

RELACJA TERAPEUTYCZNA W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI

THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

Prywatny gabinet terapeutyczny

**cognitive-behavioral therapy
a therapeutic relationship
personality disorders**

W artykule ukazano aktualne rozumienie znaczenia relacji w terapii poznawczo-behawioralnej oraz przedstawiono wybrane trudności pojawiające się w tym zakresie w terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości. W przypadku tych zaburzeń relacja terapeutyczna jest jednocześnie terapią i środkiem do osiągnięcia celu terapeutycznego. Relacja i techniki terapeutyczne w podejściu poznawczo-behawioralnym są integrującymi aspektami procesu terapeutycznego.

Summary: In recent years, with the advent of the so-called ‘third wave’ cognitive-behavioral therapy — relationship importance was strengthened. The importance of the therapeutic relationship in working with patients with personality disorders is underlined. They bring into the therapy their beliefs about themselves, others and the world, the patterns of emotional and behavioral response associated with them, which usually are not adaptive and provoke to seek expert help. The therapeutic relationship allows the therapist conceptualize the problem of the patient and to fine-tune the techniques selection, and becomes a space to disclosure and checking his belief and interpretation for the patient. In the case of patients with personality disorders the therapeutic relationship is both a treatment and the means to achieve the target of therapy. The therapeutic relationship is a necessary but insufficient condition for changes in therapy. It works in combination with techniques which allow for effective assistance to the patient. Relationship and the techniques of cognitive-behavioral therapy are not separated areas, but rather the integrating aspects of therapeutic process. The article shows the current understanding of the relationship in cognitive-behavioral therapy and presents selected problems arising in this respect in the treatment of patients with personality disorders.

Wprowadzenie

Relacja między pacjentem a terapeutą jest zagadnieniem ważnym dla praktyków (a ostatnio coraz częściej również dla badaczy) właściwie od początku istnienia psychoterapii w ogóle. W poszczególnych szkołach psychoterapeutycznych przypisuje jej się różne znaczenie dla efektywności terapii. Terapii poznawczo-behawioralnej zarzucano bagatelizowanie roli relacji terapeutycznej, a terapeuci pracujący w tym podejściu postrzegani byli jako dyrektywni i nieprzywiązujący wagi do znaczenia więzi z pacjentem. Rzeczywiście CBT w swych założeniach jest terapią ustrukturalizowaną, zorientowaną na cel i określoną czasowo, ale również opartą na współpracy, a terapeuci pracujący w tym podejściu są aktywni, ale i empatyczni [1]. Ponadto warto podkreślić, że dziś mówiąc o „trzeciej fali” CBT podkreśla się bardzo mocno rolę relacji między pacjentem a terapeutą oraz znaczenie

doświadczeń z dzieciństwa w aktualnym funkcjonowaniu pacjenta. A.T. Beck i wsp. [2] zaznaczali, że skuteczność technik stosowanych w pracy z pacjentami zależy w dużym stopniu od jakości relacji terapeutycznej. „Relacja, przymierze terapeutyczne (working alliance) w terapii poznawczo-behawioralnej to związek pacjenta z terapeutą, który umożliwia dostęp do problemów pacjenta i ich konceptualizację, ale przede wszystkim zapewnia pacjentowi odpowiednie warunki do tego, by ufając terapeutce, mógł potraktować swoje przekonania i interpretacje jako hipotezy i zechciał je przetestować w wyobrazeniach lub rzeczywistości” [3, s. 87]. Wydaje się zatem, że podejście poznawczo-behawioralne wręcz wymaga silnej relacji terapeutycznej jako warunku początkowego i koniecznego do terapii. Już na wstępie wspólnej pracy pacjenta i terapeuty nabiera ona dużego znaczenia, pozwala bowiem pacjentowi możliwie jasno wyrazić trudności, a terapeutce skonceptualizować problem. Stworzenie silnego „sojuszu roboczego” [1] na początku pracy stanowi warunek skutecznego zastosowania technik w późniejszym okresie leczenia. Techniki wymagające od pacjenta dużego zaangażowania i zaufania terapeutce, np. ekspozycje wyobrazeniowe czy in vivo, mogą być wprowadzone i skuteczne tylko w przypadku silnej, pozytywnej i stabilnej relacji terapeutycznej. Terapeuta ma stanowić „bezpieczną bazę” dla pacjenta. Im więcej trudności pacjent przeżywa w relacji, tym więcej czasu trzeba jej poświęcić.

Zarówno pacjenci, jak i terapeuci mogą mieć przekonania utrudniające nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej. Budowaniu zaufania służą: otwarta komunikacja i szczerłość w relacji, spotkania w regularnych odstępach czasowych, punktualność, dostępność terapeuty w sytuacjach kryzysowych, odpowiedzi na telefon od pacjenta, okazywanie troski i chęci kontaktu w razie nieobecności pacjenta na sesji, unikanie wypowiedzi wartościujących, okazywanie szacunku, ustalenie wyraźnych granic, dyskrecja terapeuty, zapobieganie nadużyciom i unikanie walki o władzę [2]. Pozytywna relacja terapeutyczna nie powstaje przez przypadek, musi zostać stworzona, a trudności określane mianem „braku współpracy” zwykle wiążą się z ważnymi dla obu uczestników terapii powodami. Terapeuta ma za zadanie odkryć je i zrozumieć po to, by możliwa stała się poprawa współpracy z pacjentem [4]. Konieczna staje się konceptualizacja braku współpracy w kategoriach umiejętności, przekonań oraz warunków otoczenia. Pozwala to opracować skuteczny plan radzenia sobie z pojawiającymi się problemami.

Początkowo zakładano, że koncentracja na relacji terapeutycznej w CBT umożliwia analizę nieprzystosowawczych stylów funkcjonowania poznawczego, afektywnego i behawioralnego, prezentowanych przez pacjenta. Zakładano, że problemy w relacji z terapeutą mogą być specyficzne dla niej i nie muszą odzwierciedlać problemów z innymi ludźmi z racji braku wzajemności w relacji terapeutycznej, jej tymczasowości oraz regulujących ją specyficznych norm. Przyjmowano, że relacja terapeutyczna pozwala na nabywanie nowych umiejętności, a potem ich generalizację i przenoszenie na relacje pozaterapeutyczne [5]. Robert L. Leahy [6] zasugerował, że relacja terapeutyczna w podejściu poznawczo-behawioralnym odzwierciedla schematy interpersonalne, wcześniejsze problemy z związaniem, niepowodzenia w ocenianiu i empatyzowaniu oraz różne procesy związane ze współpracą. Wyszczególnione kwestie dotyczą zarówno pacjenta, jak i terapeuty. Kontakt pacjenta z terapeutą aktywizuje schematy obydwu uczestników, a uwzględnianie emocji pacjenta i terapeuty jest jednym z podstawowych elementów poznawczej terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości. Terapeuta musi być uważny na emocje, które mogą wpływać

zarówno na przebieg sesji, niego samego, jak i na pacjenta. Emocje pacjenta związane z terapią i terapeutą ukazują jego wewnętrzny świat myśli i przekonań. W swojej pracy J.B. Pearsons [7] sugeruje, że dobra relacja terapeutyczna staje się podstawą do technicznych interwencji i sama w sobie jest narzędziem zmiany. Zakłada się — w odniesieniu do konkretnej conceptualizacji przypadku — że pacjent w relacji terapeutycznej zachowuje się jak na co dzień, a jego zachowanie odzwierciedla ukryty problem w relacjach. W takim rozumieniu relacja terapeutyczna staje się narzędziem służącym zrozumieniu trudności pacjenta. Pacjent wchodząc w relację z terapeutą inicjuje patologiczne wzory relacji mające potwierdzić jego schematy. Przejrzysta, stała struktura sesji i terapii pozwala terapeutę utrzymywać jasne granice i dostrzegać odchylenia od wzorca oraz nie wchodzić w relację potwierdzającą dysfunkcyjne schematy pacjenta. Trudności występujące w relacji terapeutycznej należy włączyć do listy wszystkich problemów nadając im priorytetowe znaczenie ze względu na zagrożenie ciągłości terapii.

Rola relacji terapeutycznej w pracy z pacjentami o różnych zaburzeniach osobowości

Dobra relacja niezbędna jest w pracy terapeutycznej z każdym pacjentem, ale jej znaczenie staje się kluczowe w terapii pacjentów z zaburzeniami z osi II DSM-IV [8]. W tym przypadku należy jej poświęcić dużo więcej uwagi i zaangażowania, staje się ona tutaj bowiem niejako przestrzenią do wprowadzenia też nieadaptacyjnych strategii behawioralnych i dysfunkcyjnych przekonań pacjenta oraz narzędziem ich zmiany. Relacja terapeutyczna wymaga od terapeuty cierpliwości, koncentracji jednocześnie na problemie i na aspekcie relacyjnym oraz nieosądzającej postawy wobec pacjenta. Pacjenci z poszczególnymi zaburzeniami osobowości wchodząc w relację z terapeutą wnoszą własne przekonania dotyczące siebie, innych i świata oraz związane z nimi wzorce reagowania emocjonalnego i behawioralnego. Rolą terapeuty jest ich rozpoznanie oraz takie pokierowanie kontaktem, by zainicjować współpracę i nie potwierdzić patologicznych schematów pacjenta.

Zaburzenia osobowości są w DSM-IV uporządkowane w trzy klastry: A, B, C. Pacjenci z rozpoznaniem klasyfikowanym w każdym z nich cechują się specyficznymi przekonaniami na temat relacji z innymi adekwatnym do nich funkcjonowaniem. Poniżej przedstawiono niektóre trudności, jakie mogą się pojawić w obszarze relacyjnym w terapii pacjentów z różnymi zaburzeniami z osi II DSM-IV [8, 9].

Klaster A obejmuje następujące typy zaburzeń osobowości: paranoiczne, schizoidalne i schizotypowe. Nawiązanie kontaktu z osobą z paranoicznym zaburzeniem osobowości jest niezmiernie trudnym zadaniem. Podstawowe strategie behawioralne takiego pacjenta (nadmierna ostrożność, doszukiwanie się ukrytych motywów, oskarżenia, kontratak) odzwierciedlają bowiem jego przekonania dotyczące relacji z innymi, a wyrażają się w nieufności i podejrzliwości wobec innych. Zapewnienia o dyskrecji i zachętę ze strony terapeuty do zaufania mu taki pacjent odbiera zazwyczaj jako próbę oszustwa. Szansą na kontakt z nim jest zaakceptowanie jego nieufnej postawy i — konsekwentnym postępowaniem — zapewnianie o byciu godnym zaufania. Jednak pierwsza faza terapii najczęściej jest bardzo trudna, spotkania z terapeutą wymuszają bowiem coś, co w rozumieniu takiego pacjenta jest niezwykle zagrażające: mówienie o własnych przemyśleniach czy

odczuwanych emocjach. Konieczne jest wprowadzenie na sesję tematu defensywności i poczucia zagrożenia pacjenta oraz braku zaufania do terapeuty z jego strony. Rozwiązanie tych kwestii umożliwia dalszą współpracę. Wejście we współpracę z terapeutą może być również trudne dla osoby ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości ze względu na jej przekonania dotyczące problematyczności związków z innymi. Podstawowa strategia takiego pacjenta — trzymanie się z dala od innych — jest stosowana do wszystkich, także do terapeuty. Taki pacjent z przerażeniem przeżywa terapię, gdyż domyślając się, że terapeuta chce go poznać, ma straszne wizje wykrycia jego domniemanych niedoskonałości, a w konsekwencji odrzucenia go. Warto z nim omówić wady i zalety podjęcia i niepodjęcia terapii, co może pozwolić mu oszacować możliwe korzyści z niej. Podobnie, pacjent ze schizotypowym zaburzeniem osobowości będzie przeżywał bardzo mocno interpersonalny kontekst spotkania z terapeutą. Postrzegając innych jako niegodnych zaufania i niezyczliwych, a w zachowaniu unikając wszelkich kontaktów potencjalnie zagrażających i kierując się często zasadami opartymi na myśleniu magicznym, będzie unikał także sesji terapeutycznych. Aby utrzymał się w terapii, konieczna jest jasna rozmowa na ten temat z podkreśleniem znaczenia zaufania w relacji. Jeżeli pacjent się zgodzi, można poprosić go o czasowe zawieszenie nieufności do terapeuty.

Klaster B obejmuje następujące zaburzenia osobowości: histrioniczne, narcystyczne, antyspołeczne i z pogranicza. Kwestia nawiązania i utrzymania relacji staje się wyzwaniem dla terapeuty także w przypadku pacjenta z histrionicznym zaburzeniem osobowości. Powodów jest kilka. Po pierwsze, konieczna jest tu ogromna elastyczność terapeuty we wprowadzaniu założeń i technik terapii poznawczo-behawioralnej ze względu na odmienność jej charakteru (ustrukturalizowana i konkretna) od stylu myślenia i funkcjonowania pacjenta (nieprecyzyjny i zależny od doznawanych wrażeń). Spotkanie tak różnych sposobów widzenia świata może być na początku trudne i przytłaczać obie strony, ale umiejętny terapeuta wprowadzi pacjenta właśnie w inny świat, pokazując mu — odmienny od jego — uporządkowany sposób oceniania wydarzeń. Stąd przyswajanie przez pacjenta zasad tej metody może stać się najważniejszym elementem procesu leczenia zupełnie poza tym, że prowadzi ona do osiągnięcia wyznaczonego celu. Drugim powodem, dla którego relacja z pacjentem z histrionicznym zaburzeniem osobowości może nie być najłatwiejszym zadaniem, jest jego styl wchodzenia w relacje w ogóle. Jest on pełen emocji i często nieprzewidywalnych zachowań. Relacje, w jakie angażuje się taki pacjent, z reguły są burzliwe i nie przynoszą mu satysfakcji. Takie samo ryzyko istnieje w relacji z terapeutą: pacjent utraciwszy ekscytację terapią łatwo może z niej zrezygnować. Zabezpieczeniem przed takim ruchem jest ustalenie z nim jasnych i sensownych celów. W przypadku pacjentów z narcystycznym zaburzeniem osobowości nawiązanie relacji niesie ze sobą dwojakiego rodzaju ryzyko. Z jednej strony terapeuta może zostać bardzo szybko wyidealizowany, z drugiej — zdewaluowany. W obu przypadkach wyraźnie widać podstawowe strategie interpersonalne pacjentów z narcystycznym zaburzeniem osobowości: pochlebstwo albo krytykę. Terapeuta powinien pozostawać wyczulony na takie strategie obserwując przy tym swoje oczekiwania wzmocnień i reakcje na nie. W początkowej fazie pracy konieczne są przychylnie komentarze pod adresem pacjenta, by możliwe było jego stałe zaangażowanie w terapię. Zastosowanie wzmocnień tego typu musi być przemyślane, by pobudzało do pożądanых, a nie patologicznych form zachowań. Relacja z pacjentem z narcystycznym

zaburzeniem osobowości rozbija się nieustannie o jego poczucie bycia wyjątkowym i jego żądania specjalnego traktowania. Stosowanie technik CBT utrudnione jest przez jego skłonność do trywializowania konkretnych, standardowych zaleceń terapeutycznych. Terapeuta z racji opisanych wyżej powodów może różnie reagować na takiego pacjenta. Spektrum możliwych reakcji jest bardzo szerokie, ale najczęściej obejmuje: irytację, defensywność, oburzenie, nieprawidłowe osądy, osłabienie umiejętności radzenia sobie z problematycznymi sytuacjami. Czasami reakcje na takiego pacjenta mogą przybrać formę zbyt pozytywnej. Żadna z opisanych wyżej form nie służy terapii, a wręcz grozi naruszeniem jej integralności. O naruszenie integralności terapii jest bardzo łatwo w przypadku pracy z pacjentem z antyspołecznym zaburzeniem osobowości. Osobę taką cechuje m.in. uogólniony wzór lekceważenia i naruszania praw innych. W związku z tym niezwykle ważne w terapii jest jasne wyznaczenie granic oraz akceptowalnych form zachowań obu stron. Wyraźnie muszą zostać określone: liczba i czas trwania sesji; wymóg realizowania pracy osobistej; zasady odwoływania wizyt, kontaktów między sesjami; oczekiwane zmiany w zachowaniu. W pracy z takim pacjentem 80–90% zaangażowania we współpracę terapeutyczną leży po stronie terapeuty, pozostałe 10–20% — po stronie pacjenta. Nieuniknione są także zachowania przeniesieniowe pacjenta i traktowanie terapeuty w sposób nie odbiegający od wzorca traktowania innych w ogóle. Terapeuta powinien być tego świadomy i stosownie reagować, tj. panować nad swoimi reakcjami na obraźliwe słowa czy agresywne zachowania pacjenta oraz bacznie pilnować ustalonych granic i zasad współpracy jednak bez nadmiernego usztywniania się. Kwestia dobrej relacji terapeutycznej jest umieszczona bardzo wysoko (zaraz za kwestiami życia i śmierci pacjenta) w hierarchii problemów, którymi należy się zająć w przypadku pracy z pacjentami z zaburzeniem osobowości z pogranicza. M. Linehan [10], autorka dialektycznej terapii behawioralnej takich pacjentów, podkreśla, że relacja terapeutyczna jest „nośnikiem, za pomocą którego terapeuta może doprowadzić terapię do skutku; jest ona także terapią” [10]. W pierwszym przypadku relacja jest środkiem służącym do osiągnięcia celu, w drugim staje się bezpieczną więzią dającą pacjentowi szansę na poradzenie sobie ze skutkami wcześniejszych doświadczeń. Stąd uważa się, że najważniejszą składową terapii jest udzielenie rodzicielskiego wsparcia (reparenting), którego zabrakło w dzieciństwie [9]. Elementem takiego wsparcia jest np. stawianie granic w terapii (co pacjenta frustruje i wywołuje złość, ale jest konieczne do dalszego rozwoju). W tym przypadku niezbędne jest odniesienie się przez terapeutę jedynie do zachowania pacjenta, a nie do niego jako osoby. Takie posunięcie terapeuty pozwoli pacjentowi na sprawdzenie swoich przekonań dotyczących funkcjonowania w relacjach z innymi. Niebagatelną rolę w kreacji i utrzymaniu relacji z takim pacjentem odgrywa akceptacja przez terapeutę siebie, pacjenta i kontaktu z nim takiego, jakimi one są oraz bieżące rozwiązywanie trudności pojawiających się między nimi w trakcie pracy. Nawiązanie i utrzymanie relacji terapeutycznej z pacjentem z zaburzeniem osobowości z pogranicza jest kluczową kwestią w terapii.

W klasterze C zebrane są następujące typy zaburzeń osobowości: zależne, unikające, obsesyjno-kompulsyjne. Terapia osoby z zależnym zaburzeniem osobowości, choć początkowo może wydawać się czymś przyjemnym i łatwym, niesie ze sobą duże ryzyko. Pacjent z takim zaburzeniem przychodzi na terapię rozpaczliwie szukając kogoś, kto rozwiąże jego problemy, pomoże mu podjąć decyzje i nie opuści w trakcie ich realizacji.

Ponieważ, jako podstawową strategię, stosuje on pielęgnację zależnych związków, także w przypadku terapeuty nie zrobi wyjątku. I jeżeli początkowo terapeuta przyjmie rolę nieco bardziej aktywnego, to musi być bardzo ostrożny w przejmowaniu inicjatywy i stopniowo — zgodnie z założeniem CBT — zachęcać pacjenta do równoważnej współpracy. Może się to odbywać np. poprzez wprowadzanie przez pacjenta zagadnień do omówienia w trakcie sesji. Pacjent z zależnym zaburzeniem osobowości niechętny będzie takim przedsięwzięciom, jednak po stronie terapeuty leży odpowiedzialność za usamodzielnianie go i kierowanie ku autonomii. Pacjenci w ogóle dość często oczekują gotowych rozwiązań od autorytetu, jakim jest terapeuta, jednak postępowanie zgodne z tym oczekiwaniem im zwykle nie służy, a w przypadku osoby z zależnym zaburzeniem osobowości podtrzymuje jedynie zaburzenie. Dlatego w odpowiedzi na prośby o radę, terapeuta powinien zastosować dialog kierowany i pomóc w ten sposób pacjentowi w wypracowaniu własnych rozwiązań. Relacja pacjent — terapeuta może zostać wykorzystana również do ukazania wzorców zależnych związków. Należy wówczas zachęcić pacjenta, by analizował swoje myśli i uczucia w relacji z terapeutą oraz innymi ludźmi. Pozwoli mu to na zrozumienie mechanizmu i odkrycie założeń leżących u podstaw pielęgnowania takich związków. Równie ważne jest obserwowanie przez terapeutę własnych myśli i uczuć powstałych w reakcji na pacjentów. Chęć nadmiernej pomocy lub wybawienia pacjenta z kłopotów albo irytacja wywołana nieustannie manifestowaną bezradnością, oraz działanie pod wpływem takich odczuć, zdecydowanie nie sprzyjają osiągnięciu naczelnego celu terapii pacjenta z zależnym zaburzeniem osobowości, tj. zwiększaniu jego autonomii. Dla pacjenta z unikającym zaburzeniem osobowości, które cechuje utrwalony wzorec zahamowań w sytuacjach społecznych, poczucie niedostosowania i nadmiernej wrażliwości na negatywną ocenę, nawiązanie relacji z terapeutą staje się wyzwaniem. Trudności wiązać się będą przede wszystkim z nieufnością takiego pacjenta i jego lękiem przed odrzuceniem. Pacjent z unikającym zaburzeniem osobowości często negatywnie myśli o relacjach z innymi, podobnie i o relacji z terapeutą. Niezbędne jest wspólne przeanalizowanie w czasie sesji tych myśli i ich weryfikacja. Jest to warunek konieczny do ustalenia dobrej relacji i wstępnego obszaru współpracy. Pacjent z tym typem zaburzenia unika ujawniania jakichkolwiek własnych przemyśleń z obawy przed odrzuceniem bądź krytyką, której w swoim poczuciu nie zniosłby. Terapeuta powinien dążyć do ujawnienia takich myśli pytając o nie pacjenta wprost w sytuacji wyraźnej zmiany jego nastroju lub próbując je odgadnąć i podzielić się swoimi uwagami. Pacjent wówczas może ustosunkować się do tego, co usłyszał. Często taki pacjent ma skłonność do pomniejszania aprobaty ze strony terapeuty tłumacząc to jego profesjonalną postawą. Potrzebna jest stałość terapeuty w życzliwym podejściu do pacjenta i wytrwałość w przyjmowaniu jego nieufności i tendencji do wycofywania się z relacji. Kolejne doświadczenia przeżywane przez pacjenta w czasie terapii mogą przyczynić się do zmiany negatywnych przekonań o relacji terapeutycznej, a później i o innych. Konieczne w pracy z takim pacjentem jest dostosowanie terapii do jego tempa. Zbytne zachęcanie czy ponaglanie wpłynę negatywnie na relację. Pacjent z unikającym zaburzeniem osobowości, jeśli już zaangażuje się w relację — na poziomie dla niego dostępnym — może starać się bezustannie zadowalać terapeutę wierząc, że taka postawa uchroni go przed utratą tej relacji. Terapeuta powinien być czujny na wszelkie formy uległości ze strony pacjenta i zachęcać go do asertywności nagradzając przychylnym komentarzem i uwzględniając jego postu-

laty we wspólnej pracy. Nieco inaczej wygląda nawiązywanie relacji w przypadku terapii pacjenta z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości. Może być ono utrudnione przez jego sztywność, niechęć do wyrażania emocji oraz pomniejszanie znaczenia relacji międzyludzkich w ogóle. Początkowo relacja terapeuty z takim pacjentem zasadza się raczej na wzajemnym szacunku aniżeli na czystym wsparciu emocjonalnym. Terapeuta może w pracy z takim pacjentem doświadczać różnych odczuć i myśli, związanych np. ze słabo ujawniającą się emocjonalnością pacjenta i jego skłonnością do skupiania się na faktach lub na szczegółach, i roztrząsania wielu możliwości. Może to wywołać znużenie bądź irytację. Inne zachowania takiego pacjenta, np. dążenie do kontroli nad przebiegiem sesji, mogą budzić złość i frustrację w terapeutę, szczególnie jeśli on sam dąży do sprawowania kontroli nad terapią. Reakcje terapeuty mogą stać się źródłem cennych informacji o pacjencie z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym oraz przyczynach jego trudności. Istnieje jeszcze jedna pułapka, choć na pewno nie jedyna, w pracy z takim pacjentem. Mianowicie zgodność — przynajmniej w pewnym zakresie — przekonań pacjenta i terapeuty. Pewne cechy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jeśli nie osiągają rozmiaru klinicznego, są cenione w świecie współczesnym. Zaliczyć do nich można np. sumiennność, wytrwałość, samodyscyplinę, dbałość o szczegóły, rzetelność itp. Jeśli terapeuta hołduje podobnym zasadom postępowania, szanse na udzielenie pomocy maleją.

Z powyższych rozważań wynika, że praca terapeutyczna z pacjentami z zaburzeniami z osi II DSM-IV wymaga dużych umiejętności oraz wysokiej samoświadomości terapeuty. Jego braki w tym zakresie mogą uniemożliwić udzielenie pomocy pacjentowi, albo co gorsza zaszkodzić mu. Niebagatelna zatem staje się rola pracy własnej terapeuty w odkrywaniu swoich nastawień i przekonań, które mogą nadmiernie współgrać lub zbyt kolidować z przekonaniem pacjenta i hamować bądź wręcz blokować proces terapeutyczny. Konieczne są również konsultacje z bardziej doświadczonymi psychoterapeutami, w trakcie których istnieje szansa na przeanalizowanie kierunku terapii i jej właściwości w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Superwizja jest również niezbędna ze względu na optymalizację działań terapeuty, oprócz bowiem obszaru roboczego, ogromną przestrzeń między terapeutą a pacjentem wypełnia budowana nieprzerwanie relacja między nimi. W przestrzeni tej swoje miejsce znajdują przekonania dotyczące siebie, innych oraz świata obu uczestników terapii, ich postawy i emocjonalne nastawienia. O ile pacjent może początkowo ich sobie nie uświadamiać, o tyle terapeuta winien mieć tę samowiedzę stale. Bez umiejętności wyjścia niejako z kręgu własnej perspektywy terapeuta nie jest w stanie obserwować tego, co dzieje się w relacji między nim a pacjentem. A ta przestrzeń jest bogatym źródłem danych do terapii.

Podsumowanie

Współczesna wiedza dotycząca zaburzeń i ich rozumienie w podejściu poznawczo-behawioralnym pozwala terapeutom opracowywać — w odniesieniu do konkretnych pacjentów i konceptualizacji ich problemu — plan terapii dającej możliwość skutecznej pomocy osobom zgłaszającym się po nią. W przypadku pacjentów z zaburzeniem osobowości szczególnie ważne wydaje się uwzględnienie w planie leczenia aspektu relacyjnego. Wiele badań potwierdza rolę relacji terapeutycznej w realizacji celów terapii [11], a związek

dobrej relacji terapeutycznej z wynikami leczenia potwierdzono w wielu odmianach terapii [12]. Pozytywny wynik terapii wiąże się ze stopniem zaangażowania terapeuty i pacjenta we wspólną pracę. Pewne cechy terapeuty (autentyczność, ciepło, empatia, szacunek dla pacjenta, cierpliwość, brak osądów i inne) ułatwiają nawiązanie relacji, niemniej jednak zawsze jest ona efektem pewnego zamierzonego działania i nie powstaje przypadkowo. W CBT relacja terapeutyczna jest koniecznym, aczkolwiek niewystarczającym warunkiem zmiany terapeutycznej. Terapeuta poznawczo-behawioralny oferuje swoiste połączenie efektywnych, opartych na dowodach, technik, które pojawiają się w kontekście relacji terapeutycznej, współpracy empirycznej między pacjentem a terapeutą. Relacja terapeutyczna i techniki terapeutyczne w podejściu poznawczo-behawioralnym nie są oddzielnymi dziedzinami, ale raczej integrującymi aspektami procesu terapeutycznego [11]. „Trzecia fala” CBT mocno zaakcentowała rolę relacji terapeutycznej w procesie leczenia. Jej znaczenie zostało podkreślone w terapii pacjentów w ogóle, a szczególnie w przypadku tych z zaburzeniami osobowości. Podkreślenie roli relacji terapeutycznej w pracy z pacjentami w nurcie poznawczo-behawioralnym stanowi o jego rozwoju i wskazuje ważne punkty w systemie szkolenia terapeutów poznawczo-behawioralnych.

Piśmiennictwo

1. Gelso ChJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: GWP; 2005.
2. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2007.
3. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
4. Chrzastowski S. Sposób ujmowania relacji terapeutycznej w psychoterapii poznawczej. *Psychoter.* 2007; 1: 15–25.
5. Beck A, Alford A. *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Gdańsk: GWP; 2005.
6. Leahy RL. The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Beh. Cogn. Psychother.* 2008; 36: 769–777.
7. Pearsons JB. *Terapia poznawcza w praktyce*. Gdynia: Alliance Press; 2007.
8. Wciórka J, red. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
9. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2005.
10. Linehan M. *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2007.
11. Wright JH, Davis D. The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: patient perceptions and therapist responses. *Cogn. Beh. Pract.* 1994; 1: 25–45.
12. Baer T, Linden M, Langhoff C, Zubaegel D. Therapist–patient alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *J. Cogn. Psychother. Intern. Quart.* 2(1): 68–79.

Adres: ms.psycholog@gmail.com