

Bartłomiej Taurogiński^{1,2}

PIERWSZY POZIOM KONCEPTUALIZACJI W DIALEKTYCZNEJ TERAPII BEHAVIORALNEJ

THE FIRST LEVEL OF CONCEPTUALIZATION IN DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

¹Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej,
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii UJ CM

²Ambulatorium Terapii Rodzin, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**cognitive-behavioral therapy
case conceptualization
dialectical-behavior therapy**

Streszczenie

Umiejętność konceptualizacji problemu pacjenta jest kluczową kompetencją skutecznych psychoterapeutów. Sposoby rozumienia pacjenta i jego problemów różnią się pomiędzy podejściami w psychoterapii i zależą od ram teoretycznych, w obrębie których porusza się terapeuta. Nawet w ramach tak spójnego nurtu terapeutycznego, jakim jest terapia poznawczo-behawioralna (ang. cognitive behavioral therapy — CBT) dostrzegalne są różnice w sposobie budowania rozumienia pacjenta, szczególnie przez terapeutów tzw. III fali. W niniejszym artykule autor przybliża filozofię pracy w dialektycznej terapii behawioralnej stanowiącej właśnie jeden z nurtów terapii poznawczo-behawioralnych. Dokonuje także opisu konceptualizacji na tzw. pierwszym poziomie — tj. rozumienia zgłaszanego problemu pacjenta w kontekście „tu i teraz”. Autor stara się także zarysować podobieństwa i różnice pomiędzy klasycznym modelem poznawczym stosowanym w konceptualizacji CBT (tzw. kajzerką) a modelami stosowanymi w terapii DBT, czyli modelem emocji oraz łańcuchem behawioralnym. Autor wskazuje na obszary, w których konceptualizacja DBT wydaje się wykraczać poza klasyczne ramy konceptualizacji CBT (np. rola impulsów towarzyszących reakcjom emocjonalnym) i w których konceptualizacje te są zbieżne (np. rola zjawisk poznawczych).

Summary

The ability to build a conceptualization of a patient's problem is a key competency of effective psychotherapists. Ways of understanding the patient and his or her problems vary between approaches in psychotherapy and depend on the theoretical framework within which the therapist operates. Even within such a coherent therapeutic approach as cognitive behavioral therapy (CBT), differences are discernible in the way in which the understanding of the patient is constructed, especially by therapists of the so-called third wave. In this article, the author introduces the philosophy of working in dialectical-behavior therapy, which is one of the approaches in the cognitive-behavioral therapies. He also makes a description of how conceptualization is carried out at the so-called first level – i.e.,

understanding the patient's reported problem in the context of the „here and now.” The author also tries to outline the similarities and differences between the classical cognitive model used in CBT conceptualization and the models used in DBT therapy, namely the emotion model and the behavioral chain. Among the many similarities, the author points out areas where DBT conceptualization seems to go beyond the classical CBT conceptualization framework (e.g., the role of impulses accompanying emotional reactions).

Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna (ang. *Cognitive Behavioral Therapy* — CBT) jest modalnością terapeutyczną o ugruntowanej pozycji i znaczeniu pośród wielu podejść psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Fundamenty teoretyczne CBT wywodzą się z kilku różnych źródeł, które przez lata wpływały na siebie, skutkując obecną integracją licznych teorii z zakresu nauk humanistycznych i przyrodniczych. Przewodnią myślą osób rozwijających to podejście terapeutyczne było pozostawanie w jak największej bliskości wobec danych empirycznych płynących z badań naukowych (co skutkowało rozwojem i ciągłym poszerzaniem konstruktów teoretycznych użytecznych w pracy terapeutycznej) oraz bieżące ewaluowanie skuteczności podejmowanych interwencji terapeutycznych. Mariaż CBT z empiryzmem i filozofią nauki nieuchronnie prowadził (i wciąż prowadzi) do rozwoju tego podejścia i jego postępującej integracji [1].

Forma pracy psychoterapeutycznej, znana dzisiaj pod nazwą CBT, ulegała przez lata wielu zmianom i transformacjom. Dzisiejsza CBT zasługuje bardziej na miano „rodziny terapii poznawczo-behawioralnych”, niż pojedynczej modalności terapeutycznej. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w poszerzającym się wachlarzu podejść tzw. trzeciej fali terapii behawioralnych, do którego zaliczają się między innymi terapia akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy* — ACT), terapia poznawcza oparta na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* — MBCT) i dialektyczna terapia behawioralna (ang. *Dialectical Behavior Therapy* — DBT). Wszystkie one, pozostając w łączności z klasycznymi założeniami CBT, w specyficzny dla siebie sposób (w dużym uproszczeniu) koncentrują się na konceptualizacji i leczeniu konkretnych grup pacjentów (np. DBT — pacjenci z osobowością borderline), kładą większy nacisk na konkretny proces terapeutyczny (np. ACT — rozwijanie elastyczności psychologicznej) lub włączają konkretne metody pracy terapeutycznej (np. MBCT — techniki uważności).

W Polsce w ostatnich latach zyskuje na znaczeniu i popularności dialektyczna terapia behawioralna. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie pierwszego poziomu konceptualizacji w ramach tej modalności oraz przybliżenie czytelnikowi niektórych jej założeń. Autor ma nadzieję pokazać podobieństwa (liczne) i różnice (czasem tylko pozorne) pomiędzy tymi dwoma podejściami w psychoterapii poprzez umieszczenie ich w kontekście teorii leżących u podłoża klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej.

Poziomy konceptualizacji w terapii CBT

Podstawowym zadaniem terapeuty dowolnej modalności jest zrozumienie problemów pacjenta. W miarę pojawiania się nowych informacji na jego temat w umyśle terapeuty

pojawiają się hipotezy, które mają wstępnie wyjaśniać i tłumaczyć zgłaszane przez pacjenta trudności. Zbiór pojawiających się hipotez pozostaje w ścisłym związku z założeniami teoretycznymi wyznaczanymi przez terapeutę oraz z modelem psychopatologii, przez pryzmat którego terapeuta stara się zrozumieć, co mówi do niego pacjent. Tworzenie takiej hipotetycznej „mapy” określa się konceptualizacją albo opracowaniem przypadku. W praktyce terapii CBT zwykło się wyróżniać tzw. poziomy konceptualizacji (ang. *levels of conceptualization*). W Polsce upowszechnił się podział zakładający dwa poziomy konceptualizacji: pierwszy — skoncentrowany na opisie tego „co się wydarza” i „jak to się dzieje” oraz drugi — koncentrujący się wokół rozumienia genezy problemów pacjenta, uwzględniający całą gamę innych czynników, takich jak np. uwarunkowania biologiczne pacjenta i jego historia życia [2]. Można powiedzieć, że na pierwszym poziomie konceptualizacji terapeuta z pacjentem zawężają swoją uwagę do jednej, konkretnej chwili lub zdarzenia i próbują, używając języka terapii poznawczo-behawioralnej, stworzyć możliwie najpełniejszy opis tego, co się stało. Dopiero w ramach konceptualizacji na drugim poziomie pacjent z terapeutą tworzą hipotezy na temat tego, dlaczego sposób myślenia lub reagowania pacjenta w danej sytuacji był taki, a nie inny.

Nieco inny podział proponują Kuyken, Padesky i Dudley [3], którzy wyróżnili trzy poziomy konceptualizacji. W ramach pierwszego (*o p i s o w e g o*, ang. *descriptive*) dokonuje się opisu doświadczeń pacjenta zgodnie z językiem terapii poznawczo-behawioralnej, w ramach drugiego (*p r z e k r o j o w e g o*, ang. *cross-sectional*) wyłania się typowe mechanizmy poznawcze i behawioralne będące niejako wspólnym mianownikiem opisów z pierwszego poziomu, a także poszukuje się czynników wyzwających oraz podtrzymujących problemy pacjenta, a w ramach trzeciego (*p o d ł u ż n e g o*, ang. *longitudinal*) podejmuje się próbę zrozumienia problemów pacjenta z uwzględnieniem historii jego życia oraz rozwoju zaburzeń.

W niniejszym opracowaniu autor skupia się na sposobach prowadzenia konceptualizacji pierwszego poziomu, która niezależnie od podziału (na dwa lub trzy poziomy) przebiega na tych samych zasadach i obejmuje ten sam zakres.

Konceptualizacja pierwszego poziomu w klasycznej CBT

Matrycą do prowadzenia pracy terapeutycznej w klasycznym ujęciu CBT jest tzw. model poznawczy, opisujący współzależności pomiędzy procesem myślenia, reakcjami fizjologicznymi ciała, przeżyciami emocjonalnymi a ludzkim zachowaniem.

Pierwsze konceptualizacje wywodzące się od Ellisa i jego terapii nazwanej ostatecznie racjonalno-emotywną terapią behawioralną [4, 5] przedstawiały model poznawczy w formie tzw. poznawczego ABC, w którym konkretne wydarzenie (*A = activating event*), podlega swoistej interpretacji umysłowej zgodnie z wyznaczanymi przez daną jednostkę przekonaniami (*B = beliefs*), prowadząc do spójnego z interpretacją (czy też rozumiałego w jej kontekście) zachowania, przeżywania emocjonalnego i fizjologicznego (*C = consequences*). Mimo podkreślania przez Ellisa wielokierunkowych zależności pomiędzy składnikami modelu oraz jego dalszego rozwoju i niuansowania, model w dalszym ciągu przedstawiany jest w swojej redukcjonistycznej, uproszczonej formie i w takiej przedostaje się

do świadomości psychoterapeutów. Model w tej postaci podkreśla węzłową i najbardziej znaczącą rolę procesów poznawczych w zrozumieniu ludzkich emocji i zachowań, a także ugruntowuje jednocześnie założenie, że procesy poznawcze (B) poprzedzają i niejako determinują emocje i zachowania człowieka (C).

Nieco bardziej złożonym sposobem przedstawienia modelu poznawczego jest rozpropagowany przez Christine Padesky [6] model pięciu czynników, zwany także kajzerką (ang. *hot-cross bun*), składający się z pięciu części składowych — myśli, emocji, zachowania, doznań fizjologicznych i otoczenia — pozostających ze sobą w dwukierunkowych (wzajemnie zwrotnych) zależnościach. Przyglądając się temu modelowi można odnieść wrażenie, że wskazuje on na cyrkularność i złożoną współzależność pomiędzy jego pięcioma składowymi. Procesy poznawcze (pozornie) nie stanowią już jego „centralnej” części, trudno też uznać je za „poprzedzające” czy też „determinujące” pozostałe elementy modelu. Poszczególne jego części składowe przedstawiane są jako równoważne i wzajemnie na siebie wpływające. Autorzy w komentarzu do przedstawianego modelu napisali: „tak samo jak zmiana w którymkolwiek z tych obszarów może spowodować, że poczujesz się gorzej, tak też zmiana w którymkolwiek z tych obszarów może pomóc Ci zacząć czuć się lepiej” (tłum. własne) [6]. Mimo przedstawionych deklaracji szczegółowy opis modelu zawarty w wydanym w roku 1995 podręczniku *Umysł ponad nastrojem* autorstwa Greenbergera i Padesky [7] wskazuje jednak na wyznawany przez autorów prymat poznania nad innymi składnikami modelu, a proponowane przez nich metody pracy terapeutycznej opierają się głównie na pracy poznawczej. Zatem spośród wymienionych przez autorów pięciu czynników, punktem wyjścia (i obiektem zmiany) staje się dla nich czynnik poznawczy.

W pracy ukierunkowanej na zmianę tego czynnika jedną z podstawowych umiejętności, jakie musi zdobyć pacjent, jest umiejętność rozpoznawania swoich myśli automatycznych (tj. mimowolnych, pojawiających się na granicy świadomości interpretacji rzeczywistości). Pozwala to pacjentom na obserwowanie ich wpływu (czy też sposobu interpretowania zdarzeń) na ich emocje i zachowanie. Jeśli pacjent będzie w stanie dostrzec, że sposób jego poznawczego opracowywania rzeczywistości jest zniekształcony (czy też nieadekwatny), to wówczas z pomocą terapeuty będzie mógł dokonać rewizji swojego sposobu myślenia (np. poprzez ocenę prawdziwości automatycznej oceny lub unaocznienie sobie jej zniekształcenia). Dokonywana w ten sposób restrukturyzacja poznawcza przekłada się na zmianę w zakresie pozostałych części składowych modelu.

Czym jest dialektyczna terapia behawioralna?

Początki dialektycznej terapii behawioralnej sięgają lat 80. i związane są z pracą dr Marshy Linehan i jej zespołu badawczo-klinicznego prowadzącego leczenie pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia osobowości borderline (ang. *Borderline Personality Disorder* — BPD). Terapeuci z tego zespołu stosowali początkowo standardowe metody terapii poznawczo-behawioralnej, by po czasie zorientować się, że nie działają one tak dobrze w tej grupie pacjentów, jak oczekiwano. W miarę nabywania doświadczenia i analizowania skuteczności interwencji zespół uzupełniał je o dodatkowe techniki i tworzył nieco odmienną filozofię pracy, by jak najoptymalniej odpowiedzieć na złożone problemy pa-

cjentów z BPD. Efektem prac dr Marshy Linehan i jej zespołu był wydany w 1993 roku podręcznik opisujący metodę pracy [8] wraz z towarzyszącym mu podręcznikiem tzw. treningu umiejętności [9], który doczekał się aktualizacji i nowego, drugiego wydania w roku 2014 [10]. Przetłumaczony na język polski podręcznik został wydany w 2007 roku, a prawie 10 lat później, czyli w 2016 roku na polskim rynku wydawniczym pojawił się podręcznik treningu umiejętności.

Dialektyczna terapia behawioralna cechuje się dużym poziomem pragmatyzmu. Jej twórcy postawili sobie za cel stworzenie skutecznego systemu pomocowego dla pacjentów, wobec których inne sposoby pracy terapeutycznej zawodziły. Pragmatyzm ten doprowadził do tego, że DBT opiera się na licznych konstrukcjach teoretycznych, które łącznie tworzą „dziwną hybrydę” [11]. Jej elementy składowe to zestaw tych sposobów rozumienia i działania, które są skuteczne w leczeniu pacjentów z BPD.

DBT powstała na fundamencie klasycznej CBT. Tak jak ona jest mocno osadzona w duchu empiryzmu opartego na współpracy, korzysta z narzędzi samoobserwacji, a uwaga terapeuty DBT w trakcie sesji w największym stopniu kładziona jest na „tu i teraz”. W procesie konceptualizowania oraz planowania interwencji terapeuty DBT korzysta z teorii dotyczących poznania, uczenia się i koncepcji behawioralnych. DBT jednak, znacznie bardziej niż CBT, opiera się na koncepcjach behawioralnych niż poznawczych. Terapeuta DBT w sposobie rozumienia funkcjonowania człowieka więcej nacisku kładzie na rolę warunkowania klasycznego oraz instrumentalnego, pacjenci uczestniczący w terapii uczą się zasad skutecznej zmiany zachowania, a ich zachowania problemowe rozpatrywane są w kontekście wzmocnień.

Jednym z podstawowych założeń terapii jest przyjęcie przez terapeutę „dialektycznego ujęcia natury rzeczywistości i zachowania człowieka” [8] i nauczenie go pacjenta. Koncepcja „myślenia dialektycznego” jest dość zniuansowana i jej wyjaśnienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Ujmując rzecz w skrócie: myślenie dialektyczne jest trzecią opcją obok myślenia uniwersalistycznego („istnieje prawda absolutna i ostateczny porządek”) i relatywistycznego („prawda jest tylko w oku patrzącego”) i zakłada, że prawda i porządek ewoluują i rozwijają się w czasie. Myślenie to wymaga „zdolności do przekraczania skrajności i, zamiast tego, do postrzegania rzeczywistości jako złożonej i wieloaspektowej, do wyznawania sprzecznych poglądów i punktów widzenia oraz do ich jednoczenia i integrowania, do znajdowania upodobania w zmienności i niekonsekwencji oraz do rozpoznawania, że każdy wszechogarniający punkt widzenia zawiera swoje przeciwieństwo. Gdy ktoś utknie podczas zastanawiania się nad problemem, podejście dialektyczne będzie polegało na rozważeniu tego, co zostało zagubione lub jak sztucznie zawężono granice czy uproszczono problem” [8].

Dialektyczne ujęcie procesu terapeutycznego nakazuje również równoczesne stosowanie dwóch, pozornie sprzecznych strategii terapeutycznych, takich jak akceptacja (wyrażająca się zrozumieniem i uprawomocnieniem doświadczenia pacjenta) i zmiana (wyrażająca się uczeniem pacjenta stosownych umiejętności i rozwiązywaniem życiowych problemów). Światopogląd dialektyczny podkreśla znaczenie wzajemnego powiązania (ang. *interconnectedness*) i całościowości (ang. *wholeness*) rzeczywistości. Jest to punkt stykowy z filozofią buddyzmu zen, która jest kolejnym filarem, na którym opiera się omawiane podejście terapeutyczne. Stąd w programie terapeutycznym kładzie się duży

nacisk na rozwijanie umiejętności uważności (ang. *mindfulness*) oraz akceptacji rzeczywistości (np. nieuchronności śmierci lub niezmienności przeszłości, w tym przeszłości traumatycznej). Kompetencje te stają się podstawowym zasobem pacjenta, pomocnym w przyjęciu nieoceniającej postawy wobec rzeczywistości, która jest kluczowa w procesie regulowania pobudzeń emocjonalnych.

DBT inkorporuje także koncepcje z kręgu psychologii emocji. Emocje (obok wzmocnień) są postrzegane jako istotne czynniki sterujące ludzkim zachowaniem. Wydaje się to szczególnie istotne z tego względu, że pacjenci cierpiący na BPD doświadczają licznych równoczesnych pobudzeń emocjonalnych, których sami często nie są w stanie adekwatnie rozpoznać. Terapeuci wskazują na istotność rozróżnienia pomiędzy emocjami pierwotnymi, będącymi zrozumiałymi w danym kontekście reakcjami emocjonalnymi (np. smutek w odpowiedzi na utratę lub złość w odpowiedzi na niespełnienie potrzeby), a emocjami wtórnymi, będącymi emocjonalną odpowiedzią na pierwotne reakcje emocjonalne (np. lęk przed lękiem lub wstyd z powodu złości).

Konceptualizacja pierwszego poziomu w terapii DBT

Behawioryzm

Konceptualizacja pierwszego poziomu w terapii DBT prowadzona jest z użyciem języka behawioralnego, który opisuje rzeczywiste zachowanie pacjenta w taki sposób, jakby opisywał je będący świadkiem danej sytuacji zewnętrzny obserwator. Takie prowadzenie konceptualizacji utrudnia formułowanie sądów wartościujących na temat zachowania oraz powstrzymuje przed dokonywaniem założeń czy też interpretacji na temat motywu lub funkcji zachowań prezentowanych przez pacjenta. DBT w przeciwieństwie do radykalnego behawioryzmu integruje podejście behawioralne z różnymi dziedzinami psychologii (poznawczą, rozwojową, biologiczną, osobowości) i koncepcyjnie zbliża się do behawioryzmu psychologicznego opisanego przez Arthura Staatsa [12]. Sprawia to, że behawioralny język stosowany w DBT obejmuje także opis innych niż zachowanie czynników, takich jak myśli, uczucia i doznania fizjologiczne. Zbliża się on zatem do fenomenologicznego, nieoceniającego opisu zjawisk będących relacjonowanym doświadczeniem pacjenta.

W celu dokonania behawioralnego opisu terapeuci DBT przeprowadzają z pacjentami tzw. łańcuchową analizę behawioralną (ang. *behavioral chain analysis* — BCA) polegającą na wyłonieniu wszystkich możliwych części składowych danego zachowania ułożonych w sekwencję czasową (jak ogniwa łańcucha). W rękach terapeuty DBT jest to podstawowe narzędzie służące do oceny ludzkiego zachowania. Podstawowym celem każdej analizy pojedynczego łańcucha jest uzyskanie wyjątkowo klarownego opisu sekwencji zdarzeń, prowadzących do jednorazowego wystąpienia zachowania problemowego oraz opisu konsekwencji, jakie po nim nastąpiły. Osiągnięcie tego celu zwykle wymaga włożenia sporego wysiłku w ukierunkowaniu pacjenta na taki sposób przedstawiania wydarzeń. Na ogół pacjenci chcą „opowiadać historie” o czymś, co się wydarzyło (niekoniecznie w sposób linearny) i skupiają się na elementach, które uważają za ważne, niezależnie od ich rzeczywistego przyczynku do wystąpienia zachowania problemowego. Analiza łańcuchowa

zapewnia strukturę dla prowadzenia bieżącej oceny pozwalającej terapii i pacjentowi na uzyskanie istotnych informacji, aby zrozumieć przyczyny i czynniki podtrzymujące występowanie zachowania problemowego.

Należy podkreślić, że analizę łańcuchową zachowania prowadzoną w ramach DBT wyróżniają takie same elementy składowe jak model pięciu czynników Christine Padesky, tj. zachowania (działania), reakcje fizjologiczne (doznania cielesne), myśli (elementy poznawcze), uczucia (emocje) oraz wydarzenia zewnętrzne (otoczenie), ale także wyróżniają ją elementy dodatkowe (np. impulsy do działania czy zachowania odzwierciedlające dylematy dialektyczne). Każdy z tych czynników może stanowić zawartość konkretnego ogniwa łańcucha i w analizie behawioralnej będzie uznawany za szeroko pojmowany behavior.

W analizie łańcuchowej wyróżnia się pięć rodzajów ogniw. W pierwszym i najważniejszym etapie analizy łańcuchowej wyłania się ogniwo zwane z a c h o w a n i e m p r o b l e m o w y m (z uwagi na to, że pacjenci nie zawsze uważają analizowane zachowania za problemowe, niektórzy terapeuci postulują, by zamiast tego sformułowania używać zwrotu *target behavior*, które na język polski może zostać przełożone jako zachowanie analizowane lub zachowanie modyfikowane) i uzyskuje się jego jasną definicję [13]. W kolejnym etapie zaleca się poszukiwanie ogniwa będącego z d a r z e n i e m p o b u d z a j ą c y m (ang. *prompting event*). Jest to takie zdarzenie, które wydaje się przyczyną (lub „iskrą”) dla analizowanego zachowania (tj. gdyby zabrakło ogniwa ze zdarzeniem pobudzającym, w łańcuchu nie wystąpiłoby ogniwo z zachowaniem problemowym). W trzeciej kolejności analizie poddaje się ogniwa będące t z w. c z y n n i k a m i p o d a t n o ś c i, czyli zmiennymi, które mogły uczynić pacjenta bardziej podatnym na wystąpienie skutków zdarzenia pobudzającego w tym konkretnym przypadku (takimi czynnikami podatności mogą być brak snu, głód, objawy nieleczonej choroby fizycznej, ból, niezazywanie leków). Za czynniki podatności uznaje się także wydarzenia życiowe, które doprowadzają do przecięcia lub nadwyrężenia pacjenta (np. utrata pracy w ostatnim czasie lub rozstanie z bliską osobą). Pomocne w ustaleniu czynników podatności może być zadanie pytania: „Dlaczego omawiane zachowanie wystąpiło akurat danego dnia, skoro taki sam czynnik pobudzający występuje w życiu pacjenta na co dzień?”.

Czwartym rodzajem ogniw są tzw. p o w i ą z a n i a (ang. *links*) lub po prostu o g n i - w a, czyli te części składowe łańcucha, które występują pomiędzy zdarzeniem pobudzającym a analizowanym zachowaniem. Jest to miejsce na poszukiwanie wszelkich myśli, impulsów, emocji, ukrytych zachowań (ang. *covert behavior*) i innych zjawisk będących doświadczeniem pacjenta. W tym miejscu dochodzi także do istotnej pracy wglądowej, w ramach której pacjent ma szansę zobaczyć, że jego zachowanie pojawia się w określonym kontekście i pod wpływem określonych zjawisk. Ostatnim, piątym rodzajem ogniw są o g n i w a b ę d ą c e k o n s e k w e n c j a m i d a n e g o z a c h o w a n i a. Analiza w tym miejscu poświęcona jest zidentyfikowaniu czynników, które mogą działać jako czynniki wzmacniające dane zachowanie, co w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo jego ponownego wystąpienia w przyszłości. Terapeuci DBT zwracają szczególną uwagę na te konsekwencje, które występują bezpośrednio po zachowaniu problemowym (np. uczucie siły i kontroli pojawiające się po zachowaniu agresywnym jest większym wzmocnieniem niż występująca później kara w formie poczucia winy).

Łącznie te pięć rodzajów ogniw składa się na pełną analizę behawioralną pojedynczego zachowania problemowego pacjenta. Stworzony z pacjentem łańcuch może zawierać pięć ogniw, a w złożonych przypadkach nawet ponad sto. Analiza może zająć od kilku minut aż do kilku godzin. Taki sposób przyglądania się zachowaniom pacjenta prowadzi co najmniej do kilku celów, z czego najważniejszym jest jak najefektywniejsze znalezienie rozwiązań, które zmniejszą prawdopodobieństwo wystąpienia danego zachowania w przyszłości. Jednocześnie analiza behawioralna traktowana jest w DBT jako narzędzie wglądu oraz sposób na poprawę kompetencji w zakresie rozpoznawania i nazywania emocji. Pozwala także na wyłonienie tych ogniw łańcucha, które wzmacniają i podtrzymują występowanie danego zachowania.

Model emocji

Terapeuci DBT, w ramach prowadzenia konceptualizacji pierwszego poziomu, korzystają — oprócz analizy behawioralnej — także z modelu emocji. Co ciekawe, model ten rzadziej wykorzystywany jest w sesjach indywidualnych, a pacjenci uczą się go podczas treningu umiejętności (tj. grupowych spotkań psychoedukacyjno-treningowych, podczas których pacjentów uczy się umiejętności DBT potrzebnych do zaangażowania się w leczenie i wprowadzanie zmian w życiu). Znajomość modelu emocji i kompetentne poruszanie się w jego obrębie uznawane jest za jedną z umiejętności terapeutycznych nabywanych w module „regulacja emocji”. Model emocji w wielu swoich aspektach przypomina opisany wcześniej model pięciu czynników (czyli tzw. kajzerkę), jest jednak nieco bardziej skomplikowany. Więcej uwagi w modelu poświęcono emocjom, które zajmują w nim miejsce centralne.

Konceptualizacja pierwszego poziomu prowadzona w ramach DBT w sposób szczególny podkreśla rolę pobudzenia emocjonalnego jako zmiennej odgrywającej główną rolę w zrozumieniu fenomenologii doświadczenia pacjenta. W odróżnieniu od klasycznej CBT model, na którym opierają się terapeuci DBT, nieco ostrożniej podchodzi do postulowanej w klasycznej CBT antecedenencji procesów poznawczych wobec pozostałych składników modelu. Zgodnie z modelem emocji, element poznania (interpretacje, myśli automatyczne) nie musi być zawsze uchwytny jako zmienna pośrednicząca pomiędzy czynnikiem wyzwalającym a emocją (jak to się dzieje np. w reakcji typu „walcz–uciekaj” lub w przypadku tzw. wyuczonych emocji).

Procesy poznawcze w modelu emocji DBT ujmowane są w dwojaki sposób: (1) jako czynnik wyzwalający daną reakcję emocjonalną (np. interpretacja sytuacji prowadząca do doznania smutku; podobnie jak w liniowym modelu ABC przedstawianym wcześniej), ale także jako (2) poznawcza składowa reakcji emocjonalnej (czyli oceny i osądy na temat rzeczywistości, które są spójne z aktualnym stanem emocjonalnym i generowane są przez pacjenta w sytuacji pobudzenia emocjonalnego). Terapeuci DBT dostrzegają tutaj niezwykle problematyczną pętlę sprzężenia zwrotnego dodatniego mogącą doprowadzić do istotnej dysregulacji emocjonalnej lub kryzysu psychicznego (tj. początkowa interpretacja rzeczywistości uruchamia reakcję emocjonalną, która zwrótnie zniekształca procesy poznawcze, nasilając z kolei zwrótnie reakcję emocjonalną itd.).

DBT przedstawia reakcje emocjonalne jako „zintegrowane reakcje całego systemu” angażujące liczne podsystemy [8]. To, co Padesky w modelu pięciu czynników konceptualizuje rozdzielnie (myśli, emocje, fizjologia, zachowanie), Marsha Linehan widzi jako części składowe reakcji emocjonalnej organizmu: (1) zmiany biologiczne/fizjologiczne w ciele, takie jak zmiany neurochemiczne w obrębie układu nerwowego, zmiany przepływu krwi lub zmiany napięcia mięśniowego, (2) swoiste doznania angażujące system poznawczy, takie jak np. uczucie „motyli w brzuchu” lub „czerwienienia się”, ale też fenomenologiczne „doświadczenia emocjonalne”, (3) towarzyszące tym doznaniom impulsy do działania, które są specyficzne i charakterystyczne dla konkretnej emocji (np. impuls do ucieczki w przypadku strachu oraz impuls do ukrycia się w przypadku wstydu), (4) pozawerbalne formy ekspresji emocjonalnej, takie jak wyraz twarzy, mowa ciała, tembr głosu oraz (5) zachowanie powodowane reakcją emocjonalną.

Opisane spojrzenie na reakcje emocjonalne umożliwia wdrożenie różnorodnych strategii regulujących emocje, takich jak np. wpływanie za pomocą temperatury, oddychania lub wysiłku fizycznego na fizjologiczną komponentę emocji w celu zmniejszenia jej nasilenia, odwracanie uwagi od doznań emocjonalnych w celu niepogarszania swojej sytuacji, umyślna zmiana postawy i mowy ciała w celu wywołania zmiany odczuwanej emocji, uważne rozdzielanie impulsu do działania od samego działania dla podkreślenia, że nie są one tożsame oraz celowe działanie w sposób przeciwny do odczuwanego impulsu. Stosowane są oczywiście również techniki poznawcze wsparte technikami uważności w celu sprawdzenia faktów i zmiany emocjonalnego sposobu myślenia na bardziej zrównoważony.

Niezwykle istotną koncepcją w terapii DBT jest koncepcja rozróżniająca emocje pierwotne od emocji wtórnych, w której emocje pierwotne określane są jako „początkowe reakcje na wydarzenie [...] silne, szybko pojawiające się emocje niewymagające przemyślenia tego, co następuje” [14, str. 145], a emocje wtórne jako „emocjonalne reakcje na pierwotne emocje. Wtórne uczucia można też nazwać uczuciami powstałymi w odpowiedzi na uczucia” [14, str. 145]. W obliczu tego wspólnym zadaniem terapeuty i pacjenta jest kierowanie uwagi terapeutycznej na prawomocną emocję pierwotną i wspieranie ekspresji pierwotnych emocji w miejsce ekspresji wtórnych emocji.

Różnice pomiędzy CBT a DBT

Praca terapeutów CBT koncentruje się wokół wydobywania myśli automatycznych pacjentów, ich wspólnej ewaluacji oraz wdrażania zmian w sposobie myślenia, co przekłada się na zmianę funkcjonowania emocjonalnego i behawioralnego. Jedną z podstawowych umiejętności (obok rozpoznawania myśli automatycznych) jest dostrzeganie ich zniekształcenia — to jest sposobu, w jaki myślenie odbiega od faktów.

Terapeuci DBT zwracają natomiast uwagę na to, by nie postrzegać myślenia pacjentów jako „błędnego”, „zniekształconego” lub „nieadaptacyjnego” [15], ale by podejmować ciągły wysiłek w poszukiwaniu ziarna prawdy w ich sposobie myślenia [8]. Poświęcają wiele uwagi temu, by uprawomocnić doświadczenia pacjenta, to jest zakomunikować mu, że jego sposób myślenia, odczuwania i zachowania jest zrozumiały, jeśli umieści się go w odpowiednim kontekście lub jeśli poświęci mu się dostatecznie dużo uwagi i od-

kryje niewidziane dotąd aspekty całości. Uprawomocnienie mocno kontrastuje wówczas z dokonywanym przez pacjentów samounieważnieniem oraz doświadczanym przez nich unieważnieniem przez najbliższe otoczenie uznające reakcje pacjenta za nieodpowiednie lub niezrozumiałe [16]. Nie oznacza to oczywiście, że terapeuci DBT zrezygnowali z interwencji polegających na restrukturyzacji poznawczej typowej dla CBT, niemniej ma ona miejsce dopiero wtedy, gdy doświadczenie pacjenta zostanie w pierwszej kolejności przedstawione jako zrozumiałe i sensowne.

W modelu emocji nauczanym w DBT zwraca się uwagę na rolę impulsów towarzyszących doznaniom emocjonalnym, podczas gdy klasyczna CBT wydaje się pomijać analizę tego zjawiska. Zgodnie z założeniem modelu emocji każdemu doznaniu emocjonalnemu towarzyszą typowe dla tego doznania impulsy, które w świetle funkcji danej emocji oraz uzasadnień ewolucyjnych mają głęboki sens (np. impuls do ataku w przypadku złości lub impuls do ukrycia się w przypadku wstydu). Ważnym podkreśleniem dokonywanym przez terapeutów jest rozróżnianie pomiędzy impulsem do zachowania a samym zachowaniem, co pozwala na skuteczne uprawomocnianie doświadczenia pacjenta i wdrażanie umiejętności, np. niereagowania pod wpływem impulsu lub reagowania przeciwnego do impulsu.

W terapii DBT refleksji poddawana jest także społeczna funkcja emocji. Emocje, zgodnie z teoriami, którymi posiłkuje się ta modalność terapeutyczna, postrzegane są jako formy ekspresji, zawierające w sobie informację odczytywaną przez otoczenie. Ważna zatem staje się analiza tej ekspresji oraz reakcji otoczenia na nią — czy ekspresja jest adekwatna czy nieadekwatna oraz czy spotyka się z uprawomocnieniem czy unieważnieniem.

Na koniec warto także dodać, że DBT określana jest mianem terapii opartej na zasadach (ang. *principle driven*), podczas gdy CBT zwyczajowo przyjmuje formę terapii opartej na protokole (ang. *protocol-driven*). Oznacza to, że przebieg sesji terapeutycznej w przypadku terapii DBT nie jest z góry ustalony jakimś specyficznym scenariuszem, a terapię często porównuje się z tańcem, w którym każdy wykonywany ruch jednej osoby uzależniony jest od ruchów wykonywanych przez drugą osobę. Praca terapeutyczna zatem polega na realizowaniu pewnych strategii i zasad, które na bieżąco dostosowuje się do sytuacji terapeutycznej.

Podsumowanie

Dialektyczna terapia behawioralna koncepcyjnie wywodzi się z klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, ale w większym stopniu kładzie nacisk na koncepcje behawioralne niż poznawcze. Oprócz wielu podobieństw do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, dialektyczna terapia behawioralna dodatkowo wplata idee i praktyki zaczerpnięte z filozofii dialektycznej oraz buddyźmu zen. Wnikliwa analiza sposobu konceptualizacji pierwszego poziomu w ramach terapii DBT wskazuje na duży poziom spójności ze sposobem konceptualizacji w klasycznej terapii CBT. Cechuje się ona jednak większym naciskiem na uprawomocnienie doświadczeń pacjenta (co oczywiście nie oznacza, że terapeuci CBT nie uprawomocniają doświadczeń swoich pacjentów), obejmuje większą liczbę czynników branych pod uwagę w trakcie analizy (np. impulsy do działania czy społeczny wymiar

ekspresji emocji) oraz przedstawiana jest w linearnej (choć wciąż uwzględniającej procesy cyrkularne) formie.

Piśmiennictwo

1. Hayes SC, Hofmann SG, red. Process-based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2018.
2. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo PARADYGMAT; 2008.
3. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative case conceptualization: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. New York: The Guilford Press; 2008.
4. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962.
5. Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. Arch. Gen. Psychiatry 1964; 10(6): 561–571.
6. Padesky C, Mooney K. Presenting the cognitive model to clients. Int. Cogn. Ther. Newsletter 1990; 6: 13–14.
7. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients. New York: Guilford Press; 1995.
8. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
9. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
10. Linehan MM. DBT skills training manual. Wyd. 2. New York: Guilford Press; 2014.
11. Palmer RL. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Adv. Psychiatr. Treat. 2002; 8(1): 10–16.
12. Staats AW. Behavior and personality: psychological behaviorism. New York: Springer Publishing Company; 1996.
13. Rizvi SL. Chain analysis in dialectical behavior therapy. New York: The Guilford Press; 2019.
14. McKay M, Wood JC, Brantley J. Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Praktyczne ćwiczenia rozwijające uważność, efektywność interpersonalną, regulację emocji i odporność na stres. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
15. van Dijk S. DBT made simple: a step-by-step guide to dialectical behavior therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2013.
16. Swales MA, Heard HL. Dialectical behaviour therapy: distinctive features. London and New York: Routledge; 2017.

Adres: bartlomiej.tauroginski@uj.edu.pl

