

TRUDNOŚCI W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ. TERAPIA SCHEMATÓW YOUNGA W PRACY Z OSOBOWOŚCIĄ Z POGRANICZA

DIFFICULTIES IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. YOUNG'S SCHEMA THERAPY IN WORK WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Pracownia Psychologiczna Pebe, Gdynia

**cognitive psychotherapy
borderline personality
disorder
psychotherapeutic
processes**

W artykule przedstawiono założenia terapii schematów według Younga oraz możliwości i ograniczenia jej stosowania w leczeniu pacjentów z osobowością z pogranicza. Autorka odnosi się do roli relacji terapeutycznej w różnych modelach psychoterapii, w tym do stosowanego w prezentowanym podejściu pojęcia ograniczonego rodzicielstwa.

Summary: According to popular opinions, the therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy is not as equally important as the techniques. It is often assumed that cognitive therapists view the relationship with a patient only as a prerequisite to change and that this relationship doesn't lead to change by itself and that they overlook important emotions between patient and therapist. Contrary to these opinions some streams of CBT to a large extent make use of the therapeutic relationship. In this paper, the Schema Therapy of Jeffrey Young (Young's Schema Therapy — YST) in work with borderline personality disorder, is presented. Young assumes, that the borderline personality disorder develops, when a person with a reactive temperament deals with emotions and unfulfilled needs in maladaptive ways. The aim of the therapy is showing patients other patterns of thinking, behaving and treating their own needs. The therapist uses a method of a limited parenting, trying to engage the therapeutic relationship in a process of change. The YST therapist should be flexible and responsive to emotional shifts in a patient during the session and work differently with different schema modes. Limits of the setting also have a curing function. During supervision, schemas of the therapist and their influence on the therapy process are discussed.

Wśród osób niezajmujących się terapią poznawczo-behawioralną powszechne jest przekonanie, że jest ona „płytką”, „wąską”, „specjalistyczna”, nie wykorzystuje potencjału relacji terapeutycznej [1] oraz nadaje się przede wszystkim do leczenia konkretnych zaburzeń i problemów. Tymczasem terapia poznawczo-behawioralna z powodzeniem stosowana jest także w leczeniu zaburzeń osobowości, osiągając podobne wskaźniki skuteczności, jak terapie psychodynamiczne i psychoanalityczne [2]. W terapii zaburzeń z osi II stosuje się klasyczną terapię poznawczą Becka [2] oraz terapię tzw. trzeciej fali CBT (cognitive-behavioral therapy): dialektyczną terapię behawioralną Marshy Linehan (dialectical behavioral therapy — DBT, omówioną przeze mnie w innej pracy [3]) oraz terapię schematów Jeffreya Younga (Young's schema therapy — YST) [4–9]. Celem tego artykułu jest przedstawienie leczących aspektów relacji terapeutycznej w terapii poznawczo-behawioralnej na przykładzie terapii schematów Younga w pracy z osobowością borderline. Należy zaznaczyć, że

YST jest terapią integracyjną, różną od klasycznej terapii poznawczej Becka, jednakże uwzględniającą wiele jej założeń, np. posługiwanie się pojęciem schematu, aktywną rolę terapeuty, empiryzm (zbieranie dowodów, eksperymenty), ustalanie listy problemów i celów, psychoedukację oraz techniki typowo poznawcze.

Young rozwijał swój nurt terapeutyczny od wczesnych lat 90. ubiegłego wieku, ponieważ przekonał się, że w praktyce prywatnej często napotyka pacjentów z trudem poddających się CBT. Pacjenci określani przez niego jako „charakterologiczni” [4] uniemożliwiali pracę według protokołu terapeutycznego, nie byli w stanie wyznaczyć sobie celów, często nie rozpoznawali swoich problemów i nieadaptacyjnych zachowań oraz mieli bardzo słaby wgląd w swoje emocje. W związku z tym Young stworzył własną teorię opartą na pojęciu głęboko zakorzenionych schematów, często niewidocznych dla tych, którzy je stosują. Techniki terapeutyczne zwiększające wgląd zaczerpnął z tradycji Gestalt, relacji z obiektem oraz terapii psychodynamicznych. Tak powstała terapia schematów kładła nacisk na doświadczenie, wgląd w emocje sięgające dzieciństwa oraz leczącą rolę relacji terapeutycznej.

Gelso i Hayes, autorzy spoza nurtu poznawczo-behawioralnego, definiują relację terapeutyczną jako „wzajemne uczucia i postawy w relacji klient — terapeuta, a także sposób ich wyrażania” [10, s. 17]. Autorzy opisują, jak standardowo wygląda relacja terapeutyczna w CBT: (1) Nie zajmuje centralnej pozycji — zdecydowanie ważniejsze są stosowane techniki. Dobra relacja ma jedynie stanowić bezpieczną bazę dla procesu terapeutycznego, tj. nie kolidować z nim, (2) To, co dzieje się w relacji między pacjentem a terapeutą, nie jest źródłem treści poruszanych w czasie sesji, (3) Nie analizuje się przeniesienia, (4) Również przeciwprzeniesienie nie jest poddane refleksji. Emocje terapeuty nie są źródłem informacji na temat pacjenta, (5) Relacja jest niesymetryczna — terapeuta jest dyrektywny i ma w niej dużą władzę. W dalszej części artykułu założenia te zostaną zweryfikowane w odniesieniu do terapii schematów.

Alford i Beck [11] bardziej szczegółowo uzasadniają, skąd wzięły się niektóre z powyższych cech relacji w terapii poznawczo-behawioralnej. Faktem jest, że relacja nie zajmuje centralnej pozycji, ponieważ zakłada się, że niekoniecznie zachowania pacjenta w stosunku do terapeuty są odzwierciedleniem zachowań w stosunku do innych osób z jego życia. Osobowość samego terapeuty czy konkretne czynniki sytuacyjne mogą w znacznym stopniu wpłynąć na zachowanie pacjenta. Stąd emocje przeciwprzeniesieniowe także nie są wiarygodnym źródłem informacji na jego temat. Jeśli chodzi o aspekt zmiany, Beck zakłada, że nie jest pewne, czy nowe doświadczenia nabyte w relacji terapeutycznej uogólnią się na zachowania w zewnętrznym świecie. Zapewne potrzebne będą do tego dodatkowe eksperymenty, prace osobiste i zmiana poznawcza u pacjenta. Dlatego właśnie relacja jest konieczna do zmiany, ale niewystarczająca. Terapia nie może się zatem skupiać wyłącznie na relacji. Jest ona natomiast konieczna, gdyż bez pełnej empatii, akceptacji i autentyczności relacji zmiana może nie nastąpić. Według Becka w dobrej relacji terapeutycznej uczenie dokonuje się zarówno poprzez doświadczenie, jak i procesy poznawcze. Elastyczna reakcja terapeuty na problemy w relacji jest dla pacjenta doskonałą okazją do takiego uczenia się.

Model osobowości z pogranicza

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

Young [4] zakłada, że cechy osobowości z pogranicza są efektem interakcji temperamentu i środowiska. Cechy temperamentalne są wrodzone i widoczne już u noworodków. Można wyróżnić wiele wymiarów temperamentu, w tym labilność vs niska reaktywność, lękowość vs spokój, pasywność vs agresja, obsesyjność vs podatność na dystrakcje. Osoby z BPD (borderline personality disorder) charakteryzują się bardzo labilnym, reaktywnym temperamentem, co sprawia, że mają zwiększone potrzeby w stosunku do otoczenia. Jako dzieci wymagały więcej niż przeciętnie wsparcia, ukojenia, pomocy w rozwiązywaniu problemów i regulacji emocji. Niestety, środowiska pacjentów z osobowością z pogranicza nie były w stanie sprostać tym wymaganiom. Według Younga rodziny te charakteryzują się brakiem poczucia bezpieczeństwa (przemoc, molestowanie, wybuchy złości), niestabilnością (rodzice opuszczają dzieci), brakiem ciepła, empatii, emocjonalnej bliskości, przewodnictwa, opieki. Ponadto rodzina pochodzenia jest często krytyczna, karząca i tłumi naturalne uczucia i potrzeby dziecka — jak pisze Young: „Nie pokazuj tego, co czujesz. Nie płacz, kiedy cierpisz. Nie złość się, kiedy ktoś cię krzywdzi. Nie proś o to, czego pragniesz. Nie bądź sobą” [4, s. 312].

Kiedy podstawowe potrzeby dziecka nie zostaną zaspokojone, dochodzi do wytworzenia **dysfunkcyjnych schematów**, czyli powtarzających się wzorców. Składają się one ze wspomnień, emocji, przekonań, doznań fizjologicznych i dotyczą jednostki oraz jej relacji z innymi. Według Younga schematy mają często postać niewerbalną oraz silnie zautomatyzowaną. Przetwarzane są przez ciało migdałowate w sposób szybki, ale często nieadekwatny do rzeczywistości — ciało to reaguje na bodźce nawet nieznacznie kojarzące się z traumą, powodując reakcję lękową. Allan Schore [12] określa to jako zaburzenia wzbudzenia układu autonomicznego, który ulega nadmiernej aktywacji w wyniku nieprawidłowego rozwoju zdolności regulacyjnych prawej półkuli mózgu. Przyczynia się do tego doświadczenie silnego stresu w okresie postnatalnym i we wczesnym dzieciństwie.

Ponieważ wiele potrzeb osób z BPD nie było zaspokojonych, wykształciły one również wiele schematów, np. opuszczenia, emocjonalnej deprivacji, ułomności, zależności, porażki. W przypadku zaburzeń osobowości jest ich tak wiele, że niemożliwe jest skupienie się na jednym czy kilku z nich. Zmieniające się z chwili na chwilę stany emocjonalne oraz adaptacyjne i nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze schematami zostały nazwane **stylami schematów**. Stają się one dysfunkcyjne, kiedy prowadzą do nadmiernego przeżywania negatywnych emocji, nieadaptacyjnego unikania, zachowań niekorzystnych dla jednostki. Style schematów aktywują się w obliczu sytuacji, na które jednostka jest wrażliwa (emotional buttons — [4], s. 37) oraz zmieniają się u osoby z BPD nawet z minuty na minutę.

Podobnie jak Marsha Linehan, twórczyni dialektycznej terapii behawioralnej, Young twierdzi, że pacjent z osobowością borderline jest „rozszczepiony”, tj. waha się pomiędzy skrajnościami. Poszczególne style schematów często są sobie przeciwstawne i prowadzą bądź do unikania emocji, bądź do ich nadmiernego przeżywania. Celem terapii schematów jest zinternalizowanie stylu zdrowego dorosłego, który akceptuje emocje, potrafi je ukoić, nie jest nadmiernie samokrytyczny oraz nie podejmuje zachowań ryzykownych w celu radzenia sobie z nimi.

Podsumowując, w modelu pochodzenia osobowości z pogranicza Younga jest ona wypadkową działania czynników biologicznych i środowiskowych. Osoba z BPD, mając bardzo reaktywny temperament, wykształca nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z emocjami i praca nad tymi strategiami oraz zmiana podejścia do przeżywania emocji jest głównym kierunkiem terapii.

Skuteczność terapii schematów

Skuteczność terapii schematów była badana pilotażowo w roku 2001 przez Giesen-Bloo i wsp. [za: 2]. Po roku zrezygnowało z niej jedynie 7% pacjentów, podczas gdy z grupy terapii opartej na przeniesieniu — 28%. Po dwóch latach odsetek wzrósł do 13% w odniesieniu do terapii schematów i 42% do terapii psychodynamicznej. Po rocznej terapii liczba objawów osobowości z pogranicza spadła znacząco w grupie schematów (wielkość efektu 0,89–1,12), a po dwóch latach jeszcze bardziej (efekt 1–1,35). Terapię 88 pacjentów objętych badaniem trwała w sumie 3 lata. Sesje odbywały się 2 razy w tygodniu. Po czterech latach od rozpoczęcia badania przeprowadzono testy kontrolne, które wykazały, że 52% pacjentów w grupie schematów nie spełniało już kryteriów klinicznych osobowości z pogranicza, a dwie trzecie z nich znacząco zredukowało jej symptomy [9]. Obie formy terapii okazały się jednak skuteczne i przyniosły znaczącą poprawę w zakresie objawów.

Podstawowe założenia dotyczące terapii i relacji terapeutycznej

Jak wspomniano wyżej, wiele podstawowych założeń terapii schematów i terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń z osi I pokrywa się. Pacjenci z zaburzeniami z osi II wykazują jednak wiele problemów z określeniem swoich celów, deficytów, z zaufaniem terapeutycie i motywacją do zmiany. Wobec tego akcent położony jest na kilka nowych elementów:

1. Terapeuta poświęca czas i wysiłek na poznanie całego obrazu życia pacjenta: dzieci, współmałżonka, pracy, przeszłości, zainteresowań [2, 4]. W odróżnieniu od krótkoterminowej terapii zaburzeń z osi I mniej istotne staje się skupienie na kilku wybranych objawach, gdyż całe funkcjonowanie pacjenta jest zaburzone.
2. Często korzystne jest zaproszenie na jedną lub więcej sesji partnera osoby z borderline (razem z nią) [2, 6]. Pozwala to na uzyskanie informacji na temat problemu z perspektywy kogoś innego, a często na rozwiązanie konkretnego konfliktu. Jeśli zauważamy, że partner ma dobry wpływ na pacjenta, to zalecane jest zaangażowanie go w psychoedukację na temat borderline oraz wspólne planowanie radzenia sobie z konfliktami. Czasami okazuje się jednak, że partner przyczynia się do pogłębienia zaburzenia przez stosowanie przemocy, co wymaga podjęcia kroków w celu zapewnienia pacjentowi ochrony lub zerwania relacji.
3. **Ograniczone rodzicielstwo** — Beck [2] stosuje pojęcie „przyjacielskiego doradztwa”, co oznacza, że terapeuta przyjmuje aktywną rolę w wyjaśnianiu stosunków międzyludzkich i pomaga pacjentowi w rozwiązywaniu problemów, nabywaniu umiejętności i tolerancji napięcia, sam będąc w tym modelem dla swojego klienta. Young [4–6] posuwa się dalej, wprowadzając pojęcie „ograniczonego rodzicielstwa”. Terapeuta ma zaspokajać w pewnej mierze (nie całkowicie) niezaspokojone potrzeby pacjenta

z okresu dzieciństwa, a więc ma pomagać w przewycięzaniu problemów i kryzysów, oferować porady i przewodnictwo, stawiać granice, a także interweniować w razie zachowań niekorzystnych, takich jak opuszczanie sesji, nadużywanie substancji psychoaktywnych, problemy z odżywianiem, przemoc w związku, zachowania zagrażające życiu. W takich sytuacjach terapeuta nie powinien zachowywać neutralności ani biernie czekać, aż pacjent spontanicznie zrezygnuje z zachowań ryzykownych. Zadaniem terapeuty jest wprost wyrazić swoją opinię na temat tych zachowań, szukać ich przyczyny oraz działań alternatywnych. Jednocześnie terapeuta powinien stosować **emfatyczną konfrontację**, a więc podkreślać zrozumienie dla emocji i motywów pacjenta oraz odrzucać dane zachowanie, a nie osobę jako całość.

4. Young [4] wskazuje, że pacjenci z BPD powinni być postrzegani jako wrażliwe, opuszczone dzieci, które poszukują swoich rodziców. Ich zachowania nie są egoistyczne czy manipulatywne, lecz wynikają po prostu z desperacji i braku umiejętności. Podczas terapii Young zaleca wyobrażenie sobie małego dziecka na miejscu pacjenta, co może pomóc w lepszym zrozumieniu go i zaplanowaniu dalszych kroków.

Rola terapeuty w aktywnych stylach schematów Younga

Young [4–6] wyróżnia kilka stylów schematów charakterystycznych dla osobowości z pogranicza:

1. Opuszczone dziecko (Abandoned child)
2. Rozgniewane dziecko (Angry and impulsive child)
3. Brak obrońcy (Detached protector)
4. Karzący rodzic (Punitive parent)
5. Zdrowy dorosły (Healthy adult)

Pacjent z BPD w czasie każdej sesji terapeutycznej oscyluje między tymi stylami, a prawie każdy z nich charakteryzuje się swoistymi deficytami w umiejętnościach i niekształceniami w odbiorze rzeczywistości. Każdy wymaga innej roli terapeuty. Jak pisałam wcześniej, relację terapeutyczną w leczeniu osobowości z pogranicza Young rozumie jako ograniczone rodzicielstwo. Można jednak powiedzieć, że rodzicielstwo to w zależności od aktywnego stylu pacjenta za każdym razem może wyglądać inaczej.

Pacjent z aktywnym stylem **opuszczonego dziecka** wydaje się kruchy, przestraszony i zagubiony. Czuje się bezradny, samotny, niekochany. Wszystkie wysiłki wkłada w znalezienie i zatrzymanie przy sobie idealnego opiekuna, który go „uratuje”. Utrzymanie pacjenta jak najdłużej w stylu opuszczonego dziecka jest celem terapeuty. Jest to bowiem stan, w którym pacjent świadomie przeżywa swoje pierwotne emocje i potrzeby, a jednocześnie może zdobyć się na empatię w stosunku do innych. Relacja terapeutyczna z opuszczonym dzieckiem jest kluczowa dla procesu terapeutycznego. Terapeuta ma zapewnić pacjentowi swego rodzaju stabilną bazę i bezpieczeństwo, dzięki któremu po pewnym czasie pacjent wykształci wzmocnione poczucie własnej wartości. Celem terapeuty jest opiekowanie się pacjentem, bycie dla niego, rozumienie go, uspokajanie. Poprzez swoje zachowanie, również niewerbalne, wysyła komunikaty: „Jestem tu dla ciebie”, „Dbam o ciebie”, „Nie opuszczę i nie odrzucę cię”. Terapeuta chwali pacjenta, dostrzega jego pozytywne strony, edukuje go na temat jego praw, ćwiczy z nim umiejętności asertywności, wprowadza

w wyobraźni postać opiekuńczego zdrowego dorosłego, sam jest wzorem doświadczania i komunikowania emocji.

Tak pojęte ograniczone rodzicielstwo nasuwa jedną wątpliwość — czy nie grozi ono nadmiernym uzależnieniem pacjenta od terapeuty oraz wyczerpaniem emocjonalnym tego drugiego? Young podkreśla, że nie jest to prawdziwe rodzicielstwo, a terapeuta nie może zaspokoić wszystkich potrzeb pacjenta. Granice relacji terapeutycznej nie mogą zostać przekroczone — terapeuta nie spotyka się z pacjentem poza gabinetem, nie dotyka go, nie zaspokaja swoich potrzeb przy jego pomocy, nie czyni go nadmiernie zależnym. Jeśli czuje, że jego zasoby są nadwężone lub granice przekroczone, ma prawo przekazać pacjentowi, że rozumie jego potrzeby, ale nie jest w stanie ich całkowicie zaspokoić. Terapeuta samodzielnie powinien znaleźć równowagę pomiędzy zwiększonymi potrzebami pacjenta a swoimi ograniczonymi zasobami, pomiędzy „za mało” swojego poświęcenia i „za dużo” [6]. Jednocześnie stawianie granic nie może się odbywać w atmosferze złości na pacjenta.

Osoby z BPD zazwyczaj mają problem z wyrażaniem gniewu, ponieważ doświadczenia nauczyły je, że spotyka się to z karą. Złość jest tłumiona i kumulowana do momentu, kiedy pacjent wybucha i wchodzi w styl **rozniewanego dziecka**. Będąc w tym stanie, pacjent wyraża swój gniew na to, że nie zostały zaspokojone jego emocjonalne potrzeby lub że spotkała go niesprawiedliwość. Jest to znaczna trudność w terapii osobowości z pogranicza, ponieważ terapeuta, poświęcając się dla pacjenta, niejednokrotnie bardziej niż dla innych klientów, nagle zostaje oceniony jako osoba obojętna i okrutna. Może to wywołać w nim złość i sprawić, że zacznie reagować obronnie [4–6]. W takim wariacie terapeuta zbyt wcześnie zaczyna dyskutować z pacjentem i zaprzecza nawet uzasadnionym aspektom jego skarg. Może też zaatakować pacjenta, oceniając go jako osobę, będąc ironicznym, zakazując mu wyrażania złości. W każdej z tych sytuacji rozniewane dziecko nie zostanie potraktowane terapeutycznie. Pacjent może się utwierdzić w roli skrzywdzonego, co wzmocni jego kluczowe przekonania na temat innych ludzi i świata. Z drugiej strony, pacjent może wejść w styl karzącego rodzica i zacząć obwiniać siebie oraz unieważniać swoje uczucia. Jeśli terapeuta jest nastawiony zbyt obronnie, pacjent nie nauczy się zyczliwości dla uczuć swoich i cudzych oraz asertywności. Drugim biegunem jest zbyt uległa reakcja na skargi pacjenta. Terapeuta może nie reagować wystarczająco na przekraczanie jego granic — krzyki pacjenta, groźby, obraźliwe sformułowania. Jeśli terapeuta za mało energii włoży w szukanie argumentów i stawianie granic, to pacjent wyjdzie z sesji z poczuciem, że jego gniew jest w pełni uzasadniony i również nie nauczy się empatii oraz asertywności.

Young wyróżnia cztery niezbędne etapy w pracy ze stylem rozniewanego dziecka: (1) Wyrażenie gniewu przez pacjenta, (2) Okazanie empatii przez terapeutę, (3) Konfrontacja z rzeczywistością, (4) Tworzenie reakcji asertywnej. Pierwsze dwa etapy mają zapobiegać unieważnieniu emocji pacjenta. Złość jest autentyczną częścią jego osobowości i jej przeżywanie wzmocni jego poczucie tożsamości. Tłumienie złości nie jest adaptacyjne i nie prowadzi do zaspokojenia potrzeb. Dlatego celem pracy z rozniewanym dzieckiem jest przekazanie pacjentowi, że złość można przeżywać i akceptować. Kolejne dwa etapy służą stawianiu granic oraz nauce nowych umiejętności. Zauważyć można zatem, że podobnie jak w terapii dialektycznej mamy tu oscylację między biegunami akceptacji („Masz prawo do złości”) i zmiany („Moje emocje też są ważne i chcę, byś był asertywny”).

Styl **braku obrońcy** (detached protector — co można tłumaczyć również jako „obronę poprzez oddzielenie się, zdysocjowanie”) jest częsty w osobowości z pogranicza i wiąże się z tendencją do unikania przeżywania uczuć. Pacjenci w tym stanie opowiadają o tym, że czują pustkę, znudzenie, obojętność, zażywają substancje psychoaktywne, objadają się, okaleczają, mają objawy somatyczne. W czasie sesji zachowują się pozornie bezproblemowo, nie okazują paniki, rozpaczy, złości, ale tak naprawdę nie pozostają w kontakcie emocjonalnym ani z sobą, ani z terapeutą. Może to być oznaką tego, że pacjent nie czuje się wystarczająco bezpiecznie w relacji z terapeutą, by okazywać swoją wrażliwość i podatność na zranienie.

Głównym niebezpieczeństwem w relacji z pacjentem przejawiającym styl braku obrońcy jest pomylenie go ze stylem zdrowego dorosłego. Pacjent z osobowością z pogranicza, który zachowuje się w sposób bardzo zrównoważony i pragnie skupić się na analitycznym rozwiązywaniu problemów, jest jednak obiektem wymagającym namysłu. Zadaniem terapeuty jest zbadać, czy pacjent będący w tym stanie odczuwa emocje. Jeśli nie, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że są one tak bolesne, że ich unika. Tymczasem wyłącznie uświadomienie sobie i przeżycie emocji może być dobrym początkiem procedury rozwiązania problemu.

Young zaleca, by zawsze wprost nazywać styl braku obrońcy, w jakim aktualnie znajduje się pacjent, oraz badać czynniki spustowe wywołujące go. W dalszej kolejności należy zanalizować potencjalne korzyści („Czuję się spokojnie”, „Nie mam konfliktów z ludźmi” [6]) i możliwe zagrożenia tego stylu („W końcu wybuchnę lub się okaleczę”, „Nie jestem z nikim blisko”, „Nie uczę się radzenia sobie z emocjami” [6]). Następnie terapeuta negocjuje ze stylem braku obrońcy, naciska, by pacjent podjął się wyzwania ich przeżycia. Kiedy to nastąpi, pacjent może się zaangażować w pracę wyobrazeniową nad opuszczonym dzieckiem.

Najbardziej destruktywnym stylem schematów jest **karzący rodzic**. Pacjenci z pogranicza przyjmują nieważniące komunikaty swojego środowiska i w dorosłym życiu karzą siebie za przeżywanie i ekspresję emocji, posiadanie potrzeb, złe zachowanie. Od pacjentów w stylu karzącego rodzica usłyszeć możemy samokrytykę i ostre epitety pełne nienawiści do siebie, a także obserwujemy epizody samookaleczenia, inne zachowania autodestrukcyjne, słyszymy o myślach samobójczych. Często w tym stanie pacjenci rezygnują też z aktywności i wyzwań dla nich korzystnych, ponieważ czują, że nie zasługują na szczęście. Wtedy przestają przychodzić na terapię, ćwiczyć nowe umiejętności, zrywają obiecujące relacje, opuszczają egzaminy lub pracę. W najgorszym wypadku styl karzącego rodzica może doprowadzić do kryzysu samobójczego. Często do wejścia w ten stan może się przyczynić sam terapeuta w sposób niezamierzony (kiedy jego neutralne komentarze zostaną źle zinterpretowane) lub zamierzony (kiedy ostry ton głosu lub krytyka są wyrazem przeżywanej przez terapeutę frustracji i złości na pacjenta). Takie sytuacje terapeuta powinien wyjaśniać sam wychodząc z inicjatywą i starannie dopytując pacjenta o jego uczucia w relacji z nim.

Ponieważ karzący rodzic nie spełnia żadnej adaptacyjnej funkcji, celem terapeuty jest radykalna walka z nim, ostra konfrontacja. Karzący rodzic ma być wyraźnie nazwany i w pracy wyobrazeniowej umieszczony na osobnym krześle, tak aby zwiększyć dystans pacjenta do myśli samokrytycznych, odwrócić proces internalizacji. W wyobraźni terapeuta

odgrywa rolę **zdrówego dorosłego**, który w sposób zdecydowany, a nawet agresywny sprzeciwia się karzącemu rodzicowi. Stopniowo w trakcie terapii to pacjent zaczyna coraz częściej odgrywać rolę zdrowego dorosłego, który otwarcie nie zgadza się z karzącym rodzicem i stara się go oddalić. Lęk pacjenta — opuszczonego dziecka przed karzącym rodzicem może być znacznie nasilony, toteż wymaga on szczególnej ochrony i wsparcia podczas pracy z karzącym rodzicem. Mamy tu do czynienia z empatyczną konfrontacją — empatycznie postępujemy z opuszczoną, skrytykowaną dziecięcą częścią pacjenta i konfrontujemy się z częścią karzącą.

O ile terapia dialektyczna została porównana z balansowaniem na huśtawce — równoważni z siedzeniami dla terapeuty i pacjenta na obu końcach, to terapia schematów nie daje nam nadziei na większą przewidywalność. Pracy z danym stylem schematu nie można z góry zaplanować, ponieważ nigdy nie wiadomo, w jakim nastroju pacjent przyjdzie na sesję oraz jaki styl pojawi się w trakcie spotkania. Style zmieniają się bowiem z minuty na minutę, w zależności od bodźców poruszających pacjenta. Arntz [6] używa metafory flipera, a więc gry, w której kuleczka leci przez labirynt, odbijając się od ścianek urządzenia. Celem terapeuty jest wprowadzenie większego spokoju i samosterowania do owego flipera. Pacjent — kuleczka ma stopniowo sam kierować swoim ruchem, a nie odbijać się od ścianek. Ma opiekować się swoim opuszczonym dzieckiem, dodać asertywności rozgniewanemu dziecku, nie używać stylu braku obrońcy i pozbyć się karzącego rodzica, a to wszystko ma zapewnić integrujący różne punkty widzenia zdrowy dorosły. W tej terapii terapeuta winien się więc wykazać niezwykłą elastycznością, czułością i zdolnością do integracji różnych perspektyw.

Wyznaczanie granic

Wyznaczanie granic jest konieczne dla uzyskania dobrej skuteczności terapii osób z BPD. Young [4] uzasadnia, że po pierwsze są one niezbędne w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa pacjenta i po drugie w sytuacjach, kiedy terapeuta nie chce wykonywać tego, czego może później żałować.

Zakłada się, 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 pacjenta nowych umiejętności. Według Younga najlepiej uzasadniać granice w sposób osobisty, szczery i bezpośredni. Nie należy się odwoływać do reguł instytucji lub terapii, ale do osobistych potrzeb terapeuty, które pacjent lepiej zrozumie. Nie sposób też ustalić granic arbitralnie (np. te same zasady dla wszystkich pacjentów w tej samej placówce). Każdy terapeuta ma inne potrzeby i inny stopień tolerancji na potencjalnie frustrujące zachowania pacjentów, dlatego ustala inne granice na podstawie swoich osobistych odczuć.

W terapii schematów zaleca się komunikowanie potrzeb terapeuty i ustalanie konsekwencji. De facto konsekwencje te są awersyjne, a więc są postacią kary, np. ograniczenie kontaktu. Za każdym razem, kiedy ustalenie zostanie złamane, terapeuta zaostrza konsekwencje (oczywiście pacjent musi być przed nimi wcześniej ostrzeżony).

Tabela 1. Wybrane konsekwencje stosowane w terapii schematów [za: 6]

Problem	Konsekwencje
1. Zbyt wiele kontaktów telefonicznych	<ul style="list-style-type: none"> - zadeklaruj, że będziesz dostępny wyłącznie o danej godzinie w ciągu dnia - zadeklaruj, że rozmowa nie będzie trwała więcej niż x minut - zadeklaruj, że będziesz dostępny wyłącznie x razy w tygodniu o danej godzinie - jeśli telefony wiążą się z kryzysami samobójczymi, ustal, że pacjent ma dzwonić w pierwszej kolejności na pogotowie ratunkowe
2. Nadużywanie narkotyków i leków	<ul style="list-style-type: none"> - ustal, ile maksymalnie może pacjent spożywać leków - całą sesję przeznacz wyłącznie na omawianie tego problemu - skróć sesję do 10 minut i przeznacz ją wyłącznie na ustalenia w sprawie substancji - skieruj do poradni uzależnień i zmniejsz częstotliwość sesji - zawieś terapię
3. Opuszczanie sesji	<ul style="list-style-type: none"> - ogranicz kontakty poza sesjami - na sesji rozmawiaj wyłącznie o opuszczeniu ostatniej - zrezygnuj z sesji w jednym tygodniu

Emocje i schematy terapeuty

Ze względu na to, jak trudna i często frustrująca jest terapia pacjentów z osobowością z pogranicza, uruchamia ona najsłabsze punkty terapeuty oraz prowadzi do działania według nieadaptacyjnych schematów. Poniżej omówię najczęściej uruchamiane schematy według Younga [4–6].

Young wymienia kilka pułapek terapeutycznych, na pierwszym miejscu wspominając o schematach podporządkowania oraz samopoświęcenia u terapeuty. Terapeuta ze schematem podporządkowania unika stawiania granic i konfrontacji, ponieważ obawia się odrzucenia, przerwania terapii, złości pacjenta. Terapeuta samopoświęcający się dopuszcza do przekroczenia swoich granic, ponieważ nie doznał w dzieciństwie zaspokojenia pewnych potrzeb i dlatego wydaje mu się tak ważne pełne zaspokojenie pacjenta. Zazwyczaj doprowadza to do zbyt dużej ilości telefonów poza sesjami, co ostatecznie bardzo frustruje terapeutę, który wybucha złością bądź wycofuje się. Według Younga terapeuci z tymi schematami powinni świadomie podejmować ciągłe próby konfrontacji z pacjentem z zachowaniem empatii zarówno dla niego, jak i dla siebie.

Jeśli terapeuta ma schematy ułomności, porażki, zbyt wysokich standardów to prawdopodobnie będzie obwiniał siebie za brak postępu w terapii lub nawrót. Może tutaj być pomocna superwizja oraz zrozumienie, że tak właśnie musi wyglądać terapia osób z BPD.

Bardzo groźne może być kompensowanie schematu poprzez wyrażanie złości na pacjenta, obwinianie go, nadmierne krytykowanie popełnianych przez niego błędów. Kompensowanie to strategia polegająca na robieniu czegoś dokładnie odwrotnie do negatywnego

uczucia — jeśli na przykład terapeuta czuje, że ponosi porażkę, to obwinia pacjenta, a jeśli czuje się niekompetentny, to odgrywa perfekcyjnego. Jedynym sposobem pozwalającym skutecznie radzić sobie z tego typu zachowaniem terapeuty jest przepracowanie problemów podczas terapii własnej.

Ostatnim niekorzystnym schematem terapeuty jest zahamowanie emocjonalne. Terapeuta obawiający się okazywania emocji może się wydać pacjentom z BPD chłodny, zdystansowany, deprywujący i unieważniający. Okazywanie ciepła i ludzkiej życzliwości jest im niezbędne do procesu zdrowienia. Dlatego terapeuci z poważnie zahamowaną ekspresją emocji powinni poddać się terapii własnej nie będąc wcześniej predysponowani do pracy z zaburzeniem z pogranicza.

Podsumowanie

Odnosząc się do założeń Gelso i Hayesa [10] na temat cech relacji w CBT, można stwierdzić, że: (1) W terapii schematów w sposób odmienny od innych nurtów CBT, a nawet terapii dialektycznej Linehan, relacja odgrywa rolę równorzędną w stosunku do technik. Celem terapeuty jest odgrywanie roli zdrowego dorosłego oraz utrzymanie pacjenta w stylu opuszczonego dziecka, co ma doprowadzić do podwyższenia jego samooceny, wzmocnienia poczucia tożsamości, wiary w słuszność swoich potrzeb oraz wykształcenia zaufania do drugiej osoby. Ostatecznie pacjent ma zinternalizować rolę zdrowego dorosłego. Relacja terapeutyczna jest więc traktowana bardzo centralnie i sama w sobie służy zmianie, a nie tylko umożliwi stosowanie technik, (2) Relacja jest źródłem treści poruszanych w terapii, szczególnie jeśli przekroczone zostaną granice terapeuty, (3) Przeniesienie nie jest analizowane tak jak w terapii psychodynamicznej, nie jest też specjalnie prowokowane. Za każdym razem, kiedy pacjent relacjonuje emocje w stosunku do terapeuty, są one analizowane pod kątem aktywnego stylu schematu i przepracowywane zgodnie ze strategiami terapeutycznymi dotyczącymi tego stylu. Szczególnie style karzącego rodzica oraz rozgniewanego dziecka wymagają rozdzielenia domniemanych przez pacjenta emocji i postaw terapeuty od emocji i postaw rzeczywistych, (4) Przeciwniesienie jest analizowane podczas superwizji jako schematy terapeuty, jego zachowania unikające i kompensujące. Ponieważ schematy pacjenta i terapeuty mogą w niekorzystny sposób się zająć i wzmacniać, analiza emocji terapeuty jest konieczna, (5) Wydaje się, że rozkład władzy w terapii schematów nie jest równy. Szczególnie w początkowej fazie terapeuta odgrywa rolę dorosłego, a pacjent — dziecka. Stosunek pacjenta i terapeuty jest mniej partnerski niż w terapii dialektycznej czy innych formach CBT.

Jak można się przekonać, relacja terapeutyczna odgrywa znaczącą rolę w terapii poznawczo-behawioralnej pacjentów z osobowością z pogranicza. Nie jest ona jedynie narzędziem wspomagającym zmianę, ale także jej koniecznym warunkiem i medium zmiany. Terapeuta musi przy tym nieustannie balansować pomiędzy biegunem akceptacji, empatii i uprawomocniania a biegunem konfrontacji, zmiany, konieczności wprowadzenia „zdrowego dorosłego”, szanowania jego potrzeb przez pacjenta. Wymaga to elastyczności oraz dużej uwagi poświęconej relacji.

Piśmiennictwo

1. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
2. Beck AT, Freeman A, Davis DD. **Terapia poznawcza zaburzeń osobowości**. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
3. Romanowska M. Niedoceniane aspekty relacji terapeutycznej w psychoterapii poznawczo-beha