

Zastosowanie
terapii
schematów
i terapii
dialektyczno-
behawioralnej
w pracy
z osobami
uzależnionymi
behawioralnie

Podręcznik
dla terapeutów
uzależnień

**Zastosowanie
terapii
schematów
i terapii
dialektyczno-
behawioralnej
w pracy
z osobami
uzależnionymi
behawioralnie**

**Podręcznik
dla terapeutów
uzależnień**

**Jadwiga Maria Jaraczewska
Anna Maria Derwich**

AKAPIT

WYDAWNICTWO
EDUKACYJNE
Toruń 2021

Recenzenci

Dr hab. Jan Chodkiewicz, prof. Uniwersytetu Łódzkiego
Dr n. med. Katarzyna Nowakowska-Domagala, specjalista psycholog kliniczny

Tłumaczenie przedmowy i przykładów klinicznych

Marzena Badyńska

Redaktor prowadzący

Marta Malinowska-Reich

Redaktor techniczny

Dawid Iwanowski

Opracowanie redakcyjne i korekta

Janina Malinowska

Projekt okładki

studio graficzne RASPBERRY.com.pl

© Copyright by Minister Zdrowia & Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Projekt dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

ISBN 978-83-66951-19-8

Wydawca

Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT” s.c.

87-100 Toruń, ul. H. Piskorskiej 12/23

tel. 601 880 321, e-mail: info@weakapit.pl

Druk: Machina Druku, www.machinadruku.pl

Egzemplarz bezpłatny



Spis treści

Przedmowa – <i>Michaela Swales</i>	7
Wprowadzenie	11
CZĘŚĆ 1. Terapia schematów	17
ROZDZIAŁ 1.	
Wprowadzenie do problematyki zaburzeń osobowości	19
ROZDZIAŁ 2.	
Znaczenie schematów w terapii osób uzależnionych	29
ROZDZIAŁ 3.	
Znaczenie trybów w terapii osób uzależnionych	47
ROZDZIAŁ 4.	
Konceptualizacja w terapii schematów	63
CZĘŚĆ 2. Terapia dialektyczno-behawioralna	73
ROZDZIAŁ 1.	
Wprowadzenie do terapii dialektyczno-behawioralnej	75
ROZDZIAŁ 2.	
Zastosowanie terapii dialektyczno-behawioralnej w terapii uzależnień	83
ROZDZIAŁ 3.	
Moduły terapii dialektyczno-behawioralnej	89
ROZDZIAŁ 4.	
Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej	95
Bibliografia	113

Przedmowa

Marsha Linehan, twórczyni terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), z pasją pomaga ludziom ze złożonymi problemami psychicznymi, których systemy opieki często uznają za nieuleczalne. DBT była pierwszą metodą terapii osób z rozpoznaniem zaburzenia osobowości z pogranicza, prezentujących chroniczne zachowania samobójcze i samookaleczające (Linehan, 1991), której skuteczność została naukowo potwierdzona. W ciągu ostatnich trzydziestu lat DBT stała się jedną z najbardziej przebadanych metod terapii w tym obszarze (Storebø i in., 2020) z utrzymującym się efektem skuteczności (Walton & Comtois, 2019). Terapia DBT została również dostosowana do innych grup klientów, którym trudno jest pomóc, takich jak osoby ze współwystępującymi zaburzeniami osobowości i zaburzeniami związanymi z uzależnieniem (Swales, 2019). Trening umiejętności, jeden z elementów DBT, jest również skuteczny w pracy z poważnymi, ale nieco mniej złożonymi problemami, na przykład w napadowym objadaniu się, chorobie afektywnej dwubiegunowej czy dużej depresji. Kluczowe dla wszystkich grup, dla których DBT jest skuteczna, są problemy z regulacją emocji.

W terapii DBT najważniejsze jest utrzymanie dialektycznej równowagi pomiędzy, z jednej strony, akceptacją trudnej sytuacji klienta, a z drugiej strony, rozwiązywaniem jego problemów.

Terapia DBT jest ukierunkowana na pracę z problematycznymi zachowaniami, wykorzystuje analizę różnych zmiennych, które wywołują i wzmac-

niają zachowanie oraz dostarcza konkretnych wskazówek, jakie umiejętności mogą rozwijać nowe zachowania.

Koncentracja na problematycznych zachowaniach obejmuje również zachowania nałogowe, takie jak hazard, kompulsywne granie w gry komputerowe. Praca terapeutyczna z zachowaniami nałogowymi odbywa się za pośrednictwem wykorzystania specyficznych technik behawioralnych, np. analizy łańcuchowej i kompleksowej metody rozwiązywania problemów.

W ramach pracy behawioralnej DBT umożliwia jak najbardziej całościową pracę nad problemami zgłaszanymi przez klienta. Zachowania poddawane terapii, takie jak zachowania samobójcze, samookaleczenia, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, zachowania nałogowe są przepracowywane według określonej kolejności i porządku.

Charakterystyczną cechą DBT jest ciągle równoważenie pomiędzy skupianiem się na zmianie a uprawomocnianiem. Przytoczmy przykład dialogu z klientem:

Steven: Jestem totalnym zerem – znowu ukradłem pieniądze mojemu współlokatorowi, aby zagrać. A gdy on to zauważył, zwałem winę na Geoffa.

Terapeuta: Masz rację, to nie był najlepszy ruch (*potwierdzenie zdania klienta, że zrobił coś niegodnego*). Zastanówmy się zatem jak najlepiej tę sytuację z twoim współlokatorem naprawić (*skupianie się na zmianie*). Będziesz musiał się przyznać przed nim; całkowicie rozumiem, że chcesz tego uniknąć. Każdy by tego chciał (*potwierdzając chęć unikania*) i domyślam się, że dlatego obwinieś Geoffa. Może też powinniśmy porozmawiać o tym jak to zrobić. Zacznijmy od tego czy faktycznie użyłeś tych pieniędzy na hazard?

Pozostałe elementy terapii również pozostają w równowadze dialektycznej. Terapeuci DBT w swojej postawie z jednej strony są ciepli, autentyczni i uprawomocniający, a jednocześnie rzeczowi, konkretni i czasem konfrontujący. Konfrontujący styl pracy jest stosowany w celu wybicia klienta z niepomocnego sposobu myślenia i działania, które mogą prowadzić do dalszych trudności. Terapeuci DBT „zanurzają się tam, gdzie anioły boją się stąpać”, aby zająć się problemami klienta, o których czasem jest nawet trudno mówić.

Spójrzmy na inny przykład DBT:

Pod koniec dnia John często ogląda pornografię w Internecie. Skarży się swojemu terapeutce, że to z powodu nudy, bo nie ma „nic innego do roboty”. Jego terapeuta konfrontuje ten wzór postępowania:

Terapeuta: John, to jest poważny problem.

John: Co jest problemem?

Terapeuta (*mówi stanowczym tonem, marszcząc przy tym brwi*): ...Że wma-wiasz sobie, że oglądasz pornografię, ponieważ nie masz nic innego do roboty. Mówisz to tak, jakby to było nieuniknione. Tak jakby prawa wszechświata zdecydowały, że musisz oglądać pornografię, jakby to była konieczność. Myślenie w ten sposób jest bardzo niebezpieczne – i tak długo, jak długo będziesz tak myślał, zawsze będziesz oglądać pornografię. Czas na zmianę.

Styl pracy terapeuty zmienia się, gdy klient w odpowiedzi na opisaną wypowiedź terapeuty, zaczyna mówić o swoich trudnościach i o tym, że wyjeżdżając z pracy do domu, poczuł się sfrustrowany z powodu wyzwania jakie miał w pracy i że martwił się, że w domu spotka się ze swoją partnerką, która cierpi na depresję. Wcześniejszy konfrontacyjny styl zostaje zrównoważony ciepłem, autentycznością i uprawomocnieniem.

Terapeuta: Całkowicie rozumiem, że w drodze do domu miałeś chęć zrobienia czegoś, co złagodziłoby twoją frustrację i obawy. Każdy chciałby jak najszybciej poradzić sobie z takimi emocjami. Poza tym prawdopodobnie byłeś zmęczony całym dniem w pracy.

John: To prawda. Chciałem po prostu oderwać się od tego... i wtedy z reguły chowam się w domu, odpalam komputer i oglądam pornografię.

Terapeuta: To ma sens. Do tej pory była to jedyna rzecz, która tobie pomagała. Znajdźmy inne sposoby na odreagowywanie tego!

Terapeuci DBT łączą te style pracy z konsekwentnym podejściem do rozwiązywania problemów, po to by zmotywować klientów do zmiany. Dużym problemem klientów uzależnionych jest brak motywacji. Na początku terapii terapeuci DBT identyfikują cele życiowe klienta związane z terapią – życie bez uzależnienia lub bez innych zachowań problemowych, a jednocześnie przyjmują, że w trakcie terapii motywacja klientów będzie raz rosła i raz słabła. Gdy jej zabraknie, pracuje się nad wydobywaniem motywacji.

DBT konceptualizuje motywację z perspektywy behawioralnej. Oznacza to, że gdy klientowi trudno jest zaangażować się w terapię i po raz kolejny powraca do zachowania nałogowego, terapeuta stara się razem z klientem szczegółowo zbadać jakie emocje, myśli i zewnętrzne okoliczności utrudniają klientowi osiągnąć zmianę zachowania. Ta szczegółowa analiza daje podstawę do podjęcia terapii w kierunku zmiany myśli, emocji lub okoliczności zewnętrznych, które do tej pory hamowały adaptacyjne zachowania klienta.

Wiele strategii i umiejętności wykorzystywanych w terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów może być z powodzeniem wykorzystywanych przez terapeutów (i wielu innych specjalistów) do pracy z osobami z problemem uzależnień. Niniejsza książka wprowadza kluczowe elementy tych terapii, ich podstawowe założenia i strategie pracy, ukazując w jaki sposób można je wykorzystać w praktyce klinicznej.

Prof. *Michaela Swales*
Bangor University, Wielka Brytania

Wprowadzenie

W przedmowie do jednej z naszych wcześniejszych książek prof. William Miller pisał, że osoby uzależnione zmagają się z bardzo wieloma wyzwaniami dnia codziennego. Zwraca uwagę, że „bardzo łatwo jest myśleć o uzależnieniu jako odstępstwie od normy, aberracji, która separuje nieszczęsnych uzależnionych od reszty ludzkości. Z biegiem lat zacząłem myśleć, że uzależnienie jest jednak normalną częścią natury ludzkiej jako takiej” (Jaraczewska, Derwich, 2020, s. 9). W serii książek, którą otwiera niniejszy tom, jeszcze bardziej uczulamy się na ten aspekt natury człowieka, biorąc pod uwagę zakres i intensywność problemów osób uzależnionych, doświadczających zaburzeń osobowości.

Pomocne w pracy z takimi osobami okazują się prezentowane metody pracy, mające swoje korzenie w terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej. Każda z tych metod zwraca uwagę na nieco inne aspekty, np. terapia schematów odwołuje się bardziej do przeszłych doświadczeń tych osób, natomiast terapia dialektyczno-behawioralna skupia się raczej na bieżącej sytuacji i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z przyszłymi trudnościami.

Zanim jednak przejdziemy do opisu tych podejść, już teraz, na samym początku chcemy wyrazić szacunek do osób, które – nie z własnej winy – zmuszone są do zmagania się z tak złożonymi problemami. Chcemy też od samego początku wziąć pod uwagę zakres i intensywność problemów, z jakimi przyszło im w życiu się mierzyć. Szczególnie posłużymy się tu przykładami osób

z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Jedną z kluczowych przyczyn występowania zaburzeń osobowości z pogranicza jest zawsze doświadczenie jakiejś formy przemocy lub zaniedbania w dzieciństwie. Może to być złe traktowanie przez rodziców, bycie ofiarą kar fizycznych, przemocy emocjonalnej, gróźb, wykorzystywania seksualnego bądź poważnych problemów psychiatrycznych opiekunów (Fosati, Madeddu, Maffei 1999; Trull, 2001). Traumatyczne przeżycia wywołują określone interpretacje i zachowania, które z czasem stają się podwaliną do powstania niepomocnych schematów, wyrażających się później w głęboko zakorzenionych przekonaniach kluczowych, takich jak np. „świat jest niebezpieczny i wrogi”, „jestem bezsilny i podatny na zranienie” czy „z natury jestem nie do przyjęcia”, ale również towarzyszących im patogenicznych strategiach radzenia sobie (np. zapożyczanie się, by wziąć udział w dużej kumulacji totalizatora sportowego, samookaleczanie się, nadużywanie alkoholu, prób samobójczych).

Środowisko, w jakim wychowuje się takie dziecko, jest na ogół wysoko unieważniające: wszechobecnie neguje, karze, poucza, poprawia, ignoruje lub lekceważy zachowanie, niezależnie od jego rzeczywistej zasadności. Doświadczenie takiego środowiska uczy osobę aktywnie unieważniać samą siebie. Sytuacja często przypomina zjawisko błędnego koła, z którego bardzo niełatwo jest się samemu wydobyć. Z pomocą przychodzą ukierunkowane na potrzeby takich osób metody pracy terapeutycznej, zaprezentowane w książce, których skuteczność została oparta na wnikliwych obserwacjach klinicznych i potwierdzona w badaniach naukowych.

W Akademii Motywacji i Edukacji od wielu lat aktywnie promujemy stosowanie w terapii uzależnień metod o potwierdzonej skuteczności – dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej, które bardzo dobrze sprawdzają się w polskiej rzeczywistości.

Tym razem przedstawiamy terapię schematów (TS) i terapię dialektyczno-behawioralną (DBT), będące przykładami tzw. „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do zwiększenia skuteczności programów terapii uzależnień. Ich elementy można wykorzystać na każdym etapie procesu zdrowienia klienta, np. w ramach grupowej terapii uzależnień można wprowadzać trening umiejętności DBT.

Zarówno terapia schematów, jak i terapia dialektyczno-behawioralna zostały początkowo opracowane dla potrzeb osób z zaburzeniami osobowości, w szczególności zaburzeniem z pogranicza. Chociaż nie wszystkie osoby uzależnione spełniają kryterium zaburzeń osobowości, wielu klinicystów do-

strzeżę, że nadwrażliwość emocjonalna, typowa dla zaburzeń osobowości jest wspólnym elementem, występującym u większości osób uzależnionych. Stanowi ona podatny grunt dla rozwoju zachowań nałogowych, których częstym celem jest zmniejszenie emocjonalnego bólu, wynikającego z niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych oraz sposobem na radzenie sobie z życiowymi trudnościami.

I jeszcze jedna, nieco osobista, refleksja. Z wielką radością obserwujemy jak obszar pracy z osobami uzależnionymi przechodzi w ostatnich latach w Polsce dynamiczną transformację. Już coraz rzadziej osoby uzależnione traktowane są jako bardzo specyficzna kategoria osób cierpiących na nieuleczalną chorobę, dla których jedyną drogą jest podjęcie i potem stałe utrzymywanie abstynencji. Już coraz rzadziej wypowiedzi i zachowania osób z problemem uzależnienia i/lub cierpiących na zaburzenie osobowości są surowo oceniane jako «przesadzone» lub «głupie», niewarte czasu, zainteresowania lub szacunku ze strony specjalisty. W Akademii Motywacji i Edukacji stanowczo odbiegamy od takiego podchodzenia do trudności, z jakimi borykają się osoby uzależnione, zwłaszcza osoby ze współwystępującym zaburzeniem osobowości.

W swojej praktyce psychoterapeutycznej, superwizyjnej i dydaktycznej zachęcamy specjalistów, by rozwijali szeroki wachlarz pomocnych umiejętności, takich jak umiejętność uprawomocniania, czy samouprawomocniania. Podobnie jak w DBT takie podejście zakłada spojrzenie na uczucia, myśli i działania klienta z pozycji szerokiego zrozumienia i akceptacji, z jednoczesnym stałym koncentrowaniem się na wspieraniu klienta we wprowadzaniu istotnych zmian w życiu.

CZĘŚĆ I.

TERAPIA SCHEMATÓW

ROZDZIAŁ 1.

Wprowadzenie do problematyki zaburzeń osobowości

Klienci placówek terapii uzależnień to często osoby, którym tylko pozornie towarzyszy sam problem uzależnienia. Przewlekłość oraz “rozmiar” ich życiowych trudności coraz częściej prowadzi do podwójnego rozpoznania, tzw. podwójnej diagnozy. Uwrażliwia nas to na fakt, jak ważne jest, by w terapii uzależnień zwrócić szczególną uwagę na dokładne zbadanie klienta w celu postawienia właściwego rozpoznania, a następnie zastosowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego. W przypadku rozpoznania współwystępujących zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza zaburzenia osobowości, z pewnością nie może to być tylko terapia skoncentrowana na samym uzależnieniu.

Czym są zaburzenia osobowości?

Osobowość to występujące u wszystkich ludzi utrwalone sposoby doświadczania otoczenia, myślenia i wchodzenia w interakcje z innymi jednostkami. Jest zbiorem konkretnych unikalnych przekonań, schematów myślenia, postaw, zachowań i indywidualnego sposobu reagowania na świat zewnętrzny, który kształtuje się w wyniku interakcji pomiędzy wrodzonymi cechami temperamentalnymi i doświadczeniami uzyskanymi w relacji dziecka z otoczeniem.

Czasem system osobowościowy nie działa prawidłowo, przeciwnie – funkcjonuje w bardzo sztywny, utrudniający życie sposób. Rozwój cywilizacji,

ogromny stres, «wyścig szczurów», sposoby wychowywania dzieci przyczyniają się do wzrostu liczby osób mających problemy z osobowością. Stopniowo wykształca się zaburzenie osobowości. Zaburzenia osobowości to głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce nieprzystosowawczych zachowań. Charakteryzują się m.in. poczuciem psychicznego cierpienia, odczuwaniem lęku i utrudnionego funkcjonowania w różnych sferach życia.

Etiologia

Trudne doświadczenia w dzieciństwie (zwłaszcza te długotrwałe, chroniczne, o znacznym nasileniu) oraz zaburzone relacje z rodzicami lub opiekunami, przyczyniają się do zakłócenia prawidłowego rozwoju psychospołecznego oraz procesów formowania osobowości u dziecka. Przykładem są tu doniesienia badaczy, którzy podkreślają, że narażenie na przemoc w dzieciństwie wiąże się z niższymi wynikami w zakresie poziomu samoakceptacji, słabszą siłą woli, niższym poziomem wyrozumiałości oraz wrażliwości na uczucia i potrzeby innych osób (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018; Lukasiewicz i in., 2008). Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że każdy rodzaj nadużyć wobec dziecka może bezpośrednio przyczyniać się do rozwoju zaburzenia osobowości, co dodatkowo istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia uzależnienia zarówno w okresie adolescencji, jak i w wieku dorosłym (Griffiths, 2004; Anda i in., 2006; Dube i in., 2002).

Specyfika funkcjonowania

Zaburzenia osobowości mogą być jednymi z najbardziej dezorientujących schorzeń, z którymi muszą sobie radzić klienci. Osoby zmagające się z nimi wykazują wyraźne dysharmonijne postawy i wzorce nieprawidłowego zachowania. Wzorce te obejmują wiele zakresów funkcjonowania, np. uczuciowość, pobudliwość, kontrolę popędów, sposoby postrzegania i myślenia oraz style związków z innymi ludźmi. Są wyraźnie niedostosowane do różnych indywidualnych i społecznych sytuacji. Takie osoby często nie potrafią funkcjonować podobnie jak inni ludzie. W kontaktach społecznych mogą pojawiać się u nich różnorodne problemy związane z dużą impulsywnością i rozhamowaniem, czy neurotycznością lub negatywnym afektem. Konsekwencją są problemy

w bliskich relacjach, problemy w pracy czy też trudności w podporządkowywaniu się do panujących warunków i wymogów środowiska. Wiele z tych osób doświadcza szeregu zaburzeń natury psychicznej z osi I, takich jak zaburzenia depresyjne czy lękowe. Dodatkowo mogą mieć poważne trudności poznawcze, co ma istotne implikacje terapeutyczne i często oznacza np. problem z obraniem jasnego celu terapii, problemy z nawiązaniem relacji terapeutycznej czy też potrzebę kontaktu z terapeutą poza sesjami.

Rodzaje zaburzeń osobowości

Międzynarodowe klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (Pużyński, Wciórka, 2000) i DSM-5 (Gałęcki, Święcicki, 2015) wyróżniają 3 główne kategorie – wiązki zaburzeń osobowości. Poniżej podano krótką specyfikę każdej kategorii.

Wiązka A – charakteryzująca się ekscentrycznością i dziwacznością

- **Osobowość paranoidalna**
Charakterystyka: nieufność i podejrzliwość wobec innych ludzi, których motywy działania interpretowane są jako wrogie.
- **Osobowość schizoidalna**
Charakterystyka: wycofanie z relacji społecznych, oderwanie, indywidualizm; bardzo ograniczona ekspresja emocjonalna.
- **Osobowość schizotypowa**
Charakterystyka: nasilony dyskomfort w kontaktach interpersonalnych, ekscentryczność w mowie, zachowaniu lub wyglądzie; często podejrzliwość i towarzyszące obsesyjne myśli; unikanie kontaktów społecznych z obawy przed zagrożeniem.

Wiązka B – zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne

- **Osobowość dysocjalna/antyspołeczna**
Charakterystyka: brak empatii, poczucia żalu i szacunku dla uczuć innych ludzi; impulsywność, lekceważenie i łamanie norm społecznych
- **Osobowość typu borderline (z pogranicza)**
Charakterystyka: niestabilność i burzliwość związków interpersonalnych, przewlekłe poczucie pustki, lęk przed odrzuceniem, niestałość ob-

razu siebie, zmienność afektu, znaczna impulsywność, niedostosowane zachowania.

- **Osobowość histrioniczna**

Charakterystyka: nadmierna emocjonalność oraz zabieganie o uwagę innych, dążenie do skupienia na sobie uwagi, teatralność zachowania, powierzchowny sposób wyrażania emocji.

- **Osobowość narcystyczna**

Charakterystyka: wiara we własną wyjątkowość i niepowtarzalność, wyższościowe poczucie własnej wartości i własnego znaczenia, wyniosłość i arogancja względem otoczenia, pretensjonalność, zazdrość w stosunku do innych osób, potrzeba bycia podziwianym, brak empatii i wykorzystywanie innych do osiągnięcia własnych celów.

Wiązka C – zaburzenia osobowości oparte na lęku lub strachu

- **Osobowość anankastyczna**

Charakterystyka: perfekcjonizm, zaabsorbowanie uporządkowaniem, potrzeba kontroli, nadmierna sztywność zachowań i problemy z dostosowaniem się do nowych warunków

- **Osobowość lękowa (unikająca)**

Charakterystyka: zahamowanie społeczne, poczucie nieadekwatności, niedostosowania, nadwrażliwość na negatywną ocenę, niepewność w kontaktach z innymi ludźmi

- **Osobowość zależna**

Charakterystyka: uległość i nadmierne przywiązanie w relacjach interpersonalnych, wynikające z przesadnej potrzeby bycia zaopiekowanym, trudności w podejmowaniu decyzji i wyrażania sprzeciwu w obawie przed utratą wsparcia

Na koniec tego krótkiego przeglądu zaburzeń osobowości warto podkreślić, iż m.in. w związku z postępowaniem nauk i z nowymi obszarami zagrożeń cywilizacyjnych wynikających z rozwoju techniki, WHO opublikowało kolejną wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. Ma ona służyć poprawie diagnostyki psychiatrycznej. W odniesieniu do zaburzeń osobowości, zamiast obowiązującego dotychczas modelu opartego na wąsko zdefiniowanych kategoriach zastosowano model wielowymiarowy (Krawczyk, Święcicki, 2020).

Związek zaburzenia osobowości z uzależnieniem

Dysfunkcje osobowościowe silnie wpływają na dobrostan psychiczny. Ich częstym skutkiem są zachowania związane z uzależnieniem w celu ukrycia bólu lub poradzenia sobie z cierpieniem. Aby złagodzić lęki, napięcia, stres, czy zapomnieć o niepowodzeniach i kłopotach pojawiających się w związku z zaburzeniem osobowości, osoby na co dzień doświadczające tak dużego dyskomfortu sięgają po używki lub podejmują zachowania nałogowe. Ponadto zaburzenia osobowości mogą być także wtórne do uzależnienia, czyli mogą rozwinąć się na jego gruncie.

Badania kliniczne pokazują, że posiadanie określonych cech osobowości (niekoniecznie cech zaburzeń osobowości) nie tylko wiąże się z problemami uzależnienia, ale wręcz predysponuje do rozwinięcia uzależnienia. Są to m.in.: impulsywność, destrukcyjne zachowania, nadpobudliwość, buntowniczość, neurotyczność, trudność w unikaniu sytuacji ryzykownych, trudność w odczuwaniu empatii (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018; Lukaszewicz i in., 2008). Badanie przeprowadzone przez grupę tych naukowców wykazało, że wśród osób uzależnionych od alkoholu wczesne doświadczenia dużego nasilenia przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej w dzieciństwie, wiążą się z wyższym poziomem poszukiwania nowości, niepokoju i agresji oraz niższym poziomem samokierowania, empatii i wyrozumiałości. Osoby te często stosują unikowy styl radzenia sobie ze stresem, natomiast rzadziej wykorzystują styl zadaniowy. Na tej podstawie naukowcy wysuwają postulat, aby wśród osób uzależnionych rutynowo przeprowadzać ocenę stopnia narażenia ich w dzieciństwie na przemoc fizyczną, emocjonalną i seksualną, gdyż pozwala to przewidzieć, w jakich obszarach osobowości osoby te mogą mieć największe deficyty (Lukaszewicz i in., 2008). Powinno to stanowić podstawę do tworzenia indywidualnych planów terapii.

Przegląd literatury wskazuje, iż wskaźniki występowania zaburzeń osobowości u osób z problemem uzależnień wahają się od 44% do 91% w różnych badaniach (Verheul, Ball, van den Brink, 1997; Ball, Cicero, 2005). Według badaczy odpowiedzialne za to mogą być takie czynniki, jak kryteria doboru próby (miejsce, płeć, grupa wiekowa), kryteria diagnostyczne (przedział czasowy, wykluczenie patologii związanej z substancją) oraz procedury oceny (metoda, czas pomiaru). Czynniki te częściowo wyjaśniają szeroki zakres zmienności występowania zaburzeń osobowości u osób uzależnionych, ale świadczą o potrzebie dalszych badań w celu uzyskania wiarygodnych i porównywalnych da-

nych dotyczących rozpowszechnienia, które mogłyby jeszcze lepiej wyjaśnić związek między tymi dwoma rodzajami zaburzeń.

Bez względu na rodzaj czynników metodologicznych, badania niewątpliwie wykazują, że znaczący procent osób uzależnionych cierpi na zaburzenie osobowości. Przykładem tego jest badanie przeprowadzone przez De Jong i współpracowników (De Jong i in., 1993), które wykazało, że 78% osób nadużywających alkohol miało zdiagnozowany co najmniej jeden rodzaj zaburzenia osobowości. Kolejnym przykładem są badania dotyczące problemu hazardu, w których wśród osób uzależnionych wykazano nadreprezentację innych zaburzeń (Panasiuk, Panasiuk, 2016; Chou i in., 2011; Prempers, Schulz, 2008), w tym: zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Prempers, Schulz, 2008; Chou i in., 2011), zaburzeń afektywnych i zachowań samobójczych (Petry, Kiluk, 2002; Chou i in., 2011), zaburzeń lękowych (Błaszczynski, 2002; Chou i in., 2011), zaburzeń ze spektrum upośledzenia kontroli impulsów, zaburzeń osobowości (Bagby i in. 2008; Prempers, Schulz, 2008) oraz innych zaburzeń mieszczących się w pojęciu szeroko rozumianych zachowań nałogowych (Grant, Steinberg, 2005; Villella i in., 2011).

W badaniach u osób problemowo lub nałogowo używających gier wykazano istotnie częstsze występowanie takich cech osobowości jak cechy osobowości unikającej lub schizoidalnej (Alison i in., 2006; Kuss, Lopez-Fernandez, 2016). Specyficzne cechy osobowości sprzyjają również powstawaniu określonym uzależnieniom, np. perfekcjonizm sprzyja pracoholizmowi a osobowość typu D diagnozujemy w różnych uzależnieniach od czynności (Ogińska-Bulik, 2010, 2009). Uzależnienie od seksu jest związane z licznymi problemami zdrowotnymi dotyczącymi zarówno stanu somatycznego, jak i zaburzeń psychicznych: chorobami przenoszonymi drogą płciową, depresją, zaburzeniami kontroli impulsów, zaburzeniami osobowości (osobowość histrioniczna, paranoiczna i obsesyjno-kompulsywna), myślami samobójczymi oraz trudnościami w relacjach partnerskich (Black i in., 1997; Carnes, 1999; Kafka, 2007; Schneider, 2004).

Wnikliwe badania kliniczne wykazują ciekawe zróżnicowanie związków pomiędzy rodzajem uzależnienia a zaburzeniem osobowości. Interesującym badaniem dotyczącym hazardu i uzależnienia od internetu jest badanie Barrault i Varescon (Barrault, Varescon, 2012). Jego wyniki wykazały, że większość badanych spełniała kryteria diagnostyczne co najmniej jednego zaburzenia osobowości. Większość osób uzależnionych od Internetu wykazywała osobowość z klastra C grupującego osobowość unikającą, zależną i obsesyj-

no-kompulsywną. W przypadku uzależnienia od hazardu zaobserwowali oni istotne różnice w rodzaju zaburzenia osobowości, które różnią się w zależności od rodzaju hazardu: hazardziści offline mają więcej zaburzeń ze skupienia B, podczas gdy hazardziści online mają więcej zaburzeń ze skupienia C. Niektóre zaburzenia osobowości, w szczególności zaburzenia osobowości typu B – z pogranicza i narcystyczne, są często związane z patologicznym hazardem i wydają się mieć duży wpływ na depresję i intensywność patologicznego hazardu. Hazard patologiczny jest silnie skorelowany z depresją. Jednocześnie patologiczny hazard online, uzależnienie od Internetu i patologiczny hazard offline są ze sobą silnie skorelowane.

Przegląd istniejącej literatury na ten temat pokazuje, że np. klaster B jest kategorią, która ma najwięcej dowodów na związek z uzależnieniem, być może dlatego, że jest to również kategoria, w której zaburzenia najprawdopodobniej powodują, że klienci postępują kompulsywnie, co jest ważnym czynnikiem ryzyka w rozwoju uzależnienia (Ciulkin-Kosiorek, 2000).

Badania te stały się podstawą do sformułowania kluczowych konkluzji: zachowania nałogowe są wtórne i wynikają z innych pierwotnych współwystępujących zaburzeń, takich jak zaburzenia osobowości, a jednocześnie mogą prowadzić do innych poważnych zaburzeń.

Implikacje dla terapii uzależnień

Charakterystyczne cechy klientów cierpiących na zaburzenia osobowości, takie jak np. skrajna wrażliwość na odrzucenie i brak uprawomocniania doświadczeń klienta sprawiają, że wobec takich osób bardzo trudno jest stosować standardową terapię uzależnień, skierowaną głównie na problem uzależnienia. Koncentrowanie się terapeuty wyłącznie na zmianie zachowań nałogowych może u klienta powodować znaczące pobudzenie emocjonalne wynikające z poczucia braku kontroli. W takich sytuacjach klient może wyłączać się, wycofywać, czasem nawet atakować terapeutę lub po prostu rezygnować z terapii. Bardzo trudno wtedy o tworzenie warunków do uczenia się nowych umiejętności. Ważne, by terapeuta miał w sobie szerokie zrozumienie i akceptację dla przejawianych przez klienta trudności, a jednocześnie stale pobudzał go do wprowadzania zmian i uczenia się nowych umiejętności.

Innym problemem, jaki może pojawić się w standardowej terapii uzależnień prowadzonej wobec osób z zaburzeniami osobowości jest ich niska tole-

rancja dystresu. To uniemożliwia klientowi (i terapeutę) koncentrację na jednym obszarze problemowym – jednej części problemu, jednym zaburzeniu lub jednym temacie terapeutycznym. Częste kryzysy, jakich doświadczają klienci przysyłają jakiegokolwiek możliwości kontynuowania pracy nad zmianą w obrębie uzależnień. Bardzo ważne jest wtedy stosowanie uprawomocnień, które pokazuje drugiej osobie, że jej uczucia, myśli i działania mają sens i są zrozumiałe w danej sytuacji. To umiejętność wymagająca dużej uważności, zwłaszcza w sytuacji czasem bardzo ekstremalnych zachowań klientów z problemem uzależnienia i współwystępującym zaburzeniem osobowości. Jest to odwrotnością unieważniania. Unieważnienie daje do zrozumienia (umyślnie lub nie, słowami lub zachowaniem), że uczucia, myśli i działania drugiej osoby w danej sytuacji nie mają sensu, są «manipulujące» lub «głupie», «przesadzone» lub niewarte naszego czasu, zainteresowania lub szacunku. W Akademii Motywacji i Edukacji stanowczo odbiegamy od takiego rozumienia trudności, z jakimi borykają się osoby uzależnione, zwłaszcza osoby ze współwystępującym zaburzeniem osobowości. W swojej praktyce terapeutycznej i superwizyjnej zachęcamy specjalistów, by rozwijali u siebie umiejętność uprawomocniania, a w swoich klientach umiejętność samouprawomocniania. Samouprawomocnienie zakłada spojrzenie na własne uczucia, myśli i działania z pozycji zrozumienia, co nie oznacza, że czasem nie wymagają one zmiany.

Dużą trudnością w standardowo prowadzonej terapii uzależnień może też być stale zmieniający się zestaw problemów klientów, wynikający z towarzyszących im zaburzeń z Osi I i Osi II. W połączeniu z częstymi kryzysami, mogą skutkować nie tylko brakiem postępów, ale i zdezorientowanymi terapeutami i chaotyczną terapią. To poważna sytuacja, ponieważ czasem może to prowadzić do dysregulacji emocjonalnej u terapeuty, wyrażającej się w ramach nadmiernego strachu, złości i wrogości, których skutkiem mogą być próby kontrolowania klienta, a nawet – w skrajnych sytuacjach – odrzucenie i atak. Z drugiej strony może to też powodować u terapeuty skłonność do nadmiernej empatii, prowadzącej do pogrążania się w rozpacz z klientem i ostatecznie do porzucenia pracy terapeutycznej. W pracy z osobami cierpiącymi na tak poważne zaburzenia jedną z najważniejszych rzeczy jest, by terapeuta potrafił wyrażać nie nadmierną, ale trafną empatię, unikając jednocześnie oceny. Chodzi o zakomunikowanie zrozumienia dla przeżyć klienta (np. „Nie jest dziwne, że cię to złości”, „Rozumiem, że to dla ciebie trudny czas”) i to jak jego wcześniejsze doświadczenia, uczucia, myśli i działania są spójne z jego sytuacją.

Specyfika funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości, których pro-

cesy poznawcze odznaczają się dużą sztywnością, a ich utrudniające zachowania charakteryzują się bardzo dużą intensywnością, przekłada się też na utratę motywacji do rozwiązywania trudności. Skala i zakres problemów klientów może powodować zarówno u nich, jak i u terapeutów nieposiadających skutecznych narzędzi pracy, brak nadziei i gotowości do wprowadzania zmian. Badania w tym obszarze (m.in. dialog motywujący) dostarczają wielu ważnych wskazówek w jaki sposób prowadzić terapię. Odpowiedzią na tę sytuację jest stosowanie metod pracy terapeutycznej ukierunkowanych na specyficzne potrzeby tej grupy klientów.

Dodatkowo, szczególnie ważną kwestią w pracy z tą grupą klientów jest uważność terapeuty na swoje własne werbalne i niewerbalne reakcje, aby uniknąć unieważniającego przekazu (np. przewracanie oczami, wyraz dezaprobaty, ciężkie westchnienia, bagatelizowanie poważnych kwestii) i uważnie obserwował co klient odczuwa w danej sytuacji. Nie chodzi o aprobatę samego zachowania, emocji lub podjętej czynności, ale o stałe okazywanie wrażliwości na doświadczenie drugiego człowieka i tolerancji oraz o stałe komunikowanie mu, że traktujemy go poważnie i z szacunkiem.

Specyficzne metody pracy terapeutycznej, takie jak terapia schematów czy terapia dialektyczno-behawioralna dostarczają pomocnych wskazówek, ponieważ w istotny sposób koncentrują się na zrozumieniu przyczyny emocjonalnego bólu, a nie tylko na próbie wygaszenia objawów. Zarówno Jeffrey Young, twórca terapii schematów (Young, Klosko, 2014), jak i Marsha Linehan, twórczyni terapii dialektyczno-behawioralnej (Linehan, 2016) zwracają uwagę na szerokie rozumienie trudności osób z zaburzeniami osobowości oraz precyzyjne, oparte o założenia teoretyczne i badania kliniczne, używanie interwencji terapeutycznych. Celem kolejnych rozdziałów będzie zapoznanie czytelnika z podstawami terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej oraz ilustracja szerokich sposobów stosowania tych specyficznych form pracy terapeutycznej.

ROZDZIAŁ 2.

Znaczenie schematów w terapii osób uzależnionych

W niniejszym rozdziale opisane zostaną podstawowe koncepcje terapii schematów (TS). Poruszona zostanie również problematyka niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych, ponieważ jednym z głównych celów terapii schematów jest umożliwienie klientowi samodzielnego, konstruktywnego zaspokojenia własnych potrzeb emocjonalnych. W przypadku osób z problemem uzależnień chodzi o konstruktywne zaspokojenie własnych potrzeb emocjonalnych bez stosowania środków psychoaktywnych czy czynności nałogowych.

Terapia schematów jest innowacyjnym podejściem rozwiniętym przez JEFFREYA YOUNGA jako kontynuacja i rozszerzenie tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej, czerpiącym inspirację m.in. z teorii przywiązania oraz terapii skoncentrowanej na emocjach (Young, Klosko, 2014). Stworzona została z myślą o pracy z osobami doświadczającymi głębokich zaburzeń osobowości. W ostatnich latach okazuje się, że ma ona również zastosowanie w pracy z osobami z problemem zaburzeń osobowości i jednoczesnym problemem uzależnień. Stanowi przykład metody opartej na badaniach o udowodnionej skuteczności (szczególnie dla wiązki b i c) (Arntz, Jacob, 2021). Warto zauważyć, iż TS jest coraz powszechniej wykorzystywana nie tylko w terapii zaburzeń osobowości, ale różnych innych problemów, między innymi chronicznej depresji, urazów z dzieciństwa, zaburzeń odżywiania, w resocjalizacji sprawców przestępstw, w terapii par, ale również w zapobieganiu nawrotom w uzależnieniach (Young, Klosko, 2014).

W terapii schematów koncentrujemy się nie na ostrych objawach psychiatrycznych, ale na chronicznych problemach psychologicznych i zaburzeniach osobowościowych, których przyczyny najczęściej sięgają dzieciństwa i braku zaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka. Przyglądamy się bardzo szczegółowo zachowaniom, sposobom radzenia sobie osoby z otoczeniem, szukamy ich źródeł we wczesnym dzieciństwie, monitorujemy wzorce zachowań aż do chwili obecnej, uwzględniając wszystkie ważne relacje interpersonalne klienta.

Głównym celem terapii schematu jest bowiem zaspokojenie potrzeb oraz zbudowanie przez klienta nowych, zdrowych schematów i trybów potrzebnych do konstruktywnego funkcjonowania w relacjach. Punktem wyjścia do zrozumienia przyczyn trudności w relacjach jest poznanie koncepcji **wczesnych schematów** oraz nawykowych sposobów radzenia sobie z nimi, które w niszczący sposób wpływają na to, jak czujemy się z innymi ludźmi.

Schematy

Schemat to trwałe, powtarzające się wzorce emocjonalno-poznawcze, obejmujące kluczowe dla poczucia tożsamości człowieka wspomnienia, emocje, doznania cielesne i treści poznawcze, dotyczące siebie i relacji z innymi, powstałe w okresie dzieciństwa (większość schematów rozwija się w okresie prewerbalnym) bądź adolescencji, rozwijane przez całe życie i w znacznym stopniu dysfunkcyjne. Zachowania pojawiają się jako reakcja na schemat i nie stanowią jego części.

Zaburzenie osobowości tworzy się w wyniku interakcji pomiędzy cechami temperamentalnymi (wrodzonymi) a wysoce dysfunkcyjnym środowiskiem opieki nad dzieckiem. To właśnie ta interakcja może prowadzić do rozwoju głębokich, bezwarunkowych negatywnych schematów (dotyczących własnej osoby, świata i innych ludzi) oraz dezadaptacyjnych sposobów radzenia sobie, wyjątkowo sztywnych i trudnych do zmiany. Przykładem może być sytuacja wrażliwego dziecka w rodzinie wysoko unieważniającej, co może prowadzić do wykształcenia się, na przykład, schematu podporządkowywania się oczekiwaniom społecznym, bez względu na swoje potrzeby.

W terapii schematów zajmujemy się pracą z nieadaptacyjnymi schematami. Są to zestawy wspomnień, emocji, doznań fizjologicznych i spostrzeżeń skoncentrowanych wokół problemów z dzieciństwa. Przykładem może być

doświadczenie porzucenia, maltretowania, zaniedbywania, odrzucenia, które wyraża się w powtarzającym się wzorcu trudności w relacjach. Łatwo jest taką osobę zranić, wzbudzić poczucie winy, osoba ma skłonność do wycofywania się z relacji. Innym przykładem jest schemat podejrzliwości/krzywdzenia, czyli przekonanie, że inni nas będą świadomie ranić, nadużywać zaufania, upokorzyć, zdradzać, kłamać, manipulować, wykorzystywać.

Jak powstają wczesne nieadaptacyjne schematy?

Dziecko rodzi się kompletnie nieprzygotowane do samodzielnego przetrwania. W psychologii rozwojowej mówimy o tzw. kamieniach milowych w rozwoju dziecka. Potrzeba roku, zanim mózg rozwinie się na tyle, aby dziecko zaczęło chodzić, dwóch lat, zanim dziecko nauczy się formułować proste zdania itd. W tym czasie dziecko jest całkowicie zależne od kogoś, kto się nim zajmie zaspokajając jego potrzeby i umożliwiając przeżycie. Rodzice/opiekunowie reagują (bądź nie) na fizjologiczne i emocjonalne potrzeby dziecka.

Pochodzenie schematów bezwzględnie wiąże się z określonym temperamentem, na który mają wpływ czynniki wrodzone, takie jak geny, rozwój prenatalny człowieka itp. Ponadto ważne jest wzięcie pod uwagę następujących czynników: oddziaływania kulturowe (religia, miejsce zamieszkania, narodowość, status społeczny itp.), negatywne doświadczenia z dzieciństwa i okresu nastoletniego, nadużycie fizyczne, seksualne; zagrożenie wybuchami złości i przemocy, brak empatii, surowe kary, odrzucenie, krytycyzm, rygorizm, nadopiekuńczość i odwrotnie – brak lub niewystarczająca opieka, brak kierowania i ograniczeń.

Potrzeby emocjonalne

Kluczowym czynnikiem rozwinięcia się nieadaptacyjnych schematów jest też znaczące niezaspokojenie w zakresie 5 podstawowych potrzeb emocjonalnych człowieka, takich jak potrzeba:

- stabilnego przywiązania (bezpieczeństwo, opieka, miłość, troska, akceptacja),
- autonomii, poczucia tożsamości, kompetencji i doceniania,
- wyrażania uczuć i potrzeb,
- spontaniczności i zabawy,
- realistycznych granic i samokontroli.

W TS terapeuta nie tylko musi identyfikować schematy, ale i dostrzegać stojące za nimi niezaspokojone potrzeby emocjonalne. Rodzaj niedostatecznie zaspokojonych potrzeb (np. potrzeba docenienia) determinuje typ wczesnego nieadaptacyjnego schematu (np. schemat defektu).

Neurobiologia schematów

Zapamiętując traumatyczne doświadczenia (np. porzucenie, przemoc, zaniebdanie) mózg człowieka rejestruje równoległe dwie «ścieżki»:

- świadome wspomnienia – rejestrowane są przez system hipokampa i kory mózgowej – tu trafia zapis poznawczych elementów zdarzenia, tj. to, co zaobserwujemy i zrozumiemy z danego zdarzenia;
- nieświadome wspomnienia – rejestrowane są przez system ciała migdałowatego – tu trafia zapis reakcji emocjonalnych i fizjologicznych, tj. to, co wówczas doświadczyliśmy.

Gdy w przyszłości znajdziemy się w sytuacji, którą nasz mózg zinterpretuje jako podobną do już zapisanej w pamięci, oba te systemy mogą aktywować się dostarczając odpowiednich informacji. Z jednej strony nieświadomy system ciała migdałowatego uruchomi reakcje fizjologiczne mające przygotować nas do poradzenia sobie z sytuacją zagrożenia, z drugiej strony świadomy system hipokampa dostarczy wtedy informacji pozwalających zrozumieć co w ogóle się dzieje (uwaga: niekoniecznie trafnie).

W obliczu zagrożenia ciało migdałowate uruchamia reakcję lękową (ta reakcja jest typowa dla ludzi i zwierząt i uległa tylko niewielkim zmianom na przestrzeni milionów lat). Nasze reakcje emocjonalne mogą następować bez udziału neurologicznych systemów wyższego przetwarzania – zachodzących w mózgu procesów odpowiedzialnych za myślenie, wnioskowanie i świadome działania. Kiedy emocjonalne wspomnienie zagrożenia zostaje zapisane w ciele migdałowatym, późniejsza ekspozycja na bodziec – nawet tylko nieznacznie przypominający obecny w czasie urazu – wywołuje reakcję lękową na zagrożenie.

Obszary schematów

Biorąc pod uwagę rodzaj potrzeb emocjonalnych niezaspokojonych we wczesnym dzieciństwie (często już w okresie prewerbalnym) Young proponuje rozróżnienie 18 schematów wchodzących w skład 5 niezależnych obszarów

(Young, Klosko, 2014): odrzucenie i odłączenie, niewystarczającej autonomii i osiągnięć, osłabionych granic, nakierowania na innych oraz nadmiernej czujności i zahamowania.

Poszczególne obszary zostały opisane pod kątem charakterystyki typowego środowiska, rodzaju niezaspokojonych potrzeb, oraz wynikających z tego przekonań osoby dotyczących jej samej, funkcjonowania innych osób i świata. Z kolei poszczególne schematy przyporządkowane do określonych obszarów omówione są w odniesieniu do wczesnych doświadczeń, charakterystycznych przekonań, emocji i zachowań oraz do sposobów radzenia sobie. Young i Klosko wyróżniają 3 najbardziej typowe sposoby radzenia sobie: poddanie się schematowi (kiedy osoba zachowuje się zgodnie z tym, co podpowiada jej schemat), unikanie (ucieczka przed sytuacjami uruchamiającymi dany schemat) oraz nadkompensacja (czyli zaprzeczanie schematowi) (Young, Klosko, 2014). Poniżej przedstawiamy krótką charakterystykę poszczególnych schematów, odnosząc się wyłącznie do przykładowych doświadczeń klientów.

Obszary schematów I: Odrzucenie i Odłączenie

Typowe środowisko: odcięte, zimne, odrzucające, zamknięte, samotne, wybuchowe, nieprzewidywalne, nadużywające, przemocowe

Niezaspokojone potrzeby: bezpieczeństwa, stabilizacji, troski, empatii, dzielenia się uczuciami, akceptacji i szacunku

Przekonania: brak stabilności więzi, potrzeby nie będą zaspokojone

1. Opuszczenie/Niestabilność więzi

Doświadczenia: rozłąka (np. częste wyjazdy któregoś z rodziców, rozwód albo śmierć bliskiej osoby) lub bycie niezauważanym przez rodziców i pozostawianym samemu sobie (dziecko z kluczem na szyi), uzależnienie rodzica połączone z jego znikaniem z domu, gdy nie wiadomo kiedy rodzic wróci do domu.

Przekonania: osoby bliskie są niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne, nieobecne, będą pić i znikać, mogą porzucić, umrzeć; bliskie związki prędzej czy później się rozpadną; w efekcie pozostaną sam bez wsparcia

Emocje: lęk – groźba utraty kogoś bliskiego, smutek – faktyczna lub postrzegana strata takiej osoby, złość, wściekłość na tych, którzy porzucili, uczucie pustki, zamartwianie

Zachowania: nadmierna czujność, wypatrywanie oznak zbliżającego się porzucenia

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba zamartwia się, że partner ją opuści; wybiera nieosiągalnych, niezaangażowanych partnerów (którzy najpewniej odejdą).
- Unikanie: osoba unika jakichkolwiek relacji, aby nie doświadczyć straty («lepiej się nie angażować, bo jeśli ona umrze?»), pije w samotności.
- Nadkompensacja: osoba tłamsi partnera, gwałtownie atakuje za drobizgi; porzuca – «lepiej zniknąć bez słowa niż powiedzieć komuś, że już nie kocham», kontroluje, dąży do skupienia uwagi na sobie.

2. Nieufność/Skrzywdzenie

Doświadczenia: doświadczenia zranienia, zdradzenia, upokorzenia, wykorzystania seksualnego (lub innego rodzaju nadużyć – np. bycie dotykany w dwuznaczny sposób, próby molestowania), przemocy i krzywdy. Niektórzy klienci pochodzący z rodzin z problemem alkoholowym opisują zapamiętane z wczesnych lat życia «pijatyki», matkę uprawiającą seks z obcymi mężczyznami, pijanych mężczyzn zaglądających bądź nawet kładących się do łóżka dziecka itp.

Przekonania: inni mogą mnie zranić, wykorzystać, oszukać, poniżyć, kłamać, celowo krzywdzić; inni ludzie dbają tylko o siebie i swój interes.

Emocje: lęk, złość, poczucie bezsilności

Zachowania: czujność, podejrzliwość

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba wybiera agresywnych partnerów i trwa w relacji („skoro inni ranią i wykorzystują, to po co zmieniać partnera bądź pracę?”); nie potrafi obronić się przed przemocą czy nadużyciami ze strony innych osób; czasem staje się ofiarą przemocy i nadużyć.
- Unikanie: osoba unika otwartości, ukrywa wiele tajemnic, ukrywa swoje uczucia i myśli, trzyma innych na dystans, unika potencjalnego zranienia.
- Nadkompensacja: osoba oskarża, obwinia, obraża, atakuje, manipuluje, kłamie, składa obietnice bez zamiaru ich dotrzymania, sama atakuje, nadużywa, wykorzystuje, znęca się.

3. Deprywacja emocjonalna

Doświadczenia: W przypadku emocjonalnej deprywacji osoba ma doświadczenia odnoszące się do deprywacji potrzeb na trzech poziomach:

- 1) Deprywacja potrzeby troski: brak miłości, uwagi, ciepła, bliskości, czułości;
- 2) Deprywacja potrzeby empatii: nikt nie słucha, nie rozumie, nie dzieli się uczuciami;
- 3) Deprywacja potrzeby ochrony: nikt nie daje wsparcia, rad, nie wskazuje kierunku.

Przekonania: jestem nieważny, moje potrzeby się nie liczą, nie będą spełnione.

Emocje: poczucie pustki, smutek, żal

Zachowania: np. granie/branie narkotyków/picie alkoholu, by odciąć tę pustkę

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba poszukuje bliskości drugiej osoby, miłych odczuć, poczucia, że „jesteśmy razem”.
- Unikanie: osoba unika bliskich relacji.
- Nadkompensacja: osoba wykazuje nadmierne zainteresowanie, uwodzi, wysuwa roszczenia dotyczące bliskości.

4. Wadliwość/Wstyd

Doświadczenia: Najbliższe otoczenie społeczne jest bardzo krytyczne

Przekonania: jestem nie do zaakceptowania, nie zasługuję na miłość; jeśli tylko inni poznają mnie lepiej, przekonają się o moich wadach i nie będą chcieli mieć ze mną nic wspólnego

Emocje: m.in. lęk, poczucie wstydu

Zachowania: wyczulenie na punkcie własnego postępowania oraz błędów, skupienie na tym, jak inni to postępowanie ocenią

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba wierzy, że jest głupia, brzydka itp.
- Unikanie: unikanie to główna strategia postępowania w tym schemacie, osoba utrzymuje dystans.
- Nadkompensacja: krytyka innych, osoba sama zdaje się być doskonała („jestem lepszy”, „należy mi się więcej”, „mam specjalne uprawnienia”).

5. Izolacja Społeczna/Wyobcowanie

Doświadczenia: osoba w rodzinie często traktowana jest jako „czarna owca”, odstaje od rówieśników

Przekonania: jestem dziwny, nie pasuję do grupy

Emocje: lęk, poczucie dyskomfortu w bliskich związkach

Zachowania: osoba nie wchodzi w kontakt, zachowuje się ekscentrycznie

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: jest to charakterystyczny schemat samotników (u osób schizoidalnych, schizotypowych).
- Unikanie: całkowite oderwanie, wycofanie z relacji społecznych (bo dużo lęku przed wejściem w kontakt).
- Nadkompensacja: osoba stara się dopasować do grupy, czasem zachowuje się jak kameleon.

Obszary schematów II: Niewystarczająca autonomia i osiągnięcia

Typowe środowisko: nadopiekuńcze, nie wspierające samodzielności, podważające wiarę w siebie

Niezaspokojone potrzeby: potrzeby autonomii, poczucia własnej wartości, autoekspresji

Przekonania: jestem niezdolny do samodzielności, do przetrwania, do skutecznego działania

6. Zależność/Niekompetencja

Doświadczenia: rodzina nadopiekuńcza, nie wzmacnia sukcesów dziecka

Przekonania: jestem niekompetentny, nie mogę sam funkcjonować, muszę polegać na innych *Emocje:* bardzo dużo lęku, niepewności, poczucia zagrożenia

Zachowania: osoba może dużo robić, ale w rzeczywistości myśli o sobie że jest głupia, nieporadna

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba wchodzi w relacje występujące w tym schemacie, prosi bliskich o podejmowanie decyzji.
- Unikanie: unikanie nowych wyzwań
- Nadkompensacja: samowystarczalność, całkowita niezależność, nieprośenie o pomoc.

7. Podatność na Zranienie/Zachorowanie

Doświadczenia: często wychowywanie «pod kloszem», otoczenie z problemami napadów paniki, lękiem o zdrowie

Przekonania: jestem w niebezpieczeństwie, świat jest zagrażający

Emocje: lęk, obawa przed napaścią, poczucie zagrożenia

Zachowania: zabezpieczanie się, ruminacje, skupianie uwagi na kwestiach medycznych

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba oczekuje, że „w każdej chwili coś strasznego może się przydarzyć”.
- Unikanie: osoba unika «niebezpiecznych» miejsc.
- Nadkompensacja: osoba podejmuje ryzykowne sporty, lekkomyślne aktywności, nie zważa na niebezpieczeństwo.

8. Uwikłanie/Nie w pełni rozwinięte Ja

Doświadczenia: relacje w rodzinie mają często charakter emocjonalnej fuzji; rozmywiają się granice, myśli, uczucia

Przekonania: muszę być blisko z drugą osobą (klient rzadko jest tego świadomy)

Emocje: zagubienie, niepewność

Zachowania: kalka innej osoby

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba dąży do emocjonalnej fuzji z inną osobą
- Unikanie: osoba unika innych ludzi
- Nadkompensacja: osoba podkreśla swoją niezależność, stara się być przeciwieństwem osoby niepewnej, zagubionej

9. Porażka

Doświadczenia: osłabianie pewności siebie dziecka, przekazywanie dziecku komunikatów typu: „nie jesteś w stanie osiągnąć tyle, co twoi rówieśnicy”

Przekonania: jestem głupi, pozbawiony talentu i wiedzy, jestem porażką, nieudacznikiem, beztalenciem (skargi na siebie pomimo tego, że osoba może być bardzo zdolna)

Emocje: smutek, poczucie beznadziei i lęk (przed próbowaniem/ sukcesem)

Zachowania: osoba nie podejmuje działań, porównuje się z innymi (i często – zgodnie z własną opinią – wypada gorzej!)

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie: osoba działa na pół gwizdka, nie kończy zadania („I tak mi nie wyjdzie, mi nie może wyjść”)
- Unikanie: osoba doświadcza blokady przed wykonaniem czegokolwiek, siedzi przed komputerem, nie podejmuje wyzwań, wysiłku, uniemożliwia nabycie umiejętności, wykonanie jakiegoś ruchu staje się potężnym zagrożeniem
- Nadkompensacja: osoba nieustannie stawia sobie nowe wymagania, by się wykazać, by wykonać coś perfekcyjnie

Obszary schematów III: Osłabione granice

Klient przejawia deficyty w respektowaniu ograniczeń, podejmowaniu odpowiedzialności i realizacji długoterminowych celów.

Typowe środowisko: brak nadzoru, dyscypliny, kierowania, przewodnictwa; może też być nadmierna pobłażliwość, lub czasem nadmiarowa ochrona przed normalnym poziomem dyskomfortu

Niezaspokojone potrzeby: potrzeba realnych ograniczeń, odpowiedzialności wobec innych, długoterminowego dążenia do celu

Przekonania: trudności w poszanowaniu praw innych, współpracy, podejmowania zobowiązań, osiągnięcia celów

10. Roszczeniowość/Wielkościowość

Doświadczenia: w rodzinie brak zasad, ograniczeń, nadmiernie wzmacnianie, przekonanie o wyjątkowości i wartości dziecka, zamiast zastosować dyscyplinę, ustanowić granice i uczyć określania i realizowania długoterminowych celów

Przekonania: jestem lepszy, mam specjalne uprawnienia, większe niż inni ludzie

Emocje: skrajne emocje, m.in. poczucie wyjątkowości

Zachowania: skupienie na sobie, roszczeniowość, krytycyzm, pretensjonalność, dążenie do bycia podziwianym, brak empatii

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba zastrasza innych by osiągnąć swoje cele, przechwala się osiągnięciami

- Unikanie: w tym schemacie unikanie występuje bardzo rzadko – osoba unika sytuacji, w których nie jest najlepsza
- Nadkompensacja: skromność (i wtedy osoba czuje się wyjątkowa, przesadnie dba o potrzeby innych)

11. Niedostateczna Samokontrola i Samodyscyplina

Doświadczenia: brak nadzoru, kontroli lub rodzina zbyt ukierunkowana na dzieci

Przekonania: nie muszę kontrolować siebie, nie potrafię kontrolować siebie

Emocje: nadmierna emocjonalność, niestałość afektu, lęk w kontaktach z innymi

Zachowania: osoba nie chce/nie potrafi tłumić własnych uczuć, impulsów, zabiega o uwagę innych; zachowania demonstracyjne, teatralne, zwracające uwagę

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba jest niestabilna w związkach interpersonalnych, niestała, niezdyscyplinowana, wykazuje znaczną impulsywność, brakuje jej samokontroli, np. wielogodzinne surfowanie po Internecie
- Unikanie: osoba omija nieprzyjemne, niekomfortowe sytuacje (np. sytuacje związane z wysiłkiem), unika pracy i odpowiedzialności
- Nadkompensacja: w specyficzny sposób zwraca uwagę innych na swoją atrakcyjność

Obszary schematów IV: Nakierowanie na innych

Nadmierne skupienie na potrzebach, uczuciach, reakcjach innych ludzi kosztem własnych potrzeb (często by uzyskać miłość, aprobatę, podtrzymać relacje lub uniknąć odrzucenia).

Typowe środowisko: potrzeby i pragnienia rodziców (np. społecznej akceptacji czy wysokiej pozycji) są cenione wyżej niż potrzeby i uczucia dziecka; warunkowa akceptacja dziecka (by zyskać uwagę i miłość)

Niezaspokojone potrzeby: tłumienie własnych pragnień, autoekspresji, tłumienie gniewu

Przekonania: nadmierne skupienie na cudzych pragnieniach, kosztem własnych potrzeb, by zdobyć akceptację ze strony innych, utrzymać bliskie relacje, uniknąć zemsty

12. Podporządkowanie się

Doświadczenia: rodziny kierujące się zasadami wobec dzieci typu „dzieci i ryby głosu nie mają”, „zrobisz teraz co ja chce”, „rób to bo inaczej cię zostawię”, autorytatywne wychowanie, czasem rodzice kontrolujący

Przekonania: moje przekonania, uczucia i pragnienia nie liczą się dla innych

Emocje: lęk, złość

Zachowania: tłumienie własnych uczuć, potrzeb i preferencji

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba zgadza się, mimo braku akceptacji dla specyficznych działań
- Unikanie: osoba lawiruje, by nikt nie mógł wywrzeć presji
- Nadkompensacja: zachowania bierno-agresywne, osoba walczy by nikt jej nie podporządkował

13. Samopoświęcenie

Doświadczenia: często rodzic jest słaby, bezradny, infantylny; dziecko przyjmuje rolę „rodzica własnego rodzica”

Przekonania: inni są słabsi, muszę więcej zrobić dla innych niż dla siebie, czasem przekonanie, że osoba wie lepiej czego potrzebują inni

Emocje: poczucie winy, poczucie osamotnienia, złość

Zachowania: przejmowanie odpowiedzialności za życie i szczęście innych ludzi (co może prowadzić do zgorzknienia i pretensji wobec ludzi)

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba zaspokaja potrzeby innych ludzi kosztem własnych
- Unikanie: osoba dystansuje się, unika, nie dzieli się
- Nadkompensacja: osoba daje innym tak mało jak to tylko możliwe

14. Poszukiwanie Akceptacji i Uznania

Doświadczenia: akceptacja warunkowa – dziecko musi stłumić ważne aspekty siebie, aby zdobyć miłość, uwagę lub uznanie; u wielu z tych rodzin emocjonalne potrzeby i pragnienia dorosłych (np. akceptacji przez otoczenie) są ważniejsze niż unikalne potrzeby dzieci

Przekonania: inni muszą mnie podziwiać

Emocje: lęk, niepokój, niepewność

Zachowania: skrajne dążenie do podbudowania statusu i osiągnięcia społecznego uznania przy pomocy różnorodnych środków (np. kariera zawodowa, wygląd fizyczny)

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba próbuje się przypodobać, dba o wygląd zewnętrzny, o osiągnięcia by inni ją podziwiali, przykładem jest duża aktywność na Facebooku, w mediach społecznościowych
- Unikanie: osoba unika sytuacji społecznych gdzie nie zabłyśnie
- Nadkompensacja: (rzadko) skromność (osoba pozostaje w cieniu, prowokuje dezaprobatę)

Obszary schematów V: Nadmierna czujność i zahamowanie

Nasilona tendencja do tłumienia spontanicznych uczuć, impulsów i wyborów lub do spełniania wysokich, uwewnętrznionych standardów i zasad. Dzieje się to często kosztem poczucia szczęścia, swobodnej ekspresji siebie, relaksu, zdrowia i relacji z innymi.

Typowe środowisko: ponure, wymagające, karzące; nastawione na osiągnięcia, unikanie błędów, perfekcjonizm jest ważniejszy od przyjemności i radości

Niezaspokojone potrzeby: tłumienie własnych pragnień, autoekspresji

Przekonania: należy tłumić własne uczucia

15. Negatywizm/Pesymizm

Doświadczenia: pesymistyczne nastawienie i tendencja do zamartwiania się w rodzinie; zakładanie że stanie się coś złego; często też doświadczenia osobistej tragedii, cierpienia, trudności

Przekonania: osoba widzi negatywne aspekty sytuacji, pomija lub pomniejsza pozytywne („będzie źle, katastrofa się wydarzy, jeśli teraz jest dobrze, to na pewno będzie źle”)

Emocje: nadmierna czujność, pobudzenie, zamartwianie

Zachowania: osoba jest czujna, ostrożna, ma trudności w podejmowaniu decyzji, ma tendencje do narzekania

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie: osoba jest przywiązana do czarnych wizji („wszystko jest źle”), chronicznie narzeka, zamartwia się
- Unikanie: osoba unika sytuacji potencjalnego zagrożenia, upokorzenia, strat

- Nadkompensacja: osoba zabezpiecza się przed potencjalnymi zagrożeniami

16. Zahamowanie emocjonalne

Doświadczenia: nasilona tendencja do tłumienia spontanicznych uczuć, impulsów i wyborów

Przekonania: emocje, impulsy są złe, niemoralne, trzeba je więc tłumić; okazanie uczuć krzywdzi innych albo może prowadzić do wstydu, porzucenia lub utraty poczucia własnej wartości

Emocje: osoba tłumii złość, radość, czułość, impulsy seksualne

Zachowania: osoba tłumii spontaniczne reakcje i uczucia (również uczucia przyjemne)

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba zachowuje się spokojnie, w sposób pozbawiony emocji
- Unikanie: bez pobudzenia emocjonalnego – unika sytuacji, w których ludzie okazują emocje
- Nadkompensacja: osoba (często nieudolnie) stara się być duszą towarzystwa

17. Nadmierne wymagania/Nadmierny krytycyzm

Doświadczenia: sztywne zasady oraz zaabsorbowanie skutecznością i wydajnością działania

Przekonania: nie jestem wystarczająco dobry, jestem wybrakowany, ciągle muszę się starać jeszcze bardziej

Emocje: niepokój, poczucie zagrożenia, wstyd

Zachowania: dążenie do ideału, osoba stara się sprostać niezwykle wysokim osobistym standardom

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: perfekcjonizm
- Unikanie: osoba nie wchodzi w sytuacje, w których mogłaby zostać skrytykowana
- Nadkompensacja: osoba wykonuje zadania w sposób pośpieszny i niedbały

18. Bezwzględna surowość

Doświadczenia: doświadczenia przemocy i surowości w wychowaniu

Przekonania: zasługuję na karę; każdy powinien być surowo karany za popełniane błędy

Emocje: nietolerancyjność, niecierpliwość, brak wyrozumiałości, nienawiść

Zachowania: zachowania przemocowe, nie wybaczenie błędów, samookalectanie się

Sposoby radzenia sobie:

- Poddanie się schematowi: osoba wobec siebie i innych przyjmuje postawę surową lub karzącą
- Unikanie: unika innych ludzi w obawie przed karą lub wygłusza emocje (np. poprzez alkohol, narkotyki, seks czy inne zachowania nałogowe)
- Nadkompensacja: osoba odrzuca poczucie winy, odpowiedzialności, często przejawia zachowania antyspołeczne

Podsumowując, myśli, emocje i zachowania związane z dezadaptacyjnymi schematami mogą być dla klienta bardzo nieprzyjemne. Mogą one zarówno przyczynić się do powstawania podatności do rozwijania się uzależnień, jak i mogą prowadzić do podejmowania różnych sposobów radzenia sobie. Zachowania nałogowe, takie jak nałogowe używanie technologii i/lub substancji mogą stanowić próbę uporania się z nimi i zagłuszenia trudnych doświadczeń.

Praca terapeutyczna ze schematami

W praktyce terapia schematów odbywa się najczęściej w odniesieniu do pracy z trybami. Temat trybów omówiony jest w kolejnej części książki, zatem obecnie omówimy pokrótce techniki pracy ze schematami. W pracy terapeutycznej ze schematami stosujemy interwencje poznawcze i behawioralne znane z terapii poznawczo-behawioralnej (wiele z nich opisanych jest w naszych wcześniejszych publikacjach (Jaraczewska, Derwich, 2020a; Jaraczewska, Derwich, 2020b) oraz wiele specyficznych interwencji skoncentrowanych na emocjach. Praca poznawcza skupiona jest wokół restrukturyzacji treści poznawczych schematu. W terapii staramy się dzięki temu rozwijać i wzmacniać nowy „zdrowy głos”, który podważa przekaz i treści, jakie niesie ze sobą nieadaptacyjny

schemat. W trakcie restrukturyzacji poznawczej możemy np. zbierać dowody dla negatywnych treści poznawczych (dzieciństwo/dorastanie/dorosłość), następnie dokonać ponownej oceny (Czy to był mój błąd? Czy są jakieś inne wyjaśnienia? Specyficzne okoliczności? Czy nadmiernie interpretuję?). Ponieważ praca nad identyfikacją własnych schematów oraz obserwacją tego, w jaki sposób schemat „rządzi” życiem klienta jest złożonym procesem, często wykorzystuje się różnego rodzaju materiały samopomocowe, które pomagają klientowi we wnikliwym przyglądaniu się schematowi. Karty przypominające i podsumowujące wiedzę na temat schematu mogą mieć następującą postać, np.:

- notatka na temat tego w jaki sposób wyraża się schemat? (sytuacje, myślenie, emocje, zachowanie) np. gdy klient dostaje polecenie od szefa, czuje niepokój, ma myśli: „muszę się wywiązać, trzeba starannie wykonywać obowiązki” i zostaje po godzinach w pracy;
- notatka na temat nazwy schematu – wysokie standardy (pochodzenie schematu – wysokie wymagania rodziców);
- notatka na temat wad i kosztów schematu – praca ponad siły, ciągle przemęczenie, stres związany możliwością popełnienia błędu;
- notatka na temat pomysłów na zdrową alternatywę – np. klient wykonuje zlecane prace na 85% i ma za zadanie obserwować, co się z nim dzieje, jak inni to odbierają.

Praca behawioralna w terapii schematów ma na celu zidentyfikowanie nieadaptacyjnych (czasem nałogowych) zachowań związanych ze schematem. Zadaniem klienta jest obserwacja i opis tzw. błędnych kół, które powodują podtrzymywanie niepomocnego stylu radzenia sobie ze schematem. W trakcie pracy terapeuta często modeluje nowe, bardziej adaptacyjne zachowania, których klient ma okazję się nauczyć w bezpiecznych warunkach, np. w ramach odgrywania ról w trakcie sesji terapeutycznej.

Interwencje terapeutyczne skupione na emocjach to techniki wyobrażeniowe oraz tzw. praca z krzesłami. Celem tych ćwiczeń jest rozpoznanie potrzeb i emocji towarzyszących schematom. W trakcie pracy z krzesłami klient jest zachęcany przez terapeutę do dyskusji ze swoim schematem. W ćwiczeniach wyobrażeniowych klient w celu eksploracji i zmiany schematu przywołuje stresujące obrazy z dzieciństwa, wyraża potrzeby zawarte w tych obrazach, a następnie z pomocą terapeuty jest w stanie powiązać aktualne okoliczności życiowe z emocjami ze wspomnień z dzieciństwa. Dzięki temu klient poznaje źródła swoich schematów oraz ma okazję uczyć się nowych zachowań w odpowiedzi na schemat.

Ważną rolę w terapii schematów odgrywa również relacja terapeutyczna, co szerzej zostanie opisane w czwartym rozdziale.

Praca terapeutyczna związana ze schematami klienta wymaga od terapeuty biegłości w rozpoznawaniu poszczególnych schematów oraz elastyczności w doborze interwencji w zależności od specyfiki zidentyfikowanego schematu. Terapia schematów może być skuteczną metodą pracy z klientami borykającymi się ze złożonymi, trwającymi latami trudnościami psychicznymi oraz z ich niepomocnymi sposobami radzenia sobie, przybierającymi postać ucieczki w uzależnienia.

ROZDZIAŁ 3.

Znaczenie trybów w terapii osób uzależnionych

W terapii schematów poza pracą na opisanych wcześniej schematach stosuje się również pracę terapeutyczną na tzw. trybach schematów. Same schematy są niezauważalne, tak długo, aż nie zostaną wyzwolone przez specyficzne bodźce. Jedynie wzorzec aktywacji, który zostaje wywołany przez wyzwalający schemat może być przez nas doświadczany. To ten zauważalny stan poznawczo-emojionalno-behawioralny jest nazywany trybem. Jest to nasz dominujący stan, w jakim znajdujemy się w danym momencie. Pojęcie trybu rozwinęło się w wyniku obserwacji pracy terapeutycznej. Okazało się bowiem, że praca w oparciu o schematy nie dość skutecznie pomagała klientom z takimi zaburzeniami jak narcystyczne zaburzenia osobowości, czy też zaburzenia osobowości z pogranicza. Obecnie praca z trybami jest integralną częścią terapii schematów. Sama praca z trybami stanowi rozwinięcie i uzupełnienie pracy ze schematami. Zwykle jest to zwykle jest główna metoda terapeutyczna w terapii wspomnianych narcystycznych zaburzeń osobowości i terapii klientów z pogranicza. W przypadku pozostałych zaburzeń osobowości czy też pracy z zaburzeniami osi I praca z trybami może być metodą pomocniczą (Young, Klosko, 2014).

Tryby schematów dzielimy na następujące cztery kategorie: tryby dziecięce, nieadaptacyjne tryby rodzicielskie, nieadaptacyjne tryby radzenia sobie oraz zdrowe tryby (Zdrowy Dorosły i Szczęśliwe Dziecko). Głównym celem w terapii schematów jest poszukiwanie i wzmacnianie trybu Zdrowego Dorosłego, który pozwala nam jako osobom dorosłym na zdrowe zaspokajanie potrzeb

oraz trybu Szczęśliwego Dziecka, który pozwala cieszyć się życiem, zabawą, mieć hobby (Arntz, Jacob, 2021). Arntz i Jacob (2021) charakteryzują kategorie oraz wybrane poszczególne tryby w sposób zaprezentowany poniżej.

Tryby dziecięce

Tryby dziecięce są reakcją na niezaspokojone potrzeby i wiążą się z silnymi negatywnymi emocjami, takimi jak wściekłość, smutek czy poczucie opuszczenia. U dzieci takie reakcje występują w sposób naturalny. W trybach dziecięcych wyróżniamy następujące typy:

- Dziecko Wrażliwe/Podatne na Zranienie – praca z tym trybem zwykle zajmuje centralne miejsce w terapii,
- Dziecko Złościące się – to tryb, który jest często reakcją na zaniedbanie,
- Dziecko Impulsywne/Niezdyscyplinowane – to dziecko, które „potrzebuje” wychowania i edukacji,
- Dziecko Szczęśliwe – to dziecko, które odczuwa wewnętrzny spokój, a jego podstawowe potrzeby są zaspokojone.

Tryby rodzicielskie

Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie to uwewnętrznione dysfunkcyjne reakcje rodzica na dziecko.

Należy pamiętać, że źródłem tych trybów mogą być również inne osoby, jak np. wyśmiewający dziecko rówieśnicy, wymagający i krytykujący w szkole nauczyciel czy surowy dziadek. W nieadaptacyjnym trybie rodzicielskim osoba wciąż wywiera na siebie presję lub siebie nienawidzi. W tej kategorii trybów wyróżniamy tryb Karzącego Rodzica, kiedy osoba złości się na siebie i ma poczucie, że zasługuje na karę za to, że odczuwa i/lub wyraża normalne potrzeby. Częstym zachowaniem może być tu samokrytyka, samookaleczanie, fantazje samobójcze czy też zachowania autodestrukcyjne, takie jak różnego rodzaju uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne. Kolejnym trybem jest tryb Wymagającego Rodzica, który ciągle wymaga, by osoba spełniała wygórowane standardy. Obserwowanym zachowaniem może być dążenie do perfekcji, utrzymywanie ładu i porządku, wysoka wydajność czy też doskonała organizacja.

Tryby radzenia sobie

Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie to:

- **Uległy Poddany** – w tym trybie z obawy przed konfliktem lub odrzuceniem klient jest bierny, uległy, podporządkowany. Często domaga się zapewnień lub gwarancji. W związkach biernie akceptuje przemoc lub po prostu nie podejmuje kroków w celu zaspokojenia swoich zdrowych potrzeb.
- **Odłączony Obrońca** – osoba unika bólu psychicznego wynikającego ze schematów poprzez emocjonalne odłączenie. Stara się wyłączyć wszystkie emocje, co przekłada się również na zrywanie więzi z ludźmi, odrzucanie ich pomocy, automatyczne funkcjonowanie niemal jak robot.
- **Odłączony Samoukoiciel** – osoba wyłącza emocje i angażuje się w aktywności, które przynoszą jej ukojenie i uspokojenie. Tym samym aktywności te odwracają jej uwagę. Często są to zachowania takie jak pracoholizm, uprawianie hazardu, uprawianie niebezpiecznych dyscyplin sportu, seksoholizm czy zażywanie narkotyków. Mogą to być również czynności wykonywane w samotności, bardziej niosące ukojenie niż stymulację, np. granie w gry komputerowe, przejadanie się czy oglądanie telewizji.
- **Samouwieliacz** – osoba dąży do rywalizacji lub władzy, co jest dla niej sposobem na to by dostać i utrzymać to, czego chce. Osoba w tym trybie wykazuje niewiele empatii dla potrzeb i uczuć innych osób. Okazuje swą wyższość i oczekuje specjalnego traktowania ze strony innych.
- **Nadmierny Kontroler** – osoba usiłuje chronić się przed zagrożeniem (domniemanym lub realnym) koncentrując się w nadmierny sposób na kontrolowaniu. Tryb ten może przybrać postać *Perfekcjonistycznego Nadmiernego Kontrolera* – wtedy osoba swoje działania skupia wokół perfekcjonizmu, aby zdobyć kontrolę i zapobiec niepowodzeniom i krytyce. Inną postacią jest *Paranoidalny Nadmierny Kontroler*, który swoje zachowania skupia wokół sprawdzania innych ludzi, rzucania na innych podejrzeń, doszukiwania się oznak złej woli.

Tryb Zdrowego Dorosłego

Tryb Zdrowego Dorosłego to tryb, który na początku terapii może być słabszy, mniej rozwinięty i wymagać wsparcia i wzmocnienia. W tym trybie klient ma zdrowe podejście do emocji, potrzeb i pragnień. Klient jest w stanie podejść do siebie samego z szacunkiem, nawet w obliczu popełnionych błędów. Podejmuje decyzje zgodnie z wyznaczonymi celami i wyznawanymi wartościami. Potrafi również radzić sobie z problemami, brać odpowiedzialność za swoje decyzje. Ma zdrowe relacje z bliskimi osobami, umie je budować i podtrzymywać.

Jeden schemat może wiązać się z wieloma różnymi wzorcami zachowania i doświadczania. W pracy terapeutycznej z osobami, które mają wiele różnych schematów i silne tryby łatwiej jest pracować na trybach (Arntz, Jacob, 2021). Tryby mogą się często zmieniać lub też wykazywać dużą trwałość. Osoba ze schematem opuszczenia/niestabilności więzi może w życiu poddawać się schematowi i wybierać partnerów, którzy nie chcą się angażować w związek i przez cały czas zamartwiać się, że partner może ją opuścić. Innym razem, np. gdy partner wyjeżdża może radzić sobie z emocjami poprzez unikanie upijając się lub radząc sobie w inny sposób, np. poprzez granie w gry online lub hazard. Czasami może też znajdować się w trybie tzw. nadmiernego kompensatora i starać się kontrolować i osaczać partnera poprzez sprawdzanie SMS-ów, dzwonienie itp.

Terapia trybów

W pracy terapeutycznej warto wnikliwie próbować rozpoznać z jakim trybem klienta może wiązać się jego zachowanie, które ma charakter uzależnienia. Przykładowo klient w trybie odłączonego samoukoiciela może szukać stymulacji i przyjmować substancje psychoaktywne albo nałogowo grać w gry, być seksoholikiem lub zakupoholikiem. Podobnie, substancje psychoaktywne może przyjmować osoba będąca w trybie odłączonego obrońcy, lecz wtedy celem tego zachowania jest to, by nie czuć emocji. Kolejnym przykładem może być hazard, który jako zachowanie może mieć miejsce w trybie samouwielbiera, kiedy osoba np. idzie do kasyna i towarzyszy temu splendor podkreślający jej wyjątkowość. To samo zachowanie – uprawianie hazardu może mieć miejsce w trybie odłączonego samoukoiciela, gdy klient uprawia hazard w swoim

domu online. Zmienia się jednak funkcja samego uprawiania hazardu – wyłączenie emocji i ukojenie poprzez angażowanie się w hazard. Podobnie granie online będzie spełniało inną funkcję, gdy klient jest w trybie odłączonego samoukoiciela i gra sam w domu, a inne, gdy jest w trybie samouwielbiacza, gra online i w grupie graczy ma najlepszego «awatora» i przez to czuje się w sieci wyjątkowo. Jednym słowem, to w pracy terapeutycznej możemy odkryć jakie znaczenie może mieć zachowanie uzależnieniowe klienta, co ma kluczowy wpływ na rozumienie jego uzależnienia behawioralnego (Willenberg, 2020).

Techniki terapii trybów

W terapii trybów stosuje się następujące strategie zmiany trybów: techniki poznawcze, techniki skoncentrowane na emocjach (doświadczeniowe) oraz techniki behawioralne (Arntz, Jacob, 2016). Interwencje poznawcze obejmują wszystkie metody terapii poznawczo-behawioralnej, takie jak np. praca na zniekształceniach poznawczych, restrukturyzacja poznawcza, analiza argumentów „za i przeciw”, które zostały opisane przez autorki w książce *Podjęcie integrujące terapię poznawczobehawioralną i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Podręcznik dla terapeutów* (2020). W ramach pracy na trybach technikami poznawczymi głównym celem w trybach dziecięcych jest psychoedukacja na temat potrzeb człowieka oraz ich rozwoju od okresu dziecięcego. Klienci, którzy często sami nie doświadczyli w dzieciństwie zaspokajania ich potrzeby np. bliskości czy bezpieczeństwa, warto, by zdobyli wiedzę na temat tego, jak powinno wyglądać zdrowe zaspokajanie potrzeb dziecka, w tym potrzeb emocjonalnych i jaka jest w tym rola jego opiekunów (najczęściej rodziców). W pracy poznawczej skierowanej na nieadaptacyjne tryby rodzicielskie najważniejszym celem interwencji jest omówienie z klientem źródeł jego poczucia winy oraz adekwatności zachowań rodziców/opiekunów w dzieciństwie wobec klienta. W pracy tej warto podkreślać, że niezależnie od temperamentu lub trudności rozwojowych dziecka, to jego rodzice/opiekunowie odpowiedzialni są za dostosowywanie swojego stylu wychowawczego do potrzeb dziecka. W obszarze pracy na nieadaptacyjnych trybach radzenia sobie głównym zadaniem jest podkreślenie, że tryby te w dzieciństwie odegrały ważną rolę w życiu klienta i w tamtym okresie jego życia pełniły funkcję ochronną. Ważne natomiast jest przyglądanie się nim i analiza ich „zalet i wad” zarówno w okresie dziecięcym, jak i obecnie. Zadaniem w pracy

poznawczej z klientem jest również wzmacnianie i kształtowanie adekwatnych procesów poznawczych trybu zdrowego dorosłego (Arntz, Jacob, 2016). Klienci mogą, niekiedy bardzo szybko, przełączać się z trybu w tryb. Praca z trybami wymaga mniej ustrukturyzowanego podejścia i większej koncentracji na „tu i teraz”. Praca poznawcza często przesunięta zostaje na dalszy etap terapii, co może stanowić szczególne wyzwanie dla terapeutów TPB.

Techniki behawioralne

Techniki behawioralne wykorzystywane w terapii schematów i trybów to techniki terapii poznawczo-behawioralnej, które podobnie jak techniki poznawcze zostały już przez autorki opisane (Jaraczewska, Derwich, 2020). Techniki te obejmują odgrywanie ról, ekspozycję, trening umiejętności czy ćwiczenia relaksacyjne. Celem tych technik jest zbudowanie zachowań powiązanych z innymi trybami, niż tryby radzenia sobie. W rezultacie warto by klient korzystał z trybu Zdrowego dorosłego i to właśnie w tym trybie podejmował aktywności towarzyskie, sportowe, hobby itp. Szczególnie pomocny w budowaniu takich kompetencji jest trening umiejętności społecznych. Wprowadzanie zdrowych wzorców interakcji pomaga klientom w spędzaniu większej ilości czasu w innych trybach niż nieadaptacyjne tryby radzenia sobie. Tym samym może być pomocne w tym, by klient często będący w trybie odłączonego samoukoiciela i grający godzinami w gry online powoli zyskiwał umiejętności, by nawiązywać bezpośrednie relacje społeczne.

Techniki doświadczeniowe

Podstawowym wyzwaniem w terapii trybów staje się zazwyczaj przezwyciężenie blokujących większość interwencji trybów radzenia sobie. W pracy tej kładziemy szczególnie duży nasik na wagę technik skoncentrowanych na emocjach i relacji terapeutycznej. Interwencje skoncentrowane na emocjach w pracy nad trybami to głównie ćwiczenia wyobrazeniowe (doświadczeniowe) oraz praca z krzesłami. Zanim klient będzie w stanie skupić się na swoich własnych potrzebach i celach, ważne jest, by nauczył się wyrażać i przeżywać smutek i wściekłość. W ramach jednej z podstawowych technik wyobrazeniowych tzw. wyobrazeniowej zmiany skryptów, klient wraca do trudnych, często traumatycznych doświadczeń z przeszłości i pracuje wraz z terapeutą nad zmianą tych trudnych przeżyć w wyobrażeniu, tak by potrzeby krzywdzonego czy maltretowanego dziecka zostały zaspokojone. Ćwiczenia te wspierają klienta w przeżywaniu uczuć związanych z zaspokojeniem potrzeb.

Praca z krzesłami

Kolejną techniką jest praca z krzesłami (patrz przykład poniżej). Celem jest uzewnętrznienie aspektów dysfunkcyjnych. Podczas tej pracy klient werbalizuje swoje psychologiczne napięcie wobec „problemu” – żal, złość, bezsilność itp. Terapeuta pomaga zastanowić się nad obecnym nastawieniem emocjonalnym wobec problemu i wyrazić je. W technice tej terapeuta odwołuje się do różnych konkretnych przykładów z życia klienta. Dzięki tej technice klient może dostrzec i zrozumieć swoje wewnętrzne konflikty, ambiwalentne uczucia i zachowania. W trakcie pracy klient uczy się również, które z trybów warto wzmacniać i rozwijać, a wpływ których ograniczać i osłabiać. Sama praca polega na prowadzeniu dialogu między różnymi trybami klienta, które uaktywniają się w sytuacji, nad którą pracujemy. Jest to elastyczna technika. Sam dialog może być prowadzony między dwoma krzesłami, np. w terapii schematów jedno krzesło to krzesło schematu, a drugie to krzesło Zdrowego dorosłego lub w terapii trybów, np. jedno krzesło to jeden z nieadaptacyjnych schematów, a drugie to krzesło Zdrowego dorosłego. Wariant z dwoma krzesłami jest szczególnie pomocny, jeśli terapeuta nie ma jeszcze doświadczenia w tej technice. Stosuje się również dialog między trzema lub większą ilością krzesel. Pozwala to zestawiać w dialogach między krzesłami wszystkie możliwe kombinacje trybów (Arntz, Jacob, 2016). Przykładem takiej pracy może być sytuacja, której celem jest zidentyfikowanie i wyodrębnienie trybu Wrażliwego dziecka, Odłączonego samoukoiciela, Krytycznego rodzica oraz Zdrowego dorosłego. Każdy z trybów ugłasniał różne treści poznawcze, prezentuje różne emocje oraz zachowania. Zadaniem terapeuty jest wspomaganie klienta w zmierzeniu się z głosem Krytycznego rodzica. Terapeuta modeluje odpowiedzi w kierunku trybu Krytycznego rodzica, następnie aktywnie wspiera klienta w dialogu z Krytycznym rodzicem. Kolejnym ważnym krokiem jest też zaproszenie trybu Odłączonego samoukoiciela, którego wyrazem jest np. pracoholizm klienta do opowiedzenia na bazie jakich ważnych doświadczeń powstał i jak postrzega swoją funkcję w życiu klienta. Następnie klient wspierany przez terapeutę prosi tryb Odłączonego samoukoiciela, by spróbował zrezygnować ze swojej aktywności. Dalszym celem jest również dostrzeżenie potrzeb Wrażliwego dziecka i wspieranie klienta, by w trybie Zdrowego dorosłego był w stanie opiekować się swoim Wrażliwym dzieckiem. Praca ta wymaga od terapeuty doświadczenia i biegłości w pracy z poszczególnymi trybami.

Z notatnika specjalisty

Ciekawym przykładem podzielił się z nami nasz bardzo doświadczony kolega, Graeme Horridge ze Szwajcarii, specjalista dialogu motywującego, wykorzystujący terapię schematów i terapię dialektyczno-behawioralną w pracy z osobami uzależnionymi. Rozmowa z dwudziestoletnim klientem, Andrew, który jest uzależniony od gier komputerowych została przeprowadzona na początku trzeciej sesji. W pracy z trybami klienta terapeuta zastosował technikę krzesel, ilustrujące podejście terapeutyczne oparte na terapii schematów. Dodatkowo, w poniżej przedstawionym transkrypcie fragmentu jednej z jego sesji z pacjentem Graeme Horridge wyjaśnia zasadność podejmowanych przez siebie interwencji terapeutycznych.

K.	Chciałbym inaczej się zachowywać, ale za każdym razem, gdy siadam przy komputerze, po prostu zaczynam grać w gry... Marnuję tyle czasu... Nie mogę tego nie robić... Jestem przegrany...
T.	Czujesz, jakbyś naprawdę utknął, nie możesz się zmienić.
Terapeuta wyraża empatię, okazując akceptację i zrozumienie wewnętrznego doświadczenia przeżywanego przez Andrew. To co jest istotne to skupianie się na osobie, a nie na problemie, bo to sprawiłoby, że Andrew poczułby się oceniany. Podczas całej rozmowy pozostaje priorytetem okazywanie akceptacji.	
K.	Nie ma znaczenia, jak bardzo się staram, po prostu nie mogę się zmienić.
T.	To tak, jakby część Ciebie naprawdę chciała przestać marnować czas, a inna część naprawdę chciała dalej grać w gry. To wygląda tak, jakby te dwie części ciebie walczyły ze sobą.
Terapeuta wprowadza koncepcję trybów (termin TS używany do określenia części), pomagając klientowi dostrzec, że jego część chce się zmienić. Kierując jego uwagę na część, którą chcemy wzmocnić.	
K.	I zła strona wciąż wygrywa.
T.	To naprawdę ciekawe. Zatrzymajmy się tutaj i przyjrzyjmy się temu co właśnie powiedziałeś: „Zła strona”... Jestem pewien, że masz powody, by nazywać tę część siebie „złą”, a jednocześnie może ta część Ciebie ma ważne powody, by jednak grać. Moglibyśmy pozwolić tej części powiedzieć nam, dlaczego chce, żebyś spędzał tyle czasu na graniu. Może umieścimy ją na krześle i porozmawiamy z nią?
Paradoks zmiany mówi, że akceptacja braku zmiany jest niezbędna, aby umożliwić zmianę. Chcemy okazać, że akceptujemy całą osobę, w tym tą część, z powodu której czuje się ona winna. Brak akceptacji i nie wysłuchanie tej strony spowoduje większe poczucie winy i mniejsze prawdopodobieństwo zmiany. Terapeuta okazując akceptację modeluje ją i zachęca do zrobienia tego samego.	

T.	(Andrew siada na innym krześle, terapeuta rozmawia z częścią, którą Andrew nazwał „złą stroną.”) Witam. Więc jesteś częścią Andrew, który lubi grać w gry komputerowe. Czy mogę zadać Ci kilka pytań dotyczących Ciebie?
K.	Pewnie, co chcesz wiedzieć?
T.	Może moglibyśmy zacząć od poznania twojego imienia?
K.	Moje imię? Umm... Możesz nazywać mnie „marnotrawcą czasu”, bo to właśnie robię. Właściwie nie, nazywaj mnie „Luzakiem”, ponieważ wiem, jak się wyluzować.
T.	Dobra, Luzaku. Miło mi Cię poznać. Więc jak długo jesteś w życiu Andrew? Kiedy pierwszy raz się pojawiłeś?
K.	Przypuszczam, że kiedy dostał swój pierwszy komputer. Kiedy miał czternaście lat.
T.	OK, więc jesteś już od jakiegoś czasu.
K.	Już sześć lat.
T.	Więc znasz Andrew całkiem dobrze. Powiedz mi, z jakiego powodu się pojawiłeś? Jaki jest Twój cel?
Terapeuta stara się odkryć cel, rolę lub funkcję trybu. Pozwoli to ujawnić ważną, niezaspokojoną potrzebę.	
K.	Jestem od dawania rozrywki. Wprowadzam w życie zabawę. Życie beze mnie byłoby naprawdę nudne. Każdy musi wiedzieć, jak się wyluzować.
T.	Wydaje się, że mówisz, że czynisz życie zabawnym. A gdyby cię nie było przy Andrew, jak wyglądałoby jego życie?
K.	Ach, chyba bez zabawy. Nudziłby się cały czas.
T.	Moglibyśmy więc powiedzieć, że to całe szczęście, że jesteś przy Andrew, bo inaczej potwornie by się nudził.
K.	Tak, w rzeczy samej.
T.	Zastanawiam się, jak to było z Andrew, zanim się pojawiłeś..., zanim otrzymał swój pierwszy komputer?
K.	No tak, był dość nudnym, smutnym facetem. Po prostu siedział w swoim pokoju i czytał głupie komiksy.
T.	Sprawił wrażenie, że się smuci.

K.	To znaczy ... miał smutne, nudne, bezcelowe życie. Nie miał przyjaciół. Nikt go nie lubił, nawet jego rodzice. Kto chciałby więc spędzać czas z takim nieudacznikiem?
Ważne jest, aby tryby pozostały oddzielone. Rozmawiamy z Odłączonym Obrońcą (Luzakiem), a Karzącym Krytykiem zajmujemy się w innym momencie. Wrażliwe Dziecko (część Andrew, która odczuwa emocjonalny ból) słucha wszystkiego, co się mówi. Terapeuta stara się pokazać, że chociaż staramy się zrozumieć Odłączonego Obrońcę, nie słuchamy obelg Karzącego Krytyka.	
T.	Poczekaj chwilę, muszę cię tutaj zatrzymać. Wydaje mi się, że teraz mówi inna część ciebie. Brzmi jak dość ostra, krytyczna strona. Może moglibyśmy później usadowić tę część na innym krześle (terapeuta umieszcza daleko kolejne krzesło), a teraz po prostu pozostaniemy przy „Luzaku”.
K.	Dobrze. To znaczy, naprawdę nie był lubiany. Żadnych przyjaciół... rodziców to nie obchodziło...
T.	To musiało być trudne dla Andrew. A potem, kiedy się pojawiłeś...
Terapeuta ponownie zwraca się do „Luzaka”.	
K.	Zaczął się dobrze bawić. Nie potrzebował nikogo innego. Odkrył inny świat i to znacznie ułatwiło życie.
T.	Twoim zadaniem jest więc pomagać Andrew w tym, żeby się dobrze bawił, a nie był smutny.
K.	Dokładnie.
T.	A bez ciebie byłby...
K.	Smutny, znudzony, przygnębiony... zobaczyłby, jak bezużyteczne i bezcelowe byłoby jego życie.
T.	To by naprawdę bolało.
K.	Tak, Andrew ma szczęście, że ja jestem z nim.
T.	Dobrze. Chciałbym usłyszeć, co myśli Andrew o tym wszystkim, co powiedziałaś. Czy chciałbyś dodać coś jeszcze?
K.	Nie, to wystarczy. Tylko lepiej nie próbuj realizować żadnego swojego sprytnego planu pozbycia się mnie, dobrze?
T.	Widzę, że chcesz pomóc Andrew, a ja nie mam zamiaru robić niczego, co mogłoby mu zaszkodzić.
Klient wraca na swoje krzesło.	

T.	Więc Andrew, właśnie usłyszałeś wszystko, co powiedział Luzak. Jak Ci się tego słuchało?
K.	Wydaje mi się, że brzmiało to całkiem prawdziwie. Nikt mnie nie lubi... nie troszczy się o mnie... moje życie jest i zawsze było bezcelowe.
Wrażliwe dziecko wyraża wiarę w to co mówi Karzący Krytyk. Po raz kolejny terapeuta pracuje nad rozdzielaniem trybów. Wzmocnienie tego pomaga Andrew w utrzymaniu kontaktu ze swoimi uczuciami, co pozwoli odkryć niezaspokojoną podstawową potrzebę.	
T.	Przykro mi, że tak się czujesz. Chciałbym odnieść się do tych myśli również, ale nieco później. Wygląda na to, że pochodzą one z tego drugiego krzesła – tego mocno krytykującego. A co z tym, co pochodzi od Luzaka? Jak się z tym czujesz?
K.	To prawda, że kiedy gram... zapominam o smutku... Mam nawet przyjaciół w sieci... Nigdy wcześniej nie miałem przyjaciół.
T.	Posiadanie przyjaciół jest dla ciebie ważne... ważne jest również, aby nie czuć się smutnym i winnym z powodu grania.
K.	Tak
Terapeuta wnika w wewnętrzne doświadczenie, normalizuje stosowanie strategii unikania (Luzak) i zwraca uwagę na negatywne skutki kontynuowania strategii unikania. Ta technika terapii schematów jest znana jako „empatyczna konfrontacja”.	
T.	To musi być niezwykle bolesne (empatia), gdy słyszysz, jak ta surowa część Ciebie nazywa cię przegranym lub niegodnym miłości. To całkowicie normalne (normalizowanie), że kiedy czujesz ten ból, pojawia się Luzak i mówi „Graj, graj... nie słuchaj tych negatywnych myśli... nie czuj bólu...” Kiedy byłeś młodszy granie w gry komputerowe pomagało Ci powstrzymać ból, było naprawdę pomocne... może to nawet cię uratowało. A teraz (empatyczna konfrontacja) to, co kiedyś było dobrym rozwiązaniem, obecnie powoduje cierpienie. Zbyt dużo grania wzmacnia twoją część krytyczną... co powoduje poczucie winy... smutek powraca... nie realizujesz innych rzeczy, które chciałbyś zrobić...
K.	Tak... gdybym mógł po prostu grać dla przyjemności i po prostu nie słuchać tej krytycznej części... to nadal mógłbym bawić się z przyjaciółmi online i wykonywać jednocześnie swoją pracę... Naprawdę muszę się uczyć do tych egzaminów, które mam pod koniec roku.
Andrew przenosi swoją uwagę z problemu (marnowania czasu) na potrzeby i pragnienia (zabawa, przyjaciele, nauka). Dalszą pracę należałoby skupić na tym, aby wzmocnić tryb Zdrowego Dorosłego i aby zmniejszyć efekt trybu Karzącego Krytyka.	

Praca wyobrazeniowa

Praca wyobrazeniowa służy aktywizacji trybów na skutek pogłębiania odczuwanych emocji i skojarzenia ich ze wspomnieniami z przeszłości. Jest ona szczególnie pomocna w przypadku traumatycznych wspomnień z dzieciństwa. W trakcie wyobrażenia trudne lub traumatyczne przeżycia są zmieniane w wyobraźni w taki sposób, by potrzeby krzywdzonego lub maltretowanego dziecka były zaspokojone. Klient dzięki wsparciu terapeuty jest w stanie na przykład powstrzymać nieadaptacyjne tryby rodzicielskie.

W przeprowadzeniu pracy wyobrazeniowej dbamy o to, by wraz z klientem zaczynać i kończyć pracę na wyobrażeniu tzw. „bezpiecznego miejsca”. Możemy to robić słowami: „Zamknij oczy. Wyobraź sobie, że jesteś w bezpiecznym miejscu. Używaj obrazów, nie słów ani myśli. Pozwól, by obraz pojawił się sam. Zauważ szczegóły. Powiedz mi, co widzisz. Co czujesz? Czy jesteś sam, czy jest z tobą ktoś jeszcze? Poczuj jak zrelaksowany i bezpieczny czujesz się w tym miejscu”.

W ramach pracy wyobrazeniowej stosuje się również wyobrazeniową zmianę skryptów, której zadaniem jest stworzenie nowych wzorców emocjonalnych oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i innych pozytywnych odczuć. Ramowy przebieg wyobrazeniowej zmiany skryptów A. Arntz i G. Jacob (2006) przedstawiają w następujący sposób:

1. Podanie instrukcji dotyczącej relaksacji, opcjonalnie z wizualizacją bezpiecznego miejsca.
2. Wejście w wyobrażenie w bieżącą stresującą sytuację i uzyskanie dostępu do związanych z nią negatywnych emocji.
3. Zbudowanie „pomostu emocjonalnego”: zachowujemy emocje, ale wymazujemy obraz bieżącej sytuacji – zamiast tego wkraczamy w wyobraźni do stresującego wspomnienia powiązanego z tymi emocjami (najczęściej jest to wspomnienie z dzieciństwa).
4. Zwięzłe analizowanie sytuacji z dzieciństwa (kto bierze w niej udział, co się dzieje) – skupiamy się na uczuciach i potrzebach dziecka.
5. Wprowadzenie pomocnej postaci, która zatroszczy się o potrzeby dziecka i odmieni sytuację w taki sposób, by dziecko poczuło się bezpiecznie, a jego potrzeby zostały zaspokojone.
6. Po wyeliminowaniu bezpośredniego zagrożenia, pogłębianie poczucia bezpieczeństwa i więzi.
7. Opcjonalnie: przełożenie rozwiązania emocjonalnego z sytuacji z dzieciństwa na pierwotną sytuację/wyobrażenie. Praca tą techniką może pomóc klientom odkryć źródła emocji i doświadczyć zaspokojenia potrzeb.

Znaczenie relacji terapeutycznej

W relacji terapeutycznej w terapii schematów terapeuta aktywnie reaguje na tryby i schematy klienta, np. jest wspierający i serdeczny wobec klienta z rozpoznaniem depresji, a wyznacza granice i dyscyplinuje tryb Niezdyscyplinowanego dziecka. Samą relację terapeutyczną w ramach terapii schematów spostrzega się jako relację ograniczonego powtórnego rodzicielstwa. Znaczy to, że terapeuta w ramach relacji terapeutycznej i z zachowaniem zasad etyki zawodowej w ograniczonym stopniu zaspokaja potrzeby klienta, których nie zaspokoił rodzice lub opiekunowie. Samo ograniczone powtarzanie rodzicielstwa odnosi się przede wszystkim do trybu Wrażliwego dziecka.

W ramach relacji terapeutycznej bardzo ważną techniką jest empatyczna konfrontacja, która pozwala na otwarte konfrontowanie klientów z typowymi dla nich wzorcami interpersonalnymi w relacji terapeutycznej. W tym empatycznym procesie terapeuta znając historię klienta stara się dostrzec i potwierdzić źródła jego aktualnych wzorców interakcji w jego historii życia. Przykładem może być tu powtarzające się zachowanie klienta, które polega na powstrzymywaniu ekspresji smutku, lęku i przygnębienia, przeproszaniu za to, że klient płacze. Terapeuta w swojej interwencji może nazwać te zachowania i podkreślić, że historia wczesnych doświadczeń klienta pokazuje, że w jego domu rodzinnym nie mógł on swobodnie wyrażać tych uczuć, bo natychmiast spotkałby się z krytyką, a nawet karą. Jednocześnie terapeuta podkreśla, że tu i na ten moment wyrażanie tych uczuć w relacji terapeutycznej jest jak najbardziej na miejscu i klient nie spotka się z krytyką, a raczej z akceptacją.

Opisane możliwości pracy terapeutycznej w terapii trybów stanowią dla terapeuty przestrzeń do wnikliwego rozpoznania źródła, dynamiki występowania oraz wzajemnych interakcji między trybami klienta. Jest to praca wymagająca dużego zaangażowania, wiedzy, doświadczenia oraz konieczności stałej pracy pod superwizją. Praca na trybach często wymaga też kreatywności i refleksyjnego korzystania z opisanych narzędzi.

Na ostatniej Międzynarodowej Konferencji na temat Patologicznego Hazardu i innych uzależnień behawioralnych prof. Jan Chodkiewicz w swoim wystąpieniu Schematy poznawcze według Y. Younga a uzależnienia behawioralne przedstawił wyniki badań dotyczących dysfunkcyjnych schematów i pracy z trybami u osób z różnymi rodzajami uzależnień behawioralnych (Chodkiewicz, 2021), co pokazuje że na polskim gruncie również staramy się wykorzystywać znajomość Terapii Schematów.

Grupowa terapia schematów

Joan Farrell i Ida Shaw (2016) opracowały skuteczną i wszechstronną metodę grupowej terapii schematów. Skorzystać z tej metody pracy mogą klienci doświadczający różnych trudności: lęku, poczucia winy, bezsensu życia, samotności, obniżenia nastroju, wahań nastroju, problemów z pewnością siebie, trudności w kontaktach z innymi ludźmi, problemów z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji i zaburzeń osobowości (np. z pogranicza, unikająca, zależna, histrioniczna). Zwykle trudności te znacznie ograniczają sprawność tych osób, a ich jakość życia jest drastycznie obniżona przez to, że nie mogą w pełni rozwinąć swoich możliwości. Ta forma grupowej terapii skupiona jest wokół naturalnych ludzkich potrzeb, które zostały niezaspokojone. Tematyka terapii często dotyczy przeżytych przez klientów traum, ich przekonania o winie, braku prawa do życia, przekonaniu o wrodzonej wadliwości. Osoby biorące udział w terapii nierzadko po raz pierwszy mogą doświadczyć wsparcia, poczucia bezpieczeństwa oraz zrozumienia. Zyskują też poczucie podobieństwa oraz mogą czerpać siłę ze wspólnoty jaką jest grupa terapeutyczna. Terapeuci w pracy grupowej starają się być naturalni i transparentni w swoich interwencjach, jednocześnie zachęcają klientów by spojrzeli na siebie z akceptacją i współczuciem.

Terapia schematów w pracy grupowej jest oparta o określone cele (Farrell, Shaw 2012). Są to między innymi:

- dostarczenie klientowi informacji na temat zaburzenia oraz możliwości wyleczenia objawów, które negatywnie wpływają na jego życie;
- pomoc klientowi w poznaniu i zrozumieniu jego własnych uczuć, potrzeb i myśli
- pomoc w zrozumieniu wpływu doświadczeń z dzieciństwa na aktualne życie klienta;
- wyposażenie klienta w zdrowe umiejętności radzenia sobie w bezpiecznym i wspierającym środowisku grupy terapeutycznej;
- praca nad zwiększaniem poczucia stabilności emocjonalnej;
- praca nad zwiększaniem komfortu życia klienta;
- zwiększenie umiejętności tolerancji na ból emocjonalny bez podejmowania szkodliwych działań.

Z założenia, podobnie jak w innych formach pracy grupowej, grupa ma stać się bezpiecznym i wspierającym środowiskiem terapeutycznym, które będzie sprzyjało osiągnięciu opisanych celów.

Przykładowe interwencje w pracy grupowej (Farrell, Shaw, 2012):

Ćwiczenie gra w kolory

Przykładowymi interwencjami w pracy terapeutycznej może być gra dotycząca identyfikacji uczuć. Jest to tzw. gra w kolory. Klienci proszeni są o określenie jakie uczucie towarzyszy im na początku sesji. Z każdym kolorem powiązana jest lista uczuć. Można używać dowolnych kolorów, ale do każdego należy przypisać konkretne uczucia, które jest jego tematem. W ćwiczeniu przypisuje się każdemu kolorowi listę kilku pokrewnych uczuć, np. jeśli kolor niebieski oznacza złość, to pokrewne uczucia to np. frustracja, rozdrażnienie, poirytowanie. Na początku spotkania klienci proszeni są o określenie jakie uczucie towarzyszy im na początku sesji i wybranie koloru. Terapeuta zapisuje kto jaki kolor wybrał. Po omówieniu tematu sesji ponownie zaprasza się klientów do wyboru koloru, który reprezentuje ich uczucia. Klienci zapraszani są do refleksji poprzez przykładowe pytania: *Co w dzisiejszych zajęciach grupy doprowadziło do zmiany Twoich uczuć? Jak sądzisz, co sprawia, że Twoje uczucia nie mogą się zmienić?* Ćwiczenie to może być wykorzystywane do omówienia zagadnień z terapii schematów na wiele sposobów, w zależności od etapu pracy grupowej.

Identyfikacja trybów

W pracy grupowej zachęca się uczestników również do identyfikacji własnych trybów i wymiany spostrzeżeń i doświadczeń z nimi związanych, np. przy rozpoznawaniu trybu Wrażliwego Dziecka uczestnicy grupy mogą być zachęceni do odpowiedzi na pytania typu: *Co uruchamia u ciebie ten tryb? Jakie zwykle uczucia towarzyszą Ci w tym trybie? Co zwykle myślisz w tym trybie?* Podobna praca grupowa może odbywać się w odniesieniu do każdego trybu.

Praca poznawcza

W pracy grupowej obecna jest również praca poznawcza, np. omawia się poznawcze sposoby radzenia sobie z danymi grupami trybów – zwykle tworzenie lisy argumentów „za i przeciw” pomocne jest w przypadku trybów nieadaptacyjnego radzenia sobie, identyfikacja zniekształceń poznawczych w przypadku trybów rodzicielskich.

W terapii schematów należy zawsze dopasowywać pracę terapeutyczną do trybów, które występują u członków konkretnej grupy. Ważnym aspektem jest również branie pod uwagę mocnych stron i samopoczucie każdego terapeuty prowadzącego grupę.

ROZDZIAŁ 4.

Konceptualizacja w terapii schematów

Rozdział ten będzie ilustracją pracy terapeuty w oparciu o sformułowanie przypadku klienta z uzależnieniem behawioralnym. Zostaną omówione główne elementy konceptualizacji w TS oraz proces jej powstawania w trakcie terapii. Szczególny nacisk zostanie położony również na opisanie umiejętności planowania strategii i działań pracy z klientem, które w oparciu o powstałą konceptualizację mają największe szanse powodzenia. W rozdziale znajdą się przykłady konceptualizacji klientów uzależnionych behawioralnie.

Diagnoza

W terapii schematów opracowanie konceptualizacji poprzedzone jest fazą diagnozy i edukacji. Sama diagnoza jest wieloaspektowa i obejmuje wywiad na temat historii klienta, uzupełnienie przez klienta i omówienie z nim kwestionariusza schematów i trybów, wdrażanie klienta do samoobserwacji oraz przeprowadzanie ćwiczeń wyobrażeniowych, które mają na celu łączenie aktualnych problemów klienta z konkretnymi zdarzeniami z jego dzieciństwa. W trakcie procesu konceptualizacji klienci uczą się również rozpoznawać swoje style radzenia sobie ze schematem oraz dostrzegać w jaki sposób wzmacniają schematy. Jako terapeuci chcemy, by zrozumieli je na poziomie intelektualnym i emocjonalnym. Ważne jest więc wykorzystywanie w tym zakresie i ela-

styczne łącznie strategii poznawczych, doświadczeniowych, behawioralnych i interpersonalnych.

Kwestionariuszami wykorzystywanymi w procesie diagnozy są: Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) (Young, 2005), Young Parenting Inventory (YPI) (Young, 2014), Schema Mode Inventory (SMI-1.1) (Young i in., 2007) Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI) (Young, Rygh, 2014), Young Compensation Inventory (YCI) (Young, 2014). Trzy pierwsze są najczęściej stosowane. Same kwestionariusze charakteryzuje dobra rzetelność. Są bardzo przydatne zarówno w diagnozie, jak i mierzeniu postępów w trakcie terapii. Niestety jak dotąd nie mamy w Polsce opracowanych norm. Warto jednak zaznaczyć, że wyniki testów nie powinny być wystarczającym źródłem wiedzy o kliencie. Ważne do wzięcia pod uwagę są jakościowe informacje, które klient wnosi w trakcie sesji terapeutycznych na temat trudności jakie identyfikuje w swoim życiu z powodu konkretnego schematu lub jakie znaczenie w jego życiu pełni konkretny tryb. Dodatkowo klienci, szczególnie na początku drogi terapeutycznej, mogą nie do końca być w stanie rozpoznać swoje schematy lub też mogą nie być na to gotowi.

Ważnym i „gorącym” źródłem danych w ramach wywiadu są techniki doświadczeniowe. W ramach tych technik stosuje się wyobrażenia nieprzyjemnych sytuacji z dzieciństwa (z ojcem, matką i innymi znaczącymi dla klienta osobami). Zachęca się również w pracy wyobrazeniowej do podjęcia dialogu w wyobrażeniu i powiedzenia o swoich potrzebach. Następnie ważne jest wyobrażenie sobie sytuacji z dorosłego życia, która uruchamia podobne emocje i schematy, oraz ponowne podjęcie dialogu w wyobrażeniu i powiedzenie o swoich potrzebach. Po zakończeniu techniki wyobrazeniowej omawiamy jakie emocje i schematy pojawiły się w wyobrażeniach. Opisana technika może przebiegać według następującego schematu (Young i in. 2014):

1. Edukacja na temat celów pracy wyobrazeniowej w procesie diagnozy:

- identyfikacja i uruchomienie schematów klienta,
- zrozumienie źródeł schematów sięgających dzieciństwa,
- powiązanie schematów ze zgłaszanym problemem,
- pomoc klientowi w doświadczeniu emocji powiązanych ze schematem.

2. Ćwiczenie wyobrażenia „bezpiecznego miejsca”

Zamknij oczy. Wyobraź sobie, że jesteś w bezpiecznym miejscu. Używaj obrazów, nie słów ani myśli. Pozwól by obraz pojawił się sam. Zauważ szcze-

góły. Powiedz mi, co widzisz. Co czujesz? Czy jesteś sam, czy jest z tobą ktoś jeszcze? Poczuj jak zrelaksowany i bezpieczny czujesz się w tym miejscu.

3. Przywołanie wyobrażenia z dzieciństwa. Może to być:

- dowolne wyobrażenie z dzieciństwa, które budzi wzburzenie klienta,
- po jednym trudnym wyobrażeniu dla każdego z rodziców (tzn. jedno wyobrażenie z ojcem i jedno z matką),
- trudne wyobrażenia z każdą ważną postacią z dzieciństwa, włączając w to rówieśników, którzy mogli się przyczynić do kształtowania schematów.

Zwykle w czasie sesji pracujemy tylko z jednym wyobrażeniem.

Mając nadal zamknięte oczy, wymaż obraz „bezpiecznego miejsca”. Teraz wyobraź sobie siebie jako dziecko, z rodzicami, w bolesnej dla siebie sytuacji. Co widzisz?, Gdzie jesteś? Zwróć uwagę na szczegóły. Ile masz lat? Co dzieje się w tej sytuacji? Co czujesz? Co myślisz? Co czuje Twój rodzic? Co myśli Twój rodzic?

Przeprowadź dialog z rodzicem. Co mówisz? Co mówi Twój rodzic?

(Kontynuuj dialog, aż naturalnie dobiegnie końca).

Zastanów się, jak chciałbyś, żeby zmienił się twój rodzic w tej sytuacji, nawet jeżeli wydaje się to niemożliwe. Na przykład czy chciałbyś, żeby rodzic dał Ci więcej wolności? Żeby miał dla ciebie więcej czułości? Więcej zrozumienia? Więcej uznania? Mniej krytycyzmu? Żeby dawał Ci lepszy wzór swoim postępowaniem? Teraz używając słów dziecka, powiedz rodzicowi, którego widzisz przed sobą, w jaki sposób chciałbyś, żeby się zmienił.

Jak reaguje twój rodzic? Co dzieje się dalej? Obserwuj obraz w twojej głowie, aż sytuacja dobiegnie końca. Jak się czujesz na końcu tej sytuacji?

4. Doświadczenie emocji związanych ze schematem i przywołanie obrazu z obecnego życia klienta

Nie otwieraj jeszcze oczu. Teraz wzmocnij uczucie, które odczuwałeś jako dziecko w tamtej sytuacji. Wzmocnij tę emocję. Utrzymując tę emocję w swoim ciele, wyobraź sobie sytuację z twojego obecnego życia, w której masz takie same lub podobne uczucia. Nie rób tego na siłę; poczekaj aż obraz pojawi się sam. Co dzieje się w tym obrazie? Co myślisz? Co czujesz? Powiedz to na głos. Jeżeli w obrazie jest ktoś jeszcze, powiedz tej osobie, jak chciałbyś, żebyś się zmieniła. Jak reaguje ta osoba?

5. Powrót do bezpiecznego miejsca

Wymaż teraz ten obraz i powróć do swojego bezpiecznego miejsca. Poczuj się bezpieczny i rozluźniony. Otwórz oczy.

6. Omówienie ćwiczenie – zrozumienie wyobrażenia w kategorii schematów

W terapii schematów bardzo cennym źródłem informacji jest również budowana wspólnie z klientem relacja terapeutyczna. W trakcie pracy terapeutycznej warto być czujnym i zauważać zmiany w nastroju klienta podczas sesji, na bieżąco rozmawiać z nim o nich. Ważne jest też dopytywanie o reakcje klienta na nas jako na ludzi (o określonym wieku, płci, wyglądzie, zachowaniu itp.) Dodatkowo uwagę terapeuty winny przykuwać nietypowe lub „obsesyjnie” powtarzane zachowania, np. spóźnianie się, upewnianie się co do „prawidłowości” zachowania, częste zmiany tematu itp. Warto również zauważać ogólny styl odnoszenia się klienta do terapeuty (np. władczy, czarujący, uległy) i omawiać go z klientem w kontekście zidentyfikowanych jego schematów. Pomocne jest również odnoszenie zachowania klienta na sesji do jego zachowań w życiu codziennym i zachęcanie do szukania podobieństw.

Konceptualizacja w terapii schematów

Opis konceptualizacji zostanie przedstawiony na bazie formularza do konceptualizacji w terapii schematów (Young i in. 2019) oraz zilustrowany przykładem z praktyki klinicznej. Tworząc konceptualizację problemu klienta, poza uzyskaniem podstawowych danych personalnych (m.in. imię i nazwisko, wiek, wykształcenie, aktualny status związku czy orientacja seksualna). Początkowo staramy się odpowiedzieć sobie wspólnie z klientem na pytanie dlaczego jest on w terapii. Ważne jest zidentyfikowanie głównych czynników motywujących klienta do leczenia. W trakcie wywiadu w tym celu staramy się zidentyfikować okoliczności życiowe klienta, znaczące zdarzenia, objawy, zaburzenia lub problematyczne emocje i zachowania, które przyczyniają się do jego problemów (np. problemy zdrowotne, problemy z relacjami, wybuchy gniewu, anoreksja, nadużywanie substancji, trudności w pracy, etap życia).

Z notatnika specjalisty

Przykładem jest Pan Karol, mężczyzna lat 38, rozwiedziony, dwoje dzieci – dziewczynki 3 i 8 lat, właściciel firmy, wykształcenie średnie. Mężczyzna zgłosił się na terapię po konsultacji psychiatrycznej, chcąc poradzić sobie z depresją, która uniemożliwiała mu opiekę nad dziećmi i prowadzenie firmy. Terapię podjął „dla dzieci”. Od półtora roku nie pije alkoholu, od pół roku w depresji. Wcześniej od kilku lat utrzymywał liczne przygodne kontakty seksualne z kobietami.

Z perspektywy prowadzonej dokumentacji istotne jest również zanotowanie jakie wrażenie sprawia klient podczas sesji (np. powściągliwy, wrogi, łatwy do zadowolenia, potrzebujący, wypowiada się klarownie, bez emocji). Wspomniany pan Karol sprawiał wrażenie chaotycznego, skupionego na swoich zadaniach.

Kolejnym działaniem jest spojrzenie na aktualną sytuację klienta. Tutaj pierwszym krokiem jest identyfikacja głównych dotąd postawionych diagnoz klienta. U pana Karola była to depresja, uzależnienie od alkoholu oraz seksuoholizm. Mając na uwadze wymienione diagnozy należy również określić bieżący, ogólny poziom funkcjonowania w głównych obszarach życia. Są to:

- zawód – pan Karol prowadzi własną firmę o średniej wielkości, sprawdza się jako szef, w okresie depresji w zarządzaniu wspiera go brat;
- relacje intymne, romantyczne, długotrwałe związki – rok temu rozwiódł się po 10 latach małżeństwa i jednocześnie 17 latach związku;
- relacje w rodzinie, przyjaciele lub inne ważne relacje – pan Karol ma dobry kontakt z matką, która angażuje się w opiekę nad wnuczkami, z ojcem spotyka się przeciętnie raz w roku, deklaruje, że prawdziwym wsparciem w depresji jest dla niego była żona, brat wspiera go w prowadzeniu firmy;
- czas spędzany samodzielnie – klient chętnie gra w gry online, ćwiczy na siłowni z trenerem personalnym, boi się samotności i spędzania czasu w pustym domu, by sobie z tym radzić zaprasza przygodne kobiety, by uprawiać z nimi seks.

Dalszym krokiem w konceptualizacji jest zebranie i podsumowanie źródeł aktualnych problemów w dzieciństwie i w okresie dorastania. Pan Karol od 5. roku życia wychowywał się w rodzinie niepełnej. Ze związku rodziców ma starszego o dwa lata brata. Matka odeszła od ojca, ponieważ zakochała się w innym mężczyźnie. Ze związku matki z nowym partnerem ma młodszego o rok brata. Ojciec klienta był naukowcem, wykładowcą uniwersyteckim.

Charakteryzowany jako „obecny ciałem”, umysłowo zaangażowany w naukę i pracę badawczą. Chłodny, krytyczny i zdystansowany wobec dzieci. Matka skupiona na poszukiwaniu relacji miłosnych, zmieniała partnerów, okresowo wyjeżdżała z nimi za granicę – najdłuższa jej nieobecność to około pół roku. Rodzice klienta mimo rozwodu pomieszkiwali razem, matka czasami wyprawiała się do partnerów. W okresach nieobecności matki opiekę nad dziećmi sprawowała babcia, której klient bał się w dzieciństwie. Przy babci nie wolno było płakać, ani okazywać w inny sposób, że się tęskni za mamą. Babci należało się szacunek i podporządkowanie. Czas wczesnego dzieciństwa definiuje jako „ciągły chaos”, „zagubienie w relacjach między rodzicami”, „brak swojego miejsca – nie wiem gdzie i z kim mieszkam”, „brak możliwości przytulenia się do kogoś”, „uczucie pustki i samotności”. W szkole pan Karol był postrzegany jako „zdolny, ale leniwy”. Otrzymywał przeciętne oceny, za co był krytykowany przez ojca. Jeśli zdarzało mu się zdobyć dobrą ocenę, wyróżnić – również spotykał się z krytyką: „jednak potrafisz, to czemu tak rzadko?” Miał dobre kontakty z rówieśnikami. Pod koniec uczęszczania do szkoły podstawowej zaczął pić alkohol i palić papierosy. Wtedy też zaczął wagarować. W szkole średniej postrzegany jako atrakcyjny, pierwsze kontakty seksualne, „bez uczuć”, przelotne związki. Idąc za tym przykładem, warto podsumować ważne doświadczenia z dzieciństwa i z okresu dorastania klienta, które przyczyniły się do jego obecnych problemów życiowych, schematów i trybów.

Ważnym zadaniem, na bazie opisanych doświadczeń jest identyfikacja podstawowych, niezaspokojonych potrzeby i ich źródła. Pan Karol miał niezaspokojone potrzeby:

- bezpieczeństwa – brak przewidywalności kto będzie sprawował nad nim opiekę oraz gdzie i z kim będzie mieszkał;
- stabilnego przywiązania – często nieobecna matka, chłodny ojciec;
- miłości i czułości – brak umiejętności okazywania uczuć ze strony najbliższych dorosłych;
- akceptacji i docenienia – krytyka ojca i babci;
- empatii i zrozumienia – brak ciekawości i uwagi na jego potrzeby ze strony dorosłych;
- realistycznych ograniczeń – gdy przebywał pod opieką ojca lub matki nie stawiali granic, a gdy opiekę przejmowała babcia „wszystko miało swoje reguły”.

W konceptualizacji klienta bierzemy pod uwagę również możliwe czynniki temperamentalne/biologiczne. Pana Karola możemy scharakteryzować w na-

stępujący sposób: nadmiernie kontrolujący, drażliwy, zaradny, ekstrawertyczny, skłonny do negatywnych uczuć. Bierzemy również pod uwagę możliwe czynniki kulturowe, pochodzenia etnicznego, religijne. Pan Karol spostrzegany był jako syn naukowca, co często podkreślała babcia. Rodzina katolicka, deklaracyjnie wierząca.

Identyfikacja aktualnie najważniejszych schematów

Pan Karol w trakcie wspólnej pracy terapeutycznej zidentyfikował następujące schematy: Deprywacji emocjonalnej, Nadużycia/Nieufności, Porzucenia, Defektu, Samoświęcenia, Zahamowania Emocjonalnego, Wysokich Wymagań.

Najbardziej aktywne obecnie tryby

Pan Karol rozpoznaje u siebie tryby: wymagający i karzący rodzic, wrażliwe dziecko, rozzłoszczone/impulsywne dziecko, posłuszny poddany, odłączony obrońca i zdrowy dorosły.

Ważne by wyjaśnić, w jaki sposób ten tryb jest obecnie odtwarzany. Jakiego rodzaju sytuacji aktywują tryb? Warto tu opisać zachowania klienta i reakcje emocjonalne. Które schematy często uruchamiają tryb?

Przykładem sytuacji, która najczęściej aktywowała tryb impulsywnego dziecka jest znudzenie, frustracja towarzystwem, np. nowopoznanej kobiety. Klient zwykle wtedy dąży do szybkiego seksu, tuż po stosunku najchętniej zostałby sam. Najczęstszym schematem, który uruchamia ten tryb jest schemat Porzucenia/Opuszczenia, który pojawia się w sytuacjach perspektywy samotnego spędzenia wieczoru w domu.

Jak klient funkcjonuje w trybie zdrowego dorosłego? Klient dobrze spełnia się w swojej zawodowej roli jako właściciel firmy, bardzo ważna jest dla niego rola ojca – umie bawić się z córkami, chętnie poświęca im czas.

Podsumowanie wartości klienta, zasobów, mocne strony i umiejętności: klient bardzo ceni sobie bycie ojcem, jest systematyczny w realizowaniu różnych zadań terapeutycznych, chętnie czyta i próbuje gromadzić informacje na temat swoich schematów i trybów, chętnie dba o kondycję fizyczną – ćwiczy na siłowni.

Osobiste reakcje terapeuty

W konceptualizacji terapii schematu opisujemy również osobiste reakcje terapeuty na klienta, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Autorzy podręcznika definiują również współpracę terapeutyczną jako przymierze między terapeu-

tą a klientem, ze szczególnym naciskiem na możliwości jakie przejawia jedna i druga strona w uzgodnieniu celów i zadań terapii. Dotyczy on również sposobu, w jaki terapeuta jest w stanie negocjować z klientem treść i cel każdej sesji oraz zaangażowanie klienta w pracę z terapeutą. Można go mierzyć zainteresowaniem sesją, zaangażowaniem terapeuty, konsekwentnym przychodzeniem na sesje i uczestnictwem w pracy domowej. Zachęca się również do refleksji na temat tego jak można poprawić współpracę. Jakie zmiany może wprowadzić terapeuta i klient.

Szczególną uwagę poświęcamy również na kwestię powtórnego rodzicielstwa i więzi między klientem a terapeutą. Jesteśmy uważni na zachowania klienta względem terapeuty, które wskazują na to, jak silne (lub słabe) jest poczucie więzi, np. SMS-y, maile lub próby kontaktu telefonicznego poza sesjami, częste odwoływanie sesji itp. W terapii schematów zachęca się również do aktywnego szukania odpowiedzi na pytanie, jak wzmocnić relację powtórnego rodzicielstwa i więź.

W oparciu o szczegółową konceptualizację zachęca się do opisanego celów terapeutycznych. Cele te można opisać w kategoriach schematów, trybów, doznań, emocji, zachowań, wzorców relacji, objawów itp.

Przykładem celu związanego z seksoholizmem opisanego klienta mogłaby być praca nad schematem Porzucenia/Opuszczenia. W schemacie opuszczenia kluczową sprawą jest praca nad zmianą zniekształconego postrzegania klienta. Pan Karol zakładał, że wszyscy ludzie wokół ostatecznie go porzucą, zostawią i odejdą od niego. Restrukturyzacja poznawcza przyczyniła się do zmiany nierealistycznych oczekiwań, że ważne osoby powinny być zawsze dostępne, i zawsze całkowicie przewidywalna.

W tym schemacie nadrzędną rolę pełniła też jakość relacji terapeutycznej. Chodzi o to, by poprzez ograniczone powtarzane rodzicielstwo terapeuta dawał klientowi stabilność. Tym sposobem klient stopniowo uczy się traktować terapeutę jako stały obiekt. Dzięki ograniczonemu powtórnemu rodzicielstwu terapeuta stwarza bezpieczne środowisko pełne ciepła i empatii, w którym klient może zaspokoić wiele emocjonalnych potrzeb. W dalszych etapach terapii ważne było, by klient znalazł osobę, która z czasem mogła przejąć rolę głównego obiektu przywiązania.

Zadaniem klienta w terapii było refleksyjne przyjrzenie się jego dotychczasowym związkom i zastanowienie się, z jakimi kobietami na ogół tworzył związki, jakie go pociągały. Klient był również zachęcany do uważnego wchodzenia w kolejne związki, refleksji nad tym, z kim rozpoczyna związek. Czy

przypadkiem wzorzec tej osoby się nie powtarza? Dużą rolę odegrały też obserwacje Pana Karola jeśli chodzi o związki innych osób. Przyglądanie się zdrowo funkcjonującym parom wzbudziło w nim liczne refleksje na temat możliwości budowania relacji, która wzajemnie zabezpiecza potrzeby partnerów.

Jednocześnie podczas terapii ważne jest wzmocnienie trybu Zdrowego dorosłego, ucząc klienta, w jaki sposób może on łagodzić pozostałe tryby, troszczyć się o nie lub je uzdrawiać. Klient uczy się rozpoznawać jakie emocje i potrzeby wiążą się z trybem Opuszczonego dziecka. Uczy się rozpoznawać i radzić sobie z trybem Krytycznego rodzica. Uczy się też rozpoznawać zachowania, które wiążą się z trybem Odłączonego samoukoiciela i stopniowo z nich rezygnować. Dzięki takiej pracy klient uczył się zaspokajać swoje podstawowe potrzeby.

Praca terapeutyczna w oparciu o konceptualizację w terapii schematów pozwala na szerokie zrozumienie trudności klienta. Terapeuta nie tylko skupia się na zachowaniu problemowym, ale również pozwala zrozumieć zachowania związane z uzależnieniem w kontekście niewystarczającego zaspokojenia dziecięcych potrzeb.

Konceptualizacja w modelu trybów

W terapii schematów stosuje się też konceptualizację w ramach modelu trybów. Model trybów obejmuje główne problemy i objawy klienta. Zachowania związane z uzależnieniem wpisuje się w model trybów. Jest to szczególnie ważne w przypadku klientów potrzebujących sposobów leczenia, które koncentrują się równocześnie na uzależnieniu oraz zaburzeniach osobowości. Zachowania związane z różnego rodzaju uzależnieniami mogą towarzyszyć klientom zarówno w trybach nieadaptacyjnego radzenia sobie jak i w trybach rodzicielskich. Przykładem radzenia sobie, poprzez unikanie jest Odłączony Obrońca u klienta z zaburzeniami osobowości z pogranicza i nadużywaniem substancji. Klient może przyjmować konopie, alkohol, heroinę, aby zredukować uczucie samotności i wspomnienia związane z maltretowaniem lub po to, by unikać wahań nastroju. Innym przykładem radzenia sobie poprzez unikanie może być Uległy Poddany u klienta z zaburzeniem osobowości zależnej i nadużywaniem substancji. Klient pije alkohol, zażywa opiaty są by znosić nadużycia w stosunku do siebie, przekraczanie granic i inne formy przemocy. Przykładem stylu radzenia sobie poprzez nadmierną kompensację u klienta z anty-

społecznym zaburzeniem osobowości i nadużywającego substancji może być tryb Samouwielbiacza, w którym klient zażywa kokainę i amfetaminę, by czuć się lepszym od innych i silnym lub tryb Zastraszenia i ataku, w którym klient zażywa substancje, by bez lęku grozić i atakować innych ludzi. Innym przykładem nadmiernej kompensacji jest klient z narcystycznym zaburzeniem osobowości i nadużywający substancji. Klient w trybie Samouwielbiacza zażywa THC lub kokainę celem pobudzenia siebie i redukcji uczuć bycia niewystarczająco dobrym. Przykładem z grupy trybów rodzicielskich może być Karzący Rodzic u klientki z zaburzeniem osobowości z pogranicza i nadużywającej substancji. Klientka regularnie zażywa heroinę i alkohol, by wyrządzić szkodę swojemu zdrowiu lub popełnić samobójstwo, będąc przekonana, że jest bezużyteczna i nie ma prawa żyć (Willenberg, 2020).

Krótką konceptualizacja w ramach modelu trybów u klienta z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości, pracoholizmem oraz nadmiernym pićm alkoholu może być wyglądać następująco: klient w trybie Krytycznego Rodzica karze się za własne potrzeby i pragnienia, a w odpowiedzi na to jego wrażliwe dziecko czuje się samotne i odizolowane. Radzi sobie z poczuciem samotności i odizolowania poprzez tryb Perfekcjonistycznego Nadmiernego Kontrolera, w którym pracuje wiele godzin bez przerwy lub poprzez tryb Odłączonego Samoukoiciela, w którym ogląda telewizję i pije alkohol.

Praca terapeutyczna w terapii schematów i terapii trybów może być odpowiedzią na potrzeby terapeutyczne pacjentów z podwójną diagnozą w placówkach terapii uzależnień w Polsce. Prowadząc szkolenia z tego zakresu w Akademii Motywacji i Edukacji dla terapeutów uzależnień obserwujemy duże zaangażowanie uczestników w proces szkolenia. Terapeuci poznając nowy model pracy dostrzegają szereg możliwości i potrzeb pracy w terapii schematów w placówkach leczenia uzależnień i podkreślają potrzebę dalszych szkoleń w tym zakresie.

CZĘŚĆ II.

**TERAPIA
DIALEKTYCZNO-BEHAWIORALNA**

ROZDZIAŁ 1.

Wprowadzenie do terapii dialektyczno-behawioralnej

Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) została stworzona przez Marszę Linehan do pracy z osobami cierpiącymi na chroniczne zaburzenia osobowości, które wykazują duże deficyty umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z poważnymi problemami, jakich doświadczają (Linehan, 2016). DBT przedstawia spójny protokół postępowania z klientami, którzy doświadczają wielu problemów jednocześnie (np. problem uzależnienia z współwystępującym zaburzeniem osobowości) i pozwala ułożyć program terapii oparty na technikach i metodach o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności (Swales, 2019).

Głównym celem terapii jest z jednej strony wsparcie tych osób w nauce radzenia sobie z nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi (zwłaszcza z niską kontrolną wyrażania impulsów) i zapobieganiem zachowaniom autodestrukcyjnym (takim jak uzależnienia), a z drugiej strony zwiększanie jakości ich życia. Chodzi o to, by klient mógł budować życie, które będzie stanowiło dla niego dużą wartość i będzie warte przeżycia.

U podstaw terapii DBT leżą niezwykle ważne założenia, które przyświecają pracy terapeutycznej (Linehan 2016), jak potrafią. Zamiast osądzenia i obwiniania dużo skuteczniejszym środkiem do zmiany jest ustalenie i zmiana przyczyn zachowania, bo wszystkie reakcje (zachowania, myśli, emocje) mają swoją przyczynę. Wprawdzie najczęściej ludzie nie spowodowali swoich problemów, to i tak oni muszą je rozwiązywać. Ważne jest, by podchodzili do

tego z coraz większą motywacją i coraz większym zaangażowaniem w naukę nowych sposobów postępowania. Chodzi o to, by starali się coraz lepiej radzić sobie w różnych sytuacjach.

Dialektyczna równowaga

Wspieranie klienta w terapii DBT opiera się na swoistym łączeniu przeciwieństw i zapewnieniu dialektycznej równowagi. Podstawowym przykładem łączenia przeciwieństw jest to, że z jednej strony kładzie się nacisk na akceptowanie klienta, takim jakim jest, a z drugiej strony podkreśla się jednocześnie potrzebę wprowadzania zmian. W równowadze dialektycznej pozostają również pozostałe elementy terapii, np. terapeuci DBT oscylują pomiędzy otwartym, autentycznym i ciepłym stylem komunikacji a stylem konfrontującym, szczerym i rzeczowym. W trakcie terapii klienci uczą się konkretnych dialektycznych umiejętności, takich jak dialektycznego myślenia: „Staram się, jak mogę i jednocześnie muszę starać się jeszcze bardziej, by osiągnąć więcej i wzmocnić motywację do zmiany”, „Mam poważne problemy i jednocześnie mogę dalej starać się je rozwiązywać”.

Dialektyczne podejście opiera się na założeniu, że pomimo tego, że klient doświadcza poważnych problemów, dalej chce (i może) mieć lepsze życie. Nie chodzi o to, by klient skupiał się na tym dlaczego tak jest, że musi doświadczać tak poważnych problemów, ale raczej na tym co można zrobić, by jego życie stawało się warte przeżycia.

Dialektyka nie pojawia się tylko na początku kontaktu z klientem. Terapeuta DBT przyjmuje postawę dialektyczną w trakcie całego procesu terapii. Z jednej strony wyraża akceptację dla trudnych emocji klienta, a jednocześnie stale wspiera go w modyfikowaniu czynników wywołujących te emocje i sposobów radzenia sobie z emocjami. Terapeuta stosuje uprawomocnienia, by klient dostrzegł, że jego zachowanie i reakcje są zrozumiałe w odniesieniu do jego aktualnej sytuacji życiowej, a także konsekwentnie pracuje nad wprowadzaniem zmian, wykorzystując w tym celu wprowadzane w sposób bardzo metodyczny techniki behawioralne.

Behawioralne zasady zmiany zachowań

W trakcie nauki nowych umiejętności wykorzystuje się behawioralne zasady zmiany zachowań, polegające na metodycznym wzmacnianiu pożądanых zachowań klienta i wygaszaniu zachowań niepożądanych. Przyjmuje się, że określone zachowanie jest albo automatyczną odpowiedzią na bodziec poprzedzający, albo wiąże się z jego konsekwencjami. Efektywne rozwiązanie problemu klienta wymaga zrozumienia szczegółowych czynników związanych z zachowaniem problemowym i kontekstu, w jakim problem się pojawia.

Pierwszym krokiem tej pracy jest zawsze precyzyjne określenie zachowań, jakie należy wzmacniać i jakie należy wygaszać. W tym celu omawia się z klientem, które zachowania należałoby wzmocnić (np. uprawianie ćwiczeń fizycznych, dbanie o regularny sen), a które zmniejszyć (np. objadanie się, palenie papierosów, cięcie się, reagowanie impulsywnie, granie na konsoli itp.). Następnie rozwija się i utrwała nowe umiejętności, przestrzegając behawioralnych zasad zmiany zachowania, takich jak stosowanie wzmocnień (wzmocnień pozytywnych i negatywnych), umiejętności kształtowania nowych zachowań (np. wzmacnianie drobnych kroków, które ostatecznie prowadzą do celu), wygaszania zachowań niepożądanych (prowadzących do zmniejszania częstości lub hamowania niepożądanych zachowań).

Wzmacnianie zachowań

Wzmocnienia to konsekwencje, które skutkują zwiększeniem zachowania. Wyróżnia się wzmocnienia pozytywne i negatywne. Wzmocnienia pozytywne zwiększają częstotliwość zachowania poprzez wynikającą z niego «nagradzającą» konsekwencję, np. jeśli klient z problemem uzależnień doświadcza nieprzyjemnych emocji, a jego zachowanie nałogowe sprawia mu choć chwilową ulgę, będzie on bardziej skłonny powtórzyć to zachowanie. W pracy terapeutycznej każde pożądanе zachowanie klienta, np. powstrzymanie się od gier, powinno być na początku wzmacniane, np. poprzez dowartościowanie. Istotnym czynnikiem jest czas zastosowania wzmocnienia pozytywnego; zwłaszcza na początku ważne jest zapewnienie natychmiastowego i odpowiednio motywującego wzmocnienia.

Z kolei wzmocnienie negatywne polega na wycofaniu negatywnego bodźca, co zwiększa częstotliwość pożądanego zachowania; np. klient odczuwa ulgę po usunięciu czegoś nieprzyjemnego. Przykładem takiej sytuacji jest klientka uzależniona od leków. W sytuacjach, gdy pojawia się ból głowy (bodziec awersyjny) używa aspiryny, by zniwelować nieprzyjemne dolegliwości (wzmocnie-

nie negatywne). Specjalista zachęca ją do zmiany zachowania na takie, które nie będzie dla niej szkodliwe:

Lek zapewnia ulgę od bólu, ale powoduje, że kiedy zaboli Panią głowa, znowu automatycznie sięga pani po aspirynę. Przeprowadzone badania wykluczyły u Pani podłoże medyczne. Zamiast aspiryny mogłaby Pani podjąć ćwiczenia relaksacyjne, iść na spacer lub pójść wcześniej spać.

W tej sytuacji klientka mogłaby zastosować jedną z technik DBT tzw. samospokojenie, czyli użycia pozytywnych sposobów radzenia sobie z bólem, takich jak medytacja lub skanowanie ciała (więcej sposobów w części dotyczącej przetrwania kryzysu).

Kształtowanie

Kolejnym ważnym pojęciem w podejściu behawioralnym jest kształtowanie. Chodzi tu o wzmacnianie drobnych kroków, które prowadzą do ostatecznego celu. Posłużmy się przykładem dziecka, które obawia się pójść do szkoły i notorycznie jej unika. W ramach kształtowania będziemy go na początek zachęcać do przyjścia do szkoły na 1 godzinę w poniedziałek, na 2 godziny we wtorek itd., aż do momentu, kiedy będzie w stanie zostać w szkole przez cały dzień, by ostatecznie uczęszczał do szkoły codziennie. Gdy dodatkowo będziemy wzmacniać każdy najmniejszy nawet krok wykonany przez dziecko w odpowiednim kierunku, takie pożądane, nowe zachowanie stanie się jeszcze bardziej prawdopodobne.

W DBT zachęca się klientów, by podążali drogą środka poprzez wykorzystywanie pozytywnych wzmocnień, np. szukanie okazji, aby docenić samego siebie lub inną osobę. Terapeuta może zachęcać do tzw. tropienia pozytywów: *Co pozytywnego Pan zrobił w tym tygodniu? Co pozytywnego zrobił w tym tygodniu członek Pana rodziny?*

Wygaszanie

Podążanie drogą środka odbywa się również poprzez zmniejszenie częstości lub hamowanie niepożądanych zachowań. Chodzi tu o wygaszanie, czyli metodyczne osłabianie zachowania poprzez wycofanie istniejącego wzmocnienia. Jeśli reagowanie na niepożądane zachowanie działa na nie wzmacniająco, stosuje się ignorowanie. Stosując wygaszanie należy równocześnie wzmacniać zachowanie pożądane, czyli takie, na jakim nam zależy. Na przykład, jeśli rodzic będzie ignorować domaganie się przez dziecko słodyczy, dziecko w końcu przestanie się ich domagać.

Pracując nad zmniejszaniem niepożądanych zachowań, należy pamiętać, że początkowo niepożądane zachowanie może wzrosnąć. To naturalna prawidłowość, która minie jeśli nie będziemy wycofywać się z podjętej aktywności. Należy też pamiętać, że zachowanie wzmacniane nieregularnie staje się najtrudniejsze do wygaszenia. Przykład z życia wzięty: nie dawajmy dziecku słodyczy, żeby uspokoić jego niewłaściwe zachowanie (krzyk i tupanie w sklepie przy kasie), zwłaszcza po tym, jak wcześniej ignorowaliśmy poprzednie epizody jego niepożądanych zachowań.

Karanie

W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest zastosowanie negatywnych konsekwencji, których celem jest osłabienie niepożądanego zachowania (określane mianem «karania»). Karanie to umiejętność, która wymaga dużej uważności ze strony specjalisty i przestrzegania zasad, takich jak wyraźne wstępne zakomunikowanie oczekiwań, połączenie negatywnych konsekwencji ze wzmocnieniem pożądanego zachowania, dostosowanie wielkości kary do przewinienia itp. Np. jeśli dziecko wróciło do domu godzinę po czasie, następnym razem będzie musiało wrócić godzinę wcześniej (negatywne konsekwencje).

Ze strategii karania korzysta się jak najrzadziej, traktując je jako ostatnią deskę ratunku, ponieważ nie uczą one nowych zachowań i mogą zadziałać demoralizująco. Np. w przypadku osób z zaburzeniem osobowości karanie może prowadzić do samokarania. Wprowadzając je w życie, warto zapytać się najpierw samego siebie, czy konsekwencje na pewno dyktuje tzw. mądry umysł. Może czasem równie skuteczne będzie zaczekanie na naturalne konsekwencje (np. „Nie zdałeś egzaminu, bo grałeś do późna w gry komputerowe i nie spałeś w nocy, a przez to nie byłeś w stanie skupić się na egzaminie”).

Dlaczego strategie behawioralne są ważne w pracy z osobami z podwójną diagnozą? Między innymi dlatego, że muszą się one nauczyć ignorowania prowokujących i irytujących zachowań ze strony innych osób (np. członków rodziny lub znajomych) oraz rozpoznawania w jakich sytuacjach zastosowanie tej umiejętności będzie dla nich najskuteczniejsze. Oczywiście ignorowanie (wygaszanie) nie będzie wystarczające w sytuacjach, gdy osoba będzie np. poddawana mobbingowi, lub gdy prowokowanie będzie oznaczać wywieranie presji na to, byśmy zrobili coś wbrew naszym zasadom. Takie sytuacje wymagają innych umiejętności, np. sięgnięcia po wsparcie i pomoc ze strony innych osób. DBT dostarcza wielu odpowiedzi w tym zakresie.

Formy pracy w terapii dialektyczno-behawioralnej

Omawiając podstawowe techniki pracy w DBT należy podkreślić, iż terapię DBT prowadzi się w różnych formach. Klient nie tylko pracuje terapeutycznie w ramach terapii indywidualnej (DBT wymaga, by każdy klient miał jednego – i tylko jednego, głównego terapeutę), ale równolegle uczestniczy również w grupowym treningu umiejętności (który może być prowadzony przez innych terapeutów–trenerów). Tak zorganizowana praca terapeutyczna obejmuje nie tylko pomoc w zdobywaniu nowych umiejętności, ale również pracę nad wzmocnieniem motywacji klientów do stosowania tych umiejętności i generalizowania tych umiejętności w codziennym życiu. Warto zauważyć, że terapia DBT odbywa się w sposób elastyczny, co oznacza że nie ma jednego protokołu dla wszystkich klientów, natomiast bardzo istotne jest regularne uczestnictwo klienta w różnych formach pracy i przestrzeganie określonego kierunku terapii. W tej książce koncentrujemy się na opisie pracy indywidualnej z pacjentem, więcej na temat pracy grupowej w książce poświęconej zastosowaniu elementów terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej w pracy profilaktyków (Jaraczewska, Derwich, 2021).

W DBT dodatkowym elementem kontaktu jest możliwość odbywania konsultacji telefonicznych z terapeutą w sytuacjach kryzysowych. Chodzi o sytuacje, w których klient doświadcza ostrego kryzysu i niezbędnie potrzebuje pilnego wsparcia. Okazuje się, że taka krótka telefoniczna konsultacja daje możliwość zapobiegania prawdopodobieństwu pojawienia się drastycznych działań po stronie klienta. Chodzi o sytuacje związane z odczuwaniem przez klienta trudnych emocji, takich jak bezradności, bezsilności, rezygnacji, alienacji, które u osób tak zaburzonych bardzo często prowadzą do podejmowania destrukcyjnych zachowań, takich jak zachowania samobójcze. Konsultacje te stanowią też dobrą okazję do zmniejszenia poczucia dystansu klienta wobec terapeuty, jak również okazję do nauki generalizowania nabywanych umiejętności w różnych sytuacjach życiowych.

Ważnym aspektem terapii DBT jest systematyczna dbałość o utrzymywanie motywacji terapeutów i rozwijanie ich umiejętności w pracy terapeutycznej. Zatem niezależnie od bezpośredniej pracy z klientem, terapeuci DBT biorą udział w regularnych, na ogół cotygodniowych zebraniach tzw. zespołu konsultacyjnego. Do odpowiedzialności zespołu konsultacyjnego należy wiele zadań, takich jak: wzajemna pomoc w planowaniu terapii, czy w radzeniu sobie z problemami pojawiającymi się w trakcie terapii, monitorowanie wyko-

rzystywania technik pracy terapeutycznej i sposobu udzielania wsparcia klientom zgodnego z podejściem DBT, oraz wsparcie terapeutów w doskonaleniu kompetencji DBT. DBT wymaga, by każdy terapeuta miał swój stały zespół konsultacyjny. W zespole konsultacyjnym każdy terapeuta ma swoją funkcję. Jeden z terapeutów pełni rolę lidera, którego zadaniem jest ustalanie planu spotkania i zapewnienie, że uczestniczący w spotkaniu terapeuci trzymają się tego planu. Ważną funkcję pełni też sekretarz, czyli osoba robiąca notatki ze spotkania, co umożliwia kontynuację omawiania ważnych tematów z sesji na sesję. Szczególna rola przypada też osobie będącej obserwatorem. Obserwator nie tylko odnotowuje co dzieje się na spotkaniu, ale m.in. czuwa nad tym, by uczestnicy spotkania nie wyrażali swoich własnych osądów, czy nie podsuwali swoich własnych rozwiązań zanim opisywana sytuacja kliniczna nie zostanie poddana wspólnej ocenie. Obserwator zwraca też uwagę, by poruszyć ważny temat, o którym z jakichś względów jednak się nie mówi (np. jeśli w zespole pojawi się jakiś problem). Okazuje się, że tak prowadzone konsultacje z innymi terapeutami pracującymi z osobami mającymi poważne problemy psychiczne zwiększają skuteczność oddziaływań oraz wzmacniają motywację do realizowania ustalonych ram terapii.

ROZDZIAŁ 2.

Zastosowanie terapii dialektyczno-behawioralnej w terapii uzależnień

Praca terapeutyczna z osobami uzależnionymi z współwystępowaniem zaburzeń osobowości w ujęciu DBT opiera się na szerokim zrozumieniu przyczyn problemów, z jakimi klient się zmagają oraz zakresu deficytu podstawowych umiejętności, niezbędnych do adekwatnego funkcjonowania w życiu.

Istnieje wiele przyczyn, z powodu których klienci nie nauczyli się umiejętności pomocnych w regulacji emocji, relacjach interpersonalnych czy rozwiązywaniu problemów. Z jednej strony są to doświadczenia traumy, nadużycia, zaniedbania, z drugiej strony brak adekwatnego modelowania lub pozytywnych doświadczeń. Bez względu na przyczyny, DBT oferuje sposoby identyfikowania braku umiejętności u klienta oraz zestawy umiejętności, przydatnych w życiu zarówno osób dorosłych, jak i młodzieży. Taka informacja umożliwia strategiczne zaplanowanie pracy z klientem ukierunkowanej na nabycie i wzmocnienie nowych, konkretnych umiejętności. W obszarze uzależnień są to m.in. specyficzne umiejętności związane z tzw. abstynencją dialektyczną. Podczas terapii klient uczy się tych umiejętności, choć w rzeczywistości nauka tych umiejętności powinna się odbywać w drodze socjalizacji w trakcie normalnego procesu dojrzewiania.

Abstynencja dialektyczna

Terapię uzależnień najczęściej zaczynamy od nauki zestawu umiejętności nazywanych abstynencją dialektyczną. Ich głównym celem jest nabycie umiejętności przetrwania w dyskomforcie, związanym z uczuciem głodu substancji czy silnego pragnienia podjęcia określonych czynności. Klient uczy się jak nie wchodzić w sytuacje, które wprawdzie na krótką metę przynoszą ulgę, ale w dalszej perspektywie prowadzą do eskalacji problemów.

Zestaw umiejętności abstynencji dialektycznej został ujęty w skrócie DCBA. Każda z liter nawiązuje do innych umiejętności:

D = Rozwijanie umiejętności myślenia dialektycznego, dzięki któremu zamiast postrzegania sytuacji w kategoriach dychotomicznych, czarno-białych (wszystko albo nic), klient uczy się dostrzegać szerszą perspektywę.

C = Pielęgnowanie jasnego umysłu i nie powracanie do uzależnionego umysłu i czystego umysłu (opisane poniżej); chodzi też o uczenie się korzystania z pomocy i wsparcia społecznego, czyli zastępowania niekorzystnych bodźców i ludzi, którzy przyczyniają się do nasilania zachowań nałogowych takimi, które wspomagają abstynencję i nie powodują wchodzenia w te zachowania.

B = Odcięcie się od podejmowania zachowań nałogowych oraz rozwijanie konstruktywnych alternatyw i nowych, pomocnych w życiu sposobów działania.

A = Wyrażanie uczuć, np. frustracji i niezadowolenia z powodu konieczności przestrzegania nowych reguł postępowania; wykorzystywanie adaptacyjnej funkcji zaprzeczania – stosując technikę zaprzeczania klient może pomóc sobie opóźnić moment podejmowania czynności związanych z uzależnieniem (dzięki temu może w nieskończoność opóźniać np. sięgnięcie po puszkę piwa, po komputer itp.); stopniowe odkrywanie, że podejmowanie nałogowych czynności nie jest już mu potrzebne.

Redukcja szkód

Ważnym celem terapii uzależnień DBT jest abstynencja; przy czym dostrzega się, że w pracy z osobami uzależnionymi nieuchronnie pojawiają się trudności, takie jak okresowe niepowodzenia czy nawet powrót do starych zachowań. W DBT wykorzystuje się podejście do nawrotu zaproponowane przez Marlatta i Gordona, zgodnie z którym nawrót stanowi okazję do uczenia się

nowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia (Marlatt, Gordon, 1985). Sytuacja wpadki oznacza potrzebę kontynuowania pracy, aby osiągnąć wyznaczone cele.

W DBT wykorzystuje się też koncepcję redukcji szkód. Przyjmuje się, że dla klienta z problemem uzależnienia od czynności najlepszym rozwiązaniem jest całkowite trzymanie się z dala od zachowań nałogowych, ale jeśli klient nie jest w stanie tego zrobić, warto by zmniejszył negatywne konsekwencje swoich zachowań poprzez podejmowanie działań, które wprawdzie nie zniwelują problemu uzależnienia całkowicie, ale pomogą mu zredukować negatywne konsekwencje.

Wśród celów można wyróżnić m.in. ograniczenie zachowań sprzyjających nadużywaniu (np. unikanie sytuacji związanych z uzależnieniem, zmniejszenie silnego pragnienia użycia), łagodzenie fizycznego dyskomfortu związanego z abstynencją, zwiększenie zachowań prozdrowotnych (np. nawiązywanie nowych przyjaźni, tworzenie środowiska wolnego od uzależnień) itp.

Koncepcja trzech umysłów

W DBT przyjmuje się, że osobę uzależnioną cechują trzy różne sposoby funkcjonowania (myślenia, odczuwania i działania), określone jako stany umysłu: umysł uzależniony, czysty i jasny (Kennedy, 2020). Warto zauważyć, że stanowią one odpowiednik szeroko stosowanych w DBT koncepcji następujących stanów umysłu: umysł emocjonalny, racjonalny i tzw. mądry umysł. Równowaga oznacza kierowanie się jasnym umysłem, który jest wyrazem spojrzenia na sytuację w sposób dialektyczny. We wspomnianym wcześniej skrócie DCBA jasny umysł oznaczony jest literą C.

Uzależniony umysł to taki stan, kiedy osoba jest przede wszystkim skoncentrowana na przedmiocie uzależnienia, czyli na podejmowaniu zachowań nałogowych. Uzależniony umysł jest impulsywny i natarczywy. Idealizuje zachowania związane z nałogiem, i dąży do jak najszybszego zaspokojenia pragnień związanych z uzależnieniem. Często posługuje się zniekształceniami poznawczymi, takimi jak racjonalizowanie, minimalizowanie i uogólnianie. Przedstawia przekonujące argumenty, aby usprawiedliwić użycie substancji lub podjęcie zachowania nałogowego. Uzależniony umysł kontrolowany jest przez przymus użycia, potrafi być bardzo silny i – można powiedzieć – nie daje za wygraną.

Z drugiej strony, czysty umysł, w którym traktuje się abstynencję i powstrzymanie się od zachowań nałogowych jako stan niezmienny, który będzie trwał wiecznie. Czysty umysł nie dostrzega, że jest to proces, polegający na ciągłym ważeniu decyzji i pełnym zaangażowaniu się w utrzymywanie abstynencji i w powrót do zdrowia. Ten stan nie rozpoznaje toczącego się procesu, wymagającego aktywności związanych z utrzymywaniem postępów w terapii i unikania zachowań związanych z uzależnieniem. W rzeczywistości czysty umysł bywa naiwny i nieświadomy czyhających na niego pułapek. Uważa, że jest niezwyciężony, zatem nie podejmuje żadnych sposobów, by mierzyć się z wyzwaniami. W konsekwencji bywa nieprzygotowany na niespodziewane przeszkody.

Trzeci stan to tzw. jasny umysł, czyli podążanie drogą środka. To stan, który wspiera abstynencję, zgodnie z rozumieniem czystego umysłu, ale jednocześnie pamięta, jak myślący w swojej sile przekonywania może być umysł uzależniony. Stan jasnego umysłu wiąże się z przeżywaniem radości wynikającej z osiągnięć związanych z postęпами w terapii, ale bierze również pod uwagę potencjalne trudności i ryzyko powrotu do zachowań nałogowych.

Z notatnika specjalisty

Oto ćwiczenie dotyczące stanów umysłu, jakim podzielił się z nami dr Ryan Kennedy, ekspert DBT ze Stanów Zjednoczonych. Terapeuta pokazuje klientowi poniższe listy przykładów myśli, uczuć i zachowań, jakie są powiązane z uzależnionym umysłem i czystym umysłem. Zadaniem klienta jest zaznaczenie pozycji, które odpowiadają omawianej sytuacji, dodając własne pomysły wedle uznania. Chodzi o dopasowanie przykładów myśli do wynikających z nich stanów umysłu. Terapeuta może wykorzystać obie listy, aby pomóc klientowi określić, jak każdy stan umysłu działa po obu stronach dialektyki i dodatkowo określić drogę środka, charakterystyczną dla jasnego umysłu.

Przykłady:

Uzależniony umysł (bywa podstępny): Kłamie, izoluje się od innych, kradnie zdobywając środki na przedmiot uzależnienia, nie dotrzymuje obietnic, myśli „jedna gra nie zaszkodzi”, usprawiedliwia się przed sobą, idealizuje zachowanie nałogowe, inne...

Czysty umysł (bywa naiwny): wierzy, że nie potrzebuje pomocy, izoluje się od innych, nosi przy sobie za dużo gotówki, zachowuje pamiętki związane z zachowaniem nałogowym, utrzymuje blisko kontakt z innymi osobami uzależnionymi, zbyt szybko wierzy, że problem zniknął, za bardzo polega na sile woli, inne...

Starając się określić cechy jasnego umysłu można w tym ćwiczeniu wykorzystać następujące pytania naprowadzające:

- Jakie są według Ciebie najskuteczniejsze sposoby zmiany zachowania nałogowego (grania, kupowania itp.)? Czy podjęcie pełnej abstynencji powstrzyma uzależnienie raz na zawsze? Czy używając podejścia „redukcji szkód” można zminimalizować jego negatywny wpływ? Czy według Ciebie jest coś pomiędzy? Coś zupełnie innego?
- Gdyby uzależniony umysł był osobą, jakich słów użyłabyś, aby go opisać? Co to za typ osoby? Jak działałby w twoim świecie? Które z Twoich potrzeb, pragnień lub wartości są związane z uzależnionym umysłem? Co możesz zrobić, aby inaczej i lepiej zaspokoić te potrzeby, spełnić pragnienia i działać zgodnie z Twoimi wartościami?
- Gdyby czysty umysł był osobą, jakich słów użyłabyś, aby go opisać? Co to za typ osoby? Jak działałby w Twoim świecie? Które z Twoich potrzeb, pragnień lub wartości są związane z uzależnionym umysłem? Co możesz zrobić, aby inaczej i lepiej zaspokoić te potrzeby, spełnić pragnienia i działać zgodnie z twoimi wartościami?
- Gdyby jasny umysł był osobą, jakich słów użyłabyś, aby go opisać? Co to za typ osoby? Jak działałby w Twoim świecie? Które z Twoich potrzeb, pragnień lub wartości są związane z uzależnionym umysłem? Co możesz zrobić, aby inaczej i lepiej zaspokoić te potrzeby, spełnić pragnienia i działać zgodnie z twoimi wartościami?

Uzależniony umysł (może być przebiegły)	Czysty umysł (może być naiwny)
• kłamie	• wierzy, że nie potrzebuje pomocy
• izoluje się od innych	• izoluje się od innych
• kradnie aby sfinansować uzależnienie	• ma przy sobie za dużo gotówki
• łamie obietnice	• przechowuje pamiątki po zachowaniach nałogowych
• myśli, że „trochę” nie zaszkodzi	• obcuje z osobami, które używają
• uzasadnia dlaczego zasłużył	• myśli, że nie ma już problemu
• gloryfikuje swoje nałogowe zachowania	• za bardzo polega na silnej woli
• inne:	• inne:
• inne:	• inne:
• inne:	• inne:

Spojrzenie na zachowania nałogowe od strony działania trzech stanów umysłu, stanowi bazę do zdobywania przez klienta kolejnych umiejętności niezbędnych w procesie wychodzenia z uzależnienia.

ROZDZIAŁ 3.

Moduły terapii dialektyczno-behawioralnej

W DBT etapy pracy terapeutycznej odnoszą się do określonej kolejności działań:

- Zmniejszenie zachowań zagrażających życiu – to kluczowy kierunek terapii. W pierwszej kolejności najważniejsze jest koncentrowanie się na redukowaniu zachowań zagrażających życiu (np. próby samobójcze) i zachowań autodestrukcyjnych (np. samookaleczenia).
- Zmniejszenie zachowań zakłócających terapię – w kolejnym etapie chodzi o redukcję takich zachowań jest notoryczne spóźnianie się, opuszczanie sesji, przychodzenie na sesje pod wpływem środków psychoaktywnych, ponieważ w poważny sposób utrudniają one realizację programu terapeutycznego itp.
- Zmniejszenie zachowań obniżających jakość życia – jednym z najważniejszych kierunków DBT jest podnoszenie jakości życia klienta, a więc pomoc np. w wychodzeniu z bezdomności, w poszukiwaniu pracy itp.
- Zwiększenie umiejętności radzenia sobie – to główny kierunek pracy, którego najbardziej skuteczną realizacją jest możliwa wtedy, gdy wcześniejsze etapy zostaną zapewnione.

W podobnie uporządkowany sposób pracuje się z klientem nad rozwijaniem nowych umiejętności, niezbędnych do radzenia sobie w trudnych życiowych sytuacjach. Te umiejętności przepracowuje się z klientem w ramach czterech modułów realizowanych w następującej kolejności: umiejętności związa-

ne z uważnością, umiejętności tolerowania dolegliwości psychicznych (jako sposobu radzenia sobie z kryzysem czy stresem), umiejętności regulacji emocji oraz umiejętności interpersonalne.

Realizacja modułów odbywa się zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej, i dostosowywana jest do potrzeb klienta i struktury terapii. Poniżej znajduje się opis poszczególnych modułów. Opis ćwiczeń służących kształceniu umiejętności znajduje się w kolejnym rozdziale.

Moduł uważności

Czym jest uważność? Jest to akt świadomego skupiania umysłu na chwili obecnej, bez osądzania i bez próby wprowadzania zmian. Klient uczy się koncentracji na tu i teraz, w przeciwieństwie do pogrążania się we własnych myślach, niepokojach, zamartwianiu itp. (Kabat-Zinn, 2015).

Wiele osób z zaburzeniami osobowości nie bierze pełnego udziału w swoim życiu, żyją w depresji, biorą narkotyki, piją, angażują się w zachowania nałogowe. Wszelkimi sposobami starają się uniknąć przeżywania emocji, czy wręcz uciec z życia. Jednakże to właśnie ciągłe próby unikania nieszczęścia lub osiągnięcia szczęścia wprawiają w ruch negatywne cykle myślenia i niepomocnego działania. Zakłada się, że jeśli nauczymy się akceptować doznania, które się w nas pojawiają (np. panikę, strach przed przyszłością), zamiast je tłumić czy unikać, możemy paradoksalnie złagodzić cierpienie, wyjść z kryzysu i podjąć właściwe działanie.

Początkowym celem treningu uważności jest «łapanie» się na ocenianiu, a następnie zastępowanie oceny opisywaniem rzeczywistości. Nie chodzi tu o tworzenie warunków do pozytywnego myślenia, ale o uzyskanie większej kontroli nad przeżywanymi emocjami.

W DBT każdą indywidualną sesję i każdy grupowy trening umiejętności zaczynamy od krótkiego ćwiczenia uważności. Chodzi o wykształcenie nawyku, by docelowo z umiejętności tej można było korzystać w różnych codziennych sytuacjach, m.in. podczas rutynowych czynności domowych – sprzątanie, mycie naczyń, w pracy itp.

Moduł tolerancji dolegliwości psychicznych

Tolerancja dolegliwości psychicznych to grupa umiejętności, które również w dużej mierze opierają się na akceptacji. Pomagają klientowi w opieraniu się pokusie zrobienia czegoś (np. włączenia kolejnej gry), co sprawi, że na krótką metę poczuje się on lepiej, ale w dłuższej perspektywie stworzy sobie wiele dodatkowych problemów, które nie tylko że nie poprawią sytuacji, ale wręcz ją pogorszą.

Czemu uczymy klientów tolerowania bolesnych emocji i pragnień? Ponieważ ból jest częścią życia i nie zawsze da się go uniknąć. Jeśli klient nie potrafi poradzić sobie z bólem, zwiększa się prawdopodobieństwo podjęcia przez niego impulsywnych zachowań. Z kolei gdy zareaguje impulsywnie, może skrzywdzić samego siebie lub kogoś innego. W rezultacie i tak nie dostanie tego, co chce.

Ten sposób doskonalenia umiejętności życiowych polega na nauce, że nawet wtedy, gdy klient odczuwa intensywne emocje, takie jak gniew lub smutek, nie musi impulsywnie reagować i sięgać po kolejną grę, kolejne zakupy czy samookaleczać się w celu złagodzenia stresu i napięcia.

Umiejętności te obejmują liczenie oddechów, odwracanie uwagi podczas wykonywania czynności, uspokajanie się poprzez działania dostarczające przyjemnych doznań itp. Ich wspólną cechą jest pomaganie klientom w pozostaniu w danej sytuacji na tyle, by stonować emocje i wtedy już z innej perspektywy klient będzie mógł podjąć skuteczniejsze działania.

Tolerowanie dolegliwości psychicznych odbywa się dwutorowo: pierwsza grupa umiejętności obejmuje strategie umożliwiające przetrwanie kryzysu, druga grupa wiąże się z akceptowaniem trudnej rzeczywistości.

Przetrwanie kryzysu

Czasem bolesne emocje wynikają z kryzysu, w którym nie ma możliwości szybkiej zmiany sytuacji. Ważną umiejętnością może być wtedy skupienie się na tym, by w ogóle ten kryzys przetrwać.

1. Strategie umożliwiające przetrwanie kryzysu

Co wtedy robić? DBT proponuje wiele sposobów na przetrwanie kryzysu. Wiele ćwiczeń zostało opisanych w kolejnym rozdziale. O oto przykład jednego z nich:

- Metoda 4 x Z – w podręcznikach autorstwa Marshy Linehan nazywana jest umiejętnością „STOP” (Linehan, 2016).

Chodzi o to, by w sytuacji kryzysowej, zanim klient podejmie impulsywne działanie, podjął 4 proste kroki:

1. Zatrzymał się,
2. Zrobił krok do tyłu (chodzi o fizyczne postawienie kroku wstecz),
3. Zaobserwował (jaka to sytuacja, co dzieje się z nim),
4. Zareagował uważnie, zgodnie z jasnym umysłem.

2. Strategie umożliwiające akceptowanie rzeczywistości

Druga grupa umiejętności tolerowania dolegliwości psychicznych wiąże się z akceptowaniem rzeczywistości taką jaka ona jest. Razem z klientem omawia się dlaczego ważna jest akceptacja rzeczywistości. Zaprzeczenie rzeczywistości nie zmieni jej. Zaprzeczenie rzeczywistości zmienia ból w cierpienie. Człowiek wtedy utyka w poczuciu smutku, gniewu, wstydu, rozgoryczenia czy innych bolesnych emocjach, a więc problem znacząco się pogarsza. Pierwszym krokiem do zmiany rzeczywistości jest zaakceptowanie jej.

Omawiając moduł akceptowania rzeczywistości warto zwrócić szczególną uwagę na umiejętność tzw. radykalnej akceptacji. Radykalna akceptacja to umiejętność akceptowania tego, czego nie jesteśmy w stanie zmienić. To dostrzeganie rzeczywistości taką, jaka jest, nawet jeśli się nam nie podoba. Radykalna czyli akceptująca trudną sytuację w sposób całkowity, pełny, bez wyjątków.

Praktykując radykalną akceptację można zachęcać klienta do ćwiczenia się w poszukiwaniu takich aspektów swego życia, których nie może zmienić, i które w związku z tym potrzebuje zaakceptować. Chodzi o takie aspekty jego życia, które nie są przez niego najbardziej pożądane, a jednak trzeba je zaakceptować.

Radykalna akceptacja uwalnia nas od mocowania się z rzeczywistością i uskarżania się na nią. Można o niej mówić, gdy przestanie się walczyć z rzeczywistością, złościć, że rzeczywistość nie jest taka, jakby się chciało. Może to oznaczać pogodzenie się, trwanie, niepoddawanie i nie uginanie się pomimo bardzo niekorzystnych warunków. Jest odwrotnością narzekania, zgorzkniałości, a czasem stawiania retorycznych pytań w stylu „Dlaczego ja?”. Zamiast tego osoba przyznaje i akceptuje: „Jest jak jest”. To bardzo wymagająca umiejętność, ale pokazuje, że rzeczywistość jest często taka jaka jest, wszystko ma swoją przyczynę, życie każdej osoby ma swoje ograniczenia, a mimo to życie może być warte przeżycia. Nawet jeżeli składają się na nie bolesne zdarzenia.

Moduł regulacji emocji

Regulacja emocji to jedna z kluczowych umiejętności w życiu człowieka. Od najmłodszych lat dzięki naszym bliskim, rodzicom, opiekunom uczymy się je rozpoznawać i przeżywać w sposób, który wspiera równowagę psychiczną. W sprzyjających warunkach wyrabiamy w sobie umiejętność stosowania określonych strategii do zmiany rodzaju i nasilenia emocji. Taka umiejętność świadczy o możliwości regulacji emocji. Adaptacyjna regulacja emocji polega na stosowaniu takich strategii, które umożliwiają skuteczne funkcjonowanie w sposób zgodny z ważnymi celami i wartościami danej osoby.

Ta nauka nie zawsze jest jednak prowadzona adekwatnie. Coraz częściej obserwujemy w miejscach publicznych małe dzieci z telefonami czy tabletami w dłoniach, bez których nie zjedzą spokojnie posiłku. Małe dzieci dostają do ręki nowinki technologiczne, by mogły szybko wyregulować swoje emocje czy wypełnić czas. Z czasem dziecko przyzwyczaja się, że żeby coś poczuć, jego mózg musi być bombardowany nieustannie silnymi bodźcami (Jaraczewska, Derwich 2020).

Nie zawsze warunki naszego dorostania sprzyjają temu, by opanować umiejętność radzenia sobie z emocjami. Nie znając pomocnych sposobów na regulowanie emocji, osoby próbują unikać lub zagłuszać nieprzyjemne uczucia za pośrednictwem środków psychoaktywnych czy podejmując różne zachowania, które mogą się przerodzić w uzależnienia.

W terapii uzależnień opartej na DBT bardzo ważnym obszarem pracy jest więc nauka regulowania emocji. Terapia DBT jest skoncentrowana na emocjach, czyli poznaniu jakich emocji doświadcza osoba uzależniona, w jaki sposób je rozpoznaje i jak sobie z nimi radzi. W trzecim module terapii DBT, poświęconemu pracy z emocjami, klient uczy się specyficznych umiejętności, które będą mu pomocne w zarządzaniu emocjami, myślami, zachowaniami i ogólnie bolesnymi przeżyciami. W ramach samoobserwacji klient uczy się zauważania, jak jego nastrój wpływa na innych ludzi i jak nastroje innych, wpływają na niego samego.

Systematyczna praca nad regulacją emocji jest szczególnie ważna dla osób uzależnionych borykających się z problemem zaburzeń osobowości, które bardzo często swoje emocje odreagowują poprzez podejmowanie zachowań uzależniających. Z pewnością mogą pojawić się sytuacje, gdy klient będzie próbował wrócić do dotychczasowego sposobu regulacji emocji i np. w sytuacji stresowej trudno mu będzie powstrzymać się od sprawdzenia facebooka

czy notowań bukmacherskich. Zadaniem terapeuty jest dbanie o utrwalanie wskazówek, które w różnych sytuacjach życiowych będą służyły klientowi do przypomnienia sobie, jak wrócić do pomocnego sposobu regulacji emocji. Opanowanie tej umiejętności pomaga w radzeniu sobie w różnych sytuacjach wyzwalających silne emocje, takie jak silne pragnienie podjęcia czynności uzależniających oraz chroni przed ryzykiem nawrotu.

Moduł umiejętności interpersonalnych

To zestaw bardzo specyficznych umiejętności, które stanowią jeden z najbardziej złożonych i wymagających obszarów do wprowadzania w życie, a których osoby z problemem zaburzenia osobowości bardzo często nie miały w życiu okazji do nauczenia się. Podejście DBT w dużym stopniu bierze pod uwagę deficyty umiejętności interpersonalnych, z jakimi borykają się klienci.

Nauka umiejętności interpersonalnych opiera się na kilku założeniach związanych z dialektyką. Klient jest zachęcany, by traktował innych tak jak chciałby by inni traktowali jego; by pamiętał, że jeśli jest nieprzyjemny, krytyczny lub unieważniający, może zostać potraktowany w ten sam sposób. Zgodnie z zasadą wzajemności klient jest również zachęcany do zauważania jak jego nastrój wpływa na tych, którzy go otaczają i jak nastroje innych wpływają na niego.

Poprzez specyficznie dobrane ćwiczenia klienci uczą się również, że nieprzyjemne emocje, takie jak rozdrażnienie, rozczarowanie, gniew nie muszą być wyrażane poprzez werbalne czy fizyczne ataki, groźby, osądzenie, czy lekceważenie, ale że można je wyrazić za pomocą słów, spokojnie i bez wyolbrzymiania. W tym zakresie ćwiczy się umiejętność tolerowania odmowy, powstrzymywania się od obwiniania, np. „przez ciebie znowu zaczną się objadać”, moralizowania czy szydzenia z rozmówcy.

Skuteczność interpersonalna polega m.in. na jasnym wyrażaniu własnych oczekiwań i wyznaczaniu granic w kontaktach z innymi osobami, przy jednoczesnym zadbaniu o utrzymanie szacunku wobec samego siebie. Zatem w ramach DBT klienci uczą się tak ważnych umiejętności interpersonalnych, jak słuchanie, jasne wyrażanie swoich potrzeb, celów i priorytetów dotyczących ich realizacji, jak i innych umiejętności społecznych. Opanowanie sztuki związanej ze skutecznością interpersonalną przekłada się na nawiązywanie i utrzymywanie relacji z innymi ludźmi, asertywność, czy radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych.

ROZDZIAŁ 4.

Trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej

Twórczyni terapii DBT, Marsha Linehan, opierając się na podejściu poznawczo-behawioralnym, zaproponowała szereg ćwiczeń rozwijających umiejętności adaptacyjne. W obszernych podręcznikach jej autorstwa (do korzystania z których bardzo zachęcamy), można znaleźć ogromny wybór konkretnych strategii, procedur i protokołów oraz wiele praktycznych wskazówek do zastosowania również z osobami uzależnionymi (Linehan, 2016). Poniżej przedstawiamy kilka przykładów zaproponowanych przez nią ćwiczeń, jakie mogą być wykorzystywane zarówno w terapii indywidualnej, jak i w grupowym treningu umiejętności z klientami uzależnionymi behawioralnie.

Ćwiczenie uważności

Trening DBT na ogół zaczynamy najpierw od ćwiczeń rozwijających umiejętności akceptacji, w dalszej kolejności pracujemy nad umiejętnościami dotyczącymi wprowadzania zmian. Naukę uważności można rozpocząć od prostych ćwiczeń prowadzonych w oparciu o skupianie uwagi na jednej rzeczy, np. uważnym oddechu, skanowaniu ciała, uważnym ruchu, widoku z okna, cichnącym dźwięku gongu itp.

Wprowadzanie ćwiczeń uważności może opierać się na następującej instrukcji:

- Przyjmij pozycję, w której będziesz mógł pozostać przez chwilę, byś mógł czuć się komfortowo. Oczy możesz mieć otwarte lub zamknięte, cokolwiek będzie ci pomocne w skupieniu uwagi na bieżącej chwili. Wycofaj się teraz z akcji robienia czegokolwiek, odsuń od siebie potrzebę zmieniania i naprawiania. Wejź w tryb obserwacji.
- Spróbuj najpierw zauważyć swój wdech, a potem wydech. Zauważ wszelkie bodźce docierające do ciebie. I jeszcze bardziej skup swoją uwagę na oddechu. Niech twoja uwaga będzie skupiona na wdychanym powietrzu i na powietrzu wydychanym.
- Zaobserwuj gdzie teraz jest twój umysł, myśli, serce, emocje. I łagodnie przekieruj swoją uwagę na mięśnie twojej twarzy. Zauważ różne wrażenia odczuwane w twarzy, jaki masz wyraz twarzy. Zauważ to wszystko, pamiętając o tym, że niczego nie musisz zmieniać, niczego nie musisz naprawiać. W tym ćwiczeniu chodzi tylko o to, by zauważać rzeczy takimi jakimi są, bez żadnych prób zmieniania. Pobądź z tym przez parę chwil.
- Twoją uwagę mogą rozpraszać różne hałasy, zmartwienia, oceny („Głupie to ćwiczenie”), odczucia cielesne, potrzeba odezwania się itd. Zauważ je, pozwól im odejść i wróć uwagą do przedmiotu skupienia. Skup się: Nie pozwól się rozprościć. Za każdym razem, kiedy twoja uwaga wędruje, wróć nią do tego, co zauważasz.
- Na zakończenie ćwiczenia weź głęboki oddech i pomyśl o intencji z jaką jesteś tu, na terapii i teraz na dzisiejszym spotkaniu. Wróć do siebie, otwórz oczy i powoli zakończ te ćwiczenie zachowując uważność i skupienie.

Uważność pozwala klientom radzić sobie z przytłaczającymi myślami, bolesnymi przeżyciami i zachowaniami nałogowymi. Życie chwilą ma pozytywny wpływ na samoświadomość i zdolność regulowania emocji.

Ćwiczenie: Analiza łańcuchowa

Podstawową techniką, jaka może być zastosowana na każdym etapie terapii DBT jest analiza łańcuchowa [Linehan, 2016]. W zależności od celu pracy może ona służyć temu, by:

- zrozumieć co jest problemem,
- zrozumieć co spowodowało problem,
- zrozumieć co podtrzymuje problem,
- lub odpowiedzieć na pytanie: „jak problem może zostać rozwiązany”.

Przeprowadzenie jej wymaga sporo czasu, czasem jej poszczególne aspekty mogą być analizowane podczas kilku sesji. Przeprowadzenie analizy łań-

cuchowej to praca wieloetapowa, w której bierze się pod uwagę następujące aspekty:

1. Zdefiniowanie zachowania stanowiącego problem

Zachowanie, które stanowi problem może być obserwowalne (takie jak granie na komputerze, cięcie się, nadużywanie substancji psychoaktywnych, spóźnianie się na sesję, przejadanie się, impulsywne robienie zakupów w Internecie, zachowania związane z hazardem, przesiadywaniem w Internecie, pracoholizmem, graniem w gry online, ryzykownym uprawianiem sportu, nadmiernym korzystaniem z zabiegów medycyny estetycznej itp.), albo może dotyczyć wewnętrznych przeżyć klienta (np. myśli, emocje, impulsy). Wskazówki o jakich warto pamiętać w trakcie identyfikacji zachowania problemowego to:

- Bądź konkretny i precyzyjny np. jasno określ czas i miejsce zachowania – „w miniony poniedziałek złożyłam zamówienia w czterech sklepach z odzieżą i kosmetykami online na łączną kwotę 1500 zł”. Gdy klient mówi np. „ciągle zdarza mi się obstawiać i przez to popadam w długi” doprecyzuj: kiedy ostatnio? gdzie?
- Używaj jasnych sformułowań np. gdy klient mówi: „czasami zdarza mi się zjeść coś niezdrowego” warto doprecyzować (jak często? co dokładnie kryje się pod sformułowaniem „niezdrowe”?).
- Określ dokładnie, co klient w danej sytuacji zrobił, powiedział, pomyślał lub poczuł (jeśli zachowaniem problemowym są uczucia klienta), np. klient dzień wcześniej spędził 16 godzin przed ekranem komputera, w odpowiedzi na pytanie żony: „Kiedy skończysz pracę?” pomyślał: „Mogłaby się odzepić, przecież tyle razy jej tłumaczyłem, że mam dużo pracy”, poczuł zdenerwowanie i krzyknął: „Daj mi święty spokój, nie rozumiesz, że pracuję?!”
- Określ też to, czego klient nie zrobił w danej sytuacji, np. gdy klient mówi: „w piątek darowałem sobie dietę”, określ wtedy co dokładnie oznacza „darowanie sobie diety”.
- Postaraj się opisać z klientem intensywność zachowania i inne ważne cechy, np. Ile konkretnie czasu spędza Pan przed ekranem komputera w ciągu dnia?; Ile razy w tygodniu uprawia Pan seks z przygodnymi kobietami?; Jak często przegląda się Pan w lustrze i zwraca uwagę na kształt swojego ciała?; Ile razy w tygodniu chodzi Pan na siłownię?; Ile czasu trwa jeden trening?
- Zasada opisywania zachowania problemowego jest następująca: zrób to na tyle szczegółowo, aby mógł ja dokładnie odtworzyć aktor w teatrze lub na planie filmowym.

2. Zdarzenie wywołujące

Zdarzenie wywołujące (czasem nazywane też zdarzeniem początkowym) to zdarzenie, które rozpoczęło cały łańcuch wydarzeń. Zdarzenie to jest początkiem łańcucha zachowań. W identyfikowaniu zdarzenia wywołującego zaczynaj od czegoś w otoczeniu. Zawsze warto zacząć od jakiegoś zewnętrznego zdarzenia, które mogło uruchomić łańcuch. Jeśli trudno jest je zidentyfikować, warto zapytać klienta o jego dowolne zachowanie, myśli i uczucia oraz o to, co je wywołało. Można skorzystać z następujących pytań:

- *Jakie dokładnie zdarzenie zainicjowało reakcję łańcuchową?*
np. co spowodowało, że zdecydował Pan popracować dłużej tego dnia? Co działo się tuż przedtem, zanim zdecydowała się Pani iść na kolejny trening wbrew zaleceniom lekarza?
- *Kiedy rozpoczęła się sekwencja zdarzeń, która doprowadziła do zachowania problemowego? Kiedy zaczął się problem?*
np. w którym dokładnie momencie czas przeznaczony na pracę tego dnia zaczął się wydłużać? O której wyszedł Pan do kasyna?
- *Co się działo tuż przed pojawieniem się myśli lub impulsu do zachowania problemowego?*
np. co dokładnie zaszło między Panem a żoną zanim włączył pan komputer i obstawił mecz? Kiedy oglądała Pani dokument o operacjach plastycznych, jak Pani myśli, co dokładnie wpłynęło na myśl „powinam powiększyć sobie piersi”?
- *Co w tym czasie Pan robił/myślał/czuł/wyobrażał sobie?*
np. kiedy Pan obstawiał mecz, co Pan myślał w tej chwili? Kiedy Pani czuła się smutna, jakie myśli o wyglądzie przychodziły Pani do głowy?
- *Dlaczego zachowanie problemowe wydarzyło się w tym dniu, a nie np. dzień wcześniej?*
np. co mogło spowodować, że właśnie wczoraj, po dwóch tygodniach stosowania się do zaleceń zdrowego odżywiania, podjechała pani samochodem na stację i do kawy kupiła sobie też dwa hot dogi?
- *Kiedy zaczęła się sekwencja, która doprowadziła do zachowania problemowego?*
np. proszę się zastanowić, w którym momencie zaczęła Pani wypełniać koszyk z zakupami w sklepie online?

3. Podatność

Kolejnym krokiem jest opisanie konkretnych czynników podatności, które wystąpiły przed zdarzeniem wywołującym. Warto wziąć pod uwagę następujące aspekty:

- Choroba somatyczna; nieregularne jedzenie lub spanie, np. klient może „zmniejszać” wagę faktu, że niewyspanie lub przemęczenie może przekładać się na jego nerwowość i rozdrażnienie kolejnego dnia;
- Użycie narkotyków lub alkoholu; ryzykowne użycie leków – np. w przypadku uzależnień mieszanych warto zidentyfikować jak używanie alkoholu danego dnia może zwiększać prawdopodobieństwo przygodnego seksu;
- Stresujące zdarzenia w środowisku (pozytywne lub negatywne) – warto być uważnym na to jak klient postrzega daną sytuację, np. awans w pracy może rodzić myśli typu „nie poradzę sobie”;
- Intensywne emocje, np. smutek, gniew, strach, poczucie samotności;
- Wcześniejsze własne zachowania, których wspomnienie wywołuje stres, np. wspomnienie jak rano klient nakrzyczał na swoje dziecko lub wspomnienie o tym, że uprawiał seks w szatni z przypadkową dziewczyną, poznaną na korcie tenisowym.

4. Łańcuch zdarzeń

Opisanie łańcucha zdarzeń z klientem to identyfikacja różnych ogniw od momentu zachowania wywołującego, aż do wystąpienia zachowania problemowego. Zadaniem terapeuty jest opisanie w najdrobniejszych szczegółach łańcucha zdarzeń, który doprowadził do zachowania problemowego (po kilku próbach klient jest zachęcany do rozpisywania łańcucha zdarzeń samodzielnie).

Ogniwami łańcucha zdarzeń mogą być:

- Działania lub to, co robimy.
- Doznania cielesne lub uczucia.
- Elementy poznawcze (tj. przekonania, oczekiwania lub myśli).
- Zdarzenia w otoczeniu lub to, co robią inni.
- Uczucia i emocje, których klient doświadcza.

Pomocne będzie zadawanie pytań o to, jakie dokładnie myśli, przekonania, uczucia lub zachowania nastąpiły bezpośrednio po zdarzeniu wywołującym? Co było potem? Co potem? itd.

5. Następstwa zachowania

Zachęcamy klienta by postarał się rozpoznać następstwa swojego zachowania, do tego, jak inni ludzie zareagowali, jak klient czuł się bezpośrednio po tym zachowaniu, a jak później? Jaki wpływ miało to zachowanie na klienta i otoczenie?

6. Zapobieganie zachowaniu

Ponowne spojrzenie na łańcuch poszczególnych ogniw pozwala na rozpoznanie momentu, w którym można by zapobiec zachowaniu problemowemu. Jakie ogniwo trzeba by wyeliminować, żeby nie doszło do zachowania problemowego.

7. Działania profilaktyczne

Chodzi o szczegółowe zaplanowanie sposobów zapobiegania sytuacjom, które uruchamiają łańcuch i zmniejszają podatność na niego. Oto przykłady pomocnych pytań: Czy w tych ogniwach mogły pojawić się inne myśli, uczucia lub działania? Co klient mógł zrobić inaczej w każdym ogniwie w łańcuchu zdarzeń, żeby uniknąć zachowania problemowego?

To etap rozważenia jakie szkody klient wyrządził i jakie negatywne następstwa może naprawić. Warto by klient dokonał naprawy szkód w sposób adekwatny, np. jeśli przytarał komuś auto – pokrywa jego naprawę ze swojego ubezpieczenia; zawiódł czyjeś zaufanie – stara się być godny zaufania wystarczająco długo, by ponownie na nie zasłużyć; odniósł porażkę w stosowaniu swojej diety – postara się do niej wrócić na wcześniej ustalony okres.

Z notatnika specjalisty

Poniżej przytaczamy przykład analizy łańcuchowej przeprowadzonej razem z klientką uzależnioną od Internetu i zakupoholizmu.

1. Jakie jest główne zachowanie problemowe, które poddaję analizie łańcuchowej?

Nadmierne przesiadywanie w Internecie i zaniedbywanie obowiązków zawodowych.

2. Zdarzenie wywołujące/pobudzające:

Zadzzwonił szef i powiedział, że sprawozdanie finansowe ma być dzisiaj do końca gotowe, ponieważ ma ważne spotkanie, na którym chce je przedstawić.

3. *Jakie czynniki we mnie i w moim środowisku uczyniły mnie podatną?*

Zadania jakie ostatnio otrzymuję od szefa są do wykonania w bardzo krótkim czasie.

4. *Ogniwa w łańcuchu zdarzeń*

- Poczułam się wykorzystywana, zaczęłam narzekać na szefa koleżance z pokoju i wyrzucać swoją złość.
- Pomyślałam „Nie dam rady”, „To mnie przerasta”.
- Było mi wstyd przed koleżanką, że nie zapanowałam przy niej nad emocjami.
- Pomyślałam „Znowu w biurze będą o mnie plotkować i krzywo na mnie patrzeć”.
- Próbowałam zabrać się do pracy przy komputerze, ale nie mogłam znaleźć potrzebnych mi danych.
- Zaczęłam odczuwać pobudzenie i pomyślałam: „Muszę się na chwilę od tego oderwać”.
- Postanowiłam sprawdzić co słychać na FB, by na chwilę oderwać się od tego. Skończyło się na przewijaniu mojej tablicy na FB przez kolejne dwie godziny oraz nieplanowanym zakupie online dwóch bluzek i jednej kurtki.
- Po upływie dwóch godzin, gdy szef zajrzał by zapytać jak mi idzie, zorientowałam się, że niczego dla niego nie mam i było mi bardzo wstyd.
- Szef nakrzyczał na mnie i przekazał moje zadanie koleżance, a ja z poczuciem winy do końca dnia miałam łzy w oczach i nienawidziłam siebie za to jaka jestem.

5. *Jakie dokładnie były następstwa tego zachowania?*

W środowisku:

- W krótkim okresie: Musiałam znieść wyrzuty szefa.
- W dłuższym okresie: Mój szef ma do mnie mniejsze zaufanie. Koleżanka była zła, że musiała przejąć moje zadanie.

We mnie:

- W krótkim okresie: Musiałam zostać ze swoim poczuciem winy i frustracją.

We mnie w dłuższym okresie: Potwierdziło się moje przekonanie, że jestem do niczego. Jakie szkody wyrządziło moje zachowanie problemowe?

Koleżanka musiała zostać dłużej w pracy. Ponownie wydałam w sposób niekontrolowany znaczną sumę pieniędzy na zakup ciuchów.

6. *Jakimi nowymi, bardziej umiejętnymi zachowaniami mogę zastąpić zachowania nałogowe?*

- trening relaksacji,
- rozmowa z szefem o ilości pracy,
- wyłączenie komputera itp.

7. *Plan profilaktyki*

Sposoby zmniejszenia mojej podatności w przyszłości:

Zaplanowanie sposobów radzenia sobie, gdy szef prosi o wykonanie pilnej pracy w krótkim czasie.

Sposoby zapobiegania wydarzeniu wywołującemu:

Nie mogę powstrzymać szefa od dawania mi pracy, więc muszę zawnoczyć opracować sposoby radzenia sobie i kiedy szef czegoś pilnie oczekuje, mieć pod ręką plan działania w takich sytuacjach.

8. *Plany naprawienia, wynagrodzenia i wynagrodzenia z nawiązką szkody.*

Przeproszenie koleżanki z pracy, że musiała wykonać za mnie pracę. Zapytanie w czym mogłabym jej pomóc.

Ćwiczenie: Umiejętności odwracania uwagi ACCEPTS

W ramach modułu tolerowania dolegliwości psychicznych klient uczy się, że przetrwanie kryzysu jest możliwe za pośrednictwem przekierowania uwagi na inne aspekty, takie jak inne aktywności (np. zajęcie się pomaganiem innym), czy myślenie o innych rzeczach (np. liczenie chmur na niebie). Te proste strategie odwracania uwagi mogą w znaczący sposób zapobiec podejmowaniu nieprzemyślanych, niepomocnych działań, takich jak angażowanie się w zachowania nawykowe.

Oto kilka instrukcji dla klienta:

- **aktywność**

Zajmij się czymś, co może pomóc oderwać uwagę od trudnej sytuacji. Zadzwoń, napisz maila, obejrzyj ulubiony film lub serial, pójdz na spacer lub poćwicz, posłuchaj muzyki z odtwarzacza itp.

- **pomaganie innym**

Wyświadczyć komuś przysługę. Zrób komuś miłą niespodziankę. Zaskocz bliską osobę uściskiem, listem lub małą niespodzianką. Pomóż koledze lub rodzeństwu z pracą domową.

- **porównania**

Porównaj się z tymi, którzy mają gorzej od ciebie. Takie porównania czasem okazują się pomocne w przyjęciu innej perspektywy na trudną sytuację. Pomyśl jak czułaś się w gorszej sytuacji w przeszłości.

- **emocje**

Wpłyn na emocje. Obejrzyj śmieszny serial lub wzruszający film; posłuchaj kojącej lub wesołej muzyki; poruszaj się, kiedy czujesz smutek.

- odpychanie sytuacji

Odsuń od siebie bolesną sytuację. Odłącz się, kierując myśli gdzie indziej; wznies wyobrażony mur między sobą i sytuacją; włóż ból do pudełka i odstaw je na jakiś czas na półkę.

- myśli

Zmień myśli. Zajmij się rozwiązywaniem krzyżówki lub sudoku; policz chmury lub niebieskie samochody, naucz się nowego wiersza noblistki.

- **doznania**

Wywołaj inne odczucia z ciała. Pogryź kostkę lodu; posłuchaj głośnej muzyki; weź zimny lub gorący prysznic; pościskaj gniotka; pogłaszcz psa lub kota.

Rozwijanie i utrwalanie odporności na stres może się też odbywać za pomocą ćwiczeń podejmowanych w ramach pracy domowej. Klient wybiera kilka konkretnych umiejętności ACCEPTS i stosuje je w ciągu kolejnego tygodnia, by odciągnąć uwagę od zmartwień. Uczestnicy treningu mogą potem dzielić się swoimi doświadczeniami i nowymi pomysłami na przetrwanie kryzysu.

Ćwiczenie: Umiejętności tolerowania dolegliwości TIPP

Gdy pobudzenie emocjonalne u klienta jest bardzo wysokie, można wykorzystać umiejętności TIPP.

Ta seria umiejętności skierowana jest specyficznie na zmianę na poziomie reakcji fizjologicznych. Zakłada się, że poprzez wywołanie chemicznych zmian w ciele, pojawią się również zmiany w emocjach i w skrajnym myśleniu. Te umiejętności nie są dla każdego – niektóre z nich wymagają wzięcia pod uwagę dolegliwości fizycznych osoby. Np. lodowata woda bardzo szybko spowalnia pracę serca, z kolei intensywny wysiłek ją przyspiesza, zatem jeśli

osoba choruje na choroby serca lub inne dolegliwości, powinna skontaktować się z lekarzem przed wdrożeniem tych umiejętności.

Umiejętności TIPP opierają się na czterech obszarach działań:

- **Zmiana temperatury**

Aby szybko się uspokoić, można ochłodzić twarz zimną wodą. W sytuacji ekstremalnie silnych emocji można wstrzymać oddech i na 30 sekund zanurzyć twarz w misce zimnej wody (można również przyłożyć torebkę z lodem do policzków, lub po prostu ochlapać twarz zimną wodą).

- **Intensywny wysiłek**

Nawet kilka minut intensywnego wysiłku (bieg, energiczny chód, skakanie, gimnastyka, mycie podłóg itp.) może wyczerpać energię zgromadzoną w ciele, a tym samym stonować emocje.

- **Miarowy oddech**

Bardzo powolne, głębokie, przeponowe oddychanie (ok. 5–7 wdechów i wydechów na minutę).

Takie oddychanie przez minutę lub dwie przyczyni się do obniżenia emocjonalnego pobudzenia.

- **Progresywna relaksacja mięśni**

Taka relaksacja jest znana z bardzo korzystnego wpływu na emocje. Progresywna relaksacja mięśni polega na napinaniu, a następnie rozluźnianiu poszczególnych grup mięśniowych, zaczynając od głowy do stóp, zajmując się tylko jedną z nich na raz. Z czasem moment rozluźniania poszczególnych mięśni przyczynia się do rozluźnienia całego organizmu.

- **Samospokojenie**

Klient może uspokoić siebie samego poprzez skierowanie uwagi na jeden z 5 zmysłów: wzroku (co widzę w moim otoczeniu, co może mnie uspokoić), słuchu (np. słuchanie uspokajającej muzyki), węchu (jaki zapach ma dla mnie efekt uspokojenia), smaku (np. picie herbaty z melisy), czy dotyku (np. głaskanie kota). Efekt samospokojenia można też osiągnąć poprzez medytację lub skupienie uwagi na skanowaniu ciała krok po kroku. Dla wielu klientów umiejętności TIPP tworzą zestaw pomocnych sposobów radzenia sobie z głodem i/lub bardzo silnym pragnieniem podjęcia zachowania nalogowego.

Ćwiczenie: IMPROVE

Dużą pomocą w bieżącym przetrwaniu trudnej sytuacji mogą być umiejętności IMPROVE (akronim od pierwszych liter proponowanych działań tworzy angielskie słowo „popraw”). Przykładem jest sytuacja związana z napływem tzw. myśli przyzwalających, wywołujących silną presję dokonania kolejnych zakupów online – „Jedyna rzecz, która poprawi mi nastrój, to zakup tych nowych bluzek”. Okazuje się, że taką presję można złagodzić za pomocą wykorzystania umiejętności ulepszenia danej chwili, czyli podjęcia jednej z następujących aktywności:

- ćwiczeń wyobrazeniowych, które mogą tonować emocje (*Imagery*),
- próbie odnalezienia głębszego sensu w danej sytuacji (*Meaning*),
- odmówieniu modlitwy (*Prayer*),
- podjęciu aktywności relaksującej (*Relaxing Actions*),
- zaangażowaniu się w robienie jednej rzeczy w danej chwili,
- oderwaniu się od bieżącej sytuacji (*Vacation*),
- dodaniu sobie otuchy oraz przeformułowaniu sytuacji, tj. spojrzeniu na sytuację z nieco innej perspektywy (*Encouragement and Rethinking the Situation*).

Ćwiczenie: Analiza zalet i wad

Przetrwanie kryzysu psychicznego może być możliwe dzięki zastosowaniu umiejętności tolerowania silnego stresu. Jedną z takich umiejętności jest przeprowadzenie analizy za i przeciw. Przykładowo, klient doświadczający silnego przymusu wzięcia udziału w rzekomo atrakcyjnej promocji zakładów bukmacherskich, może przeprowadzić analizę polegającą na znajdowaniu argumentów za i przeciw podejmowaniu impulsywnych działań związanych z pobraniem aplikacji do obstawiania. Zadanie dla klienta może brzmieć w następujący sposób: Zrób listę zalet i wad poddania się przymusowi. Sporządź drugą listę zalet i wad opierania się kryzysowym przymusom – tzn. umiejętnego tolerowania stresu i nie poddawania się.

Zalety i wady można rozważać w skali krótkoterminowej i długoterminowej. Z reguły dla klientów bardzo pomocne jest zapisanie zalet i wad, a potem noszenie tego zapisu ze sobą, tak żeby w sytuacji gdy pojawi się silne pragnienie, nieodparty przymus, klient mógł wrócić do swoich argumentów. W ta-

kich sytuacjach pomocne będzie też wyobrażenie sobie pozytywnych efektów oparcia się przymusowi oraz negatywnych efektów poddania się impulsywnemu działaniu.

Ćwiczenie: Akceptacja sytuacji

W DBT zakłada się, że ludzie dokonują wyboru w kwestii ewentualnego tolerowania i akceptowania dolegliwości psychicznych, jakich doświadczają. Wdrażanie tego w codzienne życie może okazać się bardzo trudne. Pracując z klientem nad rozwijaniem tej umiejętności można posłużyć się analogią rozstaju dróg. To tak, jakbyśmy w trudnej dla nas sytuacji dochodzili do rozwidlenia dróg. Można odwrócić swój umysł od ścieżki prowadzącej do odrzucenia sytuacji i zwrócić uwagę w kierunku drogi do akceptacji.

Najpierw warto, by klient nauczył się zauważać kiedy nie akceptuje rzeczywistości (może to się wyrażać poprzez takie uczucia jak złość, rozgoryczenie). Na przeszkodzie akceptacji stoją przekonania klienta i jego silne nieprzyjemne emocje, takie jak złość na osoby odpowiedzialne za bolesne wydarzenie; przytłaczający smutek; poczucie winy za własne zachowanie; poczucie wstydu dotyczące własnej osoby; wściekłość na niesprawiedliwy świat. Niepomocne mogą być też przekonania, bo klient często wierzy, że jeśli zdecyduje się zaakceptować swoją bolesną sytuację, stanie się słabszy i się podda (lub ugnie), oraz że będzie musiał polubić rzeczywistość lub pogodzić się z życiem pełnym bólu. W kolejnym kroku tolerowania i akceptowania dolegliwości psychicznych klient uczy się, że – pomimo wszystko – będzie próbował zaakceptować sytuację. Warto popracować z klientem nad zrozumieniem (i przyjęciem), że akceptacja rzeczywistości nie oznacza aprobaty dla trudności.

Ćwiczenie: Umiejętności regulowania emocji

W DBT nauka regulacji emocji odbywa się w oparciu o następujące kroki opisane przez Marshę Linehan [Linehan 2016]:

Identyfikowanie i nazywanie emocji

Wielu klientów nie chce doświadczać przykrych emocji, na przykład smutku, lęku czy złości. Zadaniem terapeuty jest uprawomocnić ich odczucia, a jed-

nocześnie dać im wiedzę o podstawowych funkcjach emocji oraz wskazać jak emocje klienta wyraźnie sygnalizują to, co dla niego jest szczególnie ważne.

Adaptacyjna funkcja emocji

Kolejnym aspektem pracy nad regulacją emocji jest wykazanie jak bardzo emocje są człowiekowi pomocne. W procesie ewolucji przygotowywały człowieka do radzenia sobie z daną sytuacją, motywowały do działania (np. dzięki emocji strachu człowiek szybko mobilizował się do walki lub ucieczki), ułatwiały przystosowanie i w efekcie przyczyniły się do przetrwania naszych przodków.

Rozumienie emocji

Terapia DBT proponuje, by ucząc klienta rozumienia swoich emocji rozpocząć od nazwania emocji, oszacowania jej natężenia (np. na skali 0–10) i określenia bodźca, który ją wywołał (proszę opisać sytuację, która poprzedziła tę emocję), a następnie rozpoznać następujące aspekty: funkcja i cel (do jakich działań zmotywowała i przygotowała Pana ta emocja?), jaki komunikat dla innych osób sygnalizuje ta emocja (proszę opisać swoje gesty, mimikę, postawę ciała, ton głosu, słowa, działania oraz jak to wpłynęło na innych ludzi?), jaki komunikat dla Pana sygnalizuje ta emocja (o jakich Pana potrzebach mówi ta emocja? O jakich hipotezach? Jakie fakty powinien Pan sprawdzić?).

Emocje pierwotne i wtórne

Dla wielu klientów bardzo odkrywczym może być omówienie dwóch poziomów emocji: emocje pierwotne, tj. reakcje emocjonalne na daną sytuację, które wiążą się ze sposobem w jaki rozumiemy sytuację oraz emocje wtórne, tj. reakcje emocjonalne na doświadczane emocje, które wiążą się z przekonaniami dotyczącymi danych emocji. To ważne rozróżnienie, gdyż często klient może doświadczać szeregu nieprzyjemnych emocji w związku z doświadczaniem pewnych uczuć. Przykładem jest klientka, która złości się na siebie, że w jakiejś sytuacji poczuła lęk lub wstyd.

Regulacja siły emocji

Terapia DBT podsuwa szereg inspiracji jak regulować nasilenie emocji, m.in. poprzez zmianę zachowania, np. kontrolowane oddychanie (dłuższy wdech pobudza, dłuższy wydech uspokaja), umycie twarzy zimną wodą lub (zwłaszcza gdy klient boryka się z bardzo silnymi emocjami) wzięcie zimnego prysznica, aktywność fizyczna, taniec itp.

Zmiana bolesnych emocji

Gdy reakcje emocjonalne nie pasują do sytuacji (np. są nieproporcjonalnie nasilone) lub kiedy ocenimy, że działanie zgodne z emocją nie będzie skuteczne, DBT zaleca podjęcie tzw. działania przeciwstawnego, czyli takiego które jest odwrotne do reakcji, jaką „podpowiadają” emocje. Przykładowo, zamiast automatycznej reakcji ucieczki z sytuacji wywołującej lęk, ważne byłoby zbliżenie się do tej sytuacji albo zamiast izolowania się od ludzi gdy odczuwamy smutek, chodziłoby o podjęcie jakiejś aktywności i spotkanie z innymi osobami. Zachowanie może mieć duży wpływ na uczucia. Podjęcie przez klienta przeciwstawnych działań może w zaskakujący sposób wpłynąć na zmianę tego, co odczuwa.

Ćwiczenie: Umiejętności interpersonalne DEAR MAN

Podstawowa praca nad rozwijaniem umiejętności interpersonalnych opiera się na umiejętności DEAR MAN (akronim angielski), która obejmuje kilka kroków:

- Opisanie sytuacji i wskazanie rozmówcy na co reagujemy, np. „Obiecałaś, że będziesz razem ze mną starała się korzystać z zewnętrznej siłowni, mija trzeci tydzień i nie znalazłaś czasu by ze mną tam pójść”, „Twierdzisz, że mniej pracujesz, a od tygodnia kończysz pracę około 21.00”.
- Wyrażanie uczuć, np. „Jestem zawiedziona, że nie spędzamy razem czasu”, „Boję się, że przez przesiadywanie przy komputerze stracisz ważne chwile z dziećmi”.
- Stanowcze wyrażenie pragnień i oczekiwań, np. „Ważne jest dla mnie, bym czuła twoje wsparcie gdy próbuję zadbać o swoją kondycję”, „Potrzebuję żebyś spędzał ze mną i z dziećmi więcej czasu każdego popołudnia”.
- Wzmocnienie – wskazanie pozytywnych skutków, np. „Wspólne ćwiczenia pozwolą nam cieszyć się wzajemnie swoim towarzystwem”, „Nasz wspólny rodzinny czas pozwoli ci wieczorem na znalezienie jeszcze chwili na odpoczynek”.
- Utrzymanie kierunku – by inny temat nie odwrócił naszej uwagi, np. ignorowanie ataków, stosowanie metody „zdartej płyty”.

- Okazywanie pewności siebie – taka rozmowa to nie czas na wahania i wątpliwości, ale na okazanie przekonania, że to, o czym rozmawiamy, ma duże znaczenie.
- Negocjowanie – gotowość do pewnych ustępstw i szukania porozumienia.

Ćwiczenie: Umiejętności uprawomocniania

Uprawomocnianie to bardzo istotna umiejętność, niezwykle pomocna w kontaktach społecznych. Poniżej podano ogólne wskazówki związane z umiejętnością uprawomocniania:

- Zwracaj uwagę – wyrażają zainteresowanie drugą osobą zamiast okazywania znudzenia lub wykonywania w czasie rozmowy innych czynności.
- Odzwierciedlaj – próbuj powtarzać co usłyszałeś z ust rozmówcy, bez osądzających określeń i tonu głosu.
- Zauważaj sygnały niewerbalne płynące od rozmówcy.
- Komunikuj zrozumienie – w tej umiejętności bierzemy pod uwagę uczucia, myśli i działania rozmówcy, biorąc pod uwagę jego dotychczasowe doświadczenia, obecną sytuację, aktualny stan psychiczny lub fizyczny itp.
- Uznaj prawomocność – przyjmij, że uczucia, myśli i działania rozmówcy to prawomocne reakcje
- Pokaż równość – w rozmowie bądź sobą, nie przejmuj się kto jest lepszym, kto gorszym; traktuj rozmówcę jak osobę równą sobie, nie jak kruchą lub niekompetentną.
- Ćwiczenie: umiejętności FAST, czyli jak zachować szacunek do siebie w kontaktach interpersonalnych.

W kontaktach interpersonalnych bardzo ważna jest też dbałość o zachowanie szacunku do siebie.

Zapamiętanie tej umiejętności ułatwia skrót FAST – *Fair* – uczciwość, *Apologies* – Nie przepraszać, *Stick to values* – trzymanie się wartości, *Truthful* – prawdomówność. I znowu opiszemy pokrótce każdy z tych elementów.

Ćwiczenie: „Skrzynka z narzędziami”

Warto zachęcić klientów do tworzenia własnej „skrzynki z narzędziami”, czyli stworzenia listy umiejętności, którymi można się posłużyć w różnych sytuacjach w domu, pracy itp. Twórcy DBT proponują klientowi: przygotuj sobie pudełko po butach i włóż do środka związane z umiejętnościami przedmioty, takie jak: gniotek, ulubiony zapachowy krem, zdjęcie z najwspanialszych wakacji, krzyżówki, torebki z herbatą ziołową, ulubione nagrania. Można też stworzyć miniaturową apteczkę (zawierającą mini pomoce, takie jak gumki recepturki do rozciągania, listę osób do których w razie kryzysu można zadzwonić itp.), mieszczącą się np. w piórniku lub śniadaniówce, którą można zabrać ze sobą do pracy lub szkoły.

* * *

Terapia schematów i terapia dialektyczno-behawioralna są metodami, których skuteczność oparta jest na badaniach naukowych. Wykazują one, że stosując terapię dialektyczno-behawioralną klienci lepiej radzą sobie z samooczekiwaniem i zachowaniami samobójczymi, zmniejsza się ich liczba wypadania z terapii, zmniejsza się problem używania alkoholu i narkotyków. Dzięki zastosowaniu praktycznych ćwiczeń i uzyskiwaniu informacji zwrotnych od terapeuty i od uczestników treningu umiejętności DBT, klienci lepiej radzą sobie z impulsywnością, wyrażaniem złości i funkcjonowaniem społecznym (Swales, 2019). Z pewnością terapia jest bardziej skuteczna, gdy terapeuta posiada ugruntowaną wiedzę na temat zaburzeń osobowości i uzależnień, wykazuje pozytywne nastawienie do klienta, wspiera klienta w nabywaniu nowych umiejętności, w tym umiejętności społecznych, oraz równolegle pracuje nad współwystępującymi zaburzeniami (Kienast i in., 2014; Swales, 2019).

W przypadku Terapii Schematów coraz więcej badań wskazuje jak ważną rolę odgrywa identyfikacja schematów u pacjentów uzależnionych behawioralnie. Nieadaptacyjne schematy mogą być czynnikiem podatności rozwoju uzależnienia od Internetu (Ostovar i in., 2021). W badaniu przeprowadzonym przez Aloï wraz z zespołem (Aloï i in., 2019) zbadano związki 18 wczesnych nieadaptacyjnych schematów, dzielonych na 4 obszary: (1) rozłączenie i odrzucenie (2) osłabiona autonomia i brak dokonań (3) nadmierna odpowiedzialność i zawyżone standardy (4) uszkodzone granice u 637 osób w okresie późnej adolescencji oraz wczesnej dorosłości. Osoby te doświadczały jednego z trzech typów uzależnienia behawioralnego: uzależnienia od jedzenia, uzależnienia

od hazardu lub uzależnienia od Internetu. Rezultaty badań pokazały, że uzależnienie od jedzenia było najbardziej powiązane z obszarem rozłączenia i odrzucenia, uzależnienie od Internetu ze wszystkimi obszarami poza obszarem osłabiona autonomia i brak dokonań, a uzależnieni od hazardu uzyskali wyższe wyniki w obszarach: osłabiona autonomia, brak dokonań i uszkodzone granice. Podsumowując wyniki sugerują, że wczesne nieadaptacyjne schematy powinny być systematycznie oceniane podczas terapii pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi (Aloi i in., 2019), co stanowi ważny kierunek pracy dla terapeutów.

Na koniec warto jeszcze zaznaczyć, że podobnie jak w innych podejściach terapeutycznych, najwięcej zależy od terapeuty (Miller, 2021). Kluczowe okazuje się nie tylko to, co terapeuta robi, ale jak to robi (Elliott i in., 2018). Metaanaliza przeprowadzona przez Millera i Moyers (Miller, Moyers, 2021), obejmująca 70 lat badań z zakresu psychoterapii, wykazuje, iż umiejętności kliniczne jakie wzmacniają skuteczność terapii to:

- trafne zrozumienie *tego, co się w kimś dzieje* i wyrażenie zrozumienia,
- okazywanie szacunku wobec klienta i dowartościowywanie,
- zaangażowanie i otwartość,
- bezwarunkowa akceptacja, brak wrogości, krytykowania, zawstydzania,
- wspólnie określony kierunek pracy, ustalone cele i plan by je osiągnąć,
- wydobywanie zamiast udzielania informacji,
- oferowanie wyboru i honorowanie autonomii.

Akademia Motywacji i Edukacji od lat promuje ten rodzaj pracy terapeutycznej. Opiera się on nie tylko na stosowaniu naukowo sprawdzonych metod, ale również na systematycznym kształceniu klinicznych umiejętności terapeutów, jakie w swych badaniach wskazują Miller i Moyers, jako najbardziej skuteczny styl pracy psychoterapeutycznej.

Bibliografia

- Allison S.E., von Wahlde L., Shockley T., Gabbard G.O., 2006, *The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games*, American Journal of Psychiatry, 163(3): 381–385.
- Aloi M., Verrastro V., Rania M., Sacco R., Fernandez-Aranda F., Jiménez-Murcia S., De Fazio P., Segura-Garcia C., 2019, *The potential role of the early maladaptive schema in behavioral addictions among late adolescents and young adults*, Frontiers in Psychology. Advance online publication, DOI: 10.3389/fpsyg.2019.03022.
- Anda R.F., Felitti V.J., Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C.H., Perry B.D., 2006, *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3): 174–186.
- Arntz A., Jacob G., 2021, *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bagby R.M., Vachon D.D., Bulmash E., Quilty L.C., 2008, *Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates*, Journal of Personality Disorders, 22(2): 191–207.
- Ball S.A., Cicero J.J., 2005, *Addicted Patients with Personality Disorders: Traits, Schemas, and Presenting Problems*, Journal of Personality Disorders, 15, 1, <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/pedi.15.1.72.18642> (dostęp: 11.10.2021).
- Barrault S., Varescon I., 2012, *Psychopathology in online pathological gamblers: a preliminary study*, L'Encéphale, 38(2): 156–163.
- Błaszczynski A., Nower L., 2002, *A pathways model of problem and pathological gambling*, Addiction, 97, 5: 487–99.

- Chodkiewicz J., 2021 (listopad), Wystąpienie konferencyjne pt. „Schematy poznawcze według Younga a wybrane uzależnienia behawioralne” wygłoszone podczas międzynarodowej konferencji *Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Ciulkin-Kosiorok M., 2000, *Zaburzenia osobowości typu z pogranicza, a zespół uzależnienia od alkoholu*, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3: 12–15.
- DeJong C.A., Van den Brink W., Harteveld F.M., Van der Wielen E.G., 1993, *Personality disorders in alcoholics and drug addicts*, *Comprehensive Psychiatry*, 34(2): 87–94.
- Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Edwards V.J., Croft J.B., 2002, *Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult*, *Addictive Behavior*, 27(5): 713–725.
- Elliott R., Bohart A.C., Watson J.C., Murphy D., 2018, *Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis*, *Psychotherapy*, 55(4): 399–410.
- Farrell J.M., 2021 (czerwiec), Wykład pt. „Grupowa terapia schematów w leczeniu zaburzeń z pogranicza” wygłoszony podczas konferencji online, Warszawa: Akademia Motywacji i Edukacji.
- Fosati A., Madeddu F., Maffei C., 1999, *Z pogranicza Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study*, *Journal of Personality Disorder*, 13(3): 268–80.
- Gałęcki P., Świącicki Ł., 2015, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Wrocław: Edra Urban i Partner, 311–321.
- Grzegorzewska I., Cierpiąłkowska L., 2018, *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jaraczewska J.M., 2009, *Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań*, *Alkoholizm i Narkomania*, 22(2): 129–143.
- Jaraczewska J.M., Adamczyk-Zientara M. (red.), 2015, *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Warszawa: Eneteia.
- Jaraczewska J.M., Derwich A., 2020a, *Podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Podręcznik dla terapeutów uzależnień*, Warszawa: Eneteia.
- Jaraczewska J.M., Derwich A., 2020b, *Podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Podręcznik dla profilaktyków*, Warszawa: Eneteia.
- Kabat-Zinn J., 2015, *Praktyka uważności dla początkujących*, Warszawa: Czarna Owca.
- Kennedy R., 2020 (grudzień), Materiały szkoleniowe. Warsztat „Terapia Dialektyczno-Behawioralna w uzależnieniach” przeprowadzony w ramach projektu szkoleniowego online „Dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna w profilaktyce uzależnień behawioralnych”, Warszawa: Akademia Motywacji i Edukacji, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kienast T., Stoffers J., Bermpohl F., Lieb K., 2014, *Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment*, *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16): 280–286 (dostęp: 03.08.2021).

- Krawczyk P., Świącicki Ł., 2020, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, *Psychiatria Polska*, 54(1): 7–20.
- Kuss D.J., Lopez-Fernandez O., 2016, *Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research*, *World Journal of Psychiatry*, 6(1): 143176.
- Linehan M.M., 1991, *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*, New York: Guilford Press.
- Linehan M.M., 2016a, *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Podręcznik pacjenta*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linehan M.M., 2016b, *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Podręcznik terapeuty*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lukasiewicz M., Neveu X., Blecha L., Falissard B., Reynaud M., Gasquet I., 2008, *Pathways to substance-related disorder: A structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners*, *Alcohol and Alcoholism*, 43(3): 287–295.
- Marlatt G.A., Gordon J.R., 1985, *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, New York: Guilford Press.
- Miller W.R., 2021 (czerwiec), Wykład inauguracyjny pt. „Skuteczni psychoterapeuci. Umiejętności kliniczne wzmacniające efekty psychoterapii” wygłoszony podczas konferencji online, Warszawa: Akademia Motywacji i Edukacji.
- Miller W.R., Forchimes A.A., Zweben A., 2014, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller W.R., Moyers T.B., 2021, *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve client outcomes*, New York: Guilford Press.
- Miller W.R., Rollnick S. (red.), 2010, *Wywiad Motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ostovar S., Bagheri R., Griffiths M.D., Mohd Hashima I.H., 2021, *Internet addiction and maladaptive schemas: The potential role of disconnection/rejection and impaired autonomy/performance*, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, ISSN 1063–3995.
- Puzyński S., Wciórka J., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków: Vesalius.
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C., 2010, *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*, Warszawa: Academica.
- Rowicka M., 2015, *Uzależnienia behawioralne*, w: J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Warszawa: Enteteia, 53–73.
- Swales M.M. (ed.), 2019, *Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*, Oxford: Oxford University Press.
- Trull T.J., 2001, *Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates*, *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3): 471–81.
- Shaw I.A., Farrell J.M., 2016, *Grupowa terapia schematów w leczeniu zaburzeń z pogranicza*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Shaw I.A., Farrell J.M., 2016, Materiały dodatkowe do podręcznika *Grupowa terapia schematów w leczeniu z pogranicza*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A., Kongerslev M.T., Mattivi J.T., Jørgensen M.S., Faltinsen E., Todorovac A., Sales C.P., Callesen H.E., Lieb K., Simonsen E., 2020, *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD012955, DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2 (dostęp: 08.01.2021).
- Verheul R., Ball S., van den Brink A., 1997, *Substance abuse and personality disorders*, w: H.R. Kranzler, B.J. Rounsaville (eds.), *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*, New York: Marcel Dekker.
- Walton C., Comtois K.A., 2019, DBT in routine clinical settings, w: M.A. Swales (ed.), *Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*, Oxford: Oxford University Press, 467–496.
- Willenborg B., 2020, Materiały szkoleniowe *Terapia schematów w uzależnieniach*, Warszawa.
- Young J., 2014, *Young Compensation Inventory*, New York: Schema Therapy Institute, <http://www.schematherapy.com/id43.htm> (dostęp: 03.08.2021).
- Young J., 2014, *Young Parenting Inventory*, New York: Schema Therapy Institute, <http://www.schematherapy.com/id205.htm> (dostęp: 03.08.2021).
- Young J., 2005, *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*, New York: Cognitive Therapy Center.
- Young J., Arntz A., Atkinson T., Lobbestael J., Weishaar M., van Vreeswijk M., Klokman J., 2009, *The Schema Mode Inventory*, New York: Schema Therapy Institute, <http://ritayounan.com/wp-content/uploads/2014/10/schema-mode-inventory.pdf> (dostęp: 15.09.2021).
- Young J., Edwards D., Ohanian V., Perris P., Vind S., Conway J., 2019, *The Case Conceptualization Form*, New York: Schema Therapy Institute, <https://schematherapy-society.org/Sys/Login?ReturnUrl=%2fNew-Case-Conceptualization-Form-PDF> (dostęp: 15.09.2021).
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., 2014, *Terapia schematów. Podręcznik praktyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Young J., Rygh J., 2014, *Young-Rygh Avoidance Inventory*, New York: Schema Therapy Institute. <http://www.schematherapy.com/id42.htm> (dostęp: 03.08.2021).

