategią pacjenta z osobowością zależną będzie bezustanne poszukiwanie pomocy u innych ludzi. Dodatkowo, Beck [za: 11] podkreśla rolę zniekształceń poznawczych, czyli błędów w rozumowaniu, które potwierdzają i tym samym utrwalają dysfunkcjonalne podstawowe przekonania i założenia.

Główne założenia terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości w ujęciu Padesky

Zanim zostaną omówione kolejne fazy terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości, warto podkreślić kilka kluczowych aspektów podejścia Padesky [8]. Po pierwsze, przywiązuje ona bardzo dużą wagę do niepatologizowania reakcji pacjentów. Według niej, należy odkryć powody, dla których pacjent zachowuje się w ten, a nie inny sposób. Tymi powodami są jego przekonania oraz założenia. Zaburzenia osobowości są zorganizowanymi wzorami zachowań, które warto rozumieć raczej jako sposoby radzenia sobie niż przejaw patologii. Mimo że wzory tych zachowań są dysfunkcjonalne i stanowią źródło stresu dla pacjenta, mają one głębokie uzasadnienie w kontekście podstawowych przekonań i założeń podzielanych przez niego. Jeśli więc pacjent z typem osobowości anankastycznej jest przekonany, że „detale są kluczowe”, to nic dziwnego, że jego zachowanie będzie cechował perfekcjonizm. Podobnie, gdy pacjent z osobowością typu borderline uważa, że „jeśli komuś zaufa, to prędzej czy później ta osoba go zrani”, będzie dążył do bliskości, ale zarazem będzie się jej obawiał. W przypadku, gdy podstawowe przekonania i założenia są trudne do zmiany, leczenie powinno być ukierunkowane raczej na budowanie nowego systemu przekonań aniżeli sprawdzanie dotychczasowych przekonań w ramach eksperymentów behawioralnych.

Padesky [8] podkreśla rolę relacji terapeutycznej w terapii zaburzeń osobowości. Uważa, że problemy pacjentów z zaburzeniami osobowości ujawniają się przede wszystkim w relacjach interpersonalnych, stąd znajdują również swój wyraz w relacji z terapeutą.

Wiąże się z tym kolejna cecha jej podejścia, tj. wykorzystanie relacji terapeutycznej jako bazy do wprowadzenia pożądanej przez pacjenta zmiany. Sesja terapeutyczna stwarza dobrą okazję do omówienia typowych wzorów zachowań pacjenta, które się ujawniły w trakcie jej trwania, a także przeanalizowania różnych jego przekonań dotyczących relacji terapeutycznej i sposobu postrzegania samego terapeuty. Służy to również polepszeniu współpracy pacjenta z terapeutą. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w podejściu poznawczo-behawioralnym unika się terminu „opór”, w miejsce którego używa się określenia „brak współpracy” [por. 7]. W przypadku niewspółpracującego pacjenta terapeuta powinien zrozumieć, z jakiego powodu tak się dzieje. Jedną z typowych przyczyn jest brak takich umiejętności pacjenta, które są potrzebne do nawiązania i utrzymania współpracy. Zadaniem terapeuty w takim przypadku jest nauczenie go tych umiejętności, aby mógł on dalej efektywnie korzystać z terapii. Inną przyczyną złej współpracy jest niepoprawnie sformułowany cel terapii — pacjent może dążyć do innego celu niż obrany przez terapeuta lub cel może być dla niego nierealistyczny albo niejasny. Kolejną przeszkodą w ustanowieniu przymierza terapeutycznego bywa przekonanie pacjenta, że terapia to pewien magiczny proces, który toczy się bez jego udziału. Może uważać, że powierza swoje zdrowie w ręce specjalisty i od tego momentu nie jest odpowiedzialny za to, co będzie się z nim działo.

Terapeuta powinien również zwrócić uwagę na własne przekonania dotyczące pacjenta i sposobu przebiegu terapii. Beck i wsp. [7] zalecają, aby terapeuta prowadził zapis swoich myśli, które się pojawiły w trakcie terapii (analogiczny do zapisu zalecanego pacjentom). Zapis ten może się później stać podstawą superwizji. Jednym z typowych przeświadczeń terapeutów, które utrudniają prowadzenie psychoterapii, jest przekonanie, że pacjent czerpie tak duże wtórne zyski ze swoich zachowań, iż będzie unikał zmiany. Padesky [8] sugeruje, że przyjęcie przez terapeutę takiego stanowiska może służyć do ukrycia braków własnych umiejętności lub zwalniać z dalszych poszukiwań wyjaśnienia zachowania pacjenta. W niektórych sytuacjach z kolei pacjent i jego terapeuta mogą podzielać te same negatywne przekonania, które utrudniają postęp w terapii. Jeśli tak się dzieje, terapeuta szczególnie łatwo przyjmuje punkt widzenia swojego pacjenta. Kiedy przekonania terapeuty i pacjenta nie różnią się, terapeuta nie jest w stanie pomóc pacjentowi w znalezieniu rozwiązań zgłaszanych przez niego problemów. Wydaje się więc, że również w terapii poznawczo-behawioralnej znajduje swoje zastosowanie zasada optymalnej różnicy, sformułowana przez Andresena [za: 12]. W myśl tej zasady, jeśli poglądy rozmówców nie różnią się, dialog między nimi jest zbędny lub nic nie wnosi.

Padesky [8], zamiast posługiwać się terminem „osobowość”, używa raczej określeń „system” lub „model”. Oba pojęcia odnoszą się do zbioru powiązanych ze sobą typowych przekonań i założeń pacjenta, które motywują go do podjęcia określonych strategii zachowań. Być może poprzez tę zamianę terminów wyraża się ostrożność amerykańskiej terapeutki. W ten pośredni sposób akcentuje ona, że jej podejście do terapii skupia się raczej na pewnych aspektach osobowości niż na całej jej strukturze. We współczesnej psychologii termin „osobowość” jest bardzo różnie definiowany. Padesky, starając się uniknąć nieporozumień, nadaje określeniom „system” lub „model” bardziej ścisłe znaczenie. Posługiwanie się określeniem „model” można też traktować jako pozytywne przeformułowanie, ponieważ pacjent koncentruje się na zmianie pewnego modelu, a nie całej swojej osobowości. Unika się w ten sposób stygmatyzacji i utrwalania potencjalnie negatywnych przekonań pacjenta

mogących mieć charakter stwierdzeń typu: „Skoro moją osobowość trzeba zmienić, to znaczy, że jestem chory lub zły”, albo: „Nic nie ma we mnie pozytywnego. Muszę cały się zmienić”. Poza tym pacjenci mogą obawiać się, że terapia zniszczy ich osobowość lub poczucie tożsamości. Beck [za: 6] uważa, że przekonania będące źródłem tych obaw stanowią istotny powód braku współpracy w trakcie psychoterapii. Posługiwanie się określeniem „model” w miejsce „osobowość” może łagodzić niepokój.

Padesky [8] uważa, że jeżeli u pacjenta z zaburzeniami osobowości współwystępuje zaburzenie, które diagnozuje się na osi I DSM-IV, to psychoterapię należy rozpocząć właśnie od skupienia się na problemach związanych z tym zaburzeniem. Takie postępowanie wynika z kilku przyczyn. Po pierwsze, pozwala zmniejszyć poziom napięcia odczuwany przez pacjenta i poprawić jego ogólne funkcjonowanie, a tym samym wzmocnić zasoby psychiczne, z których może czerpać w radzeniu sobie z kolejnymi trudnościami. Wyniki badań wskazują również, że psychoterapia poznawczo-behawioralna stosowana specjalnie w celu leczenia objawów zaburzeń z osi I może również pomóc w radzeniu sobie z zaburzeniami osobowości pacjentom, u których współwystępują jednocześnie oba typy problemów [7]. Skupienie się na objawach związanych z zaburzeniami z osi I DSM może być dla pacjenta prostsze i potencjalny sukces w radzeniu sobie z nimi motywuje do dalszej pracy. Pacjent ma też okazję do uczenia się podstawowych technik terapii poznawczo-behawioralnej, którymi może się posłużyć w kolejnych etapach psychoterapii. Stanowi to też bardzo dobrą okazję do nawiązania i wzmocnienia przymierza terapeutycznego. W końcu Padesky [8] uważa, że osoby z bardzo nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych (z osi I) mogą czasami pozornie przypominać pacjentów z zaburzeniami osobowości. Kiedy jednak ich stan ulega poprawie, okazuje się, że nie mają problemów osobowościowych.

Etapy psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń osobowości

Pierwszy etap psychoterapii według Padesky [8] obejmuje tzw. formułowanie starego systemu (conceptualization of an old system). Terapeuta prosi pacjenta o opis typowej sytuacji interpersonalnej, w jakiej przejawiają się jego problemy. Następnie wspólnie z nim stara się poznać i zrozumieć najczęstsze wzory jego zachowań, które ujawniają się w tej trudnej sytuacji. Szczególnie zwraca uwagę na jego reakcje mające charakter obrony oraz dotychczas stosowane sposoby radzenia sobie z trudnościami. Następnie identyfikuje kluczowe założenia i przekonania pacjenta leżące u podstaw tych wzorów zachowań. W tym celu wykorzystuje się klasyczne techniki terapii poznawczej, takie jak pytania sokratejskie lub technikę strzałki w dół [por. 13]. Pacjent stopniowo tworzy schematyczny, prosty rysunek, który ilustruje jego podstawowe przekonania, założenia oraz typowe wzory zachowań. Terapeuta proponuje, aby ten graficzny schemat funkcjonowania w trudnych sytuacjach nazwać „starym systemem”. Użycie słowa „stary” ma w pośredni sposób dać nadzieję klientowi na zmianę na nowy, bardziej przez niego pożądaną sposób funkcjonowania. Narysowany schemat starego systemu pacjent dostaje do domu, gdzie ma okazję zastanowić się, jak dobrze opisuje on jego zachowanie i czy nie należy go jeszcze w jakiś sposób zmienić lub uzupełnić. Na kolejnych sesjach może wraz z terapeutą dalej analizować swój stary system.

Należy podkreślić, że stary system nie jest formułowany wyłącznie przez terapeutę na bazie informacji uzyskanych w trakcie wywiadu, ale w jego tworzenie zaangażowany jest aktywnie sam pacjent. W ten sposób zwiększa się zaangażowanie klienta w terapię. Poza tym uzyskany tą drogą stary model trafniej odzwierciedla funkcjonowanie pacjenta aniżeli modele tworzone przez samego terapeutę poza sesją. Dla klienta model, który współtworzył, jest zrozumiały i nabiera większej wagi. Dzięki jego zaangażowaniu, model staje się lepiej dopasowany do konkretnej osoby. W psychoterapii poznawczej kładzie się duży nacisk na tworzenie ogólnych modeli zaburzeń psychicznych, w których kontekście opisywane są problemy pacjentów. Jednak w przypadku zaburzeń osobowości zalecane jest bardziej zindywidualizowane podejście do terapii i, co za tym idzie, również modele mają mniej uniwersalny charakter. Przejawia się to np. w tym, że terapeuta dążąc do sformułowania modelu wykorzystuje określenia użyte przez klienta, a także symbole i metafory, którymi się on posługuje.

Ze sformułowania starego systemu powinny wynikać cele terapii. Pewna trudność rodzi się w przypadku pacjentów, którzy eksternalizują swoje problemy, tj. ich przyczyny upatrują głównie w innych ludziach lub niezależnych od siebie okolicznościach. Dotyczy to szczególnie pracy z klientami mającymi narcystyczne, obsesyjno-kompulsyjne lub paranoidalne zaburzenia osobowości. Terapeuta powinien wtedy pomóc w dostrzeżeniu korzyści, jakie można odnieść ze zmiany samego siebie, a nie zmiany innych ludzi. Padeski [8] uważa, że ta część terapii bywa szczególnie długa. Terapeuta powinien z empatią i uwagą wysłuchać pragnień pacjenta dotyczących tego, aby zmienili się inni ludzie lub okoliczności zewnętrzne. Swoje zrozumienie może podkreślać takimi wypowiedziami, jak: „Rozumiem, jak by to było dobrze dla ciebie, aby każdy zachowywał się w ten sposób...” lub „To musi być dla ciebie bardzo trudne, że ludzie nie reagują tak, jak to zakładasz”. Stopniowo terapeuta zaczyna wyrażać swoje wątpliwości, czy jest możliwe, aby ludzie zachowywali się w sposób określony przez klienta. Dodatkowo podkreśla koszty, jakie ponosi on w zaistniałej sytuacji, i zachęca go ostrożnie do zmiany. Przykładowo, w pracy z klientem z osobowością paranoidalną zadaje się czasami pytanie: „Czy nie byłbyś bardziej odprężony, gdybyś wiedział, w jakich sytuacjach możesz w miarę bezpiecznie zaufać pewnym ludziom?”.

Następny etap psychoterapii polega na wspólnym z pacjentem budowaniu nowego systemu, a więc m.in. na określeniu, w jaki sposób klient chciałby się zachowywać i do czego dążyć [9]. Ponownie punktem wyjścia jest opis trudnej sytuacji, tej samej, która posłużyła za wzór do sformułowania starego systemu. Tym razem jednak pacjent zastanawia się nad innymi możliwymi, dotychczas nie okazywanymi, wzorami swoich reakcji. Terapeuta stara się odkryć nowe strategie zachowań pacjenta i powiązać z nimi nowe przekonania i założenia. Klient zachęcany jest do zastanowienia się, jakie jego zachowania pomogą mu w osiągnięciu stawianych przed sobą celów oraz jakie przekonania i założenia mu to ułatwią. Niektórzy klienci mogą mieć szczególną trudność w zidentyfikowaniu nowych przekonań i założeń. W tym wypadku pomocne jest zapytanie klienta, co mogłaby myśleć osoba, która zachowywałaby się w sposób pożądaný przez niego. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku starego systemu, klient jest proszony o rozrysowanie w sposób schematyczny swojego nowego systemu.

Ważnym aspektem psychoterapii jest odwoływanie się do psychicznych zasobów pacjenta. Pracę z wykorzystaniem jego zasobów zaczyna się od zidentyfikowania tych obszarów życia, w których ujawniają się jego mocne strony lub stanowią dla niego źródło przyjemności. Mają one być punktem odniesienia przy budowaniu nowego systemu. Powinien on bazować na już posiadanych umiejętnościach. Nowy system powstaje w konsekwencji rozwinięcia i wzmocnienia dotychczas nie używanych strategii reakcji. Nie jest więc on czymś sztucznym i obcym dla pacjenta, gdyż jego podstawę stanowią między innymi pewne gorzej dotychczas wykształcone przekonania i założenia oraz nie ćwiczone wzory zachowań.

Kolejna kluczowa faza zmierza do wzmocnienia nowego systemu [8]. O ile w poprzednich etapach przeważały techniki poznawcze pracy z klientem, o tyle od tego momentu terapeuta wprowadza również techniki behawioralne, a szczególnie eksperymenty behawioralne. Metoda ta polega na zaplanowaniu i wykonaniu przez pacjenta pewnego zadania, celem sprawdzenia nowych strategii zachowań lub zweryfikowania dotychczasowych założeń i przekonań. Po zbudowaniu nowego systemu, pacjent zachęcany jest do wypróbowania go w praktyce. Dzięki temu może sprawdzić jego przydatność, zbadać, jakie korzyści odnosi z niego, i czy nie należy go dalej modyfikować. Terapeuta wspólnie z pacjentem zastanawiają się, w jaki sposób można wypróbować działanie nowego systemu i w związku z tym razem projektują eksperymenty behawioralne. Mogą być one wykonywane zarówno podczas sesji terapeutycznych, jak i poza nimi. Eksperymenty w czasie sesji polegają na wykorzystywaniu elementów psychodramy — klient odgrywa scenki ze swojego życia, w których ujawniają się jego trudności w relacjach. Dzięki odgrywaniu scenek uczy się, jak wprowadzać w życie nowe strategie zachowań, i stopniowo nabiera coraz większej pewności w reagowaniu zgodnym z nowym systemem. Z kolei eksperymenty behawioralne przeprowadzane poza gabinetem powinny dotyczyć tych sytuacji, które dotychczas prowokowały do zachowań wynikających ze schematu funkcjonowania opisanego w starym systemie. Klient zachęcany jest do wypróbowywania nowych reakcji, które mogą mu pomóc w osiągnięciu pożądanego celu.

Istotne jest, aby w fazie przygotowywania do eksperymentu został stworzony dokładny jego plan (najlepiej w formie pisemnej). Warto również zastanowić się nad możliwymi przeszkodami, jakie może napotkać pacjent w realizacji tego planu. Początkowe eksperymenty nie powinny być zbyt trudne do wykonania. Ważne jest, aby dotyczyły one realnych sytuacji z życia klienta. Beck [za: 6] zwraca uwagę, że w przypadku bardzo nasilonych problemów pacjenci mogą w pierwszych fazach terapii odnosić większą korzyść z technik behawioralnych niż poznawczych.

Wyniki eksperymentów behawioralnych są omawiane z terapeutą. Klient analizuje, czego nowego nauczył się i czy nie powinien zmienić pewnych przekonań, założeń lub strategii zachowań, które znalazły się w nowym systemie. W ten sposób stale modyfikuje nowy system. Istotne jest, aby wyniki eksperymentów analizować z perspektywy nowego, a nie starego systemu. Terapeuta pyta więc czasami klienta, czy to, co mówi, jest sposobem widzenia przez niego świata, siebie lub innych ludzi płynącym z nowego, czy starego systemu. Warto przy tym dodać, że schematyczny rysunek starego i nowego systemu jest wykorzystywany podczas wszystkich sesji. Wydaje się, iż ma to dodatkowe znaczenie: pacjent nie tyle „odcina się” od starego systemu lub całkowicie go zmienia,

ile raczej poszerza zakres umiejętności, wzbogaca swoje przekonania i założenia. Jeśli nie udało mu się wykonać zaplanowanych zadań, albo wynik eksperymentu okazał się z jakiegoś powodu niekorzystny dla niego, omawiane są tego przyczyny. Analizuje się, czy należy zmienić plan eksperymentu, lub w jakiś sposób zmodyfikować nowy system, gdy np. niektóre przekonania i założenia są mało realistyczne, a plany trudne do realizacji. Niektóre eksperymenty muszą być również kilkakrotnie powtórzone.

Oprócz zaplanowanych eksperymentów behawioralnych, terapeuta wykorzystuje niezamierzone sytuacje, jakie zdarzają się w trakcie sesji lub w prywatnym życiu pacjenta. Stanowią one doskonałą okazję do omówienia działania nowego systemu. Terapeuta stara się odkryć te reakcje swojego klienta, które są zgodne z tym, do czego on dąży, zgodne z jego nowymi przekonaniem i założeniami. Omawiane są przyczyny powodujące to, że pacjent kieruje się niekiedy nowym, a niekiedy starym systemem. Gdy na jego zachowania ma wpływ przede wszystkim stary system, analizuje się, jak mógłby on zareagować w trudnej dla siebie sytuacji, gdyby kierował się przekonaniem i założeniami nowego systemu.

Dodatkowemu wzmocnieniu nowego systemu ma służyć dzienniczek terapii prowadzony przez klienta. Notuje on w nim, czego nowego nauczył się w trakcie sesji lub co takiego się wydarzyło w jego życiu, co wspiera nowy system. Padesky [8] proponuje, aby dzienniczek był prowadzony przez co najmniej 6 miesięcy lub do momentu, gdy pacjent stwierdzi, że jest w pełni przekonany o słuszności i trafności swoich nowych założeń. Proponuje się także, aby stale oceniał on, jak silnie wierzy w nowo sformułowane przekonania i założenia.

Ostatni etap psychoterapii dotyczy przygotowania pacjenta do zakończenia terapii oraz nauczania go zapobiegania nawrotom zaburzeń. Padesky [8] zaleca, aby kończąc terapię zrobił on podsumowanie tego wszystkiego, czego się w jej trakcie nauczył. Pacjent zastanawia się również nad trudnościami, jakie może jeszcze napotkać zmierzając do wyznaczonych przez siebie celów, a następnie wraz z terapeutą omawia różne strategie poradzenia sobie z tymi trudnościami. Przygotowywany jest również plan eksperymentów behawioralnych, które klient ma już wykonywać samodzielnie. Zachęca się go również do tego, aby stale zapisywał to, czego się nauczył, przeprowadzając eksperyment. Średni czas trwania całej terapii szacowany jest na mniej więcej 6 miesięcy, zakładając cotygodniowe godzinne spotkania. Padesky [8] uważa, że ten sposób terapii jest możliwy do zastosowania w przypadku różnych typów zaburzeń osobowości z wyjątkiem pacjentów z zaburzeniami osobowości antyspołecznej.

Zalety i ograniczenia w podejściu Padesky do leczenia zaburzeń osobowości

Bez wątplenia opisywane powyżej podejście do leczenia zaburzeń osobowości wydaje się ciekawą modyfikacją tradycyjnych technik poznawczo-behawioralnych. Padesky [8] podkreśla, że zachowania pacjentów z zaburzeniami osobowości są wynikiem podzielanego przez nich systemu przekonań i założeń. System ten wykształcił się w wyniku doświadczeń, jakie były ich udziałem. Z tej perspektywy reakcje pacjentów są głęboko uzasadnione, mimo że często wywołują napięcie i cierpienie. W kontekście tych rozważań warto zastanowić się, jakie znaczenie (dla terapeuty oraz dla pacjenta) niesie ze sobą określenie osobowości jako „zaburzonej”. Padesky [8] zaleca posługiwanie się konstruktywnym językiem w trakcie

terapii. Określenie „zaburzona” wiąże się z negatywną oceną pacjenta (trudno bowiem oddzielić pacjenta od jego osobowości). Co więcej, w świetle tego, co pisze Padesky [8], taka ocena jest nieuzasadniona i krzywdząca. Pacjent ma powody, dla których zachowuje się w ten, a nie inny sposób. Również zmiana w dotychczasowych wzorach reakcji jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy będzie on odczuwał silną potrzebę zmiany. W tym świetle ciekawą propozycją wydaje się, aby oś II DSM miała służyć jedynie do opisu profilu osobowości, a nie do wyróżniania poszczególnych typów zaburzonej osobowości.

Kolejną zaletą omawianego podejścia jest jasna, klarowna struktura kolejnych etapów pracy z pacjentami. Zwraca też uwagę rola przypisywana relacji terapeutycznej, co wciąż nie jest powszechne wśród terapeutów poznawczych [por. 14]. Padesky [8] nie traktuje dobrej relacji z pacjentem wyłącznie jako jednego z warunków koniecznych do prowadzenia terapii. Analiza tej relacji jest dla niej zarówno źródłem informacji o potencjalnych problemach pacjenta, jak i okazją do wprowadzenia zmian we wzorach jego zachowań i systemie przekonań. Kolejny atut tego podejścia stanowi stosunkowo krótki czas przewidziany na leczenie w porównaniu z innymi propozycjami psychoterapeutycznymi. Z drugiej jednak strony — brak badań empirycznych, które weryfikowałyby efektywność tej formy terapii poznawczo-behawioralnej. Nie wiadomo w związku z tym, w jakim stopniu rzeczywiście zmieniają się wzory zachowań pacjenta i niektóre jego przekonania oraz czy zmiana ta wiąże się z mniejszym nasileniem objawów zaburzeń osobowości. Istotne byłoby również sprawdzenie, jak trwałe są zmiany uzyskane w trakcie terapii.

Piśmiennictwo

1. Cierpiąkowska L. Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych. W: Cierpiąkowska L, red. Psychologia zaburzeń osobowości. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2004, s. 11–32.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). American Psychiatric Association; 2000.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwa Medyczne „Vesalius”, IPIN; 2000.
4. Nevid J, Rathus S, Green B. Abnormal psychology in a changing world. Upper Saddle River: Pearson Education; 2003.
5. Oltmans T, Emery R. Abnormal psychology. Upper Saddle River: Pearson Education; 2004.
6. Rakowska J. Skuteczność psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
7. Beck A, Freeman A, Davis D. Cognitive therapy of personality disorders. New York, London: The Guilford Press; 2004.
8. Padesky Ch. Constructing a new self. A cognitive therapy approach to personality disorders. Materiały z warsztatu „Constructing a New Self”, Londyn; 2005.
9. Filipiak M. Wywiad wstępny z osobą dorosłą zakwalifikowaną do psychoterapii poznawczo-behawioralnej. W: Stemplewska-Żakowicz K, Krejtz K, red. Wywiad psychologiczny. Wywiad w różnych kontekstach praktycznych. Tom 3. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
10. Padesky Ch, Greenberger D. Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
11. Millon T, Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2005.
12. de Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
13. Dattilio F, Padesky Ch. Terapia poznawcza dla par małżeńskich. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.

14. Safran J, Segal Z. Interpersonal process in cognitive therapy. Lanhan, Boulder, New York, Toronto, Oxford: A Jason Aronson Books; 1996.

Adres: Szymon Chrzęstowski
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa
szymek@engram.psych.uw.edu.pl