

TRUDNOŚCI W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ W PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ. TERAPIA DIALEKTYCZNA MARSHY M. LINEHAN W PRACY Z OSOBOWOŚCIĄ Z POGRANICZA

DIFFICULTIES IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. MARSHA M. LINEHAN'S DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY IN WORK WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Pracownia Psychologiczna Pebe, Gdynia

**cognitive psychotherapy
borderline personality
disorder
psychotherapeutic
processes**

W artykule zostały przedstawione wybrane aspekty dialektycznej terapii behawioralnej, mające największe znaczenie dla zrozumienia relacji terapeutycznej. Dialektyczna terapia behawioralna (DBT) stworzona przez Marszę Linehan w 1987 r. łączy behawioryzm z filozofią buddyjską i opiera się na teorii biospołecznej. Relacja terapeutyczna powinna uwzględniać balansowanie terapeuty pomiędzy dwoma biegunami: akceptacją, empatią i „uprawomocnieniem” pacjenta a konfrontacją, zmianą, szanowaniem potrzeb terapeuty przez pacjenta. Autorka opisuje zastosowanie DBT w terapii osób z osobowością z pogranicza.

Summary: According to popular opinions therapeutic relationship doesn't play a significant role in cognitive-behavioral therapy. Furthermore it is frequently assumed that cognitive therapist doesn't pay attention to processes taking place during the session, focuses solely on a realization of an earlier planned protocol and convinces patient to rational thinking minimizing the role of emotions. Contrary to this beliefs CBT therapists often focus on a therapeutic relationship and use it in a process of treatment. This applies especially to personality disorders. The aim of this paper is to present a therapy falling into the third wave of CBT — dialectical behavior therapy of Marsha Linehan (*dialectical behavior therapy* — DBT) — emphasizing unappreciated and curing aspects of a relationship between patient and therapist. DBT therapist discusses with a patient important matters in their relationship, is responsive and flexible during the session and concentrates on a work with emotions of a patient. In this paper are discussed: the theoretic model of a borderline personality disorder according to DBT, basic assumptions of therapy, contingency management, methods of limits setting, possible difficulties of a therapist and ways of dealing with them.

Zagadnienia związane z osobowością typu borderline są dobrze zbadanym i opracowanym obszarem ze względu na trudności, które pojawiają się w przebiegu terapii, oraz na obciążenie systemu opieki zdrowotnej i społecznej przez osoby z tym rozpoznaniem. Jednocześnie wciąż częste jest przekonanie, że terapia poznawczo-behawioralna nie jest odpowiednia do leczenia zaburzeń osobowości, ponieważ jest „płytką”, „wąską”, „specjalistyczna” oraz nie przywiązuje zbyt wielkiej wagi do relacji terapeutycznej [1]. Celem niniejszego artykułu jest polemika z tym ostatnim stwierdzeniem. W pracy zostaną przedstawione wybrane aspekty dialektycznej terapii behawioralnej — te, które mają największe znaczenie dla zrozumienia relacji terapeutycznej.

Dialektyczna terapia behawioralna jest odmianą terapii poznawczo-behawioralnej stworzoną przez Marshę Linehan w roku 1987 [2] i rozwijaną do dziś. Linehan jest badaczką amerykańską, która początkowo skupiała się na pracy z pacjentami z tendencjami samobójczymi oraz na terapii behawioralnej — treningu asertywności. Na podstawie wniosków ze swojej praktyki terapeutycznej, badań oraz osobistych doświadczeń stworzyła terapię łączącą behawioryzm z filozofią buddyjską, opartą na uważności, akceptacji emocji i łączeniu przeciwieństw. Podobnie jak to jest w terapii poznawczo-behawioralnej, także DBT przywiązuje dużą wagę do empirycznej weryfikacji skuteczności. Jest terapią zalecaną przez NICE (National Institute for Health and Care Excellence) w Wielkiej Brytanii, szczególnie w odniesieniu do kobiet z problemem nawracających samouszkodzeń.

Według definicji Gelso i Hayesa [3, s. 17] relacja terapeutyczna to „wzajemne uczucia i postawy w relacji klient—terapeuta, a także sposób ich wyrażania”. Autorzy zakładają, że w terapii poznawczo-behawioralnej: (1) Relacja jest drugorzędna w stosunku do techniki, jest tylko warunkiem wstępnym do prowadzenia terapii, nie jest czymś centralnym, jest środkiem, a nie celem samym w sobie, (2) Raczej nie jest źródłem treści poruszanych w trakcie terapii, (3) Analiza przeniesienia nie odgrywa znaczącej roli, (4) Przeciwprzeniesienia raczej się nie analizuje, a na pewno nie jest ono źródłem informacji o pacjencie, (5) Terapeuta ma dużą władzę w relacji.

Podstawową cechą relacji terapeutycznej w DBT jest brak założenia, że zachowania, które prezentuje pacjent wobec terapeuty, są dla tegoż pacjenta w pełni reprezentatywne i obrazują jego zachowanie w zewnętrznym świecie. Stąd przyjmuje się, że rozwiązanie problemów w tej relacji oraz jej analizowanie nie będzie wystarczające do pełnej zmiany u pacjenta. Alford i Beck [4] oraz Popiel i Pragłowska [1] akcentują również, jak ważne w psychoterapii poznawczo-behawioralnej są szacunek dla pacjenta oraz jego akceptacja jako osoby. To te cechy sprawiają, że emocje przeciwprzeniesieniowych nie uważa się za rzetelne źródło informacji o pacjencie (emocje te przecież mogą wynikać z cech terapeuty) oraz szanuje się jego punkt widzenia. Empatia, wspólne ustalanie celów, a nie narzucanie ich pacjentowi, autentyczność i elastyczność terapeuty, zaufanie do pacjenta, operowanie na „surowych danych”, czyli jego słowach, a nie dopowiedzeniach własnych terapeuty — wszystko to składa się na dobrą relację terapeutyczną, która jest warunkiem koniecznym udanej terapii.

W dalszej części artykułu na przykładzie dialektycznej terapii behawioralnej zostanie podjęta próba weryfikacji założeń Gelso i Hayesa.

Model osobowości z pogranicza

Aby lepiej zrozumieć relację między terapeutą a pacjentem, niezbędne jest przedstawienie modelu zaburzenia, jakim operuje DBT.

Dialektyczna terapia behawioralna Marshy Linehan opiera się na stworzonej przez nią **teorii biospołecznej** [5, 6]. Zaburzenie z pogranicza rozumie się w niej jako efekt interakcji czynników biologicznych oraz środowiskowych. Pacjenci z osobowością borderline mają ponadprzeciętnie reaktywny układ nerwowy o niskim progu pobudzenia. Emocje są wyzwalane łatwo i długo się utrzymują. Do takiego stanu rzeczy mogą przyczyniać się czynniki genetyczne, czynniki zaistniałe w okresie płodowym (używanie substancji psy-

choaktywnych przez matkę w czasie ciąży, doświadczanie przez nią stresu), traumatyczne wydarzenia z okresu niemowlęcego i poniemowlęcego. Istnieją dane (Cowdry, 1985, za: [5]) mówiące, że u niektórych osób z osobowością z pogranicza w sposób nieprawidłowy funkcjonuje układ limbiczny odpowiadający za regulację emocji. Teoria biospołeczna pokrywa się z tezami stawianymi przez Allana Schore'a [7], który dowodzi, że w okresie pre- i postnatalnym rozwija się, w zależności od doświadczenia, prawa półkula mózgu odpowiadająca za regulację emocji. Znaczne zaniedbania lub doświadczenie przemocy w tym okresie prowadzą do zmian strukturalnych w układzie nerwowym oraz zaburzeń wzbudzenia układu autonomicznego.

Nie u wszystkich osób biologicznie podatnych wykształcą się cechy zaburzenia z pogranicza. Według Linehan w znacznym stopniu przyczynia się do tego tzw. **unieważniające środowisko**. Stanowią je rodziny, w których doświadczenia osobiste dzieci są trywializowane, odrzucane, lekceważone czy też podlegają karze. W rodzinach zaniedbujących, typu „chaotycznego” (wg typologii Linehan [5]) rodzice sami często cierpią na zaburzenia osobowości lub choroby psychiczne, nadużywają substancji psychoaktywnych, stosują przemoc lub dopuszczają się molestowania seksualnego. Nie są zdolni do zaspokojenia podstawowych potrzeb swoich dzieci, stąd ich emocje są zazwyczaj przeoczane i unieważniane lub spotykają się z gniewną reakcją rodziców. Dziecko uczy się, że swoje doświadczenie emocjonalne musi stłumić bądź wyescalować je do skrajnych rozmiarów. Podobne mechanizmy kształtują się u dziecka z rodziny typu „doskonałego” [5], w której doświadczenie emocji jest oznaką słabości, złej woli, braku kompetencji, niedostatku dyscypliny lub motywacji.

Marsha Linehan podkreśla, że zaburzenie z pogranicza szczególnie często występuje u kobiet. W związku z tym DBT była testowana wyłącznie w ich grupach i tylko do nich ogranicza się baza dowodowa. Hipotetyczne przyczyny częstszego występowania BPD u kobiet to występujące w większej mierze w tej grupie doświadczenia unieważniające: molestowanie seksualne, dyskryminowanie w naszej kulturze kobiecego, zależnego stylu interpersonalnego oraz karanie dziewczynek za cechy trudnego, „niekobiecego” temperamentu. Podobnie jak Marsha Linehan, będę się zatem posługiwała określeniem „pacjentka”, a nie „pacjent”.

W rodzinach zaniedbujących, „doskonałych” czy w przypadku molestowania — unieważniające środowisko przyczynia się do utraty zaufania do osobistych interpretacji wydarzeń i odczuć oraz do nieumiejętności radzenia sobie z nimi (regulacji emocji). Jeśli dodamy do tego silną, uwarunkowaną biologicznie reaktywność emocjonalną, to otrzymamy jednostkę, która oscyluje między całkowitym tłumieniem emocji a zupełnym brakiem kontroli nad nimi i nad swoimi skrajnymi zachowaniami. Umiejętne czerpanie z obu tych biegunów bez popadania w skrajności to właśnie dialektyka obecna w DBT.

Podstawowe założenia dotyczące terapii i relacji terapeutycznej

Terapia osobowości z pogranicza różni się od terapii zaburzeń z osi pierwszej. W przypadku tych ostatnich zazwyczaj nie dochodzi do większych trudności we współpracy. Pacjenci mają jasno określone problemy, akceptują autorytet terapeuty oraz wykazują motywację i zasoby potrzebne do zmiany. W terapii zaburzeń osobowości, a szczególnie pacjentek z BPD, nacisk położony jest na kilka nowych elementów, wśród których należy wyróżnić poniższe:

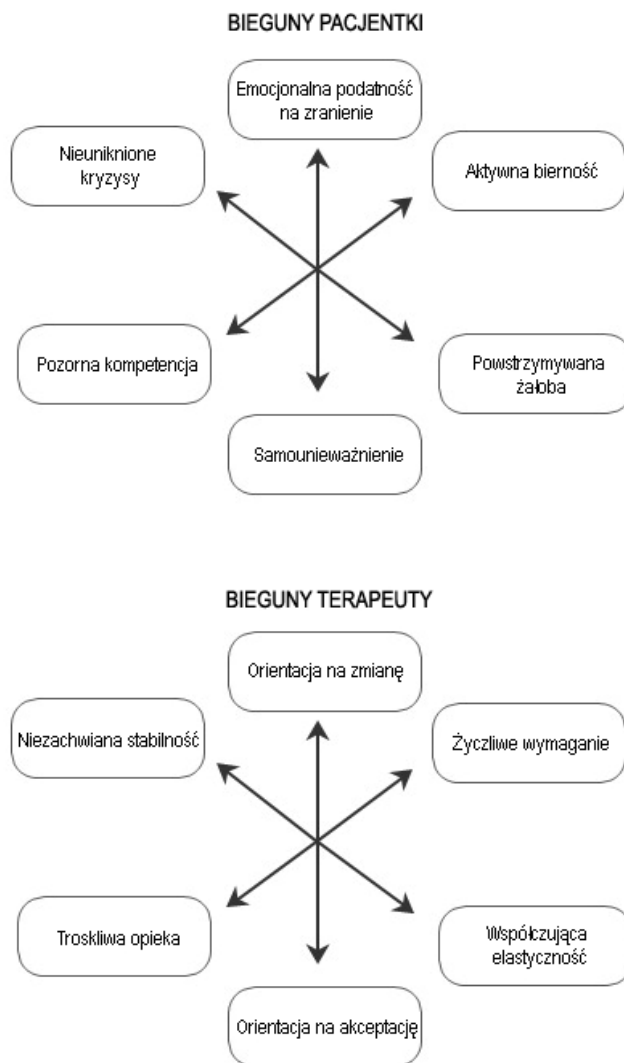
1. Linehan [5] akcentuje wagę akceptacji pacjentek. Zakłada ona, że „pacjentki radzą sobie najlepiej, jak mogą” oraz „**pacjentki chcą poprawy swego stanu**”. Jest to istotne z uwagi na fakt, że kilkuletnia terapia osób z BPD zazwyczaj bywa frustrująca dla terapeuty i łatwo założyć, że pacjentka się nie stara. Takie stwierdzenie może być jednak bardzo unieważniające oraz pokrywać się z tendencją do samokrytyki u pacjentki. Według filozofii dialektycznej terapii behawioralnej przyczyną niepowodzeń nie są deficyty motywacyjne, lecz strach, wstyd, brak praktyki w ćwiczeniu nowych zachowań, błędne przekonania, krótkoterminowe wzmocnienia niekorzystnych zachowań. Zakładanie, że pacjentka podświadomie nie chce się zmienić, jest według Linehan błędem logicznym i przeszkodą po stronie terapeuty.
2. **Porażka w terapii nie jest spowodowana niedostatkami motywacji** [5]. Jeśli pacjentki przerywają terapię lub ich stan nie ulega poprawie, czy wręcz się pogarsza, oznacza to najczęściej, że terapia nie była prowadzona prawidłowo lub była nieskuteczna. Natomiast jeśli faktycznie występuje deficyt motywacji, to zadaniem terapii jest wzmocnianie jej — co będzie opisane szerzej w części „Nagradzanie i karanie w relacji terapeutycznej (sterowanie uwarunkowaniami)”.
3. **Terapeuta potrzebuje stałej superwizji** i wsparcia zespołu [5]. Ze względu na czas trwania terapii i wyzwania, jakie stawia, terapeutom trudno jest utrzymać postawę terapeutyczną. Dlatego jego własne emocje oraz trudności w terapii powinny być analizowane wspólnie.

Zmieniać czy akceptować? — dialektyczne dylematy terapeuty

Jak wspomniałam, terapeuta pracujący według wytycznych dialektycznej terapii behawioralnej ma za zadanie zmienić podejście pacjenta do przeżywania emocji. Z jednej strony pożądanym jest, by pacjentka tolerowała je i potrafiła przeżywać, z drugiej — by umiała podjąć działania rozwiązujące problemy i łagodzące emocje. Pojawia się tu znaczna trudność w relacji terapeutycznej, ponieważ terapeuta zachęcający do działań może unieważniać uczucia pacjentki, a ten, który wyłącznie akceptuje — nie przyczyniać się do poprawy stanu osoby z BPD. Dlatego istotą terapii dialektycznej jest umiejętne balansowanie między tymi biegunami. Na rys. 1 — na następnej stronie — zostały przedstawione dialektyczne bieguny pacjentki i terapeuty, z których najważniejsze to akceptacja vs zmiana.

Jak pisze Linehan, sesja terapeutyczna przypomina balansowanie na huśtawce. Jeśli pacjentka za bardzo przesunie się w stronę jednego z biegunów, terapeuta powinien przesunąć się w stronę bieguna przeciwnego, aby zachować równowagę i zaoferować jej to, czego jej w danym momencie brakuje. Wymaga to dużej wrażliwości oraz skupienia uwagi.

Częstym stanem, w jakim znajdują się pacjentki, jest **emocjonalna podatność na zranienie**. Przejawiają one wtedy niezwykle wrażliwość, ich emocje są bardzo intensywne i długotrwałe. Pacjentki nie są w stanie zapanować nad złością lub lękiem — snują obsesyjne obawy, uciekają od bodźców lękowych, nie mogą podjąć rozsądnych zachowań, myślą w sposób skrajny, doświadczają licznych fizycznych dolegliwości, np. przyspieszonego bicia serca, duszności, zawrotów głowy, wymiotów. Czują się, jakby przeżywały koszmar, nad którym nie mają kontroli, i są przeświadczone, że stan ten nigdy nie minie.



Rys. 1. Dialektyczne bieguny w DBT (za: [5])

W tej sytuacji terapeuta powinien przesunąć się w stronę bieguna **orientacji na zmianę**, a więc dążyć do zmniejszenia u pacjentki reaktywności emocjonalnej, a zwiększenia regulacji emocji [6]. W tym celu uczy pacjentkę obserwowania i opisywania emocji, zachęca do troski o siebie, buduje poczucie kompetencji, namawia do działań sprzecznych z aktualnymi emocjami (np. zamiast wycofywać się — porozmawiać z partnerem, zamiast

atakować — zachować spokój lub przeprosić, zamiast planować zemstę — zrobić coś dla siebie [8]). W ramach orientacji na zmianę wykorzystywane są umiejętności nabyte podczas treningu grupowego. Terapeuta zachęca tutaj również do stosowania technik mindfulness [9] — zaczerpniętych z tradycji buddyjskiej technik medytacyjnych, pomagających w świadomym, pełnym akceptacji przeżywaniu emocji. Strategie orientacji na zmianę muszą być stosowane rozważnie, z umiarem i w odpowiednim momencie.

Stanem przeciwnym do emocjonalnej podatności na zranienie jest **samounieważnienie** [5]. W tym stanie pacjentka bagatelizuje własne przeżycia emocjonalne i przecenia łatwość rozwiązywania problemów życiowych. W następstwie tego nie ufa własnym emocjom i sobie. Na swoje doświadczenia emocjonalne reaguje wstydem, krytyką lub karą. Stawia sobie nierealnie wysokie wymagania, a kiedy nie jest w stanie ich spełnić — pragnie się ukarać. Samounieważnienie jest niejako głosem krytycznych opiekunów przyswojonym przez pacjentkę. Nie prowadzi ono do lepszego rozwiązywania problemów, ale do ich stłumienia bądź późniejszej eskalacji.

Kiedy pacjentka unieważnia się, terapeuta powinien zmierzać w stronę **orientacji na akceptację**. Powinien słuchać, przyjmując nieosądzającą postawę, wydobywać emocje pacjentki i współczuć w jej bólu. Jest zobowiązany pomóc w opisie emocji — ich przyczyn, myśli z nimi związanych, doznań fizycznych, niezrealizowanych pragnień i życzeń. Wreszcie powinien wyraźnie zaznaczyć, że te emocje są właściwe, że pacjentka miała prawo tak się czuć i że w jej postrzeganiu istnieje zawsze jakieś ziarno prawdy. Praca w orientacji na akceptację jest ekspozycją na doświadczenie emocji — dąży się do tego, by nie były one tak szybko hamowane i nie przekształcały się w emocje wtórne (np. smutek w agresję). Terapeuta podkreśla, że doświadczanie emocji jest czymś naturalnym i sam stara się być w tym modelem. Stosując **komunikację wzajemną**, okazuje wrażliwość na pacjentkę, np. udziela poważnych odpowiedzi na jej pytania, dopuszcza, że jej uczucia mogą być inne, niż on zakłada, a zamiast wyrażać dyskomfort z powodu bolesnych emocji pacjentki, trwa z nią w bólu.

Utrzymanie uprawomocniającej postawy wobec pacjentki, niejednokrotnie wyzwalającej w terapii uczucia złości i frustracji, jest niezwykle trudne. Według Linehan terapeuci często pod pozorem działań terapeutycznych unieważniają pacjentki, o czym szerzej napiszę we fragmencie poświęconym emocjom i zachowaniom kolidującym z terapią u terapeuty.

Kolejnym dylematem dialektycznym osób z osobowością z pogranicza jest napięcie między aktywną biernością a pozorną kompetencją. W stanie **aktywnej bierności** pacjentka jest bierna i zależna, ale poświęca wiele energii na szukanie wsparcia u innych i u terapeuty. Stara się wyprosić u nich natychmiastowe rozwiązanie jej kryzysu psychicznego, ale jeśli je uzyska nie wprowadza go w życie. Częściej jednak sytuacja jest na tyle złożona, że terapeuta nie ma w zanadru żadnego rozwiązania. Linehan wprowadza metaforę, w której przyrównuje pacjentkę do osoby leżącej na płonącym łożu. Pacjentka prosi terapeutę, aby wciąż polewał jej stopy wodą, żeby mniej czuła ból i cierpienie. Tymczasem terapeuta chciałby, aby wstała i wyszła z ognia. W stanie aktywnej bierności pacjentka nie wierzy jednak, że jest zdolna do zachowania rozwiązującego problem.

Przeciwnie, w stanie **pozornej kompetencji** pacjentka przeżywa obawy przed naturalnym poproszeniem o pomoc, a nawet jeśli to czyni, to jest tak opanowana i spokojna,

że nie sprawia wrażenia potrzebującej pomocy. Dzieje się tak, ponieważ automatycznie powstrzymuje ekspresję negatywnych emocji. W wyniku tego jest nieskuteczna w relacjach interpersonalnych. Często pozorna kompetencja przejawia się w tym, że pacjentka jest kompetentna w jednych obszarach, np. pracy, a nie jest w innych, np. w związku, lub jest kompetentna w jednym momencie (bezpiecznym), a nie jest w innym (w stanie pobudzenia), bądź jest w stanie udzielać rad innym, a nie umie ich zastosować we własnym życiu. Terapeuta nie może ulec złudzeniu istnienia kompetencji, jeśli faktycznie jej nie ma.

Dylemat dialektyczny terapeuty polega na oscylacji pomiędzy **życzliwym wymaganiem** a **troskliwą opieką**. W stanie aktywnej bierności niebezpieczne jest nierozpoznanie przez terapeutę prawdziwych możliwości pacjentki. W tym stanie, podobnie jak w orientacji na zmianę, terapeuta powinien szukać razem z pacjentką rozwiązań, ćwiczyć z nią umiejętności interpersonalne oraz zachęcać, planować małe kroki i nagradzać. Terapeuta stawia wymagania w sposób życzliwy oraz zachęca pacjentkę do współuczestnictwa, a nie tylko biernego prośenia o pomoc.

Kiedy pacjentka przejawia pozorną kompetencję, terapeuta nie może być zbyt wymagający. Powinien uprawomocnić jej emocje, poszukać obszarów zranienia, zachęcić do zauważenia i akceptacji dyskomfortu psychicznego [6]. Jeśli pacjentka sprawia wrażenie kompetentnej, a nie czyni postępu, to łatwo to przypisać „oporowi”. Tymczasem prawdopodobnie sama nie zdaje sobie sprawy, że nie ma potrzebnych umiejętności.

Ostatnim dylematem dialektycznym po stronie pacjentki jest rozróżnienie między **nieuniknionymi kryzysami** a **powstrzymywaną żalobą** [5]. Życie osoby z BPD pełne jest następujących po sobie kryzysów, które często są przez nią niezawinione i równie często są przez nią sprowokowane. Zdarzenia stresujące sprawiają, że pacjentka nie może powrócić do emocjonalnego poziomu wyjściowego, zbliża się do stanu wyczerpania. Terapeuta zaś ma uczucie, że te nieustające kryzysy uniemożliwiają mu zrealizowanie jakiegokolwiek planu i nauczenie pacjentki jakichkolwiek umiejętności, które są jej potrzebne, ale nie gwarantują natychmiastowej ulgi. Odpowiedzią na ten problem w terapii dialektycznej jest uczenie umiejętności podczas ustrukturyzowanych zajęć grupowych.

Powstrzymywana żaloba to tendencja pacjentek do unikania lub powstrzymywania skrajnych lub bolesnych emocji. Pacjentki mogą utracić bliską osobę, pieniądze, pracę, związek, stabilność życiową, nadzieję, akceptację interpersonalną. W tej sytuacji nie potrafią przeżyć i zaakceptować straty, opłakiwać jej i pogodzić się z nią, ponieważ doświadczają uczucia bezradności i braku kontroli nad emocjami.

Wobec powyższego dylematu dialektycznego terapeuta dysponuje dwoma rodzajami rozwiązań. Nieuniknione kryzysy wymagają od niego rozbudzenia w pacjentce ducha rozsądku i realizmu. Ponieważ często one same wywołują kryzysy poprzez swoje impulsywne zachowania, należy skupić się na myśleniu o konsekwencjach [6]. Dysfunkcyjne wzorce należy analizować, szukać ich początku i badać alternatywne możliwości. Należy też uczyć umiejętności tolerowania dyskomfortu, co zapobiega impulsywnym reakcjom emocjonalnym powodującym kryzysy.

W obliczu powstrzymywanej żaloby rolą terapeuty jest pomoc w konstruktywnym doświadczeniu procesu żaloby oraz odwrócenie zahamowania emocjonalnego. Terapeuta ma dać pacjentce realistyczną nadzieję, że doświadczenie to można przetrwać. Umiejętności związane z akceptacją przeżywanych emocji (ponownie wykorzystywane są tu

techniki medytacyjne) są formą tego, co w terapii behawioralnej określa się „ekspozycją z powstrzymaniem reakcji”. Oznacza to, że pacjentka pozwala sobie na przeżycie emocji bez podejmowania jakichkolwiek działań.

Ostatni dylemat po stronie terapeuty to **niezachwiana stabilność** versus **współczująca elastyczność**. Z jednej strony terapeuta winien zachować spokój i twardo stąpać po ziemi, pamiętając, mimo aktualnych burz i kryzysów, o długoterminowych potrzebach pacjentki. Pomimo jej gwałtownych emocji musi być zdolny do przestrzegania granic i niezapominania o dalekosiężnych celach terapii. Z drugiej strony czasami terapeuta powinien „podać się”, zmienić swój punkt widzenia, przyznać rację pacjentce, poświęcić jej więcej troski i uwagi.

Tak obszernie omówienie założeń dialektycznej terapii behawioralnej miało na celu uświadomienie, że słowo „behawioralna” nie oznacza wyłącznie ograniczenia do treningu umiejętności czy nieuwzględniania roli emocji i relacji terapeutycznej. W DBT relacja między pacjentką a terapeutą wciąż się zmienia, co wymaga od terapeuty bycia niezwykle czułym narzędziem oraz nieustannego zmieniania strategii. Czasami terapeuta powinien być bardziej wymagający, stanowczy, konfrontujący, a w innych momentach akceptujący, współczujący, niedążący do zmiany. Za każdym razem odgrywa inną rolę w psychicznym świecie pacjentki, dopasowując się do jej deficytów i trudności.

Nagradzanie i karanie w relacji terapeutycznej (sterowanie uwarunkowaniami)

Mimo że w terapii dialektycznej Marshy Linehan brak postępu przypisuje się głównie deficytom umiejętności u pacjentek (zasada „Pacjentki chcą poprawy swego stanu”), to czasami bierze się jednak pod uwagę sytuację, w której pacjentka ma potrzebne umiejętności, lecz nie ma motywacji do ich użycia [5]. Zadaniem terapeuty jest wtedy wzmocnienie motywacji, a uczynić to może za pomocą nagradzania (wzmacniania pozytywnego), wygaszania oraz karania. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy ukształtuje się silna relacja między pacjentką a terapeutą. Wzmocnienia otrzymane od terapeuty mają duże znaczenie dla pacjentek z BPD. Są one pod jego kontrolą i dzięki temu może on mieć realny wpływ na ich zachowanie.

Jeśli chodzi o wzmacnianie, pacjentka musi otrzymać rzetelną psychoedukację na ten temat. Terapeuta wyjaśnia jej podstawowe behawioralne zasady uczenia się, tj. fakt, że zachowania nagradzane pojawiają się częściej, a karane lub wygaszane rzadziej. Terapeuta edukuje także na temat karania i samokarania — uświadamia pacjentce, że metoda ta nie jest zbyt skuteczna na dłuższy czas. Często wymagana jest stopniowa ekspozycja na pochwały, ponieważ pacjentki tak bardzo przyzwyczajone są do kar, że pochwała może pogorszyć ich stan [10]. Bardzo ważne jest, by pacjentka zrozumiała, że czynniki wzmacniające zachowanie z reguły nie są świadomie zaplanowane. Na przykład, jeśli pacjentka zawsze po próbie samobójczej otrzymuje zwiększoną uwagę ze strony bliskich, to nie oznacza, że świadomie właśnie z tego powodu planuje próby samobójcze. Często uczenie zachodzi automatycznie, bez udziału świadomości. Podobnie osoba, która się objada, uzyskuje zmniejszenie bólu emocjonalnego, natężenie emocji słabnie — nie jest jednak powiedziane, że jest to jej świadomy zamiar. Dzięki takiemu przedstawieniu reguł wzmacniania odkryć można z pacjentką wiele czynników wzmacniających, wpływających na jej zachowanie.

Jeśli przyjmiemy, że zamiar jest zawsze świadomy, to pacjentka zaneguje wiele z nich lub obarczy się nadmiernym poczuciem winy.

Tabela 1. Przykładowe metody wzmacniania, wygaszania i karania

Wzmacnianie	Wygaszanie	Karanie
– serdeczność	– jeśli pacjentka szantażuje samobójstwem, terapeuta nie ulega jej	– łagodne wyrażenie frustracji terapeuty lub konsternacji
– dobra wola terapeuty	– jeśli pacjentka zachowuje się tak, by uniknąć trudnego tematu, terapeuta nie ulega	– wyrażenie dezaprobaty lub krytyki
– aprobata	– jeśli pacjentka atakuje terapeuta, terapeuta nie okazuje zwiększonej troskliwości	– konfrontacja
– bliskość	– po dokonaniu próby samobójczej pacjentka nie dostaje zwiększonej uwagi przez 24 godziny	– korekcja-hiperkorekcja, np. szczegółowe omawianie epizodu parasamobójczego, czego zazwyczaj pacjentki nie lubią
– wyrażanie zainteresowania		– skrócenie czasu sesji
– chęć omówienia jakiegoś tematu interesującego pacjentkę		– przerwa w terapii
– chęć pracy z pacjentką		– zakończenie terapii
– dodatkowe spotkania, telefony		
– rozmowa o kryzysie przed wykonaniem zachowań ryzykownych		

Zachowania autodestrukcyjne są wzmacniane najczęściej przez dwa czynniki: uwagę innych (uzyskanie bliskości, wzięcie odwetu) oraz możliwość ucieczki od sytuacji awersyjnych (kończą się bolesne interakcje lub bolesne emocje). Metoda wygaszania polega na odebraniu tych wzmocnień, a więc wycofaniu uwagi terapeuty, ograniczeniu jej lub wręcz przeciwnie — poświęceniu jej tematów awersyjnym. Wygaszanie początkowo może przyczynić się do „wybuchu”, czyli wzrostu dezadaptacyjnego zachowania, o czym także pacjentka powinna być poinformowana.

Karanie to metoda, która prawie nigdy nie powinna być stosowana, a jeśli już, to z wielką ostrożnością. Kary nie uczą nowych zachowań, działają krótkotrwale oraz pogarszają relację terapeutyczną. Z tego powodu również same pacjentki powinny stosować inne metody motywowania się, są jednak przyzwyczajone ze strony swojego środowiska do metod awersyjnych. Również terapeuci powinni obserwować własne zachowanie, ponieważ odruchowo mogą stosować subtelne metody karania pacjentek, jeśli sami czują się sfrustrowani, np. mogą ironizować, krytykować lub w sposób unieważniający odwoływać się do nieświadomych motywacji osób z BPD.

Metody awersyjne można stosować wtedy, kiedy nie ma żadnych innych możliwości działania, tzn. terapeuta nie ma kontroli nad konsekwencjami zachowania dezadaptacyjnego. Nie może zastosować wzmacniania (np. nie ma alternatywnych zachowań, które można

wzmocniać) ani wygaszania (terapeuta nie jest źródłem nagrody). Czasami zachowanie dezadaptacyjne koliduje ze wszystkimi innymi korzystnymi zachowaniami. Można wtedy wyrazić frustrację lub konsternację: „Gdy ty robisz X, ja czuję Y”, można też skrócić sesję. Natychmiast po tym, kiedy pacjentka zachowa się lepiej, należy ją jednak nagrodzić, wyrazić aprobatę.

Wyznaczanie granic

Wyznaczanie granic jest konieczne dla uzyskania dobrej skuteczności terapii osób z BPD. Linehan [5] akcentuje, że terapeuci muszą dbać o swoje potrzeby, by móc efektywnie prowadzić terapię, nie wypalając się. Autorka zakłada, że na początku, kiedy relacja terapeutyczna nie jest jeszcze silna i ustabilizowana, granice mogą być bardziej elastyczne, a terapeuta łagodniejszy. Jednak w miarę zacieśniania się relacji, terapeuta może coraz bardziej wykorzystywać stawianie granic po to, by dbać o siebie i uczyć pacjentkę nowych umiejętności.

Istotne jest założenie, że najlepiej uzasadniać granice w sposób osobisty, szczerzy i bezpośredni. Nie należy się odwoływać do reguł instytucji lub reguł terapii, ale do osobistych potrzeb terapeuty, które pacjentka lepiej zrozumie. Nie należy też zakładać, że granice są czymś, co ma pomóc pacjentce w redukcji jej „zaburzonych” potrzeb. Linehan stanowczo twierdzi, że potrzeby pacjentki są uzasadnione, ale terapeuta nie może ich wszystkich zaspokoić i to również jest uzasadnione. Żadne z tych dwojga nie jest nośnikiem „patologii”. Przyznanie się do niemożności zaspokojenia potrzeb pacjentki jest również przyznaniem się do niemocy i tolerancją dla jej cierpienia. Jest to według Linehan bardziej terapeutyczne niż rezygnowanie z siebie lub atakowanie pacjentki.

Granice nie sposób ustalić arbitralnie. Każdy terapeuta ma inne potrzeby i inny stopień tolerancji, dlatego ustala inne granice na podstawie swoich osobistych odczuć. W terapii dialektycznej procedura ustalania granic opiera się na metodzie wspólnego rozwiązywania problemu oraz stosowaniu sterowania uwarunkowaniami, przede wszystkim wzmocnień i wygaszania.

Emocje terapeuty

Ze względu na to, jak trudna i często frustrująca jest terapia pacjentek z osobowością z pogranicza, porusza ona najsłabsze punkty terapeuty. Poniżej omówię najczęstsze sposoby zachwiania równowagi dialektycznej według Linehan [5].

Podstawowym dylematem dialektycznym w DBT jest napięcie między zmianą a akceptacją. Terapeuta często nie wie, czy ma sugerować pacjentce sposoby na zmianę, czy też tylko w sposób akceptujący słuchać i wspierać. Należy równoważyć te podejścia, stosować jedno i drugie, jak określa to Linehan — łączyć nastawienie terapii behawioralnej i terapii zorientowanej na osobę. Często terapeuci popadają jednak w jedną ze skrajności, np. koncentrują się na akceptacji, ponieważ pacjentka odrzuca wszelkie sugestie zmiany i naukę umiejętności czy wręcz twierdzi, że terapeuta, który chce coś zmienić, nie rozumie jej. W efekcie nie uczy się jednak niczego nowego i czuje się sfrustrowana brakiem wyników terapii. Z drugiej strony, terapeuta naciskający wyłącznie na zmianę, unieważnia bieżące uczucia pacjentki, co może być związane z tym, że sam nie jest w stanie ich tolerować.

Inne skrajności to opieka versus wstrzymanie pomocy. Jeśli terapeuta nie wyważa swojego wsparcia, to może udzielać go zbyt dużo, infantylizując pacjentkę lub wstrzymać pomoc tam, gdzie jest ona potrzebna. Przykładem pierwszej skrajności może być pomijanie trudnych tematów, by nie urazić pacjentki, przykładem drugiej podejście „Niech pomoże sobie sama”.

Innym przejawem braku równowagi jest za dużo komunikacji wzajemnej lub bezceremonialnej. W pierwszym przypadku terapeuta za bardzo się odsłania oraz okazuje podatność na zranienie, np. zwierza się pacjentce ze swoich problemów. Wbrew pozorom jest to pułapka, w którą łatwo wpaść, ponieważ pacjentki w umiejętny sposób sugerują, że relacja powinna być obustronna, zadają osobiste pytania i są dobrymi słuchaczkami. Na dłuższy czas uniemożliwia to jednak pracę, obciąża terapeutę, ale także jest sposobem użycia pacjentki do zaspokojenia własnych potrzeb. Nadmierny dystans i podejście konfrontacyjne jest jednak także zbyt skrajnym podejściem. Gdy terapeuta, zastaniając się swoją rolą, przestaje być człowiekiem wrażliwym, to przestaje też działać terapeutycznie.

Bardzo groźne może być wyrażanie złości na pacjentkę, obwinianie jej, nadmierne krytykowanie popełnianych przez nią błędów. Linehan uważa, że przewlekła złość terapeuty pomaga mu w neutralizowaniu własnych porażek oraz ujawnia jego problemy w wyniku zachowania pacjentki. Autorka sugeruje, aby akceptować w sobie naturalne uczucie złości oraz pozwolić jej przyjść i odejść, ponieważ jest to tylko reakcja emocjonalna, a bezustanna serdeczność nie jest możliwa. Jeśli jednak złość jest uporczywa, to pomoc mogą: przepracowanie własnych problemów, zadbanie o swoje granice oraz zmiana punktu widzenia. Terapeuta obwiniający pacjentkę zazwyczaj patrzy tylko ze swojego punktu widzenia, to znaczy zakłada, że jest ona zdolna do lepszego postępowania. Należy jednak stosować także punkt widzenia pacjentki, która uważa, że na danym etapie nie jest w stanie działać więcej, nie jest w pełni odpowiedzialna za swoje zachowanie i nie działa z rozmysłem. Oba te twierdzenia paradoksalnie są prawdziwe, trwanie przy jednym z nich nie będzie więc skuteczne.

Podsumowanie

Powyższe rozważania wskazują na znaczącą rolę, jaką relacja terapeutyczna odgrywa w terapii CBT pacjentek z osobowością z pogranicza. Nie jest ona jedynie narzędziem wspomagającym zmianę, ale także jej koniecznym warunkiem i medium zmiany. Relacja terapeutyczna musi uwzględnić potrzebę balansowania terapeuty pomiędzy biegunem akceptacji, empatii i uprawomocnienia emocji a biegunem konfrontacji, zmiany i szanowania jego potrzeb przez pacjentkę. Linehan wciąż akcentuje konieczność takiego patrzenia z dwóch perspektyw.

Jeśli odniesiemy się do założeń Gelso i Hayesa [3] prezentowanych na początku, to można stwierdzić, że: (1) Bez wątplenia w DBT relacja nadal traktowana jest raczej jako środek do zmiany niż cel sam w sobie. Według Linehan stworzenie zdrowej relacji z terapeutą nie jest wystarczające do dobrego funkcjonowania poza terapią, m.in. ze względu na pozorną kompetencję pacjentek. Relacja terapeutyczna odgrywa jednak rolę znaczącą, (2) Zdarzenia w relacji mogą być źródłem treści poruszanych w terapii, a nawet znajdują się wysoko w hierarchii poruszanych problemów, ponieważ są czynnikami kolidującymi z terapią. Jeśli terapia ma się nie odbywać ze względu na trudności w relacji, to pacjentka

na pewno nie osiągnie zdrowia psychicznego, (3) Przeniesienie nie jest przepracowywane w sposób taki jak w psychoanalizie, ale raczej traktowane jak jeden z typowych dla pacjentki zestawów myśli-emocje-zachowanie. Nie szuka się analogii do zachowań z dzieciństwa, ale przeprowadza się analizę behawioralną problemu umożliwiającą wgląd oraz opisuje się uczucia, by rozwinąć umiejętności regulacji emocji, (4) Przeciwnie przeniesienie jest analizowane podczas superwizji, ponieważ może być czynnikiem kolidującym z terapią [5]. Celem analizy jest tolerancja emocji u terapeuty, wzmocnienie w nim postawy dialektycznej oraz wyznaczanie granic. Dzięki tym działaniom jest szansa, że pacjentka nabeździe nowych umiejętności. Nie jest natomiast wskazane obwinianie jej o wywołanie emocji u terapeuty czy stosowanie pojęcia nieświadomej motywacji pacjentki, (5) Kwestia dużej władzy w relacji jest problematyczna. Z jednej strony terapeuci DBT otwarcie przyznają, że mają władzę oraz świadomie ją wykorzystują (sterowanie uwarunkowaniami). Jest to uczciwe podejście, które nie ukrywa tego, że władza w psychoterapii jest faktycznie niesymetryczna. Rzetelna analiza możliwości terapeuty pozwala unikać ukrytych kar i dewaluacji pacjentek. Z drugiej strony DBT ma na celu przede wszystkim wykształcenie ich autonomii, co ma wiele wspólnego z podejściem terapii feministycznej. Od początku pacjentki nie są traktowane jak dzieci, a terapeuci jak rodzice. Nacisk kładzie się natomiast na aktywność i coraz bardziej samodzielne radzenie sobie z problemami.

Piśmiennictwo

1. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
2. Linehan, MM. Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *J. Personal. Disord.* 1987; 1: 328–333.
3. Gelso CJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
4. Alford BA, Beck AT. Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
5. Linehan MM. Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
6. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
7. Schore AN. Zaburzenie regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: Murawiec S, Żechowski C, red. *Od neurobiologii do psychoterapii*. Warszawa: IPIŃ; 2009. s. 71–121.
8. McKay M, Wood JC, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger Publications; 2007.
9. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. *Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2009.
10. Burckell LA, McMains S. Contrasting clients in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: „Marie” and „Dean”, two cases with different alliance trajectories & outcomes. *Pragm. Case Stud. Psychother.* 2011; 7: 246–267.

Adres: pebe.monikaromanowska@gmail.com