

TERAPIA POZNAWCZO-
-BEHAWIORALNA I DIALOG
MOTYWUJĄCY W PRACY
Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI
BEHAWIORALNIE

TERAPIA POZNAWCZO-
-BEHAWIORALNA I DIALOG
MOTYWUJĄCY W PRACY
Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI
BEHAWIORALNIE

Tom 1

Podręcznik dla terapeutów uzależnień

Jadwiga M. Jaraczewska
Anna Derwich

Recenzja naukowa: xxxxxxxxxx

Redaktor prowadzący: Joanna Karpowicz

Redakcja i korekta: Elżbieta Michalak

Projekt okładki: Artur Paluszyński

Skład i łamanie: Jakub Karpowicz

© Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2020

Wszelkie prawa zastrzeżone

Warszawa 2020

wydanie pierwsze

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

Druk i oprawa: xxxxxxxx

ENETEIA Wydawnictwo Szkolenia

ul. Zwierzyniecka 8A/21, 00-719 Warszawa

tel. 22 840 84 60, 608 444 949

e-mail: redakcja@eneteia.pl

www.eneteia.pl

księgarnia internetowa: sklep.eneteia.pl

ISBN 978-83-958582-0-8

Nakład 1000 egz.

Egzemplarz bezpłatny



Spis treści

Przedmowa – William R. Miller	7
Wprowadzenie	13
1. Konceptualizacja problemu osoby uzależnionej behawioralnie w podejściu integrującym terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący	17
Z czym się zgłasza klient?	17
Konceptualizacja	18
Psychoedukacja	20
Lista problemów	20
Identyfikowanie treści poznawczych	24
Wdrożenie do samodzielnej identyfikacji negatywnych automatycznych myśli	24
Czynniki spustowe	25
Podstawowe przekonania	25
Skąd pochodzą nasze podstawowe przekonania?	29
Dysfunkcyjne założenia	31
Cele terapii	33
Wskazówki do pracy nad konceptualizacją	34
2. Procesy poznawcze i terapia poznawcza integrująca dialog motywujący	37
Duch dialogu motywującego	38
Umiejętności dialogu motywującego – wiosła	42
Poznawczy model uzależnienia	44
Treści poznawcze – poziom myśli automatycznych	45
Treści poznawcze – poziom przekonań	46
Treści poznawcze charakterystyczne dla problemu uzależnień	48
Związek myśli z emocjami, objawami z ciała i zachowaniem ...	49

Restrukturyzacja poznawcza.....	50
Analiza myśli.....	51
Identyfikowanie NAM	51
Praca z myślami specyficznymi dla uzależnienia	53
Zniekształcenia poznawcze	55
Dialog sokratejski	58
Analiza dowodów za i przeciw	60
Dowody potwierdzające i podważające słuszność gorącej myśli.....	60
Rozwijanie przekonań dotyczących kontroli uzależnienia	63
Identyfikowanie przekonań	63
3. Techniki behawioralne i wyobrazeniowe. Praca terapeutyczna integrująca dialog motywujący	67
Uczymy się poprzez doświadczenie	67
Eksperyment behawioralny.....	68
Kontrolowanie uwagi	70
Eksperyment behawioralny.....	70
Przebieg eksperymentu behawioralnego.....	70
Planowanie aktywności	76
Rozwiązywanie problemów	77
Odgrywanie ról	79
Techniki relaksacyjne	79
Techniki wyobrazeniowe	80
4. Zapobieganie nawrotom	87
Poznawczy model nawrotu	89
Czynniki wyzwalające.....	91
Identyfikowanie bodźców wysokiego ryzyka	94
Analiza wpadki	96
Rozwijanie strategii zaradczych.....	101
Zmiana przekonań specyficznych dla uzależnienia.....	103
Wspieranie poczucia własnej sprawczości.....	104
Praca z wartościami i ważnością zmiany	106
Budowanie sieci wsparcia	107
Podsumowanie	111
Bibliografia.....	115
Noty o autorkach	119
Akademia Motywacji i Edukacji (AMiE)	121

Przedmowa

Łatwo jest myśleć o uzależnieniu jako o wyjątku od reguły, o aberracji, która odróżnia nieszczęsnych uzależnionych od normalnych ludzi. Z biegiem lat zacząłem myśleć, że uzależnienie jest jednak normalną częścią natury ludzkiej. Ambiwalencja – to, że jednocześnie chcemy i nie chcemy czegoś – jest częścią natury ludzkiej. Wybór natychmiastowej gratyfikacji lub ucieczki kosztem długoterminowych konsekwencji to znana opowieść, stara jak świat. Ambiwalencja jest stałą towarzyszką naszego życia.

Znacząca zmiana w terapii uzależnień rozpoczęła się z początkiem lat osiemdziesiątych, zapoczątkowana częściowo przez transteoretyczny model zmiany jako procesu, który rozwija się w czasie. Te stadia zmiany opisują wyłaniające się poziomy gotowości człowieka do zmiany – od prekontemplacji do kontemplacji, przygotowania i działania. Dzięki własnemu szkoleniu w terapii poznawczo-behawioralnej byłem dobrze przygotowany do niesienia pomocy ludziom będącym już w stadium działania, wysoko zmotywowanym, którzy mówili: „Po prostu powiedz mi, co mam robić, a ja to zrobię”. Szybko odkryłem, że jest to niewielki procent naszych klientów.

Co więc mamy robić, gdy klienci nie są jeszcze gotowi na zmiany? Powszechne było przekonanie, że nie można nic

zrobić, dopóki ludzie nie będą gotowi, dopóki nie dotkną dna i nie doświadczą wystarczająco silnego cierpienia, które ich zmotywuje. Klientom mówiono, że powinni odejść, cierpieć jeszcze bardziej i wrócić, gdy będą już poważnie myśleć o zmianie. Winiliśmy ich za to, że nie byli gotowi. To nigdy nie wydawało mi się właściwe. Od pierwszych badań klinicznych w latach siedemdziesiątych XX wieku miałem ochotę pójść pod prąd rzeki i próbować pomóc ludziom wydostać się z rzeki wcześniej, nim przemieni się ona w potoki i wodospady. Próbowałem różnych podejść z pewnym sukcesem, który był zachęcający.

W 1982 roku miałem szczęście spędzać urlop naukowy w szpitalu w Norwegii, zajmującym się terapią uzależnienia od alkoholu. Prowadziłem wykłady z terapii poznawczo-behawioralnej, a także regularnie spotykałem się z personelem klinicznym złożonym z psychologów i pracowników socjalnych. Nasze dyskusje i praktyka łączyły strategie behawioralne z ukierunkowaną na klienta metodą terapeutyczną Carla Rogersa i jego współpracowników. Zasadniczo badaliśmy zorientowaną na klienta metodę terapii poznawczo-behawioralnej. Wspólnie zaczęliśmy dokładnie badać, **jak** działa terapia. Jakie pytania należy zadać, a jakich nie zadawać i dlaczego? Co spośród wszystkich rzeczy, które mówią nam klienci, jest najważniejsze do odzwierciedlenia i dlaczego? Z tych sesji wyłonił się pierwszy opis nowego podejścia klinicznego, który nazwałem dialogiem motywującym: „motywujący” – ponieważ chodziło o wywołanie własnej motywacji klienta do zmiany, i „dialog”, który w języku angielskim jest terminem neutralnym pod względem siły. Dialog różni się od rozmowy. Osoba prowadząca dialog ma do spełnienia szczególną rolę: słuchać, rozumieć i klaryfikować to, co mówi rozmówca.

Celem dialogu motywującego jest wywołanie i wzmocnienie własnej motywacji klienta do pozytywnych zmian.

Jeśli ktoś jest ambiwalentny wobec zmiany, to może się ona potoczyć różnie. Osoba ta ma w sobie argumenty zarówno za zmianą, jak i przeciw zmianie. To trochę jak komisja lub rada nadzorcza próbująca podjąć decyzję. Niektórzy członkowie komisji popierają zmiany, a inni nie. Jeśli my jako specjaliści przedstawiamy argumenty za zmianą, normalną i naturalną reakcją klienta jest przedstawienie argumentów przeciwko zmianie, w obronie status quo. Jeśli będziemy opowiadać się za jedną stroną czyjejs ambiwalencji, osoba ta będzie bronić drugiej strony. Nie ma w tym nic patologicznego. Jednak w rezultacie tym sposobem pomagamy klientom w przekonaniu samych siebie, że nie warto się zmieniać. My, ludzie, mamy tendencję, by bardziej wierzyć w to, co sami mówimy, niż w to, co mówią nam inni.

Dialog motywujący w szczególności zaprasza do zabrania głosu członków komisji opowiadających się za zmianą. Zadajesz pytania i słuchasz z zainteresowaniem tego, co klienci mają do powiedzenia. Inni członkowie komisji są szanowani i słuchani, ale skupiasz się przede wszystkim na argumentach tych członków komisji, którzy popierają zmianę. W ten sposób pomagasz ludziom przekonać samych siebie do pozytywnych zmian.

Takie podejście zakłada, że klienci mają pozytywne motywacje, że są jacyś członkowie komisji popierającej zmiany. Podobnie jak Carl Rogers, wierzę, że wszyscy ludzie, którym okaże się szacunek i akceptację, mają naturalną tendencję do rozwoju w kierunku zdrowia i dobrego samopoczucia. Coś w nas pragnie, byśmy osiągnęli dobrostan. Nie działa to dobrze, jeśli to ty starasz się być tym głosem na rzecz dobrostanu. Zamiast tego należy słuchać i wywoływać własny głos klienta na rzecz dobrostanu. On jest.

Błędem, który ja i Steve Rollnick popełniliśmy we wczesnej fazie naszej wspólnej pracy, było to, że staraliśmy się nauczać technik terapeutycznych. W rezultacie

nasi uczniowie próbowali stosować te techniki na swoich klientach, robiąc im coś. Błąd nie leżał po stronie naszych uczniów, ale po stronie nas jako nauczycieli. Oczywiście w nauczaniu dialogu motywującego pominęliśmy coś istotnego. To było tak, jakbyśmy uczyli piosenki wyłącznie za pomocą słów, ale nie muzyki. Brakowało tego, co ostatecznie opisaliśmy jako ducha dialogu motywującego, troskliwego stanu umysłu i serca, z którym się go praktykuje. Dialog motywujący to coś, co się robi dla klientów i z klientami, a nie na nich i im. Ważne jest na przykład, aby zaakceptować i uhonorować autonomię klientów – aby dokonywali oni własnych wyborów co do tego, jak żyją i co robią. Nie można zmusić ludzi do zmiany. W jakiś sposób akceptacja ludzi takimi, jacy są w danej chwili, umożliwia im zmianę. Szukaj i podkreślaj ich mocne strony, to co robią dobrze, a nie co jest z nimi nie tak. O tym właśnie jest ta książka.

Miałem to szczęście, że szkoląc się, poznałem zarówno strategię behawioralną, jak i zorientowany na osobę sposób bycia z klientami. Dla mnie one zawsze do siebie pasują. Liczy się to, co robisz w terapii, i jak to robisz. Cokolwiek robisz, dialog motywujący oferuje sposób robienia. W sposób skoncentrowany na kliencie można prowadzić terapię behawioralną, terapię poznawczą, zalecać farmakoterapię, prowadzić psychoedukację, zarządzać przypadkami i cokolwiek innego, co robisz podczas terapii. Ostatnio psychologia bardzo koncentruje się na tym, jakie techniki należy stosować, a zbyt mało uwagi poświęca temu, jak się je praktykuje. W każdym poradnictwie lub psychoterapii wyniki klientów różnią się znacznie w zależności od prowadzącego ich terapeuty. W pewnym sensie to, co badaliśmy przez wszystkie lata, stosując dialog motywujący, może być tym, co czyni terapeutę lub nauczyciela bardziej skutecznym.

Więc oto jestem, pisząc przedmowę do książki dla polskich terapeutów uzależnień. Jestem zdumiony tym, jak

dialog motywujący rozprzestrzenił się w świecie i jest stosowany w tak wielu różnych zawodach. Jest nauczany i praktykowany w co najmniej 55 językach. Myślę, że to dlatego, że dialog motywujący dotyczy ludzkiej natury, tego, co nas wszystkich na tej planecie łączy. Ambiwalencja to my. Zazwyczaj rozwiązujemy ją, rozmawiając z innymi. Jako ci, którzy pomagają, jesteśmy uprzywilejowanymi uczestnikami i świadkami zmiany. Jestem teraz absolutnie świadomy, że ma znaczenie to, co mówię, o co zapytam, co odzwierciedlę w interakcjach klinicznych. Nie mogę dokonywać za ludzi wyborów, ale jeśli poświęcam im uwagę z pełną troską i sercem, mogę zaprosić ich do tego, by wybrali życie i zdrowie. I Tobie, kiedy rozważasz, jak wykorzystywać dialog motywujący w swojej praktyce, też tego życzę*.

William R. Miller

Emeritus distinguished professor of psychology and psychiatry at the University of New Mexico, USA

* Przełożyła Joanna Dudek.

Wprowadzenie

Niniejsza książka jest częścią serii pod wspólnym tytułem *Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie*, stanowiącej ilustrację praktycznego zastosowania podejścia integrującego terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący. Seria składa się z trzech tomów, z których każdy odnosi się do specyfiki pracy różnych grup zawodowych (terapeutów, realizatorów programów profilaktycznych i lekarzy). Ma stanowić zachętę do stosowania podejścia integrującego terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący, by jak najskuteczniej wykorzystywać czas pracy specjalisty z klientem w obszarze uzależnień behawioralnych.

Jak wykazują badania naukowe, dialog motywujący jest podejściem wzbogacającym inne podejścia terapeutyczne (Naar, Safren, 2017; 2020). Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana jest na zmianie zachowania, natomiast dialog motywujący podkreśla znaczenie umiejętności komunikacyjnych u terapeuty i skupia się na motywowaniu klienta do zmiany. Naszym celem jest ilustracja potencjału płynącego z łączenia obu tych podejść.

W tej serii nie piszemy o szczegółach dialogu motywującego, terapii poznawczo-behawioralnej czy fazach zmiany. W Polsce jest wiele opracowań dotyczących tego tematu

(m.in. Miller, Rollnick, 2015; Beck, 2007; Prochaska, Di Clemente, Norcross, 1992). Z tego samego powodu też nie piszemy o specyfice uzależnień behawioralnych (patrz Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018; Jaraczewska, Adamczyk-Zientara, 2015; Rowicka, 2015). Warto jedynie podkreślić, że w tym ujęciu uzależnienia postrzegane są jako przejaw wyuczonych, dezadaptacyjnych zachowań, które w sposób destrukcyjny zaburzają funkcjonowanie człowieka. Jak trafić do takiej osoby, jak ją inspirować do podjęcia terapii, jakie umiejętności zastosować, by skutecznie wydobyc i podtrzymać gotowość do pracy, to temat stałych trosk specjalistów starających się wesprzeć osobę z problemem uzależnień. Podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący nie jest panaceum na wszystkie wyzwania, ale jako metoda oparta na wynikach badań naukowych daje wiele przydatnych wskazówek. Jako terapeutki i superwizorki psychoterapii niejednokrotnie miałyśmy szansę skutecznie to wykorzystać.

Prowadząc Akademię Motywacji i Edukacji, od wielu lat jesteśmy zaangażowane w konsekwentne promowanie podejścia integrującego terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący wśród różnych grup zawodowych z obszaru opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, zwłaszcza specjalistów psychoterapii i terapii uzależnień. W tym celu miałyśmy wielką przyjemność gościć w Polsce – na nasze zaproszenie – światowe autorytety w tych dziedzinach. Byli to m.in. profesorowie: William R. Miller (któremu dziękujemy za wspieranie nas przy pisaniu tej książki), Robert Leahy, Paul Salkovskis, Ralf Demmel, Chris Wagner, Peter Armstrong, Helen Kennerley, Pillar Lucilla, Guy Undrill. Od lat współpracujemy też blisko z wieloma polskimi praktykami i ekspertami. Są to między innymi: Anna Bui Ngoc, Andrzej Kuczmierczyk, Joanna Sielska, Marze-

Wprowadzenie

na Badyńska, Joanna Salbert, Jan Chodkiewicz, Małgorzata Adamczyk-Zientara, Jędrzej Kosewski.

Im wszystkim, jak i naszym Studentom chcielibyśmy gorąco podziękować za owocną współpracę przy licznych projektach szkoleniowych realizowanych przez Akademię Motywacji i Edukacji, co dało również podstawę do niniejszych publikacji.

Konceptualizacja problemu osoby uzależnionej behawioralnie w podejściu integrującym terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący

1

Praca terapeutyczna z klientem uzależnionym behawioralnie w modelu terapii poznawczo-behawioralnej, dzięki dobrze sformułowanej konceptualizacji, już w pierwszym stadium psychoterapii pozwala na szerokie rozumienie trudności klienta. Tworzenie konceptualizacji to proces, który ewoluuje w trakcie całej pracy terapeutycznej (Beck, 2005). Celem tego rozdziału jest zobrazowanie krok po kroku tworzenia konceptualizacji przypadku na podstawie modelu terapii poznawczo-behawioralnej oraz prezentacja wykorzystania w tym procesie dialogu motywującego.

Z czym się zgłasza klient?

Pierwsza wizyta w gabinecie terapeuty to duże wyzwanie dla obu stron, zarówno dla klienta, jak i dla terapeuty. Z jednej strony staramy się rozpoznać problemy, z jakimi zgłasza się klient, a jednocześnie z perspektywy dialogu motywującego staramy się być bardzo uważni i zaangażować go w relację. Chcemy wysłuchać, na ile klient jest już gotów do mówienia o swoich trudnościach, a na ile być może jest jeszcze w fazie prekontemplacji lub ambiwalencji

(Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992)*. W pierwszej sytuacji możemy się skupić na wspólnym tworzeniu listy problemów i przejść powoli do próby opisanie ich w modelu terapii poznawczo-behawioralnej, w drugiej skoncentrujemy się na próbie zaangażowania go w relację.

W obu tych sytuacjach warto zwrócić szczególną uwagę na wypowiedzi klienta ilustrujące jego motywację do wspólnej pracy. Każda z tych sytuacji wymaga postępowania zgodnie z duchem dialogu motywującego po to, aby praca nad konceptualizacją była odpowiedzią na zbudowaną motywację klienta do wspólnego odkrywania jego trudności. Każda relacja terapeutyczna ma indywidualne tempo, a jednocześnie nasza postawa zakotwiczona w dialogu motywującym znacznie zwiększa szanse na dostarczenie klientowi narzędzi używanych w terapii poznawczo-behawioralnej w momencie, gdy on sam chce z nich skorzystać. W innej sytuacji narazimy się na przeżywanie frustracji, a może nawet umocnienie klienta w jego status quo.

Konceptualizacja

Konceptualizacja w ujęciu poznawczo-behawioralnym wyjaśnia problemy zgłaszane przez klienta w trakcie terapii. Po pomoc terapeutyczną często zgłaszają się osoby z postawionym już wcześniej rozpoznaniem. Jednakże do stworzenia konceptualizacji klienta sama diagnoza nie jest wystarczająca. Nie wyjaśnia, jakie były początki problemów, ich rozwój ani powody ich podtrzymywania. Klienci uzależnieni

* Odwołujemy się tu do transteoretycznego modelu zmiany, obejmującego następujące fazy: prekontemplacja (osoba jeszcze nie myśli o zmianie), kontemplacja (ambiwalentne nastawienie do zmiany; chce się zmienić, ale się nie zmienia), przygotowanie (planowanie zmiany), działanie (wdrażanie planu zmiany), faza utrzymywania zmiany oraz ewentualnie nawrotu (powrotu do starych zachowań).

Konceptualizacja problemu osoby uzależnionej behawioralnie w podejściu...

często mają postawionych kilka różnych diagnoz (Beck, 2007). Dobrze opracowana konceptualizacja pomaga zrozumieć relacje między tymi diagnozami, podsumowuje i normalizuje doświadczenia klienta oraz wyznacza i porządkuje kolejne interwencje terapeutyczne. Ponadto skupienie się w konceptualizacji na szczegółowych myślach, emocjach i zachowaniu klienta bardziej niż na rozpoznaniu zapewnia lepsze zrozumienie jego sytuacji i stanowi konkretny materiał do pracy terapeutycznej.

Podstawowy schemat konceptualizacji oparty na modelu poznawczym można przedstawić następująco (Beck, 2005):

WCZESNE DOŚWIADCZENIA

Wydarzenia, ważne związki w życiu, warunki życia

PODSTAWOWE PRZEKONANIA

Stwierdzenia absolutne

Ja jestem..., Inni są..., Świat/życie jest...

PRZEKONANIA POŚREDNICZĄCE

Jeśli... to, powinnam..., muszę... – stwierdzenia oceniające

DYSFUNKCYJNE ZAŁOŻENIA

Zasady, recepty na życie, „przepisy na życie”, wymagania wobec siebie, wobec innych

WYDARZENIE KRYTYCZNE

powodują uaktywnienie przekonań

NEGATYWNE AUTOMATYCZNE MYŚLI

Myśli, obrazy, znaczenia

INNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA

Emocje, zachowanie, objawy fizjologiczne

Poszczególne elementy konceptualizacji opiszemy w dalszej części rozdziału.

Psychoedukacja

Jednym z podstawowych celów, które terapeuci powinni sobie postawić na pierwszym spotkaniu, jest motywujące zaangażowanie klienta w terapię oraz wzbudzenie jego ciekawości pracą w modelu poznawczo-behawioralnym. Początkiem odkrywania przez klienta jego własnych „ocen poznawczych” jest prawidłowo przeprowadzona psychoedukacja. Należy ją dostosować do wieku klienta, jego możliwości poznawczych, sytuacji, w jakiej się znajduje, czy zainteresowań. Dzięki temu będziemy mogli go zachęcić do zainteresowania się własnym myśleniem i wpływem tegoż na zachowanie oraz stan emocjonalny.

Niezależnie od postawionej diagnozy, z którą klient pojawił się w gabinecie, w terapii poznawczo-behawioralnej przeprowadzamy wywiad, który jest aktywnym procesem zdobywania informacji i testowania hipotez (Persons, 2006). Warto go przeprowadzać w duchu dialogu motywującego, czyli aktywnie słuchając klienta, formułować pytania otwarte, odzwierciedlenia, stosować często podsumowania i dowartościowania. Pamiętajmy, że jest to proces, angażowania klienta do wspólnej pracy. Dobrze jest oprócz pytań typu: „Od kiedy ma pan trudności z ograniczeniem nadmiernego zaangażowania w pracę”, zadać pytanie: „Co powoduje, że praca jest dla pana aż tak ważna”. Taki styl prowadzenia wywiadu pozwala z jednej strony uzyskać niezbędne informacje, z drugiej zaś rozwijać jego zaangażowanie, tak, by czuł, że jego historia nas interesuje i że może on bez obaw przedstawić swoją perspektywę.

Lista problemów

Jednym z celów prowadzenia wywiadu jest stworzenie listy problemów. Powinna być ona konkretna, szczegółowa i wyczerpująca. Wraz z klientem podejmiemy próbę opisaną

każdego zgłaszanego problemu w kategoriach poznawczo-behawioralnych, ilustrujących zależności myśli, emocji, zachowania i objawów fizjologicznych, będących składowymi sygnalizowanego problemu. Pamiętajmy, że przy identyfikacji poszczególnych elementów „kajzerki”^{*} bardzo ważna jest psychoedukacja i pomoc terapeuty w rozpoznawaniu przez klienta, w konkretnej sytuacji, każdego z tych elementów (Persons, 2006).

Pytania pomocne w przeprowadzaniu wywiadu

Cel: stworzenie listy głównych problemów oraz zebranie przykładów sytuacji, w których problem się pojawił. Opisanie sytuacji. Zebranie symptomów: myśli, emocje, objawy fizjologiczne i zachowanie.

- Opisz typową sytuację. Gdzie się zdarza?
- Kiedy to się dzieje? Z kim zazwyczaj jesteś?
- Jak do tego dochodzi? Jak często się to dzieje?
- Jak bardzo jest to stresujące (w skali 0–10)?
- Jak się zazwyczaj zaczyna?
- Co pomaga? Co sprawia, że jest trochę lepiej (unikanie, leki, zachowania zabezpieczające...)?
- Jak ten problem wpływa na codzienne życie (praca, dom, przyjaciele/rodzina, nauka)?

Przypadek Adama

Zanim zaczniemy się przyglądać fragmentom zaczerpniętym z praktyki klinicznej, przybliżmy historię klienta.

Adam, lat 22, zgłosił się na terapię zobligowany przez babcię, która bardzo niepokoiła się funkcjonowaniem

* Model pięciu czynników istotnych w kontekście doświadczeń życiowych, tzw. kajzerka (Padesky, Greenberger, 2017). Poszczególne elementy kajzerki (otoczenie człowieka, myśli, emocje, zachowania i objawy fizjologiczne) mają na siebie wzajemny wpływ.

wnuka. Adam od dziesiątego roku życia mieszkał tylko z ojcem. Jego rodzice się rozwiedli, matka wyjechała do innego miasta. Ich relacje uległy znacznemu rozluźnieniu. Ojciec Adama głównie koncentruje się na pracy. Dba, aby Adam miał zabezpieczone podstawowe potrzeby bytowe, stara się również wpoić dziecku ważne z jego punktu widzenia zasady. Adam od najmłodszych lat był wdrażany do dbania o porządek, oszczędzania i szacunku do starszych. Skończył technikum, ale nie przystąpił do egzaminu maturalnego. Od czasu ukończenia szkoły przebywał w domu, w ciągu dnia głównie spał, a w nocy spędzał czas przy komputerze, grając w gry. To wypełniało znaczną część jego życia.

Pierwsze spotkanie z Adamem było dość typowe jak na sytuację przymusowego zgłoszenia się na terapię. Babcia i ojciec postawili Adamowi ultimatum: pójdiesz na terapię i skorzystasz z możliwości odbycia stażu w stolarni wujka i zaczniesz na siebie zarabiać, albo nie będziemy ci dalej pomagać iłożyć na twoje utrzymanie.

Identyfikacja i opis problemu – przykład

Adam: Od pewnego czasu jak wracam do domu, myślę tylko o tym, kiedy będę mógł zasiać do kompa.

Terapeuta: Często towarzyszy ci myśl, że masz ochotę zasiać do kompa? (*odzwierciedlenie*)

Adam: No tak.

Terapeuta: Kiedy ostatnio tak się działo? (*próba skupienia na ostatniej takiej sytuacji*)

Adam: Wczoraj tak miałem, i dzisiaj, nawet jak jechałem tutaj.

Terapeuta: Zauważasz, jak często ta myśl się pojawia? Jak to było dzisiaj? (*dowartościowanie klienta i zachęcenie do pogłębienia wypowiedzi*)

Adam: No normalnie, jechałem tutaj i już w samochodzie o tym myślałem.

Terapeuta: Myśl o chęci grania towarzyszyła ci w samochodzie. Jak się czułeś, jadąc tutaj? (*identyfikacja myśli i postawienie pytania na temat towarzyszących emocji*)

Adam: Byłem zły na babcię, że mnie obudziła i wyciągnęła z domu.

Terapeuta: Kiedy byłeś zły na babcię, to jakie jeszcze myśli przychodziły ci do głowy? (*odzwierciedlenie emocji i próba wydobycia kolejnych myśli*)

Adam: Normalnie, że mam tego dość, jak ona tak ciągle ryje mi берет. Nawet jej to wykrzyczałem.

Terapeuta: Jadąc samochodem, złościłeś się na to, co babcia robi i mówi. Wykrzyczałeś jej to i jednocześnie myślałeś, że masz tego dość i chętnie byś pograł. (*krótkie podsumowanie ogniskujące myśli, emocje i zachowanie*)

Adam: No tak, tak było.

Terapeuta: Co ci daje to granie? (*próba identyfikacji funkcji, jaką pełni granie na komputerze*)

Adam: Normalnie, mogę zapomnieć o wszystkim i skupić się na przyjemności.

W powyższym przykładzie próbujemy zidentyfikować i omówić z klientem przykłady jego myśli/emocji/zachowań w konkretnych sytuacjach z ostatniego czasu, gdy pojawiały się myśli charakterystyczne dla zgłaszanego przez niego problemu lub gdy towarzyszyły mu silne emocje. Pamiętajmy cały czas o trzymaniu się kierunku pracy, a jednocześnie o krótkich podsumowaniach, uwrażliwiających klienta na prawidłowe rozróżnianie treści poznawczych od emocji czy sytuacji. Odzwierciedlenia i dowartościowania pozwolą pogłębić rozumienie sytuacji klienta i dadzą klientowi poczucie bycia uważnie słuchanym.

Identyfikowanie treści poznawczych

Dzięki wspólnej pracy klient poczuje się zachęcony do obserwowania, jakie myśli przychodzą mu do głowy, i sam będzie w stanie wykryć i wypełnić lukę, jaka istnieje między konkretnym bodźcem a jego zachowaniem. Będzie to ważny początek jego samodzielnej identyfikacji myśli, co pozwoli mu dostrzec, że za zachowaniami, często określanymi jako „automatyczne”, „nawykowe”, „ja zawsze tak robię”, „samo tak wychodzi”, kryją się konkretne myśli przyzwalające lub antycypujące przyjemność: „Tyle się dzisiaj namęczyłem, to chociaż jeszcze jedna gra mi się należy” lub „Pogram i będzie mi przyjemnie”.

W trakcie omawiania przykładów sytuacji, w których klient identyfikuje swoje oceny poznawcze, pamiętajmy o wydobywaniu od niego informacji zwrotnych związanych z tym procesem. Zwykle jest to nowe zadanie, czasem wydaje się zbyt proste, czasem traktowane jest w kategoriach „to wszystko już wiem, no i co z tego”. Ale bywa też źródłem refleksji „nie mam na to wpływu”. Te kolejne myśli wartę są wydobywania, ugięśnienia i pracy nad nimi. Warto pytać klienta: „Jak to panu brzmi?”, „Jak to panu pasuje?”, „Na ile jest to zgodne z tym, jak pan wcześniej myślał o takich sytuacjach?”. Po wysłuchaniu refleksji klienta ważne jest odzwierciedlenie, które odda sens głównych jego spostrzeżeń, na przykład: „Zauważa pan, że w kilku przytoczonych tu sytuacjach myślał pan i czuł się bardzo podobnie”.

Wdrożenie do samodzielnej identyfikacji negatywnych automatycznych myśli

Wysiłek włożony w nawiązanie relacji i stworzenie podwalin do dobrego sojuszu terapeutycznego powinny zaowocować gotowością klienta do samoobserwacji. Ważne, aby klient w czasie między wizytami był gotowy do prowadzenia

zapisu myśli. Klient sam znajdzie dogodną dla siebie formę ich zapisu. Naszym zadaniem jest dowartościowanie jego wysiłku, wkładanego w sporządzanie takiego zapisu. Na następnej sesji powinniśmy część czasu poświęcić na omówienie „pracy domowej”. Jeśli klientowi nie udało się jej wykonać, możemy spróbować wspólnie przypomnieć sobie ostatnią sytuację, która ilustruje problem zgłaszany przez klienta, i podjąć próbę identyfikacji myśli/emocji/objawów fizjologicznych i zachowania.

Czynniki spustowe

Celem jest uwrażliwienie klienta, by próbował zidentyfikować swoje myśli w odniesieniu do konkretnej sytuacji. To dzięki naszej czujności klient może zwrócić uwagę na różne bodźce w swoim otoczeniu, na które odpowiada zwykle w ten sam sposób. Bodźce te w terapii poznawczo-behawioralnej nazywamy **czynnikami spustowymi**. To właśnie w reakcji na nie pojawiają się zachowania problemowe. Czynniki spustowe mogą być zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Zewnętrzne – to czyjeś zachowanie, ton głosu, określona sytuacja, na przykład pobyt w wypożyczalni gier komputerowych, siadanie przy biurku, na którym stoi komputer itd. Wewnętrzne – to nasze własne myśli, emocje, objawy fizjologiczne. Przy tak szerokim zestawie możliwych czynników spustowych, analizując w pracy z klientem opis problemu, powinniśmy zawsze stawiać sobie pytanie: „W odpowiedzi na jaki konkretny bodziec ten problem wystąpił”?

Podstawowe przekonania

Po identyfikacji negatywnych automatycznych myśli związanych z ilustracją sytuacji problemowych wspólnie z klientem chcemy się zastanowić, skąd się u niego biorą tego

typu treści. Jakie jest ich pochodzenie? W modelu poznawczym zakładamy, że źródłem, z którego pochodzą negatywne automatyczne myśli, są **podstawowe przekonania**. Są to arbitralne stwierdzenia, które w sposób ogólny opisują nas samych, świat oraz to, jak postrzegamy innych ludzi, często mówią też o tym, jakie wyrażamy uczucia i jak to robimy. Przekonania te mogą pozostawać niewypowiedziane, a ich identyfikacja jest kolejnym ważnym krokiem w pracy z klientem i we wspólnym procesie tworzenia konceptualizacji (patrz rozdział 2). Dzięki ugięciu podstawowych przekonań klient zaczyna dostrzegać, jaki mogą mieć one wpływ na jego myślenie i zachowanie w konkretnych sytuacjach.

Przypadek Adama – ciąg dalszy

Adam niespełna rok temu spędził kilka dni w stolarni swojego wujka. Poszedł tam na próbę. Powierzano mu prace porządkowe. Wykonując je, cały czas czuł silny niepokój. Czuł, że nie jest w stanie się skupić na pracy, był zagubiony. Szczególnie zapadła mu w pamięć sytuacja, kiedy wujek kazał mu pozamiatać chodnik przed budynkiem. Adam zamiatał, a wujek wraz z innym pracownikiem stali na zewnątrz i rozmawiali. Adam miał wrażenie, że cały czas mu się przyglądają. Czuł się bardzo spięty. Nie był pewien, czy dobrze zamiata, czy umie to robić.

Spróbujmy na podstawie tego krótkiego fragmentu postawić hipotezę na temat znaczenia automatycznych myśli wypowiedzianych przez Adama.

Sytuacja	Negatywne automatyczne myśli	Znaczenie myśli
zamiatanie chodnika	→ niedobrze zamiatam, nie umiem tego robić	→ jestem gorszy

Pomocna ilustracja

Terapeuta: Adam, rozmawialiśmy ostatnio o sytuacji, którą dobrze pamiętasz, a która się zdarzyła, kiedy pracowałeś w stolarni u wujka.

Klient: No tak, pamiętam.

Terapeuta: Chciałabym jeszcze przez chwilę skupić się na niej i zaprosić cię do kolejnego kroku w odkrywaniu przekonania, jakie kryją się za twoim myśleniem. Dobrze? (*pytanie o zgodę*)

Klient: Tak.

Terapeuta: Wspomniałeś, że kiedy zamiatałeś chodnik przed budynkiem, czułeś się spięty, i kiedy się tak czułeś, do głowy przychodziły ci myśli: „Niedobrze zamiatam, nie umiem tego robić”.

Klient: Tak, pamiętam.

Terapeuta: Poproszę cię, żebyś się zastanowił i spróbował odpowiedzieć na pytanie – gdybyśmy, oczywiście na potrzeby tego ćwiczenia, na chwilę przyjęli, że jest to prawda, że niedobrze zamiatasz i nie umiesz tego robić, to co to więcej o tobie mówi? Jak o tobie świadczy? Że jesteś przez to jaki?

Klient: Że jestem gorszy

Terapeuta: Jesteś gorszy – takie przekonanie przychodzi ci do głowy.

Klient: Tak, czasem tak o sobie myślę.

Terapeuta: Obserwujesz siebie i zauważasz, że takie myślenie o sobie towarzyszy ci w różnych sytuacjach.

Klient: Właściwie tak.

Terapeuta: Dziękuję ci za to krótkie ćwiczenie. Powiedz, proszę, co myślisz o swoim spostrzeżeniu, że przekonanie „jestem gorszy” czasem ci towarzyszy. Na co ma to wpływ?

Klient: Jak tak myślę, to wiele rzeczy nie chce mi się robić, no bo po co?

Terapeuta: Zauważasz, jak przekłada się to na twoje zachowanie i odgrywa rolę w różnych sytuacjach.

Klient: Można tak powiedzieć. Często przez to nie chce mi się nic robić.

Terapeuta: Odkryliśmy więc, że za twoimi automatycznymi myślami stoi głębsze przekonanie „jestem gorszy”, i zauważasz, że to ono często może wpływać również w innych sytuacjach na to, co robisz.

Komentarz do rozmowy

Ten fragment rozmowy ilustruje, jak w ukierunkowany sposób możemy wydobyć w pracy z klientem jego podstawowe przekonania. Zgodnie z dialogiem motywującym nie zapominajmy zapytać klienta o zgodę na odbycie takiej pracy. Ważne jest również, aby dowartościować pacjenta: „Obserwujesz siebie i zauważasz...”, „Zauważasz, jak przekłada się to na twoje zachowanie...”. Aby ukierunkować uwagę klienta, na koniec sesji krótko motywująco podsumowujemy, wydobywając najważniejsze treści.

Towarzysząc klientowi w tropieniu jego własnych podstawowych przekonań, stajemy się świadkiem i współtowarzyszem kolejnych niezwykle ważnych kroków w odkrywaniu przez niego źródeł własnego cierpienia. Często właśnie wtedy klienci dostrzegają to, co przez część ich życia powodowało, że zachowywali się w określony sposób, często raniąc przy tym siebie i inne osoby.

Pomocne elementy

- Stworzenie atmosfery, w której klient będzie czuł, że odkrywanie własnych przekonań to ciekawa, detektywistyczna przygoda – podkreślamy i zauważamy wysiłki klienta w tym procesie, używając dowartościowani.
- Dostarczajmy klientowi krótkich podsumowań, które zbiorą i uwidoczniają najważniejsze treści.

- W podsumowaniach zawierajmy kluczowe treści, które posłużą klientowi w utrwaleniu rozumienia tego modelu.
- Zauważanie przez klienta emocji, które towarzyszą mu w procesie tropienia własnych przekonań, bywa bolesne, stąd potrzeba odzwierciedlania emocji.
- Stosujmy mikroedukację, czyli dostarczanie informacji, za zgodą klienta, o tym, jak na przykład inni ludzie czują się w takiej sytuacji.
- Pamiętajmy o kierunku naszej pracy na tym etapie – to czas ukierunkowania dalszej pracy i wydobywania ważnych informacji. Na początku warto skupić się na zadaniu związanym z identyfikacją myśli i nie poddawać się pokusie ich zmiany tak długo, jak długo nie mamy choćby wstępnej konceptualizacji oraz uzgodnionych z klientem celów i planu terapii.

Skąd pochodzą nasze podstawowe przekonania?

Źródłem podstawowych przekonań są wczesne doświadczenia, które często są powtarzającymi się reakcjami naszych bliskich, rówieśników, nauczycieli wobec nas lub znaczącymi pojedynczymi zdarzeniami o dużym ładunku emocjonalnym i poznawczym, takimi jak wypadki samochodowe, śmierć bliskiej osoby itd. Budowa podstawowych przekonań oparta jest więc na bardzo indywidualnych doświadczeniach (Beck, 2005). W pracy z klientem warto podkreślać, że te przekonania są w nas wyuczone i dzięki temu mogą ulegać zmianie.

Przypadek Adama – ciąg dalszy

Terapeuta: W poprzednim ćwiczeniu udało nam się zidentyfikować jedno z twoich podstawowych przekonań.

Zwykle takie przekonania są wynikiem tego, czego nauczyliśmy się o sobie, o innych czy o świecie w trakcie swoich wczesnych doświadczeń.

Adam: W jakim sensie nauczyliśmy się?

Terapeuta: Każdy z nas jako dziecko na podstawie zdarzeń, których jesteśmy częścią, zachowań innych ludzi wobec nas „wyczytuje” pewne „prawdy” na swój temat, innych osób i świata. Załóżmy, że ktoś w dzieciństwie często był krytykowany przez ojca, ciągle słyszał: „Ty zawsze coś zepsujesz”, „Odejdź, bo zepsujesz” itd. i był odsuwany od wszystkich zajęć, w których chciał mu towarzyszyć. Jaką ktoś taki może wyczytać prawdę o sobie?

Adam: Pewnie, że jest głupi.

Terapeuta: To prawda, tak może się stać. Podstawowe przekonania są więc w nas wyuczone i mogą ulegać zmianie. A jak myślisz, jakie ważne doświadczenia mogły wpłynąć na powstanie twojego przekonania „jestem gorszy”?

Adam: U mnie też tak było, ojciec ciągle się czepiał, że nie umiem sprzątać. W dodatku robi to do dzisiaj. Pamiętam też, że w szkole czułem się tak samo, bo nie umiałem tak szybko biegać jak koledzy, byłem od nich mniejszy. Potem rodzice się rozwiedli i z tego powodu też czułem się gorszy, bo wszyscy inni mieli pełne rodziny.

Terapeuta: Już teraz przychodzą ci do głowy fakty, które miały wpływ na ukształtowanie się takiego przekonania.

Adam: Tak mi się wydaje. Muszę się jeszcze nad tym zastanowić.

Terapeuta: Zauważasz, że trudno byłoby ci o sobie inaczej myśleć i budować inne przekonanie, mając takie doświadczenia.

Adam: No na pewno nie miałem podstaw, by myśleć o sobie dobrze.

Terapeuta: Te doświadczenia nie mogły zaowocować inaczej.

Adam: Chyba tak.

Terapeuta: To bardzo naturalne, że na podstawie doświadczeń, o których mówisz, zbudowało się w tobie przekonanie „jestem gorszy”.

Komentarz

Źródło podstawowych przekonań może być odkrywane i pogłębiane przez znaczną część terapii. Nie musimy od razu wiedzieć wszystkiego. Pamiętajmy, że klienci wykonują ogromny wysiłek emocjonalny i poznawczy, próbując w trakcie pracy terapeutycznej dociekać, na podłożu jakich doświadczeń ukształtowały się ich podstawowe przekonania. Na początku relacji terapeutycznej nie starajmy się pogłębiać rozmowy na temat wszystkich wydarzeń, o jakich mówią. Naszym celem jest przedstawienie klientowi w przystępny sposób, jak doświadczenia budują nasze oceny poznawcze, znormalizować ten proces i podkreślić, że istnieje możliwość zmiany przekonań.

Dysfunkcyjne założenia

Kolejnym krokiem w pracy nad konceptualizacją jest odpowiedź na pytanie, jak klient radzi sobie z niepomocnym przekonaniem podstawowym. W terapii poznawczo-behawioralnej wiąże się to z identyfikacją dysfunkcyjnych założeń, które kierują zachowaniem klienta. Są to reguły, które powstają po to, aby klient mógł sobie poradzić ze swoimi podstawowymi przekonaniem. Dlatego w ich treści możemy odkryć połączenie strategii radzenia sobie z kluczowymi przekonaniem (Beck, 2005). Często są to zasady postępowania, które przejmujemy od bliskich osób, na przykład „Mężczyźni nie płaczą”, „Kobieta zawsze powinna słuchać męża”.

Warto podkreślić, że nasze dysfunkcyjne założenia dzięki zawartym w nich strategiom behawioralnym można podzielić na trzy ogólne sposoby reagowania:

- kompensacyjny (robię coś wbrew podstawowemu przekonaniu, na przykład moje podstawowe przekonanie brzmi „jestem gorszy”, a ja przyjmuję zasadę „muszę dawać z siebie wszystko, aby inni nie odkryli, że jestem gorszy”);
- unikający (staram się unikać wchodzenia w sytuacje, które mogłyby zdemaskować moje podstawowe przekonania);
- poddający się (ulegam i postępuję zgodnie z tym, co mi mówi treść podstawowych przekonań).

Zobaczmy, jak Adam radziłby sobie ze swoim podstawowym przekonaniem, gdyby wziąć pod uwagę jego chęć ciągłego spędzania czasu w internecie i grania w gry online. Pierwszym jego sposobem mogłoby być unikowe radzenie sobie: „Nie radzę sobie w normalnym życiu”. Zachowanie związane z graniem online byłoby w tej sytuacji bezpieczniejszym wyjściem i uchroniłoby Adama przed podejmowaniem bieżących aktywności, a tym samym ze zmaganiem się z negatywnymi automatycznymi myślami, które w takich sytuacjach przychodzą mu do głowy (przykład z zamiataniem). Radząc sobie w ten sposób, Adam z jednej strony doświadcza ulgi (krótkoterminowo), ale jednocześnie utrwała w sobie (długoterminowo) niepomocne podstawowe przekonanie, gromadząc na jego rzecz kolejne dowody. Jeśli odkryjemy wraz z klientem taki sposób radzenia sobie z podstawowym przekonaniem, to zrozumienie, jaką funkcję spełnia w jego życiu granie w gry online, będzie kluczem do dalszej wspólnej pracy.

Drugim możliwym sposobem może być kompensacyjne radzenie sobie. Załóżmy, że Adam w swojej grze online, w którą gra w grupie internetowych znajomych, jest najlepszy. Grając, zyskuje więc zupełnie nowy, przeciwny obraz siebie – „jestem najlepszy”. To daje mu poczucie kompetencji i sprawczości. Jego przekonanie pośredniczące „muszę

być najlepszy” realizowane jest właśnie w taki sposób. W końcu jest w czymś dobry, nawet bardzo dobry. Zyskuje też społeczne wzmocnienie, ponieważ koledzy cenią jego umiejętności. Zrozumienie, jaką funkcję pełni w takiej sytuacji granie online, ukierunkuje nas w inny sposób na pracę z tym klientem.

Jeszcze innym sposobem radzenia sobie mogłoby być poddanie się swojemu podstawowemu przekonaniu „jestem gorszy”. Wtedy postępowanie Adama opierałoby się na dysfunkcyjnym założeniu „dla takich jak ja w realnym świecie nie ma miejsca, wszystko umiem popsuć”. W takiej sytuacji Adam nie byłby w stanie obronić się przed jakąkolwiek krytyką, szukałby winy w sobie. A granie online byłoby jedynym sposobem na poradzenie sobie z bolesnymi uczuciami – ze smutkiem, beznadzieją czy poczuciem winy.

W trakcie tworzenia konceptualizacji umożliwiającej dogłębne zrozumienie problemu klienta ważne jest przeprowadzenie psychoedukacji i podkreślenie, że opisane strategie radzenia sobie to normalne zachowania, typowe dla wszystkich ludzi. Trudność zaczyna się wtedy, kiedy nadużywamy korzystania z tych strategii kosztem innych, bardziej adaptacyjnych zachowań. Chodzi o to, aby klient zauważył mechanizm błędnego koła. To, że w takich sytuacjach szybko może poczuć ulgę, na przykład na skutek unikania, tak naprawdę oznacza, że wzmacnia w sobie podstawowe przekonanie i zachowania dezadaptacyjne.

Cele terapii

Bardzo ważną częścią konceptualizacji jest wspólne z klientem dokładne określenie celów terapii (Person, 2007). Podczas ich formułowania można się posłużyć pytaniami pomocniczymi, na przykład:

- Czy formułowane cele są realistyczne?
- Jakie małe kroki pokazałyby, że klient przybliży się do celu?
- Ile czasu zajmie osiągnięcie celu?
- Czy realizacja celu została rozłożona na wiele mniejszych kroków?
- Jaki byłby pierwszy znak, że klient robi postępy?
- Co się zmieni w jego życiu?

Wskazówki do pracy nad konceptualizacją

Zastanówmy się zatem, o czym warto pamiętać, starając się zaprosić klienta do nowego spojrzenia na zgłaszane przez niego trudności przez pryzmat modelu poznawczo-behawioralnego.

Z perspektywy poznawczo-behawioralnej:

- Starajmy się wnoszone przez klienta treści porządkować (identyfikować w kategoriach myśli/emocje/objawy fizjologiczne/zachowanie) i przekładać na model poznawczo-behawioralny, na przykład:

„Powiedział pan o odczuwanym smutku jako emocji, która towarzyszyła panu, gdy przyszła panu do głowy myśl... Myśl «zasługuję po tym wszystkim na nagrodę» pojawiła się w pana głowie tuż przed zalogowaniem się na konto”.

Celem tej pracy jest pokazanie, że każda przykładowa sytuacja może zilustrować proste zależności oparte na modelu poznawczo-behawioralnym. W motywujący sposób promujemy dostrzeganie wzajemnego wpływu myśli/emocji/objawów fizjologicznych i zachowania, tak aby klient dostrzegał tę zależność w codziennych sytuacjach, a z czasem mógł tropić myśli towarzyszące mu w uzależnieniu.

- Spróbujmy zobrazować, jak ważne jest indywidualne szacowanie natężenia odczuwanych przez klienta emocji i jak przekłada się to na jego wiarę w konkretną myśl.

Z perspektywy dialogu motywującego:

- Pytajmy klienta o zgodę, przekazując mu ważne treści związane z psychoedukacją i zapytajmy o jego własne refleksje (strategia „zapytaj–powiedz–zapytaj”, w skrócie ZPZ, stosowana do udzielania informacji w sposób zgodny z dialogiem motywującym).
- Używajmy dowartościowań typu: „zauważasz, że twoja myśl...”, „potrafisz dostrzec, w jaki sposób silne emocje wpływają na twoje zachowanie” itp.
- Stosujmy odzwierciedlenia wypowiedzi klienta, które nie tylko będą podkreślały i pogłębiały jego obecny sposób myślenia, ale również ukierunkowywały rozwijanie ambiwalencji związanej z zaangażowaniem się w próby pracy nad nowymi ocenami poznawczymi.
- Starajmy się krótko podsumowywać rozmowę, wybierając z wypowiedzi klienta treści istotne z punktu widzenia realizacji celów terapii.

Opisane tutaj umiejętności, gdybyśmy chcieli ich używać jednocześnie, intuicyjnie i naturalnie, wymagają wielu ćwiczeń i wsłuchiwania się nie tylko w wypowiedzi klienta, ale również w **nasze własne jako terapeuty**. Stąd w podejściu integrującym terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący promowana jest praktyka nagrywania i odsłuchiwania sesji terapeutycznych.

Procesy poznawcze i terapia poznawcza integrująca dialog motywujący

2

Terapia uzależnień prowadzona w podejściu integrującym terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący odbywa się według określonego planu i wiąże z realizacją określonych zadań terapeutycznych. Obejmują one takie działania, jak: umiejętność radzenia sobie z silnym pragnieniem/głodem, nauka nowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, zapobieganie nawrotom oraz stałe budowanie wewnętrznej motywacji do zmiany i wzmacnianie poczucia własnej sprawczości.

W tym rozdziale zajmiemy się poznawczymi aspektami pracy terapeutycznej, a więc tym, w jaki sposób pracować nad wprowadzeniem modelu poznawczego uzależnień, jak identyfikować i modyfikować myślenie specyficzne dla uzależnienia i w jaki sposób rozwijać przekonania klienta dotyczące kontroli uzależnienia.

Zanim jednak przejdziemy do omówienia pracy poznawczej, przyjrzyjmy się elementom dialogu motywującego – duchowi DM i specyficznym umiejętnościom wykorzystywanym w DM, tzw. wiosłom, które w tej pracy okazują się bardzo pomocne.

Duch dialogu motywującego

W prowadzeniu pracy poznawczej z klientem warto stosować podstawowe założenia i metody pracy dialogu motywującego. W dialogu motywującym mówimy o **duchu dialogu motywującego**, czyli rodzaju klimatu, w jakim powinna się toczyć rozmowa. Duch dialogu motywującego to nasze nastawienie umysłowe i emocjonalne w kontakcie z drugim człowiekiem. W pracy terapeutów warto zwrócić uwagę na takie elementy ducha dialogu motywującego, jak:

- **Współpraca/partnerstwo** – budowanie z klientem relacji partnerskiej, w której zakładamy równą relację dwóch osób. Jako specjaliści dialogu motywującego chcemy wspólnie z klientem, służąc mu swoją wiedzą, zgłębiać jego problem. Szanujemy przy tym jego wiedzę, a dialog prowadzimy dla klienta i z nim.
- **Wydobywanie** – klient postrzegany jest jako niezbędny ekspert, ponieważ posiada istotną wiedzę o sobie i swojej sytuacji. W terapii uzależnień chcemy wydobywać wewnętrzną motywację klienta, czerpać z jego poglądów, celów i zasobów.
- **Troska** – zadaniem specjalisty dialogu motywującego jest życzliwe zabieganie o dobrostan klienta, świadome zaangażowanie we wspieranie dobra i najlepszych interesów drugiej osoby. Wyrażanie troski warto stosować niezależnie od grupy wiekowej czy stopnia zaawansowania problemu.
- **Akceptacja** – wyraża się w poszanowaniu bezwarunkowej wartości osoby i jej potencjału jako człowieka, w dostrzeganiu i wspieraniu jej autonomii i prawa do wyboru własnej drogi, w dążeniu do zrozumienia jej

punktu widzenia dzięki empatii oraz dowartościowaniu jej mocnych stron i wysiłków.

Z perspektywy klienta kierowanie się duchem dialogu motywującego może już w pierwszym kontakcie z terapeutą dać mu ważne sygnały, że nie jest oceniany i jest akceptowany pomimo trudności, z jakimi się mierzy. Niezależnie od tego, czy jest to nadmierne spędzanie czasu na graniu w gry online, szkodliwe opalanie się czy też objadanie pokarmami wysokokalorycznymi. Chcemy, aby do klienta dotarł wyraźny sygnał, że jest osobą, której zdanie jest ważne.

Posłużmy się przykładami opisanymi przez dr Rachel Green, ilustrującymi bardzo różne style pracy terapeutycznej – styl konfrontujący i styl motywujący (Green, 2015). Wyobraźmy sobie następujący dialog między klientem w depresji, który gra za dużo na komputerze, a jego terapeutą:

Klient: Nie jestem w stanie znaleźć pracy. Za każdym razem kiedy dostaję pracę, zwalniam mnie.

Terapeuta: Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że za dużo grasz i albo się spóźniasz (jeśli w ogóle się tam pojawiaasz), albo nie jesteś w stanie właściwie wykonywać swojej pracy, bo albo jesteś zmęczony, albo cały czas myślisz o graniu. Jak możesz oczekiwać, że ktokolwiek będzie chciał cię zatrudnić?

Klient: Nie gram więcej niż moi znajomi. To nie moja wina, że moja szefowa jest naprawdę wstrętna! Jest taka sama jak wszyscy inni, czepia się mnie i sprawia, że jestem totalnie zdenerwowany. Sam byś tak odreagowywał, gdybyś musiał dla niej pracować. Nie masz pojęcia o mojej sytuacji.

Taka rozmowa nie zachęca klienta do otwierania się. Prowadzi do braku zgody między klientem a terapeutą. (Więcej na temat niezgody w rozdz. 2 *Podręcznika dla profilaktyków* (Jaraczewska, Derwich, 2020b).

Porównajmy to z rozmową w duchu dialogu motywującego:

Klient: Nie jestem w stanie znaleźć pracy. Za każdym razem kiedy dostaję pracę, zwalniają mnie.

Terapeuta: Borykasz się z tym, by utrzymać się w pracy. (*odzwierciedlenie proste*) Co się dzieje, co mówi do ciebie twój pracodawca. (*pytanie*)

Klient: No, ona mi mówi, że nie można na mnie liczyć, bo czasem nie pojawiaam się w pracy albo się spóźniam, a kiedy już się pojawię, nie pracuję za dobrze.

Terapeuta: Wygląda na to, że to cię męczy. (*odzwierciedlenie złożone*) Czy możesz opowiedzieć więcej o tym, co sprawia, że nie przychodzisz do pracy albo nie pracujesz dobrze. (*pytanie wydobywające powody*)

Klient: Kiedy gram wieczorem, to następnego dnia trudno mi iść do pracy, boli mnie głowa i chce mi się spać. I czuję duży lęk, gdy tylko pomyślę, że mam iść do pracy. Nie mogę w tym stanie stawić czoła moim klientom. Albo kiedy już dotrę do pracy, jestem wybuchowy i nieuprzejmy dla klientów.

Terapeuta: Nie chcesz być zły na klientów i nie chcesz stracić pracy. (*odzwierciedlenie złożone*)

Klient: Nie, normalnie jestem naprawdę uprzejmym człowiekiem. To jest dla mnie bardzo ważne. I nawet nie jest tak, że nie lubię swojej pracy. Po prostu czasami tracę cierpliwość... (Klient mówi o swoich *wartościach*).

Terapeuta: A więc bycie uprzejmym wobec innych ludzi jest dla ciebie ważne. Tak naprawdę lubisz swoją pracę, ale czasem coś idzie trochę źle. (*odzwierciedlenie proste*) Co według ciebie jest największym problemem w utrzymaniu przez ciebie pracy? (*pytanie*)

Klient: Moja szefowa jest prawdziwym utrapieniem, krytykuje wszystko, co robię, powoduje, że jestem totalnie zdenerwowany i wtedy więcej rzeczy robię źle.

Terapeuta: Mówisz więc, że nie miałbyś problemu z utrzymaniem pracy, gdybyś miał miłszą szefową. *(odzwierciedlenie złożone, wzmocnione)*

Klient: No chyba to tak nie do końca jest jej wina. Ja jestem wybuchowy przy ludziach, jeśli poprzedniego wieczoru dużo grałem. *(otwarcie dotyczące związku między zachowaniem w pracy a efektami grania)*

Terapeuta: A więc myślisz, że twój sposób bycia w kontakcie z klientami może wywoływać więcej krytyki ze strony twojej szefowej i że granie poprzedniego wieczoru może mieć z tym coś wspólnego. *(odzwierciedlenie złożone)*

Klient: Tak, chyba tak.

Terapeuta: Co daje ci granie, jakie korzyści ci przynosi? *(pytanie wywołujące powody, dla których klient gra)*

Klient: Odpręża mnie i wycisza moją głowę. Sprawia, że nie martwię się o różne rzeczy i nie czuję się tak przygnębiony. Nie przychodzą mi do głowy żadne inne dobre rzeczy. *(pokazuje pewne wątpliwości dotyczące korzyści z grania)*

Terapeuta: A ty potrzebujesz tego wyciszenia i odprężenia, bo masz ostatnio dużo na głowie i czujesz się zaniepokojony. Ale w jakiś sposób prowadzi to również do kolejnych problemów, skoro wciąż tracisz pracę z powodu grania. *(odzwierciedlenie złożone)*

Klient: Tak, nie myślałem wcześniej o tym w taki sposób.

Terapeuta: Gdybyś miał pomyśleć o czymś, co mógłbyś zrobić w związku ze swoim graniem, żeby nie przeszkadzało ci w utrzymaniu pracy i uprzejmym traktowaniu klientów, to jaką jedną rzecz mógłbyś chcieć wypróbować, żeby trochę zmienić sytuację? *(pytanie wywołujące własne rozwiązania klienta)*

Nieujawniony wcześniej czynnik przyczyniający się do problemów klienta, czyli granie, zostaje omówiony w nieoceniający sposób. Od tego momentu następuje przesunięcie w kierunku rozwiązania wygenerowanego przez klienta.

Dzięki terapii prowadzonej w duchu dialogu motywującego klient zaczyna brać pewną odpowiedzialność za swoje czyny i staje się bardziej zaangażowany w pracę nad sobą.

Umiejętności dialogu motywującego – wiosła

Umiejętności stosowane w dialogu motywującym nazywane wiosłami (ang. *oars*) – jest to akronim utworzony z pierwszych liter angielskich nazw poszczególnych narzędzi: pytania otwarte (ang. *open-ended questions*) – zachęcające do szerszych wypowiedzi; dowartościowania (ang. *affirmations*) – doceniające wyniki pracy i włożony wysiłek; aktywne słuchanie z użyciem odzwierciedleń (ang. *reflective listening*); podsumowania (ang. *summarizing*) – zbieranie najważniejszych elementów wypowiedzi klienta.

Zwróćmy uwagę na przykłady zróżnicowanych reakcji terapeuty na wypowiedzi klienta w trakcie prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej:

Klient: Nie jestem pewien, czy to może mi pomóc.

Można to odzwierciedlić w różny sposób:

- „Jest pan zaniepokojony” – odzwierciedlenie emocji, które może uwypuklić uczucia ukryte za wypowiedzią klienta.
- „Ma pan wątpliwości” – odzwierciedlenie złożone, które może zachęcić klienta do podzielenia się wątpliwościami.
- „Ważne jest dla pana, aby skutecznie poradzić sobie z uzależnieniem” – odzwierciedlenie złożone, które może dowartościować postawę i gotowość klienta, a także być początkiem budowania przymierza terapeutycznego.

Klient: Znam swoje myśli i nie mam na nie wpływu.

- „Jest pan zawiedziony tym, że mówimy o czymś, o czym pan dobrze wie” – odzwierciedlenie emocji, które może uwypuklić uczucia kryjące się za wypowiedzią klienta.
- „Zna pan siebie i wie, że myśli same przyjdą” – próba dowartościowania klienta i przekierowania rozmowy na jego zasoby, czyli dobrą samoobserwację i umiejętność identyfikacji myśli.
- „Zastanawia się pan, jak znaleźć sposób, by myślenie tak bardzo nie dyktowało panu zachowania” – odzwierciedlenie złożone w formie przeformułowania, które ma ukierunkować rozmowę na wzmocnienie gotowości do szukania skutecznej formy pomocy.

Klient: To za proste, żeby mogło pomóc.

- „Jest pan zaskoczony” – odzwierciedlenie emocji, które może uwypuklić uczucia kryjące się za wypowiedzią klienta.
- „Potrzebuje pan skutecznej pomocy” – odzwierciedlenie złożone, które może zachęcić do mówienia o motywacji do terapii.
- „Wątpi pan w pomysł takiej pracy” – odzwierciedlenie złożone, które może zachęcić do podzielenia się wątpliwościami; być może, jeśli nie uda się nam ich wydobyć, dalsza wspólna praca nie będzie przebiegała w atmosferze współpracy i zaangażowania.

Klient: Wszystko dzieje się u mnie automatycznie.

- „Boi się pan, że nie ma pan wpływu na swoje zachowanie” – odzwierciedlenie emocji, które może uwypuklić uczucia kryjące się za wypowiedzią klienta.
- „Obserwuje pan siebie i zauważa, jak szybko się to dzieje” – dowartościowanie zachęcające klienta do pogłębienia wypowiedzi.
- „Zastanawia się pan, jak można mieć na to większy wpływ” – przeformułowanie ukierunkowujące na

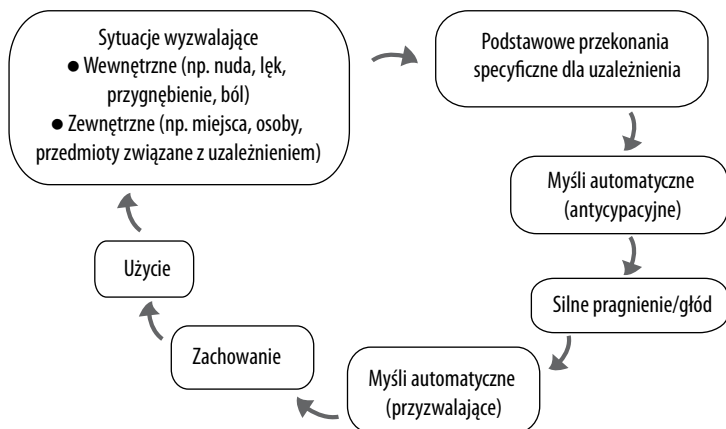
pogłębienie sojuszu terapeutycznego i zachęcające do poszerzenia jego perspektywy.

- „Zupełnie nie ma pan na to wpływu” – odzwierciedlenie mające na celu zachęcenie klienta do refleksji nad własną sprawczością.

Poznawczy model uzależnienia

W terapii poznawczo-behawioralnej dla wielu zaburzeń psychicznych opracowano specyficzne modele poznawcze, które w sposób uogólniony wyjaśniają procesy podtrzymujące dany problem. W obszarze uzależnień jednym z najbardziej znanych modeli poznawczych jest model zaproponowany przez Aarona Becka (Beck i in., 2007). Zgodnie z tym modelem głównym czynnikiem podtrzymującym problem uzależnienia są dysfunkcyjne, nieadaptacyjne treści poznawcze osoby uzależnionej (myśli, przekonania, schematy). A zatem to nie wydarzenia same w sobie wpływają na emocje, zachowania i reakcje fizyczne, ale ich znaczenie dla danej osoby.

Rycina 1. Poznawczy model uzależnień



Źródło: Beck i in., 2007, s.

To samo zdarzenie może mieć różne konsekwencje w zależności od tego, jak dana osoba je interpretuje. Zgodnie z przedstawionym modelem różne sytuacje zewnętrzne (takie jak miejsca, osoby, przedmioty) i/lub wewnętrzne (nuda, lęk, przygnębienie, ból) mogą powodować aktywizację podstawowych przekonań, w tym przekonań specyficznych dla uzależnienia. Te z kolei są bardzo bliskie uaktywnienia myśli antycypacyjnych, w naturalny sposób prowadzących do pojawienia się silnego pragnienia/głodu. A to już bardzo bliska droga do pojawienia się myśli przyzwalających na określone zachowanie nałogowe, skąd już tylko krok do tego zachowania. Im więcej zdarzy się takich zachowań, tym większe będzie prawdopodobieństwo, że pewne sytuacje staną się wyzwaczami dla kolejnego cyklu wydarzeń.

Poznawczy model uzależnień wskazuje, że aby zrozumieć reakcję danej osoby, trzeba poznać jej indywidualny sposób postrzegania świata i rozpoznać czynniki spustowe, czyli te czynniki, które uruchamiają mechanizm błędnego koła. Model poznawczy pokazuje, że możemy zmniejszać cierpienie emocjonalne osoby i problem uzależnienia, z jakim się boryka, pomagając jej m.in. w zmianie perspektywy poznawczej, to znaczy myślenia o sobie i o danej sytuacji.

Treści poznawcze – poziom myśli automatycznych

Terapia poznawczo-behawioralna rozpoczyna się od identyfikowania, modyfikowania i weryfikowania negatywnych automatycznych myśli klienta. **Negatywne automatyczne myśli (NAM)**, nazywane czasem dysfunkcyjnymi lub dezadaptacyjnymi, pochodzą z ukrytych, często irracjonalnych przekonań. Wydają się zgodne z prawdą i logiczne, ale w rzeczywistości hamują realistyczne myślenie o sytuacji.

Koncentrowanie się na nich ma negatywny wpływ na nastrój i funkcjonowanie behawioralne.

NAM pojawiają się w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i są związane z określoną sytuacją. Ponieważ powtarzają się u danej osoby w różnych sytuacjach, stają się nawykowe. Z drugiej strony, ponieważ są automatyczne i mimowolne (czyli nie są intencjonalne), mogą łatwo umykać uwadze. Ponadto – inaczej niż w przypadku emocji, które raz poruszone, najczęściej trwają w nas jakiś czas – myśli automatyczne są ulotne, a więc trudno uchwytnie. Ponieważ są ściśle powiązane z uczuciami, mogą wywołać silną reakcję emocjonalną. Taka myśl – na przykład „i znów mi się nie uda” – może błyskawicznie przemknąć przez świadomość, ale w efekcie może pojawić się nastrój przygnębienia, który będzie nam towarzyszył przez dłuższy czas.

Myśli automatyczne są wspólne dla osób z podobnym problemem. Osoby z problemem uzależnień bardzo często doświadczają takich myśli, jak „bez grania/bez alkoholu nie przetrwam”, „tylko granie/tylko alkohol może mi pomóc się zrelaksować”. Z kolei osoby cierpiące na zaburzenia lękowe charakteryzują się często katastroficznym sposobem myślenia: „coś strasznego się wydarzy”, „stanie się coś złego” itp. W przypadku klienta, którego głównym problemem jest złość, mogą to być myśli typu: „jestem atakowany”, „świat jest niesprawiedliwy”. Takie myśli, choć często zniekształcają rzeczywistość, wydają się wiarygodne, ponieważ są silnie związane z **głębszymi treściami poznawczymi**.

Treści poznawcze – poziom przekonań

Na najgłębszym poziomie treści poznawcze wyrażają **podstawowe przekonania**. Pojawiają się w postaci kategoriycznych stwierdzeń na temat siebie, świata i przyszłości. Przyjmują charakter poglądów absolutnych: „Ja jestem...”, „Inni

są...”, „Świat/życie jest...”. Na ogół są wyuczone bardzo wcześnie w życiu, ale na przestrzeni lat mogą się jeszcze dodatkowo rozwijać i wzmacniać. U osób uzależnionych mogą być wyrażane poprzez takie wypowiedzi, jak: „Jestem do niczego/niekochany/głupi...”, „Inni mnie nie szanują...”, „Ludzie potrafią krzywdzić...”, „Świat jest zagrażający, pełen złych ludzi...”.

Poziom pośredni, pomiędzy podstawowymi przekonaniami a NAM, stanowią **przekonania pośredniczące**. Odnoszą się do tego, co się wydarzy, jeśli nie postąpi się w określony sposób. Jest to rodzaj negatywnych przepowiedni. Nie są tak oczywiste jak NAM, mogą być niewypowiedziane. Często należy o nich wnioskować na podstawie działań. Mogą mieć postać stwierdzeń warunkowych: jeśli, to. „Jeśli ktoś mnie skrytykuje, to znaczy, że jestem do niczego”, „Jeśli pozwolę komuś nawiązać ze mną bliższą relację, to skrzywdzi mnie i wykorzysta”, „Jeśli będę pomagał innym, to mnie nie odrzucą”, „Jeśli nie będę dobrze wykonywał swoich obowiązków, to będzie znaczyło, że jestem beznadziejny”.

Przekonania pośredniczące niekiedy występują też w formie powinności i nakazów, które silnie motywują osobę do działania w określony sposób. Są to stwierdzenia typu: powinienem, muszę – „Nigdy nie mogę nikomu pozwolić odkryć prawdy o sobie”, „Powinnam być zawsze idealna”. Wiążą się z pewnością pojawienia się konsekwencji złamania nakazu „w przeciwnym razie...” (jeśli tego nie zrobisz, to co?), na przykład: „W przeciwnym razie zobaczą, jaki jestem zły i odrzucą mnie”. A zatem są to zasady, które nadają sens naszym doświadczeniom i wpływają na procesy percepcji. Często jednak mają charakter dysfunkcyjny – nie zawsze pasują do warunków, w jakich się znajdujemy, i mogą prowadzić do zaburzeń emocjonalnych.

Treści poznawcze charakterystyczne dla problemu uzależnień

Osoby z problemem uzależnień mają również dodatkowy zestaw myśli specyficznych dla uzależnień. Są to: **myśli antycypacyjne** oraz **myśli przyzwalające**. Przykładem myśli antycypacyjnych będą wypowiedzi wyrażające określone oczekiwania (np. oczekiwanie spadku napięcia). Najczęściej okazuje się, że osoba mocno wierzy, że pewne nałogowe zachowania wywołują określone, dla niej pozytywne, konsekwencje. Są to wypowiedzi typu: „Tylko granie poprawi moje funkcjonowanie, dzięki graniu mam więcej energii i mogę więcej dokonać”, „Granie jest niezbędne do utrzymania równowagi psychicznej lub emocjonalnej”, „Przyjemność i odprężenie można najłatwiej osiągnąć dzięki graniu”, „Granie złagodzi nudę, lęk, napięcie, depresję”, „Głód, jeśli mu się nie ulegnie, będzie trwać bez końca i narastać”.

Myśli przyzwalające z kolei wyrażają wiarę klienta w prawo do podjęcia określonych zachowań nałogowych. Jest to nie tylko rodzaj zachęty do podjęcia takich zachowań, ale też wyjaśnienia samemu sobie powodów tych zachowań, wręcz ich usprawiedliwienie. Przykładem myśli przyzwalających są wypowiedzi: „Miałem ciężki dzień, więc należy mi się...” (jakże to uniwersalny i powszechny sposób myślenia!), „Kiedy się źle czuję, to mogę zagrać”, „Mam prawo się zrelaksować”, „Jeśli już zaczęłam grać, to mogę to robić dalej”, „Kolejna krótka gra na pewno w niczym mi nie zaszkodzi”, „Oprócz grania nic mi ciekawego nie pozostało”. Pamiętajmy, że mówimy tu o pewnych automatycznych reakcjach na poziomie myśli, które pojawiły się nie na skutek złej woli klienta, ale – najczęściej – pewnego splotu różnych wcześniejszych okoliczności życiowych.

Związek myśli z emocjami, objawami z ciała i zachowaniem

Jak już wcześniej powiedzieliśmy, ważnym aspektem pracy terapeutycznej jest uczenie się przez klienta rozpoznawania związku między sytuacją, myślami, emocjami a zachowaniem problemowym. Jest to szczególnie pomocne na początku terapii. Przedstawiamy tu, korzystając z modelu Becka, przykład osoby z problemem uzależnienia, ilustrujący specyficzne rozumienie tych powiązań. Powołamy się na znany już nam przypadek Adama, który znalazł się w sytuacji wyzwalającej chęć grania na komputerze (może to być jakikolwiek inny rodzaj uzależnienia).

W przypadku Adama sytuacja zewnętrzna dotyczyła krytyki ze strony ojca na temat jego wyglądu i związanych z tym uczuć wstydu, gniewu, lęku i przygnębienia. To stworzyło podłoże do uaktywnienia się u klienta dysfunkcyjnych przekonań o sobie, myśli, że z niczym sobie nie radzi i że w ogóle jest beznadziejny. Wchodząc do swojego pokoju, Adam zaczął myśleć, że nie jest w stanie poradzić sobie z emocjami bez zaangażowania się w granie (*aktywizacja przekonań specyficznych dla uzależnienia*) i że tylko granie może przynieść mu ulgę (*myśli antycypacyjne*). W sposób typowy dla osób z problemem uzależnienia takie myślenie wywołało poczucie silnego pragnienia, co z kolei sprzyjało myślom przyzwalającym: „Po tym, co on mi znowu nagał, należy mi się chwila relaksu”. Adam siada więc przed komputerem i gra do późnych godzin nocnych. Oznacza to, że następnym razem kiedy ojciec pozwoli sobie na krytykę pod jego adresem, Adam będzie już tylko o krok od powtórzenia tego cyklu. Im więcej zdarzy mu się takich zachowań, tym większe będzie prawdopodobieństwo, że utrwali w sobie ten sposób myślenia i postępowania.

Restrukturyzacja poznawcza

W ramach pracy poznawczej, ukierunkowanej specyficznie na procesy myślowe, zakłada się, że aby poradzić sobie z uzależnieniem, należy zidentyfikować, zweryfikować, a następnie zmodyfikować dezadaptacyjne treści poznawcze. Jest to wieloetapowa praca, służąca nadawaniu nowego znaczenia obecnym lub przeszłym doświadczeniom klienta i rozwijaniu jego umiejętności monitorowania własnych myśli. Chodzi też o naukę rozpoznawania i modyfikowania nawykowych sposobów przetwarzania informacji (zniekształcenia poznawcze itp.) oraz zmianę dysfunkcyjnych treści poznawczych (schematów). Ścieżka postępowania obejmuje następujące kroki:

1. Rozpoznanie negatywnych emocji.
2. Rozpoznanie sytuacji wyzwalającej (wewnętrznej lub zewnętrznej).
3. Rozpoznanie NAM towarzyszących emocjom.
4. Znalezienie bardziej adekwatnych/pomocnych alternatyw.
5. Testowanie w działaniu (eksperymenty behawioralne).
6. Wzmocnienie zmiany w myśleniu przez omówienie skutków działania.

Stosowane są tu różnorodne techniki pracy, starannie dobierane do konkretnej sytuacji klinicznej, m.in.: analiza myśli, w tym myśli przyzwalających, dialog sokratejski, praca ze zniekształceniami poznawczymi, bilans zysków i strat, szukanie dowodów za i przeciw określonej myśli oraz identyfikowanie myśli alternatywnych lub równoważących. Omawiając techniki poznawcze, weźmiemy też pod uwagę elementy dialogu motywującego, które można wykorzystać w pracy terapeutycznej.

Analiza myśli

Pracę terapeutyczną w obszarze terapii poznawczo-behavioralnej warto rozpocząć od psychoedukacji na temat procesów poznawczych i analizy myśli. Chodzi o to, by klient zrozumiał, że myśli i przekonania mogą w istotny sposób wpływać na emocje, reakcje fizjologiczne i – ostatecznie – zachowania nałogowe. To, że klient jest przekonany, że nie wytrzyma bez kolejnej gry na komputerze/puszki piwa/zakupu kolejnego artykułu, niekoniecznie jest prawdą, jakkolwiek siła takiego myślenia może być bardzo przekonująca, zwłaszcza że często ma podłoże w głębokich przekonaniach.

Najpierw pracujemy z bieżącymi problemami i NAM, dzięki czemu krok po kroku budujemy nadzieję na zmianę i motywujemy klienta do współpracy w terapii. Daje to nam czas na budowanie relacji terapeutycznej i komunikowanie zasad TPB (m.in. takich: opinie to nie fakty, zmiana jest możliwa, trudności w terapii można rozwiązać). Ponadto NAM stanowią wartościowe źródło informacji na temat głębszych treści poznawczych i ich dalszej weryfikacji. Głębsze treści poznawcze w postaci przekonań podstawowych i pośredniczących zazwyczaj są przedmiotem pracy w późniejszych etapach pracy terapeutycznej. Podstawowym zadaniem jest więc rozpoznanie NAM, czyli zwrócenie uwagi na to, co przychodzi klientowi do głowy w sytuacjach wyzwalających, czyli wtedy, kiedy odczuwa silną emocję lub gwałtownie na coś reaguje.

Identyfikowanie NAM

Pomocne pytania do wykorzystania w pracy z klientem na przykładzie przypadku Adama. Zwróćmy uwagę na znaczenie motywujących wioseł.

Terapeuta: Jak to było ostatnim razem, kiedy odczuwałeś silną emocję? Co to była za sytuacja?

Klient: To było wczoraj, kiedy znów pokłóciłem się z ojcem.

Terapeuta: Pokłóciłeś się z ojcem (*odzwierciedlenie*). Czy możesz powiedzieć coś więcej co to była za sytuacja?

Klient: Wszedłem do mieszkania, a on zaczął truć, że nie można na mnie liczyć, bo przecież miałem być wcześniej i zrobić zakupy. I że on jest głodny, a w dodatku się martwił, że coś mi się stało.

Terapeuta: Musiałeś być zaskoczony jego reakcją (*odzwierciedlenie*).

Klient: No tak, przecież mu mówiłem, że wrócę później.

Terapeuta: Jeśli to możliwe, spróbuj się zastanowić, jak rozumiałeś tę sytuację? Jaka myśl przyszła ci wtedy do głowy?

Klient: No pomyślałem, że on nigdy nie jest ze mnie zadowolony.

Terapeuta: Pomyślałeś, że on nigdy nie jest z ciebie zadowolony (*odzwierciedlenie*). Kiedy tak pomyślałeś, to jak się poczułeś?

Klient: Było mi po prostu przykro i smutno, ale nie chciałem tego po sobie pokazać.

Terapeuta: Poczuleś, że jest ci przykro i smutno, ale nie chciałeś mu tego pokazać (*odzwierciedlenie*). Jak się wtedy zachowałeś?

Klient: Po prostu odwróciłem głowę, szybko zdjąłem buty i poszedłem do swojego pokoju.

Terapeuta: Kiedy się tak poczułeś, to znaczy, kiedy było ci przykro i smutno, pojawiła się kolejna myśl: nie chce tego po sobie pokazać, odwróciłeś głowę, zdjąłeś buty i poszedłeś do swojego pokoju (*odzwierciedlenie*).

Klient: Tak było.

Terapeuta: Dodatkowo zauważasz, że myśli, które opisałeś, emocje i twoje zachowanie miały na siebie wzajemny wpływ w sytuacji, o której rozmawiamy (*dowartościowanie*).

Klient: Na pewno coś w tym jest.

W trakcie identyfikacji NAM staramy się skupiać uwagę klienta wokół podstawowych czynników spustowych. Na początku tej pracy niektórzy klienci mogą mieć z tym problem, wtedy szczególnie warto skorzystać z możliwości, jakie nam daje dialog motywujący, i zastosować odzwierciedlenia i dowartościowania, aby podkreślać wysiłki klienta wkładane w pracę oraz jego postępy.

Praca z myślami specyficznymi dla uzależnienia

W początkowym etapie terapii osób uzależnionych bardzo ważne jest identyfikowanie myśli specyficznych dla uzależnienia i myśli związanych z odczuwaniem silnego pragnienia/głodu. Oto lista popularnych pytań, jakie można wtedy wykorzystać:

- Co pan myśli o... (np. substancji/hazardzie)?
- Jak pan to rozumie, że niektórzy ludzie są uzależnieni, a inni nie?
- Co to dla pana oznacza, że... (np. używa pan narkotyków/gra)?
- Jak... (narkotyki/hazard) wpływają na pana?
- Jak postrzega pan życie bez... (narkotyków/hazardu)?
- Do czego potrzebuje pan... (narkotyków/hazardu)?
- Jak by pan sobie radził bez... (narkotyków/hazardu)?
- Co w pana przypadku oznaczałoby wyjście z uzależnienia?

W odniesieniu do myśli przyzwalających, charakterystycznych dla osób z problemem uzależnienia identyfikowanie sytuacji wyzwających może obejmować następujące

kroki (ta praca może być przedstawiona również w formie tabeli, gdzie poszczególne kroki stanowią odrębne kolumny zapisu informacji):

Krok 1

Klient rozpoznaje sytuację wyzwalającą, tj. ostatni epizod nałogowego grania/użycia substancji.

Pytania pomocnicze:

- Co się stało?
- Gdzie byłeś?
- Co robiłeś?
- O czym myślałeś?

(w pracy z tabelą odpowiednia kolumna zatytułowana jest: **Sytuacja wyzwalająca**).

Krok 2

W kolumnie **Uczucia i objawy** klient stara się zapisać uczucia i objawy fizjologiczne, które mu towarzyszyły, zanim nastąpiła eskalacja grania/użycia substancji.

Pytanie pomocnicze:

- Jakie uczucia i objawy fizjologiczne zauważyłeś?

Krok 3

W kolumnie **Myśli** klient zapisuje wszystkie myśli, jakie miał, zanim stracił kontrolę nad graniem/użyciem substancji, w tym myśli przyzwalające, zwiększające prawdopodobieństwo dalszej gry/użycia substancji:

Pytanie pomocnicze:

- Co mówiłeś do siebie? Jakie myśli sprawiały, że łatwiej było ci grać/użyć substancji?

Zniekształcenia poznawcze

NAM często zawierają w sobie pewne zniekształcone schematyczne myślenie (patrz lista typowych zniekształceń poznawczych poniżej). Takie zniekształcone myśli przedstawiają nierealistyczne spojrzenie na rzeczywistość lub obejmują nielogiczne rozumowanie i często nasilają się w sytuacjach stresowych (Bennett-Levy, 2005; Burns, 1980). Są to błędy percepcji i wnioskowania, prowadzące do potwierdzenia dysfunkcyjnego, schematycznego myślenia poprzez: wychwytywanie informacji zgodnych ze schematem i pomijanie informacji niezgodnych ze schematem oraz uzupełnianie brakujących informacji zgodnie ze schematem.

Pierwszym krokiem do zmiany zniekształceń jest ich zauważenie wtedy, kiedy pojawiają się w sytuacjach codziennych, zwłaszcza wyzwalających nałogowe zachowania. W dalszej pracy można przejść do etapu podważania, tak by klient nauczył się podchodzić do nich z dystansem i szukał bardziej realistycznych alternatyw.

- **Myślenie dychotomiczne** – typowe dla osób uzależnionych myślenie typu „teraz albo nigdy”, „wszystko albo nic” – osoba widzi sytuację w skrajnych wymiarach: albo jako całkiem białe, albo całkiem czarne, lecz nigdy szare. Przykładem są wypowiedzi: „Wpadka oznacza, że nie mam żadnej kontroli”, „Terapia jest bezskuteczna, bo nie zawsze udaje mi się powstrzymać od grania”, „Wpadka to katastrofa”.

Modyfikowanie tego zniekształcenia oparte jest na pytaniach typu: „Czy na świecie istnieją tylko rzeczy, osoby, sytuacje wyłącznie czarne lub białe, a co z odcieniami szarości?”

- **Arbitralne reguły** – powstają w powiązaniu z myśleniem typu „wszystko albo nic”, kiedy osoba zakłada, że do realizacji pragnień mogą doprowadzić jedynie

określone, sztywne zasady, prawa, żądania. Reguły te odnoszą się do innych ludzi: „Inni nie mają prawa mi tego zabraniać” lub są stosowane w postaci autonakazów jako głównego czynnika motywującego. Często oznaczają stawianie sobie nieosiągalnych wymagań, na przykład: „Powinienem zawsze dawać sobie radę, w każdej sytuacji”. Wywołują negatywne reakcje emocjonalne i behawioralne: „On nie powinien traktować mnie w taki sposób”.

Pytania pomocne w modyfikowaniu: „Czy stawiasz sobie nieosiągalne wymagania?”, „Co byłoby bardziej realistyczne i osiągalne?”.

■ **Nadmierne uogólnianie** – wyciąganie pochopnych wniosków z pojedynczego lub odosobnionego doświadczenia, które daleko przekraczają bezpośrednie dowody. Osoba używa określeń typu: wszystko, zawsze, nigdy, całkowicie, zupełnie: „Nigdy nic mi się nie udaje”, „Nigdy nie osiągam tego, co chcę”, „Wszystko jest przeciwko mnie”.

W terapii zachęcamy klienta do stosowania mniej zniekształconych stwierdzeń: czasami, zazwyczaj, często, częściowo, zwykle, przeważnie, nieco, okazjonalnie, stawiając pytania: „Czy przez cały dzień czułeś się dokładnie tak samo?”, „Czy jedno negatywne wydarzenie oznacza, że potem zawsze cały dzień jest zmarnowany?”.

■ **Etykietowanie** – wypowiedzi pejoratywne i często naładowane emocjami: „Trzeba być idiotą, żeby robić tak podstawowe błędy”. To wywołuje nieprzyjemne uczucia: gniew na daną osobę lub na samego siebie.

Warto pytać klienta: „Co masz na myśli, wypowiadając te etykiety?”, „Czy na pewno chcesz tak o sobie myśleć?”.

■ **Rozumowanie emocjonalne** – osoba dochodzi do wniosków na temat siebie, świata lub przyszłości na

podstawie emocjonalnego przeżycia: „Czuję się beznadziejnie i dlatego jestem beznadziejny”, „Skoro odczuwam niepokój, to z pewnością sprawy nie pójdą dobrze”. Podstawą wnioskania mogą być uczucia innej osoby: „Ponieważ on jest na mnie zły, to na pewno musiałem zrobić coś złego”.

Klientom należy przypominać, że uczucia nie są faktami. Kiedy osoba ma obniżony nastrój, ma też skłonność do zapominania o pozytywach.

■ **Katastrofizowanie** – osoba spodziewa się najgorszych skutków, dostrzega głównie piętrzące się przeszkody i trudności. Warto wtedy pytać klienta, czy myślenie o tym, że najgorszy możliwy scenariusz na pewno się sprawdzi, jest dla niego pomocne, czy niepomocne? Co jest najbardziej prawdopodobne?

■ **Personalizacja** – branie odpowiedzialności za sytuację, wydarzenia, na które nie mamy wpływu. Osoba interpretuje sytuację lub wydarzenie jako mówiące coś o niej samej, zwykle coś negatywnego, często w formie obwiniania: „To, że wykonuję tę rutynową pracę, dowodzi, że jestem tępy, niezdolny do pracy na lepszym stanowisku” lub „On bierze narkotyki, bo ja jestem złą matką”. Można wraz z klientem poszukać innych czynników wpływających na sytuację, a tym samym uwalniających go od poczucia winy.

W pracy ze zniekształceniami poznawczymi pamiętajmy też o wspieraniu klienta i reagowaniu w duchu dialogu motywującego. Odkrywanie zniekształceń poznawczych we własnym myśleniu wymaga wysiłku, co warto dowartościowywać. Chodzi o to, aby klient uczył się na bieżąco korygować zniekształcenia tkwiące w NAM, a terapeuta stawiał właściwe pytania, umożliwiające klientowi dostrzeżenie logicznych błędów w myśleniu, a potem odzwierciedlał

i podsumowywał obserwacje klienta rozszerzające jego perspektywę.

Dialog sokratejski

Celem dialogu sokratejskiego jest pomoc klientowi w uczeniu się autonomicznego i racjonalnego myślenia przez zachęcenie go do oceny i syntezy różnych informacji. Główne metody pracy w dialogu sokratejskim połączonym z dialogiem motywującym to pytania, empatyczne odzwierciedlanie, podsumowywanie czy prośba o syntezę i sformułowanie przez klienta nowych wniosków. W pracy z myślami stosuje się **ukierunkowane odkrywanie**, zbliżone do dialogu motywującego. Zadając odpowiednie pytania, terapeuta ukierunkowuje klienta w odkrywaniu istotnych informacji. Kluczowe jest tu założenie, że klient posiada już te informacje, ale z różnych powodów nie ma do nich łatwego dostępu. Zadaniem terapeuty jest takie ukierunkowanie klienta, aby mógł dostrzec daną sytuację w szerszej perspektywie niż ta, którą wyznaczają mu automatyczne myśli.

- Pierwszym etapem dialogu sokratejskiego jest zbieranie informacji, co pozwala odkryć, jak klient rozumie swój problem. Nie chodzi o to, by terapeuta zakładał, że to on wie najlepiej, co jest problemem klienta, lecz żeby pomóc klientowi określić jego własną perspektywę.

Pomocne pytania:

- Co zauważyłeś najpierw?
- Co poczułeś?
- Co ci przebiegło przez głowę?
- Jak to rozumiesz?
- Co by się mogło stać najgorszego, gdyby się wydarzyło...?
- Co by to dla ciebie oznaczało?

- Kolejnym krokiem jest wsparcie klienta w poszukiwaniu nowych perspektyw, a więc spojrzenia na swoją sytuację z innej strony, niż podpowiadają mu to automatyczne schematy myślowe.

Pomocne pytania

- Czy oczekiwałbyś tego samego od kogoś innego? (zmiana perspektywy przestrzennej)
- Jak popatrzyliby na tę sytuację twój przyjaciel? (zmiana perspektywy osobowej)
- Jakie to będzie miało dla ciebie znaczenie za dziesięć lat? (zmiana perspektywy czasowej)
- Czy tak samo myślałeś o tych sprawach przed depresją? (zmiana perspektywy czasowej)
- Zanim przejdziemy do podjęcia próby zmiany, zachęcamy klienta do poszukania rozwiązań:
 - Co poradziłbyś komuś innemu, gdyby się znalazł w podobnej sytuacji?
 - Co mógłbyś zrobić następnym razem?
 - Jak moglibyśmy to sprawdzić?
- Końcowym etapem takiej szczegółowej analizy przeprowadzonej za pomocą dialogu sokratejskiego jest zebranie, synteza istotnych informacji.
 - Twierdzisz, że... i.... Jak to się ma do twojej opinii, że...?
 - Twierdzisz, że ..., ale nie zauważyłeś, że.... O czym to może świadczyć?
 - Z jednej strony mówisz, że..., a z drugiej.... Jak mógłbyś to podsumować, biorąc pod uwagę wszystkie informacje?

Wysiłek włożony w odkrywanie nowych perspektyw warto odzwierciedlać, zauważając nowe treści i emocje, jakie pojawiają się po wydobyciu nowej perspektywy poznawczej.

Analiza dowodów za i przeciw

Jest to kontynuacja pracy z myślami, z rozszerzeniem i pogłębieniem tworzenia bardziej trafnego spojrzenia na sytuację. Tę pracę często wykonuje się z pomocą porządkującej tabeli, zaproponowanej przez Greenberger i Padesky, obejmującej następujące aspekty (Greenberger, Padesky, 2017):

Sytuacja	Nastroje i emocje	Negatywne automatyczne myśli (NAM)
<ul style="list-style-type: none">● Kiedy to się stało?● Z kim byłeś/łaś?● Gdzie byłeś/łaś?● Co robiłeś/łaś?	Opis każdego nastroju jednym lub dwoma słowami i ocena jego nasilenia w skali 0–100.	<ul style="list-style-type: none">● Co przyszło mi do głowy, zanim zacząłem się tak czuć?● Jeśli to prawda, to co to mówi o mnie?● Co to mówi o mnie, o moim życiu, mojej przyszłości?● Jakich obawiam się konsekwencji?● Jeśli to prawda, to co może się zdarzyć najgorszego?● Co to mówi o tym, co myślą/czują wobec mnie inni?● Co to mówi o tej osobie/osobach lub o ludziach w ogóle?● Jakie wspomnienia czy obrazy przychodzą mi na myśl w tej sytuacji?

Dowody potwierdzające i podważające słuszność gorącej myśli

Klient jest zachęcany do rozpoznania **gorącej myśli**, to znaczy takiej, która wzbudza w nim najsilniejsze emocje. Chodzi też o zebranie faktycznych dowodów potwierdzających słuszność tej myśli (ważne, aby opierać się na faktach

i unikać domysłów oraz interpretacji faktów). Jednocześnie chodzi też o to, aby odnaleźć dowody podważające słuszność gorącej myśli.

Myśli alternatywne lub równoważące

Po analizie dowodów potwierdzających gorącą myśl oraz podważających jej słuszność klient jest zachęcany do sformułowania alternatywnych lub bardziej równoważących myśli. Na tym etapie terapii pomocne jest też dokonanie ponownej oceny, jak bardzo klient w każdą z nich wierzy w skali 0–100.

Ponowna ocena nasilenia emocji i nastrojów

Proces analizowania dowodów za i przeciw kończy ponowna ocena intensywności emocji w skali 0–100. Warto też oszacować poziom nasilenia nowych emocji, które mogły się pojawić w wyniku analizy dowodów. Podczas szukania dowodów za i przeciw można skorzystać z pytań pomocniczych, które w znanym podręczniku TPB, *Umysł ponad nastrójem. Zmień nastrój poprzez zmianę myślenia*, zaproponowali Greenberger i Padesky (2017):

- Jakie fakty potwierdzają gorącą myśl?
- Jakie fakty przeczą gorącej myśli?
- Jakie zniekształcenia zawiera gorąca myśl?
- Czy przypominam sobie jakiegokolwiek doświadczenia, które sugerują, że ta myśl nie zawsze w stu procentach się sprawdza?
- Gdyby przyjaciela lub bliską mi osobę dręczyła taka myśl, co bym jemu/jej powiedział/a?
- Gdyby przyjaciel lub bliska mi osoba wiedzieli, że tak myślę, co by mi powiedzieli? Co ich zdaniem mogłoby sugerować, że nie jest to absolutna prawda?

- Gdy tak się nie czuję, czy o tego rodzaju sytuacjach myślałem inaczej? Jak?
- Kiedy czułem/łam się tak w przyszłości, to jakie myśli poprawiały mi samopoczucie?
- Czy byłem/łam już w takiej sytuacji? Co się wtedy stało? Czy ta sytuacja różni się od poprzednich? Czym? Czy poprzednie doświadczenia nauczyły mnie czegoś, co teraz mogłoby mi pomóc? Czego?
- Czy jakieś drobiazgi, których nie odrzucę jako mało istotnych, zaprzeczają słuszności moich myśli?
- Czy za pięć lat, gdybym sobie przypomniał/a tę sytuację, to spojrzę na nią inaczej? Czy skoncentruję się na innym elemencie tego przeżycia?
- Czy pomijam jakieś pozytywne punkty we mnie albo w tej sytuacji?
- Może zbyt pochopnie wyciągam wnioski, wypełniając kolumny tabeli? Może te wnioski nie znajdują potwierdzenia w dowodach?
- Czy obwiniam się za coś, na co nie miałem/łam żadnego wpływu?

Stosując tak rozbudowaną analizę myśli klienta, zwłaszcza gdy po każdym z pytań zastosuje się motywujące wiosła (przede wszystkim odzwierciedlenia), terapeuta ukierunkowuje go, by spojrzął na swoje reakcje z innej strony, w szczególności zachęcając go do popatrzenia na daną sytuację z szerszej perspektywy.

Myśl alternatywna jest podsumowaniem istotnych zebranych i zanotowanych dowodów za i przeciw konkretnej myśli automatycznej. Jeśli dowody podważają słuszność automatycznych myśli, formułujemy odpowiadający im alternatywny ogląd sytuacji. Jeśli dowody tylko częściowo potwierdzają słuszność automatycznych myśli, formułujemy

myśl bardziej równoważącą, która uwzględni zarówno argumenty za, jak i przeciw słuszności tych myśli. Oceniamy wiarę w alternatywne lub równoważące myśli w skali 0–100. Efektem tych działań staje się większa samoakceptacja i obniżenie intensywności uczuć. To pomaga w osiągnięciu bardziej realistycznej, zrównoważonej oceny różnych życiowych sytuacji.

Rozwijanie przekonań dotyczących kontroli uzależnienia

W tej pracy warto posłużyć się pytaniami, które w odniesieniu do pracy z klientem uzależnionym zaproponował Aaron Beck (2007):

- Co byś w tamtej sytuacji zrobił, gdyby granie było niedostępne?
- Co innego mógłbyś zrobić w tamtej sytuacji, żeby poczuć się lepiej?
- Co innego sprawiało ci kiedyś przyjemność?
- Co czułeś w przeszłości, gdy to robiłeś?
- Czego wymagałaby od ciebie próba zrobienia tego znowu?
- W czym byłoby to lepsze od grania?
- Wygląda na to, że życie bez grania też może być przyjemne. Na ile wierzysz w to nowe przekonanie?
- Jak takie przekonanie mogłoby ci pomóc?

Wszystkie te pytania są pytaniami otwierającymi klienta na spojrzenie na swoją sytuację z innej perspektywy, co zachęca do nowego sposobu myślenia i działania.

Identyfikowanie przekonań

Kolejnym ważnym etapem jest identyfikowanie przekonań. Wiele informacji na temat przekonań klienta można

wydobyć z jego wypowiedzi, na przykład takich: „Koledzy mnie wyśmiewali, że mój ojciec to alkoholik”, „Nigdy nie mogłam nikogo zaprosić do domu, bo nie wiadomo było, czy ojciec nie robi awantury”, „Wstydziłam się, gdy ojciec wracał do domu pijany, zataczając się”. Podstawowym sposobem zbierania informacji na temat przekonań są bezpośrednie pytania o przekonania oraz specyficzne techniki, takie jak technika strzałki w dół, czyli rozpoznawanie kluczowych przekonań o sobie/o innych/o świecie:

Sytuacja (która wywołała silne emocje)

.....
.....

Co to o panu mówi?/Co to mówi o innych ludziach?/Co to mówi o świecie (o pana życiu)?

.....
.....



Jeśli to prawda, co to o mnie mówi?/ Co to mówi o innych ludziach?/o świecie (o pana życiu)?

.....
.....

Ważne jest, aby pytać tak długo, aż dojdzie się do stwierdzenia, które nie tylko będzie się odnosiło do jednego, określonego problemu, ale do wielu innych sytuacji, w których ta zasada miałaby zastosowanie. Pytania stosowane w technice strzałki w dół mogą mieć bardzo indywidualny zakres i kierunek:

- Zakładając, że to prawda, co by to dla pana znaczyło?
- Co to by mówiło o panu?
- Gdyby to była prawda, co byłoby w tym złego?
- Co by się wtedy mogło wydarzyć?

- Jeśli to by się stało, co byłoby w tym złego?
- Co najgorszego mogłoby się zdarzyć? A potem?
- Gdyby to się zdarzyło, to co by było najgorsze?
- Z jakiego powodu uznałby pan, że jest to dla pana trudne?
- Jakie byłyby tego skutki?
- Co to mówi o pana wymaganiach wobec siebie, wobec innych, wobec świata?
- Kim musi pan być, co musi pan robić, aby czuć się szczęśliwym, odnosić sukcesy w życiu, być lubianym, kochanym przez innych ludzi.

Technika strzałki w dół może wywoływać bardzo silne reakcje i nieprzyjemne emocje klienta, wynikające z poważnych, często bardzo bolesnych odkryć dotyczących jego własnego życia. Trzeba ją więc stosować z ostrożnością i wyczuciem, zwłaszcza na początku kontaktu. Po zapytaniu klienta o zgodę warto ją jednak wykorzystać, gdyż zwykle dostarcza nam kluczowych informacji o poznawczym funkcjonowaniu klienta, zwłaszcza wówczas, gdy jeszcze bardziej pogłębimy jej efektywność poprzez zastosowanie odzwierciedleń i dowartościowując wysiłki klienta.

Reasumując, jednym z efektów końcowych terapii uzależnień prowadzonej w podejściu integrującym TPB i DM jest to, że dzięki wspólnej pracy klient zaczyna lepiej rozumieć, jak jego reakcje zmieniają się w czasie i od czego w jego wypadku zależy skuteczne radzenie sobie z trudnymi sytuacjami związanymi z uzależnieniem. Umiejętności nabyte w pracy z myślami mają pomagać klientowi uspokoić emocje, umysł i ciało i mają być możliwe do zastosowania w codziennym życiu. Pomimo konieczności radzenia sobie z różnymi trudnymi wyzwaniami i zagrożeniami mają pomagać klientowi wzmacniać w nim spokój i wewnętrzną siłę oraz poczucie autonomii i własnej skuteczności.

Techniki behawioralne i wyobrażeniowe. Praca terapeutyczna integrująca dialog motywujący

3

Terapia poznawczo-behawioralna dzięki swojemu empirycznemu podejściu zachęca nas jako terapeutów do ciągłego weryfikowania hipotez klinicznych stawianych w pracy z klientem. W przypadku uzależnień behawioralnych stosowanie technik behawioralnych i wyobrażeniowych w pracy terapeutycznej jest bardzo pomocne nie tylko, jeśli chodzi o wypracowanie nowych, adaptacyjnych zachowań, lecz także w celu weryfikacji negatywnych automatycznych myśli, dysfunkcyjnych założeń czy podstawowych przekonań.

Uczymy się poprzez doświadczenie

W terapii poznawczo-behawioralnej podczas planowania wspólnej pracy terapeutycznej warto zapoznać klienta z założeniami modelu empirycznego uczenia się (Kolb, 1984). Model ten zakłada proces uczenia się poprzez praktykę i doświadczenie. Każde zachowanie może być okazją do uczenia się. Doświadczenia i praktyka zachęcają do refleksji. To w czasie refleksji myślimy o tym, co zrobiliśmy i czego doświadczyliśmy. Staramy się tworzyć reguły, które nie tylko mają służyć opisowi jednego konkretnego zachowania, doświadczenia, ale wszystkich jemu podobnych. Zgromadzona w ten sposób wiedza jest podstawą do weryfikowania w

trakcie kolejnych działań. Ta zasada towarzyszy nam podczas przeprowadzania eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczo-behawioralnej.

Eksperyment behawioralny

Eksperyment behawioralny to zaplanowane działanie, podejmowane przez klienta w celu uzyskania nowych informacji. Samo wykonywanie eksperymentu behawioralnego może służyć różnym celom, na przykład sprawdzeniu prawdziwości hipotez klienta (jego myśli, założeń, przekonań), tworzeniu nowej perspektywy, budowaniu konceptualizacji. W procesie psychoterapii klient może brać czynny udział w eksperymentcie lub pełnić rolę obserwatora. Eksperyment behawioralny może się odbywać podczas sesji terapeutycznej lub w ramach pracy domowej, jakiej podejmuje się klient (Bennett-Levy i in., 2005).

Pokażmy możliwość zastosowania eksperymentu behawioralnego w pracy nad jednym z typowych błędnych kół w uzależnieniach.

Osoba grająca problemowo w gry online ma myśl: „Muszę zagrać, żeby choć na chwilę zapomnieć o kłopotach w domu”, zamyka się w pokoju i gra, w wyniku czego odczuwa chwilową ulgę. Tym samym wzmacnia swoje przekonanie, że granie jest skutecznym sposobem na chwilowe zapomnienie o problemach w domu. W jaki sposób dzięki podjęciu eksperymentu behawioralnego możemy zweryfikować myśl: „Muszę zagrać, żeby choć na chwilę zapomnieć o problemach w domu”? Pierwszą ważną obserwacją, która towarzyszyła klientowi, była: „Kiedy zagrałem, poczułem ulgę”. Przełożyło się to na refleksję: „Granie online jest skutecznym sposobem na chwilowe zapomnienie o problemach w domu” – jest to hipoteza, którą warto sprawdzić.

Następnym etapem jest planowanie podjęcia działania, które będzie alternatywnym sposobem poradzenia sobie z napięciem związanym z problemami w domu: „Kiedy będę w złym nastroju, to zamiast grania online postaram się zrobić kilka rzeczy z mojej listy sposobów radzenia sobie z emocjami* i ocenę swój nastrój”. „W wyniku planowania w czasie kłótni w domu postanawiam zadzwonić do znajomego, z którym mogę pójść na spacer”.

W cyklu uczenia się przechodzimy do kolejnej obserwacji, która może być kluczowa dla budowania motywacji do zmiany. „Miło było spotkać się ze znajomym i trochę pospacerować. Jestem z siebie zadowolony. Przygnębiecie i smutek z 8 punktów w skali 0–10 spadły mi do 0”. W wyniku tej obserwacji w procesie terapii staramy się wydobyć od klienta nową refleksję, na przykład taką: „Nie muszę grać online, żeby poprawić sobie nastrój”. Nowa refleksja może w kliencie wzbudzić gotowość do dalszych eksperymentów: „Wypróbuję inne sposoby z listy radzenia sobie z emocjami i sprawdzę, jak się po nich czuję. W sytuacji, gdy odczuwam napięcie i niepokój związany z kłótnią w domu, biorę torbę treningową i idę na siłownię”. Po działaniu następuje kolejna refleksja: „Na siłowni dobrze mi się ćwiczyło, spotkałem znajomego i porozmawialiśmy. Po powrocie z siłowni czułem się odprężony”.

Podczas prób wypracowania nowych zachowań i sprawdzania ich efektywności klient jest zachęcany do ciągłego obserwowania, refleksjonowania, planowania i działania. Tylko tak może sprawdzić skuteczność nowych zachowań i zbudować zestaw możliwych reakcji, pomocnych w walce z uzależnieniem.

* Lista zachowań pomocnych w radzeniu sobie z emocjami, opracowywana wraz z klientem.

Kontrolowanie uwagi

To sposób odwracania uwagi, technika przydatna do radzenia sobie w sytuacjach, z którymi klient jeszcze nie umie sobie poradzić inaczej. Jest to doraźny sposób radzenia sobie w przypadku natłoku negatywnych myśli czy impulsu do podjęcia niepożądanego zachowania (Bennett-Levy, 2005). W pracy z klientem warto dopasować sposoby odwracania uwagi do jego możliwości. Przykładowe metody odwracania uwagi to ćwiczenia fizyczne, koncentracja na otoczeniu, ćwiczenia umysłowe, rozmowy z innymi osobami. Ważne, aby odwracanie uwagi nie stało się zachowaniem zabezpieczającym czy metodą unikania.

Eksperyment behawioralny

Eksperyment behawioralny jest formą ekspozycji. Ekspozycja wykorzystywana jest zwłaszcza w zaburzeniach lękowych, które często współtowarzyszą uzależnieniom. Jej celem jest testowanie przekonań, na przykład takich, że już samo doświadczanie lęku jest niebezpieczne, oraz zmiana niepomocnych zachowań (zwłaszcza unikania). W sytuacji ekspozycji ważne jest stworzenie bezpiecznych warunków i zadbanie o odpowiednio długi czas ekspozycji. Chcemy, aby klient dokonał ważnych dla siebie obserwacji. Podczas ekspozycji istotne jest stopniowanie sytuacji/bodźców pod względem nasilenia emocji, jakie wzbudzają (Bennett-Levy i in., 2005).

Przebieg eksperymentu behawioralnego

W eksperymencie behawioralnym powinniśmy zwrócić uwagę na proces jego planowania, przeprowadzania, obserwacji oraz wyciągania wniosków. Planowanie eksperymentu obejmuje następujące kroki (Bennett-Levy i in., 2005):

1. W nawiązaniu do opisu problemu przez klienta i stworzonej konceptualizacji wyłaniamy treść poznawczą, którą chcemy poddać weryfikacji oraz oceniamy zarówno stopień wiary w myśl, jak i nasilenie emocji jej towarzyszących (w skali 0–100).
2. Wypracowujemy razem z klientem alternatywną perspektywę oceny sytuacji, alternatywną myśl + ocenę emocji i stopnia wiary (w skali 0–100).
3. Wspólnie z klientem zastanawiamy się nad wyborem rodzaju eksperymentu, który mógłby pomóc w weryfikacji myśli.
4. Wspólnie z klientem planujemy czas i miejsce przeprowadzenia eksperymentu.
5. Staramy się wydobyć przewidywania klienta dotyczące możliwych wyników eksperymentu, zidentyfikować i ocenić związane z tym emocje, określić ich nasilenie oraz stopień wiary w przewidywania (w skali 0–100).
6. Omawiamy z klientem ewentualne problemy podczas realizacji eksperymentu i sposoby ich rozwiązania.
7. Wspólnie wybieramy sposób pomiaru obserwowanych wyników eksperymentu.

Planowanie eksperymentu to proces, w którym klient bierze aktywny udział. Ważnym zadaniem terapeuty jest ocena jego gotowości do uczestniczenia w eksperymencie. Jako terapeuci poznawczo-behawioralni stosujący styl pracy dialogu motywującego powinniśmy przykładać szczególną uwagę do następujące elementów:

- **Wybór sposobu zachęty i wsparcia klienta** – to od nas klient powinien usłyszeć motywujące dowartościowania podkreślające jego umiejętności, kompetencje, dzięki którym będzie mógł przystąpić do eksperymentu; waż-

na jest nasza wspierająca postawa i ewentualna pomoc w przeprowadzeniu eksperymentu.

- **„Ściągawki” dla klienta (co robić, na co zwracać uwagę)** – klient, często po raz pierwszy od dłuższego czasu, będzie się starał wrócić do pomocnego sposobu regulacji emocji lub próbować powstrzymać się np. od sprawdzania facebooka czy notowań bukmacherskich. Naszym zadaniem jest zadbać o spisanie wskazówek, które podczas eksperymentu będą służyły klientowi do przypomnienia sobie, jak postępować zgodnie z wytyczonym planem działania. Stosując podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną z dialogiem motywującym, z pewnością wydobędziemy od klienta jego pomysły na radzenie sobie z emocjami i zachęcimy go do szczególnej aktywności.
- **Monitorowanie myśli, emocji klienta** – w trakcie planowania powinniśmy być czujni, skoncentrować się na myślach, wyobrażeniach i emocjach, które będą towarzyszyć klientowi, ponieważ wpływ na nie może mieć podjęcie przez klienta pracy w ramach eksperymentu. Uważne, aktywne słuchanie staje się wielkim atutem w tej pracy.
- **Wychwytywanie zachowań zabezpieczających** – czyli zachowań, które mogą być postrzegane przez klientów jako te, dzięki którym są oni w stanie zmierzyć się z daną sytuacją. Powinniśmy je zauważyć, znormalizować i omówić z klientem. Psychoedukacja czy zaproszenie klienta do próby zrezygnowania z niektórych zachowań zabezpieczających zwiększy jego szansę na zaangażowanie się w eksperyment. Szczególnie pomocne może się tu okazać budowanie poczucia sprawczości.

Podczas eksperymentu niezbędne w pracy poznawczo-behawioralnej jest prowadzenie uważnej obserwacji.

Zadaniem terapeuty będzie więc ustalenie wraz z klientem, na jakie czynniki warto zwrócić uwagę. Należą do nich:

- **ustalenie przedmiotu obserwacji** (myśli, emocje, reakcje fizjologiczne, zachowania, otoczenie) – każdy eksperyment behawioralny przeprowadza się w innym celu, stąd konieczność doprecyzowania, co klient w trakcie jego trwania powinien monitorować;
- **zapis i pomiar obserwacji** – ustalenie prostego sposobu zapisu obserwacji w trakcie trwania eksperymentu, na przykład liczenie osób, które odpowiedziały na ankietę niezgodnie z przewidywaniami klienta;
- **poszukiwanie przyczyn negatywnego wyniku** – warto podkreślać w pracy z klientem, że nie ma nieudanych eksperymentów. Z każdego eksperymentu można się czegoś nauczyć. Dlatego warto przeanalizować, co mogło mieć wpływ na przykład na to, że klient nie był w stanie zrezygnować z serfowania po internecie w sobotni wieczór i nie skorzystał z alternatywnych form spędzania czasu;
- **poszukiwanie przyczyn braku zmiany** (zachowania zabezpieczające, perfekcjonizm, eksperyment „nie na temat” itd.) – warto, by czujne oko i ucho terapeuty było skupione na wychwyceniu czynników, których w trakcie planowania nie wzięto pod uwagę lub nie przewidziano, że będą istotne dla jego przeprowadzenia; jednocześnie możemy odkryć, że zaplanowany i przeprowadzony eksperyment nie do końca posłużył weryfikacji myśli, co było jego celem;
- **wydobycie od klienta wątpliwości dotyczących dokonanych obserwacji** – tu dialog motywujący okazuje się szczególnie pomocny; chodzi bowiem o zatrzymanie się, aby za pomocą pytań otwierających wydobyć wszystkie wątpliwości klienta, jego myśli, które podważają dane z obserwacji, gdyż to może być kluczowe w następnych eksperymentach behawioralnych. Eksploracja i akceptacja

zgłaszanych wątpliwości może dostarczyć wielu cennych informacji, wskazujących na to, co może hamować klienta przed wprowadzaniem zmian w swoim postępowaniu. Podejście empatyczne i uważna analiza zgłaszanych przez klienta obserwacji, jak również wspólne rozważenie sposobów radzenia sobie z takimi wątpliwościami może przyczynić się do zwiększenia efektywności pracy behawioralnej.

Wnioski z przeprowadzonego eksperymentu

W trakcie zbierania wniosków z eksperymentu uwaga terapeuty ogniskuje się wokół:

- poszukiwania znaczenia tego, co się wydarzyło – dzięki prowadzeniu dialogu motywującego możemy w ukierunkowany sposób odkrywać, jakie znaczenie dla klienta miało doświadczenie uczestniczenia w eksperymencie; warto również posługiwać się odzwierciedleniami i dowartościowaniami, które zgodnie z duchem dialogu podkreślą, jak ważne są to spostrzeżenia, na przykład: „Zauważa pan/pani, że...”, „Sam pan/sama pani podkreśla, że...”, „Pojawia się w pana/pani wypowiedzi ważne spostrzeżenie...”;
- odniesienia wyniku eksperymentu do wcześniejszej wiedzy i przekonań (ponowna ocena myśli i emocji w skali 0–100) – zapraszamy klienta do powrotu do wiedzy i myśli, które były punktem wyjścia do przeprowadzenia eksperymentu;
- określenia uprawnionego stopnia generalizacji wniosków z eksperymentu – wraz z klientem uważnie zastanawiamy się nad możliwością generalizacji wniosków;
- postawienia nowych pytań – podsumowanie każdego eksperymentu może być punktem wyjścia do planowania kolejnego; pamiętajmy, że stopień trudności

eksperymentu dopasowujemy zarówno do etapu pracy terapeutycznej, jak i do gotowości i możliwości klienta.

Przejdźmy do przykładu eksperymentu, który w terapii poznawczo-behawioralnej uzależnień behawioralnych możemy wykonać wspólnie z klientem. Eksperyment opiszemy w kilku punktach.

Problem: klient korzysta z pomocy terapeuty z powodu uzależnienia od gier online. Z czasem granie stało się dla niego jedyną skuteczną formą odciążenia się od problemów życia codziennego. Wieczory i noce spędza przed komputerem, grając ze znajomymi w sieci. Stara się w ten sposób odreagować stres i zmęczenie po ciężkiej pracy, odciąć się od całego świata.

- Weryfikowana treść poznawcza: „Jeśli nie zagram, nie będę się w stanie wyluzować” (miejsce na skali: 80).
- Alternatywne spojrzenie: „Jeżeli skupię uwagę na czymś innym, to pragnienie grania osłabnie” (miejsce na skali: 0).
- Eksperyment: przekierowanie uwagi na otoczenie (dźwięki: co się dzieje za oknem; liczenie niebieskich przedmiotów w pokoju; liczenie od 123 w dół, odejmując za każdym razem 7 od uzyskanego wyniku itp.).
- Obserwacja: kiedy skupiam się na opisywaniu otoczenia, uspokajam się, chęć grania jest mniejsza.
- Wnioski: „Mogę zmniejszać chęć grania, odwracając uwagę”.
- Wiara w poprzednie przekonanie: 50 na skali 0–100.
- Wiara w alternatywne spojrzenie: 50 na skali 0–100.

Wiemy, że przekierowanie uwagi na otoczenie może być skutecznym sposobem, lecz wcześniej musimy przygotować do tego klienta i przećwiczyć z nim zaproponowane umiejętności.

Pamiętajmy, że po przeprowadzeniu jednego eksperymentu wiara w konkretną pierwotną myśl nie musi spaść do zera. Również wiara w myśl alternatywną nie musi być stuprocentowa. Warto zauważać i podkreślać każdą dostrzeżoną i wypracowaną różnicę. Myśli czy przekonania związane z uzależnieniem behawioralnym powstały u klientów na skutek licznych doświadczeń. Każdy eksperyment, każde powtarzanie nowych zachowań adaptacyjnych mają szansę umocnić wiarę klienta w alternatywne spojrzenie na problem.

Planowanie aktywności

W pracy nad planowaniem aktywności (Padesky, Greenberger, 2017) należy pamiętać o mocnych stronach klienta. Zdarza się, że klienci zgłaszając się po pomoc, spostrzegają siebie już tylko przez pryzmat rozpoznania, na przykład: hazardzista, seksoholik. To zadaniem terapeutów jest umiejętnie wydobyć z nich informacji na temat umiejętności, pasji czy hobby, które choć dawno przez nich zapomniane teraz mogą się okazać pomocne. Mogą to być różne aktywności: od łowienia ryb przez granie na instrumentach, dbanie o kwiaty na działce aż do uprawiania sportu. Zadaniem terapeuty jest nie tylko poznanie, czym dokładnie są te aktywności, ale również zaciekawienie się, co z perspektywy rozmówcy było dla niego ważne podczas ich wykonywania. Czy za łowieniem ryb kryje się kontemplacja widoku nad jeziorem, co dawało klientowi możliwość wyciszenia się, regulacji emocji; czy może najważniejsze było towarzystwo syna i możliwość pobycia z nim podczas wędkowania.

Dostrzeżenie perspektywy klienta da nam podstawy do stworzenia realnego planu przyjemności. Co więcej, pozwoli odkryć, jaką funkcję pełni w jego życiu konkretna aktywność (reguluje emocje, daje poczucie bliskości, daje

poczucie sprawstwa itd.) oraz jakie ważne wartości się za nią kryją (rodzina, praca, zdrowie są tu ważnymi wartościami). Będzie to podstawą do pracy nad motywacją klienta, aby realizowanie planu aktywności było przez niego spostrzegane nie tylko jako zadanie, ale być może jako forma powrotu do ważnej aktywności, opartej na solidnych wartościach, do których klient dąży i które chce pielęgnować w życiu. Plan ma być przede wszystkim pomocą dla klienta. Budowanie go na fundamencie potrzeb i wartości klienta może zwiększyć szanse na jego powodzenie.

Rozwiązywanie problemów

W pracy z klientem często spostrzegamy, że trudności w postaci uzależnienia behawioralnego może potęgować brak umiejętności rozwiązywania problemów. Jest to istotna umiejętność w radzeniu sobie z uzależnieniem behawioralnym. Dzięki niej można wypracować sposób na poradzenie sobie na przykład ze spłatą długów powstałych na skutek hazardu czy nadrobienia zaległości w szkole, które są skutkiem poświęcania nadmiernej ilości czasu na gry online. Wraz z klientem przechodzimy w pracy przez kolejne kroki w rozwiązywaniu problemów (Leahy, 2008). Staramy się to robić w taki sposób, aby nie tylko pomóc mu w rozwiązaniu konkretnego problemu, ale również umocnić go w stosowaniu w przyszłości tej umiejętności. Przejdźmy zatem podstawowe kroki tego rozwiązania.

- **Definicja problemu** – bez dokładnego zdefiniowania problemu opisana umiejętność może nie odpowiedzieć na potrzeby klienta. Załóżmy, że ma on poważne długi finansowe. Przy czym inaczej będziemy postępować, gdy zdefiniujemy problem jako brak umiejętności rozmawiania z bliskimi na ten temat, a inaczej, gdy brakuje nam pomysłu na szukanie bezpłatnej porady prawnej w

odpisywaniu na monity do spłaty długu – to determinuje sposoby rozwiązań.

- **Szukanie rozwiązań** (wypisz wszystkie pomysły, nie oceniaj ich, nawet jeśli są głupie) – tutaj wydobywamy od klienta różne pomysły, zachęcamy go do zapisywania wszystkich na kartce.
- **Ocena rozwiązań** (wykreśl te punkty, które nie rozwiązują problemu, albo są niezgodne z prawem, lub są poza twoją kontrolą, oceń plusy i minusy pozostałych) – zaprośmy klienta do refleksji nad poszczególnymi rozwiązaniami; kierunkiem dla terapeuty powinno być dowartościowywanie klienta, podkreślanie jego autonomii w znajdowaniu plusów i minusów różnych rozwiązań oraz dostarczanie informacji, za zgodą klienta, kiedy wydaje się to dla niego pomocne.
- **Wybór najlepszego rozwiązania** – klient, decydując się na określone rozwiązanie, tak naprawdę rozpoczyna kolejny eksperyment behawioralny, dlatego warto wspierać jego gotowość do wprowadzenia wybranego rozwiązania w życie; warto wsłuchiwać się w wypowiedzi klienta i być czujnym na wszelkie wypowiedzi status quo, które w sposób naturalny mogą się pojawić na samą myśl o podjęciu nowego zachowania.
- **Planowanie** (jak? kiedy? kolejne kroki? potencjalne przeszkody i sposoby ich uniknięcia) – wspieranie klienta w procesie planowania ma go wyposażyć w plan, który będzie się opierał na jego kompetencjach i mocnych stronach; plan ma być realny i podzielony na małe kroki, aby klient miał poczucie sprawstwa.
- **Wprowadzenie planu w życie** – pamiętajmy, że nawet w procesie aktywnej zmiany, jaką jest wprowadzaniu planu w życie, mogą się pojawić trudności, silne emocje i pierwsze rozczarowania, które, ze spotkaniem na

spotkanie, warto by terapeuta wydobywał i odzwierciedlał, wspierając klienta.

- **Ocena rezultatów** – omówienie z klientem wyników działania może być okazją do stosowania licznych dowartościowań i umacniania go w poczuciu kompetencji.
- **Kolejne rozwiązanie lub następny krok** – jeśli osiągnięte rezultaty nie są zadowalające, warto zachęcać i wspierać klienta w poszukiwaniu innych rozwiązań.

Odgrywanie ról

To pomocny sposób, aby zaobserwować reakcje i sposoby radzenia sobie klienta w codziennym życiu. Pamiętajmy, żeby stosować je za zgodą klienta i zawsze po uprzednim wytłumaczeniu celu takiej interwencji. Sposób ten można wykorzystać do uczenia się i ćwiczenia umiejętności społecznych, których często brakuje klientowi. Modelowanie konkretnego zachowania przez terapeutę, na przykład w jaki sposób można nawiązywać relacje w realnym świecie, może być bardzo pomocne dla klienta. Jednocześnie stosujemy odwracanie ról, kiedy klient odgrywa rolę osoby, z którą kontakt jest dla niego trudny, a terapeuta wciela się w rolę klienta.

Omówienie scenek, w których stosujemy odgrywanie ról w czasie sesji, jest równie ważne jak samo ćwiczenie. To podczas omawiania mamy okazję znormalizować uczucia, które towarzyszyły klientowi, i motywująco dowartościować jego wysiłki. Umiejętności, które nam mogą się wydawać oczywiste, dla klienta często stanowią nie lada wyzwanie (Leahy, 2008).

Techniki relaksacyjne

Techniki relaksacyjne mają na celu obniżenie napięcia. Mogą być stosowane samodzielnie albo jako uzupełnienie

innych technik (np. systematycznej desensytyzacji). Te najpopularniejsze to: trening progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona, trening autogeniczny Schultza, program relaksacji stosowanej, trening stopniowego napinania mięśni, ćwiczenia oddechowe, wizualizacje (wyobrażenia) oraz uważność (mindfulness) (Kennerley, 2006; Segal i in., 2009).

Uważność oznacza świadome koncentrowanie się na „tu i teraz”, doświadczanie bez osądzania. Techniki uważności zachęcają do koncentrowania się na postawie ciała, uważnym oddechu, uważnym słuchaniu, skanowaniu ciała, uważnym ruchu, byciu świadomym swoich myśli i uczuć oraz byciu uważnym w trakcie wykonywania codziennych czynności.

Techniki wyobrażeniowe

Kolejny obszar pracy w terapii poznawczo-behawioralnej stanowią techniki wyobrażeniowe, które można wykorzystywać jako:

- wstępny sposób mierzenia się w ekspozycji z bodźcem budzącym lęk;
- sposób na zmodyfikowanie negatywnych/traumatycznych wspomnień;
- sposób na przygotowanie się do przyszłych wyzwań (ćwiczenie w wyobraźni nowych umiejętności);
- metodę relaksacji;
- oraz do modyfikowania nastroju (modyfikując wyobrażenia) (Leahy, 2008).

Jedną z technik wyobrażeniowych, do których zachęcamy klientów jeszcze przed rozpoczęciem pracy ekspozycyjnej, jest technika o nazwie „Bezpieczne miejsce”. Klient wybiera miejsce, w którym poczuje się bezpiecznie i spokojnie. Może to być piękna plaża, górskie łąki lub miejsce z dzieciństwa, w którym był szczęśliwy. Jeśli nie ma takiego

miejsca, prosimy, by je stworzył w wyobraźni. Po wybraniu wyobrażenia prosimy, aby klient postarał się opisać jak najdokładniej szczegóły tego miejsca odbierane różnymi zmysłami. Zachęcamy, by opisał wrażenia wizualne (kształty, kolory, przedmioty), słuchowe (głosy, dźwięki otoczenia), czuciowe (odczucie temperatury, masy, ciśnienia) i zapachowe. Prosimy, by wyobraził sobie siebie w tym miejscu i spróbował się odprężyć. Początkowo najlepiej byłoby ćwiczyć dwa razy dziennie, aby wyobrażenie z łatwością przybiegało do głowy i pełniło odprężającą funkcję.

Przykłady zastosowania technik wyobrażeniowych w uzależnieniach behawioralnych

W pracy terapeutycznej możemy zastosować wyobrażenie negatywnych obrazów związanych z uzależnieniem behawioralnym. Zachęcamy klienta, aby starał się przywołać obrazy związane z negatywnymi skutkami swojego zachowania (obraz zmęczenia po wielu godzinach grania, obraz pustego konta bankowego po kolejnym meczu pokerowym rozegranym w sieci). Po przywołaniu takiego wyobrażenia zastanawiamy się wspólnie, w odpowiedzi na jakie konkretne myśli (tzw. myśli przyzwalające) warto, by klient starał się je przywoływać. Oczywiście robimy to po uprzedniej pracy poznawczej, która ma na celu identyfikację myśli przyzwalających klienta.

Inną możliwością pracy wyobrażeniowej jest przygotowanie pozytywnego wyobrażenia na temat życia bez zachowania dezadaptacyjnego. Prosimy klienta o wyobrażenie sobie swojego życia, kiedy nie będzie już spędzał tylu godzin przed komputerem. Przywołanie takiego obrazu powinno być równoległe z ukierunkowaniem klienta tak, by samo wyobrażenie wpisywało się w ważne dla niego wartości (np. życie rodzinne czy zawodowe). Przywoływanie go

może być pomocne w sytuacjach, kiedy klient ma chwilę wątplenia co do możliwości wypracowania trwałej zmiany, gdy towarzyszy mu poczucie braku nadziei.

Następnym przykładem pracy wyobrazeniowej jest wyobrażenie sytuacji, w której klient odmawia wspólnego grania online z kolegami. Wcześniej warto oczywiście zidentyfikować przewidywane sytuacje ryzyka, w których przyda się zastosowanie takiego wyobrażenia. Warto wykorzystać dialog motywujący i nawiązać do systemu wartości klienta, który buduje jego motywację do zmiany, co ilustruje poniższy przykład.

Przykład pracy klinicznej – przewidywanie sytuacji ryzyka

Terapeuta: Wspominałeś, że jedna z sytuacji, które zwykle stanowią dla ciebie wyzwanie, to chwila, kiedy znajomi przesyłają ci przez komunikator pytanie: „O której dzisiaj gramy?”

Klient: Tak, zwykle od tego się zaczyna.

Terapeuta: Jeśli się na to zgodzisz, chciałabym ci dzisiaj zaproponować wyobrażenie sobie takiej sytuacji i twojego nowego w niej zachowania (*zaproszenie do pracy wyobrazeniowej*).

Klient: Ok.

Terapeuta: W takim razie poproszę cię o zamknięcie oczu, skupienie się i wyobrażenie sobie sytuacji, kiedy odczytujesz na komunikatorze pytanie: „Kiedy gramy?”. Czy mogę poprowadzić cię przez to wyobrażenie? (*pytanie o zgodę*)

Klient: Zgoda.

Terapeuta: Opowiedz więc, gdzie jesteś w momencie, gdy odczytujesz wiadomość.

Klient: Siedzę przy biurku przed komputerem, jestem w swoim pokoju.

Terapeuta: Co czujesz, kiedy słyszysz, że przyszła wiadomość (*rozpoczęcie pracy nad identyfikowaniem emocji*).

Klient: Kiedy słyszę dźwięk komunikatora, wiem już czego mogę się spodziewać. Czuję się podekscytowany już na samą myśl, że znów będziemy grać.

Terapeuta: Słyszysz dźwięk komunikatora, wiesz, że przyszła propozycja wspólnej gry i czujesz się podekscytowany (*odzwierciedlenie*).

Klient: Tak, wiem, że będzie super wspólnie pograć.

Terapeuta: W tej chwili przychodzi ci do głowy myśl przewidująca przyjemność wspólnej gry (*rozpoznawanie automatycznych myśli*).

Klient: Zawsze jest fajnie, gdy gramy.

Terapeuta: Znasz dobrze to uczucie ekscytacji, które towarzyszy wspólnej grze. Jednocześnie rozmawialiśmy dużo o skutkach twojego wielogodzinnego grania.

Klient: No tak, pamiętam.

Terapeuta: O czym chciałbyś pamiętać w takiej chwili?

Klient: Pewnie o tym, o czym rozmawialiśmy, że następnego dnia nie będę miał siły iść do pracy, znowu od rana będę roztrzęsiony i odbije się to na moich dzieciach i żonie.

Terapeuta: Bliscy wiele dla ciebie znaczą, chcesz o nich pamiętać (*dowartościowanie*). W jaki sposób w tej chwili mógłbyś sobie o nich przypomnieć? (*nawiązanie do systemu wartości klienta*)

Klient: Mogę spojrzeć w bok, na ścianę, gdzie wisi nasze wspólne zdjęcie, i pomyśleć o nich.

Terapeuta: Świetnie. Spoglądasz na zdjęcie swojej rodziny. Co na nim widzisz? (*rozwijanie wyobrażenia dotyczącego systemu wartości klienta*)

Klient: Jestem z żoną i córkami. To zdjęcie z naszej wspólnej wycieczki rowerowej. Wszyscy jesteśmy zmęczeni, ale szczęśliwi.

Terapeuta: Pamiętasz, jak się wtedy razem czuliście. Twoje dziewczyny są dla ciebie bardzo ważne (*dowartościowanie*).

Jak myślisz, mając to zdjęcie przed sobą i w pamięci wiążące się z nim uczucia, jak mógłbyś odpisać znajomemu na propozycję zagrania? (*odwołanie się do wartości*)

Klient: Hmm... To musi być krótka odpowiedź, bo inaczej będzie mnie męczyć. Mogę napisać: „Bez szans”, i wyłączyć komputer.

Terapeuta: Dobrze, idźmy za twoim pomysłem. Piszesz: „Bez szans” i wyłączasz komputer. Jak się czujesz?

Klient: Jestem zdenerwowany, wiem, że on się na mnie wkurzył.

Terapeuta: Jesteś zdenerwowany, obawiasz się, że znajomy ma ci to za złe (*odzwierciedlenie uczuć*). Co mogłoby ci pomóc?

Klient: Powinienem iść do żony i dzieci. Pobyć z nimi.

Terapeuta: Ok. Wstajesz od komputera, idziesz do drugiego pokoju do żony i dzieci. Co tam robisz?

Klient: Dziewczynki bawią się na podłodze, chcą mi coś pokazać. Żona przygotowuje kolację.

Terapeuta: Jesteś tam z nimi. Interesujesz się tym, co pokazują dzieci. Co się teraz dzieje z twoim zdenerwowaniem? (*praca z emocjami*)

Klient: Na pewno jest trochę słabsze. Ich obecność dobrze mi robi.

Terapeuta: Otwórz, proszę, oczy. Jesteś już tu i teraz. W gabinecie. Jak ci było w tym wyobrażeniu?

Klient: Ogólnie dobrze, ale naprawdę się zdenerwowałem.

Terapeuta: Towarzyszyły ci te same emocje, co w realnej sytuacji (*odzwierciedlenie*).

Klient: Właściwie tak.

Terapeuta: Co myślisz o tym, jak poradziłeś sobie w wyobrażeniu z zaproszeniem do gry?

Klient: Ogólnie dobrze. Chciałbym móc się tak zachować.

Terapeuta: Jak myślisz, na ile wydaje ci się to możliwe, że przy najbliższej takiej sytuacji wykorzystasz to ćwiczenie, postarasz się spojrzeć na zdjęcie rodziny i przypomnieć

sobie, dlaczego warto odmówić (*wydobywanie języka zmiany*).

Klient: No, muszę to jeszcze sobie poukładać w głowie, ale na pewno spróbuję.

Terapeuta: Masz ochotę spróbować, z pewnością zbierzesz wiele cennych obserwacji (*dowartościowanie*).

Zaprezentowaliśmy, jak stosowanie techniki wyobrażeniowej w pracy z klientem może go przygotować na podjęcie próby wprowadzenia zmiany w zachowaniu w sytuacji ryzyka. Praca wyobrażeniowa została wsparta przez motywujące dowartościowywanie klienta oraz zidentyfikowanie i odwoływanie do ważnej dla niego wartości, jaką jest rodzina.

Podjęcie integrujące dialog motywujący i terapię poznawczo-behawioralną w pracy behawioralnej i wyobrażeniowej wspiera klientów w skutecznym budowaniu i podejmowaniu nowych, adaptacyjnych zachowań.

Czy znacie powiedzenie Marka Twaina: „Rzucanie palenia to nic prostszego! Robiłem to setki razy”? Te słowa bardzo wyraźnie pokazują typowy problem wpisany w zjawisko uzależnienia. Wpadki, nawroty to ich integralna część. Wyjątkiem jest sytuacja odwrotna. Od dawna wiadomo, że uzależnienie najczęściej jest problemem chronicznym, w którym zmiana okazuje się niestała, a prawdopodobieństwo nawrotów jest duże. Dlatego zapobieganie nawrotom powinno stanowić istotną część pracy terapeutycznej.

Oczywiście w przypadku uzależnień behawioralnych celem terapii nie jest abstynencja, lecz powrót do adaptacyjnej formy danego zachowania (uprawianie hazardu to wyjątek) (Griffiths, 2005). Koncepcję abstynencji zastępuje koncepcja redukcji szkód. Do podstawowych założeń programów redukcji szkód należy to, że udziela się pomocy w każdej sytuacji, w jakiej dana osoba aktualnie się znajduje. Ofertę pomocy dostosowuje się do tego, czego dana osoba może w danej chwili potrzebować, zachęcając klienta do tworzenia własnych strategii i sposobów pomocy. Redukcja szkód to wszelkie działania zmierzające w kierunku zmniejszenia kosztów danego zachowania. Doceniany jest każdy krok w kierunku zmiany zachowania. Andrew

Tatarsky (2007), jeden ze światowych ekspertów w dziedzinie redukcji szkód, podkreśla, że w pracy z osobą uzależnioną za pomocą niewielkich, stopniowych pozytywnych zmian można doprowadzić do pomyślnych rezultatów.

Powroty do szkodliwych zachowań są jednak charakterystyczne dla wielu rodzajów uzależnień, dlatego warto przyrzeć się pracy w zakresie zapobiegania nawrotom.

W terapii uzależnień prowadzonej na świecie w latach sześćdziesiątych, na przykład w terapii problemów alkoholowych, uważano, że już jeden kieliszek stanowi dowód nawrotu. Nawrót był widziany jako odstępstwo od abstynencji, a więc ponowne pojawienie się objawów choroby alkoholowej na skutek złamania abstynencji. Sukcesem było utrzymywanie abstynencji, a jakiegokolwiek odstępstwo od niej było równoznaczne z całkowitym niepowodzeniem. W Polsce takie zero jedynekowe podejście do tego problemu obowiązywało jeszcze do niedawna. Koncepcje terapii uzależnień oparte na tym założeniu były szeroko propagowane w programach terapeutycznych zalecanych przez dawne autorytety. Było to zastanawiające, tym bardziej że na świecie już w latach osiemdziesiątych pojawiło się nowe rozumienie nawrotu (i uzależnienia), którego centralnym punktem była zaproponowana przez Alberta Bandurę poznawcza koncepcja poczucia własnej sprawczości (Bandura, 1982).

W latach osiemdziesiątych dwóch światowej sławy ekspertów terapii uzależnień, Marlatt i Gordon, zwróciło uwagę na istotne znaczenie interpretowania sytuacji (Marlatt, Gordon, 1985). Dostrzegli, że w zależności od interpretacji nawrót może być uważany za sygnał całkowitego załamania albo za pojedyncze wydarzenie, rodzaj potknięcia. Zamiast pesymistycznego postrzegania nawrotu i powrotu do starych zachowań jako drogi bez wyjścia, ślepego zaułka, Marlatt i Gordon dostrzegli dwie alternatywy: albo może

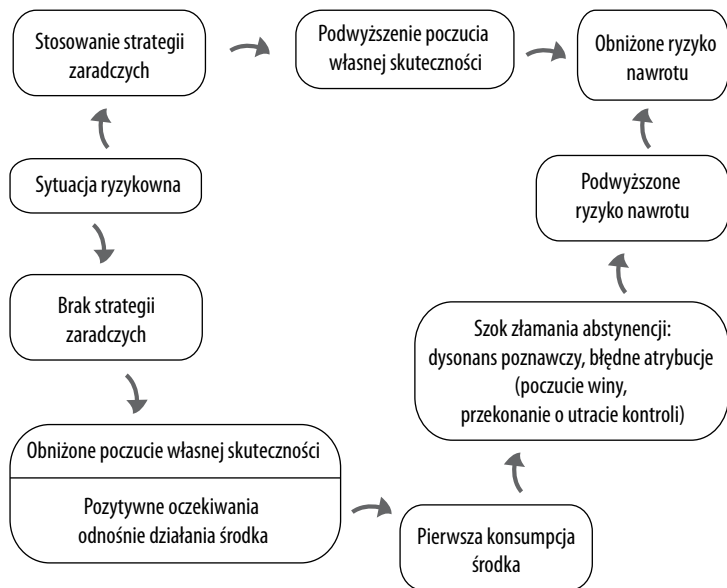
nastąpić powrót do starych zachowań, albo – pomimo niepowodzenia – można kontynuować zmianę. Dzisiaj widać wyraźnie, że podejście do tego, co stanowi istotę nawrotu, w szczególności sposób symbolizuje różnice między tradycyjnym a współczesnym rozumieniem uzależnienia. Wielu dzisiejszych klinicystów i badaczy, m.in. specjalistów dialogu motywującego, stroni nawet od używania terminu „nawrót”, ponieważ już samo to pojęcie ma pejoratywne znaczenie.

Poznawczy model nawrotu

Marlatt i Gordon w poznawczym modelu nawrotu, który zaproponowali, sugerują, że to, czy powrót do starych zachowań będzie pełnym nawrotem, czy nie, w dużym stopniu zależy od oczekiwań danej osoby. Model nawrotu (który jest bardzo zbliżony do poznawczego modelu uzależnienia) wskazuje, że osoba uzależniona jest podatna na specyficzne bodźce wysokiego ryzyka. Mogą to być zarówno bodźce zewnętrzne (np. widok komputera), jak i wewnętrzne (np. poczucie frustracji czy osamotnienia). Chociaż różnica zawiera się w znaczeniu, jakie konkretna osoba przypisuje bodźcowi, to jednak sam wzorzec nawrotu jest podobny we wszystkich rodzajach uzależnień.

Poznawczy model nawrotu wskazuje, że początkowa wpadka, odstępstwo od przyjętej zasady (użycie, zagranie itp.) wywołuje u osoby dysonans poznawczy („wydarzyło się coś, czego nie przewidziałem”). Tym, co w istotny sposób wpływa na to, że taka wpadka nie kończy się zastopowaniem, zatrzymaniem, lecz nawrotem, jest sposób myślenia: osoba przypisuje przyczyny tej sytuacji czynnikom stałym („zawsze tak będzie”) i wewnętrznym („to ja nie mam silnej woli”). Mowa tu o opisanym przez Marlatta i Gordona **efekcie złamania abstynencji**. Myśli, jakich wtedy doświadcza

Rycina 2. Model nawrotu według Marlatta i Gordon (1985, s. 38).



Źródło: A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman, B.S. Liese, 2007, s. 21.

osoba, pokazując rodzaj rezygnacji, załamania, poddania się uzależnieniu, na przykład: „I tak wszystko już stracone!”, „Wobec grania jestem bezradny”, „Jeśli chodzi o granie, to już nic nigdy w moim życiu się nie zmieni”. Obserwacje kliniczne pokazują, że efekt złamania abstynencji często działa niczym samospełniająca się przepowiednia i może prowadzić do pełnego nawrotu. Po raz kolejny widzimy, że zarówno procesy poznawcze, jak i zachowanie mają w tym procesie ważny udział.

Z perspektywy modelu transteoretycznego nawrót jest wydarzeniem, które może zapoczątkować powrót do wcześniejszych faz procesu zmiany. Niekoniecznie musi to być faza całkowicie początkowa, ale często jest to etap

kontemplacji, rozważania, czy i w jaki sposób dalej wprowadzać zmiany (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992).

Omawiając w rozdziale 2 poznawczy model uzależnienia, przytoczyliśmy przykład Adama, który po doświadczeniu krytyki zamknął się w pokoju i zaczął grać na komputerze. W przypadku Adama sytuacja zewnętrzna związana była z krytyką ze strony ojca dotyczącą jego wyglądu i wynikającymi stąd uczuciami wstydu, gniewu, lęku i przygnębienia. To było podłożem do uaktywnienia się u Adama jego dysfunkcyjnych przekonań o sobie, że z niczym sobie nie radzi i w ogóle jest beznadziejny. Wchodząc do swojego pokoju, zaczął myśleć, że nie jest w stanie poradzić sobie z emocjami bez zaangażowania się w granie (aktywizacja przekonań specyficznych dla uzależnienia) i że „tylko granie może przynieść mu ulgę” (myśli antycypacyjne). W sposób typowy dla osób z problemem uzależnienia takie myślenie wywołało poczucie silnego pragnienia/ głodu, co sprzyjało myślom przyzwalającym „po tym, co on mi znowu nagadał, należy mi się chwila relaksu”. Adam siada więc przed komputerem i gra do późnych godzin nocnych. Oznacza to, że następnym razem, kiedy ojciec pozwoli sobie na krytykę pod jego adresem, będzie już tylko o krok do powtórzenia tego cyklu. Gdyby Adam miał wiedzę na temat poznawczego modelu nawrotu w uzależnieniach oraz poznawcze i behawioralne umiejętności radzenia sobie w **momentach rozstrzygających**, być może uniknąłby wpadki.

Czynniki wyzwalające

Powodów nawrotów jest bardzo wiele, ale najogólniej można je podzielić na trzy kategorie (Beck i in., 2007). Niektórzy klienci sami prowokują wpadki. Mogą rzeczywiście być przekonani, że skoro już tak długo nie podejmowali

czynności nałogowych, to znaczy, że mają nad nimi pełną kontrolę. Podejmują więc takie działania, aby udowodnić sobie (i innym), że w pełni kontrolują swoje uzależnienie („ja tylko sprawdzam”, „tylko ten jeden raz”). Część klientów doświadcza wpadek, ponieważ wierzą, że korzyści z brania/grania przeważają straty, lub co najmniej doświadczają ambiwalencji związanej z wprowadzaniem zmian. Jeszcze inni klienci podejmują **pozornie nieistotne decyzje** (Marlatt, Gordon, 1985). Nie zauważają, że wchodzą w pewne ryzykowne działania, które dzieli tylko krok od ponownego sięgnięcia po telefon, komputer, kieliszek itd.

Ryzyko nawrotu może się wiązać z indywidualnymi czynnikami, to znaczy z bodźcami zewnętrznymi lub wewnętrznymi, które u osoby uzależnionej wywołują silne pragnienie użycia/podjęcia czynności (użycia substancji, komputera itp.). Czynniki te są specyficzne dla każdej z osób. Jak zauważa Beck (Beck i in., 2007), dla niektórych osób wyzwalaczem może być posiadanie pieniędzy, podczas gdy inni mają większą pokusę brania, kiedy są sfrustrowani z powodu ich braku. Wewnętrzne wyzwalacze obejmują czynniki emocjonalne i fizyczne: depresję, samotność, nudę, złość, frustrację, ból. Zewnętrznymi czynnikami wyzwalającymi są szczególne osoby, miejsca i rzeczy związane w jakiś sposób z używaniem/czynnością.

Według badaczy do najbardziej typowych wyzwalaczy należą (Annis, 1986, Miller, Forchimes, Zweben, 2019):

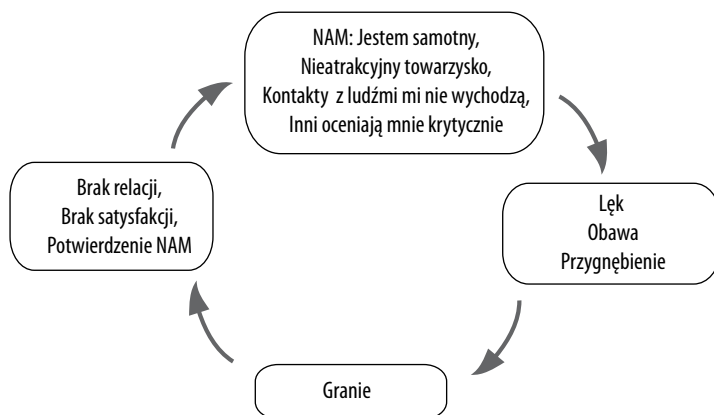
- sytuacje wysokiego ryzyka, na przykład wycofywanie z relacji społecznych;
- nieskuteczne strategie radzenia sobie, na przykład nieuczestniczenie w grupach samopomocowych;
- oczekiwanie określonego efektu (myśli antycypacyjne: „Tylko komputer pozwala mi się wyciszyć”, „Nie umiem poradzić sobie z życiem bez surfowania po internecie”);

- niezdrowy styl życia – zaniedbywanie dbałości o zdrowie (brak snu, zła dieta, stres itp.);
- silne pragnienie/głód;
- złamanie postanowienia; zwłaszcza działający jak samopełniająca się przepowiednia efekt złamania abstynencji.

Jak wynika z obserwacji klinicznych, 75 procent nawrotów następuje w sytuacjach wysokiego ryzyka, związanych z trzema głównymi kategoriami wyzwalaczy: nieprzyjemnymi emocjami, konfliktami interpersonalnymi oraz pod wpływem presji społecznej (Miller, 2009; Annis, 1986; Jarczewska, 1989). W takich sytuacjach najczęściej dochodzi do złamania postanowienia o zmianie zachowania, czego bezpośrednią przyczyną może być m.in. niezauważanie wczesnych sygnałów ostrzegawczych czy zniekształcenia poznawcze. Na rycinie 3 przedstawiono przykład błędnego koła u klienta, u którego negatywne automatyczne myślenie o sobie (NAM) jako o osobie nieatrakcyjnej towarzysko, narażonej na krytykę innych ludzi wywołało nieprzyjemne uczucia lęku, obawy, osamotnienia, co stanowi wyzwalacz do podjęcia czynności w postaci grania w gry komputerowe. Skutkiem tego jest brak relacji, brak satysfakcji, co jeszcze bardziej utwierdza klienta w negatywnym myśleniu o sobie i uciekanie w świat gier.

W pracy terapeutycznej z tym klientem ważna będzie szczegółowa analiza mechanizmów podtrzymujących problem uzależnienia od gier poprzez skupienie się na poszczególnych elementach błędnego koła, m.in. negatywnym myśleniu o sobie, umiejętnościach interpersonalnych, alternatywnych sposobach radzenia sobie z nieprzyjemnymi uczuciami czy analizą zysków i strat wynikających z kontynuowania zachowań ucieczkowych związanych z graniem.

Rycina 3. Błędne koło podtrzymujące problem uzależnienia od gier



Źródło: [do uzupeł.]

Identyfikowanie bodźców wysokiego ryzyka

Pracę nad zapobieganiem nawrotom i radzeniem sobie w sytuacji nawrotu warto prowadzić po uprzednim zidentyfikowaniu bodźców wysokiego ryzyka. Może dzieje się to w towarzystwie określonych ludzi, może w określonych miejscach lub określonym czasie, w określonym nastroju. Mogą to być dawne i obecne bodźce zewnętrzne (dzień wypłaty, trudne doświadczenia) i/lub wewnętrzne (gorsze samopoczucie, nieprzyjemne emocje). Każda osoba ma swój specyficzny zestaw bodźców wysokiego ryzyka (Annis, 1986; Jaraczewska, 1989; Miller, 2009). Niezwykle pomocna jest świadomość klienta, co dla niego stanowi zagrożenie w kontekście potencjalnego nawrotu. W pracy nad identyfikowaniem wyzwalaczy pomocne może się okazać korzystanie z kwestionariuszy, takich jak Skala Przewidywania Nawrotów czy Sytuacyjny Kwestionariusz Pewności Siebie (Miller, 2009).

Beck (2007) proponuje wykorzystanie pytań, które mogą być pomocne w identyfikowaniu momentów rozstrzygających:

- Czy wpadka nastąpiła, ponieważ klient nie zdołał uniknąć sytuacji ryzykownej?
- Czy doszło do wpadki, ponieważ klient nie miał żadnych adekwatnych przekonań dotyczących kontroli, aby przeciwstawić się nieuniknionej sytuacji ryzykownej?
- Czy klient natychmiast po pojawieniu się silnego pragnienia/głodu, bez przeczekania go, automatycznie, zaangażował się w granie/używanie?

Miller (2009) z kolei proponuje przeprowadzenie analizy funkcjonalnej, czyli ocenę najczęściej występujących sytuacji zagrożenia oraz konsekwencji zachowania nałogowego. Do tego celu może posłużyć tabela z dwiema rubrykami: 1. *Wyzwalacze*, 2. *Skutki*. Najpierw pytamy klienta: „W jakich sytuacjach szedł pan w przeszłości do kasyna/sięgał po komórkę?”. Klient wypełnia rubrykę dotyczącą wyzwalaczy, czyli sytuacji związanych z użyciem (smutek, namawiający koledzy...). Następnie wypełnia rubrykę dotyczącą skutków – pytamy o konsekwencje tego zachowania, czyli o to, co podobało się klientowi w podjęciu takich zachowań i jakie miał oczekiwania dotyczące użycia (niekoniecznie rzeczywiste skutki). Klient oczekiwał na przykład, że pieniądze wygrane w kasynie pomogą mu spłacić długi. Następnie klient identyfikuje pary, rysując linie łączące określone wyzwalacze z określonymi konsekwencjami. Nie jest konieczne znalezienie pary dla wszystkich zapisów. Ważne jest natomiast, aby szczegółowo porozmawiać z klientem o narysowanych połączeniach i opracować plan radzenia sobie z takimi sytuacjami. Opracowanie planu może się okazać pomocne w osiągnięciu pożądaných efektów bez wchodzenia w zachowania nałogowe.

Analiza wpadki

Obserwacje kliniczne wskazują, że wpadki następują najczęściej w ciągu trzech miesięcy od podjęcia zmiany. Oznacza to, że działania zmierzające do zapobiegania nawrotom należy podejmować jak najszybciej po wprowadzeniu zmiany (Miller, 2009). Podczas tej pracy szczególnie ważne jest kierowanie się przez terapeutę kluczowymi zasadami dialogu motywującego, dzięki którym unikamy pouczania, oceniania zachowania i moralizatorskiego tonu („gdybyś tylko mnie posłuchał”). Taka postawa terapeuty z pewnością będzie sprzyjać zaangażowaniu klienta w terapię nawet po wpadce.

Jeśli dojdzie do wpadki, należy podjąć restrukturyzację poznawczą, tak by klient dostrzegł, że wpadka to potknięcie, a nie upadek. Można zacząć od znormalizowania doświadczeń klienta (normą jest doświadczenie wpadki, normą jest też to, że z czasem epizody związane z wpadką są coraz krótsze i mniej poważne.)

Warto również pytać klienta o jego własne przemyślenia i reakcje na to, że wraca do dawnych zachowań. Jak pokazują badania z obszaru psycholingwistyki, pozwala to na wydobycie języka zmiany, czyli kluczowych wypowiedzi klienta dotyczących pragnienia zmiany, możliwości, potrzeby, powodów jej utrzymania, które skutecznie zbliżają go do zobowiązania do zmiany („zrobię to”) i ostatecznego podjęcia zmiany (Moyers i in. 2007). Dodatkowo przeprowadzenie takich ćwiczeń jak analiza zysków i strat może umocnić klienta w dostrzeganiu istotnych dla niego czynników motywujących. Jest to ważne zwłaszcza w kontekście charakterystycznego dla wpadki włączenia się efektu złamania abstynencji („już wszystko stracone”) oraz spadku poczucia własnej skuteczności.

Jednym ze sposobów pracy jest rozpoznanie momentów rozstrzygających. Tu posłużymy się przykładem prof. Ralfa Demmela z kliniki terapii uzależnień w Niemczech. Jest to przykład analizy behawioralnej zachowania prowadzącego do nawrotu, w której zastosowano podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący. Klientka (pani Lorenz, 32 lata, matka 4-letniej córki, bez wykształcenia, bezrobotna), krzyżowo uzależniona od narkotyków, alkoholu i gier online, kończy stacjonarną terapię uzależnień. Podczas jednej z ostatnich sesji opowiada o swoim lęku w związku z sytuacją wysokiego ryzyka, która mogła prowadzić do wypadki.

Terapeuta: W zeszłym tygodniu wyglądałaś na bardziej pewną siebie. Dzisiaj wydaje się, że coś ci przeszkadza... To jest dość powszechne pod koniec terapii. Tak czy inaczej, zastanawiam się, czy jest jakiś inny powód oprócz wypisu.

Klientka: Masz rację. Właściwie stało się coś głupiego.

Terapeuta: Czy chciałabyś o tym porozmawiać?

Klientka: W poniedziałek byłam w centrum z kilkoma innymi uczestnikami terapii. Robiliśmy zakupy w supermarkecie... Gdybym była sama, to by się nie udało.

Terapeuta: To było trochę ryzykowne.

Klientka: Więcej niż trochę...

Terapeuta: Walczyłaś z pragnieniem (*próba odzwierciedlenia trudności klientki*).

Klientka: Tak, jeśli byłabym sama...

Terapeuta: ...mogłabyś kupić alkohol... (*odzwierciedlenie*)

Klientka: Tak, heroina już mnie nie martwi, ale alkohol to coś zupełnie innego.

Terapeuta: Jest dostępny wszędzie.

Klientka: Tak... w supermarkecie, na stacji benzynowej, wszędzie.

Terapeuta: Nie masz na to wpływu (*odzwierciedlenie złożone, dalej ogniskujące uwagę klientki wokół tematu poczucia sprawczości*).

Klientka: Tak. Naprawdę nie wiem, czy będę w stanie oprzeć się pokusie. Tym razem wiedziałam, że muszę wrócić do szpitala.

Terapeuta: Wiedząc, że to uniemożliwiło ci zakup alkoholu... (*dowartościowanie podjętej decyzji*)

Klientka: Ale życie codzienne to coś innego niż opuszczenie oddziału na godzinę.

Terapeuta: Czy chciałabyś znać mój punkt widzenia? (*pytanie o zgodę*)

Klientka: Tak.

Terapeuta: Ok. Większość terapeutów jest bardziej zaniepokojona, gdy klienci są zbyt pewni siebie i nie martwią się nawrotem. Ci klienci zwykle nie doceniają ryzyka nawrotu... Często nie są przygotowani na poradzenie sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka (*podzielenie się informacjami*).

Klientka: No tak... ale mnie strach przed nawrotem uzależnienia osłabia, zniechęca.

Terapeuta: Czy mógłbym ci coś zasugerować? (*pytanie o zgodę*)

Klientka: Liczyłam na radę od ciebie.

Terapeuta: Zdając sobie sprawę z niebezpieczeństwa i nie wiedząc, jak sobie z tym poradzić, prawie wszyscy są przeżeni i sfrustrowani. Mogę się mylić, ale najwyraźniej tak się dzieje i w twoim przypadku (*psychoedukacja, podzielenie się informacjami*).

Klientka: To jest właśnie sedno sprawy...

Terapeuta: Czy mogę ci zaproponować omówienie niektórych strategii radzenia sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka? (*pytanie o zgodę*)

Klientka: To brzmi dobrze... Już czuję się trochę lepiej...

Terapeuta: Czy powinniśmy przyjrzeć się bliżej temu, co działo się w poniedziałek? (*ogniskowanie uwagi wokół konkretnej sytuacji*)

K: Nie mam nic przeciwko temu.

Terapeuta: Po pierwsze, czy mogę cię prosić o opisanie całego dnia? Wstawanie rano, przygotowywanie się do dnia, sprawy na oddziale... Im bardziej szczegółowo to zrobisz, tym lepiej, pozornie nieistotne szczegóły mogą tu mieć znaczenie (*zachęcenie do wspólnego szukania czynników spustowych*).

Klientka: Dobrze. Z trudem wstałam z łóżka... czułam się jakaś spowolniała i ospała, po prysznicu i pierwszej filiżance kawy poczułam się trochę lepiej, ale nie czułam się w formie.

Terapeuta: Niezbyt dobry początek dnia... Wciąż czułaś się ospała. Czy dobrze spałaś?

Klientka: Nigdy nie śpię dobrze w szpitalu. Ale ta noc była naprawdę zła.

Terapeuta: Jeszcze gorzej, niż to było wcześniej? Co stało się potem?

Klientka: Po obchodzie poszłam do supermarketu.

Terapeuta: Czy możesz mi powiedzieć coś więcej o porannym obchodzie?

Klientka: Uzgodniliśmy datę mojego wypisu ze szpitala. Lekarz był dla mnie bardzo miły, mówił o udanym leczeniu i moich staraniach, które doprowadziły do sukcesu... o moim zaangażowaniu...

Terapeuta: To bardzo dowartościowujące i zachęcające.

Klientka: To naprawdę wzmocniło moją pewność siebie i zwiększyło motywację.

Terapeuta: Uznanie zwiększyło twoją samoocenę i zaangażowanie (*odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: Właśnie.

Terapeuta: Jak się potem czułaś? (*identyfikacja emocji*)

K: Bardzo pozytywnie... byłam dumna, wesoła, też jakoś podekscytowana...

Terapeuta: ...spięta... (*odzwierciedlenie emocji*)

Klientka: Mówienie o wypisie sprawiło, że poczułam się dwojako...

Terapeuta: Mieszanka uczuć i myśli... (*podkreślenie związku myśli i uczuć*)

K: Oczywiście, czułam się dumna. I cieszę się, że mogę wrócić do domu. W każdym razie bałam się.

Pani Lorenz nadal szczegółowo opisuje swój dzień. Terapeuta podsumowuje to, co się wydarzyło tego dnia.

Terapeuta: Dziękuję za twoją cierpliwość. Teraz wiemy znacznie więcej o tym dniu. Czy chcesz usłyszeć moją wersję tego, co się z tobą stało? Oczywiście mogę się mylić. Być może z twojej perspektywy inna wersja ma większy sens. I oczywiście twój punkt widzenia jest tu bardzo ważny. Co chcesz zrobić? (*pytanie o zgodę*)

Klientka: Najpierw chciałabym usłyszeć twoją wersję.

Terapeuta: Możesz jednak w każdej chwili mi przerwać. Zobaczmy, czy dobrze cię zrozumiałem. Po źle przespanej nocy nie czułaś się w formie. Po prysznicu i pierwszej filiżance kawy poczułaś się trochę lepiej i byłaś gotowa na obchód. Lekarz stwierdził, że leczenie zakończyło się sukcesem i że to udane zakończenie jest wynikiem twojego zaangażowania i wysiłku. Co więcej, powiedział ci, że wkrótce zostaniesz wypisana ze szpitala. Wysłałaś do miasta z mieszanymi uczuciami i myślami. Dowartościowanie sprawiło, że poczułaś się z siebie dumna i wzmocniłaś swoją pewność siebie. Jednak rozmowa o wypisie sprawiła, że poczułaś się też trochę przestraszona. Jesteś całkiem pewna tego, że oprzesz się chęci wzięcia heroiny. Zdajesz sobie sprawę z ryzyka i nauczyłaś się sobie z nim radzić. Czujesz się dobrze przygotowana. Ale kiedy masz do czynienia z alkoholem, nadal odczuwasz silną potrzebę picia. Jednak silne pragnienie skonfrontowało ciebie także z tym, że

możesz być nieprzygotowana do ochrony siebie przed alkoholem. Po rozmowie z lekarzem dołączyłaś do dwóch klientów, którzy poszli do supermarketu. Byłaś podekscytowana i mówiłaś o wypisie. Ponieważ czas przepustki się kończył, spieszyło ci się. A więc dotarłaś do supermarketu dość pospiesznie. W supermarkecie minęłaś półki z napojami alkoholowymi i byłaś zaskoczona silnym głodem, jaki się pojawił. To jest pierwsza połowa mojego podsumowania. Co o tym myślisz?

Klientka: Opisujesz to całkiem dobrze.

Zastosowana procedura przypomina praktykę dialogu motywującego, o której piszą Rollnick, Mason i Butler (1999), kiedy to terapeuta zachęca klientkę do jak najdokładniejszego zrelacjonowania przebiegu dnia związanego z ryzykiem wpadki. Gromadzenie informacji kończymy szczegółowym podsumowaniem. W kontekście zapobiegania nawrotom ponowne powtórzenie wydarzeń w porządku chronologicznym często okazuje się niezwykle skuteczne. Kluczowe są tutaj pytanie o zgodę, pozwalające klientce decydować o kierunku rozmowy oraz wspieranie autonomii klientki.

Rozwijanie strategii zaradczych

Istotnym czynnikiem zapobiegania nawrotom jest praca nad rozwijaniem sposobów radzenia sobie. Prochaska i DiClemente (1992) zwracają uwagę, że na ogół jest to długotrwały proces. Zarówno w terapii poznawczo-behawioralnej, jak i w dialogu motywującym wpadka jest okazją do przećwiczenia skuteczniejszych metod radzenia sobie z uzależnieniem, a nie skazaniem się na porażkę. Chodzi o rozwijanie u klienta uważności na specyficzne czynniki zagrażające, ale również wzmocnienie poczucia sprawczości. Zbyt szybkie wystawienie się osoby na sytuację wysokiego

ryzyka powoduje spadek poczucia kontroli, co oznacza wzrost ryzyka nawrotu. Warto zwrócić uwagę, że nieporadzenie sobie w sytuacji wysokiego ryzyka automatycznie obniża poczucie własnej skuteczności. Jeśli klient nie będzie potrafił odwołać się do strategii radzenia sobie z problemem uzależnienia, taka sytuacja najprawdopodobniej doprowadzi do wypadki.

Bardzo ważna jest nauka samoobserwacji i rozpoznawania sytuacji ryzykownych za pomocą inwentarza, na przykład zapisu na skali od 0 do 10, na ile dana sytuacja jest sytuacją trudną. Tu działania terapeutyczne powinny obejmować m.in. trening umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka, ale również rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem czy technik relaksacyjnych, jakie można zastosować w sytuacjach zagrożenia wypadką. Bardzo pomocna może być też psychoedukacja na temat bezpośrednich (krótkoterminowych) i odroczonej (długofalowych) efektów związanych z doświadczeniem wypadki czy z zapobieganiem nawrotowi.

Nadrzędnym celem jest przewidywanie problemów, nim się pojawią, i stworzenie repertuaru alternatywnych strategii. Może to być lista sposobów radzenia sobie, które inni uznali za szczególnie pomocne. Warto być uważnym na to, by wychwycić przeszłe sytuacje wysokiego ryzyka, w których klient sobie poradził, na przykład: „Kiedy w zeszłym tygodniu przechodziła pani obok kasyna, to wcale pani do niego nie weszła. Co pani w tym pomogło? Jak pani to zrobiła?”. Jest to okazja do wydobywania języka zmiany klienta i wzmocnienia aktywności sprzyjających radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Strategie te ćwiczone są podczas sesji, ale docelowo chodzi o to, by później klient próbował daną strategię wprowadzić w życie.

W pracy nad zapobieganiem nawrotom warto zawrzeć kontrakt na ograniczenie/zaprzestanie używania danej

substancji/czynności. Jest to ważne również ze względu na włączanie się myślenia związanego z oczekiwaniem pozytywnych efektów podjęcia określonych czynności czy działania określonej substancji. Pomocne będzie też opracowanie **przypominalki**, czyli listy działań podpowiadających, co robić w razie wpadki, a także praca poznawcza nad urealnieniem oczekiwań.

Zmiana przekonań specyficznych dla uzależnienia

Jeśli klient doświadczył powrotu do starych zachowań, warto zwrócić szczególną uwagę na to, w jaki sposób mówi on o swoim niepowodzeniu. Jeżeli uważa każdą wpadkę za błąd nie do naprawienia, prawdopodobieństwo nawrotu wzrośnie. Aby temu zapobiec, pomocny może się okazać dialog motywujący. Rzecz w tym, by klient zaczął traktować to doświadczenie jako okazję do poczynienia ważnych obserwacji na własny temat, lepszego samopoznania i uczenia się nowych umiejętności. W takich sytuacjach terapeuta stara się unikać pejoratywnego określenia „nawrót” (zob. Miller, 2009; Miller, Forcehimes, Zweben, 2014; 2019). Zamiast tego używa słów „potknięcie” czy „utrzymanie zachowania” oraz – bez względu na trudności z utrzymaniem zmian – wyraża empatię, wspiera autonomię klienta i daje mu możliwość wyboru co do podjęcia kolejnej próby utrzymania zmian zachowania (motywujące wzmocnienie autonomii klienta).

Istotnym elementem, na który należy zwrócić uwagę, jest **syndrom fałszywej nadziei**, czyli nierealistyczne oczekiwania klienta dotyczące tempa, intensywności, łatwości wdrożenia i konsekwencji prób zmiany własnego zachowania. W znaczący sposób może to utrudnić skuteczne wprowadzenie zmiany (Marlatt, Gordon, 1985). Syndromu

falszywej nadziei można uniknąć również dzięki elastycznemu i realistycznemu podejściu do wyznaczania i realizacji celów. W tym aspekcie szczególnie pomocne okazują się motywujące dowartościowania, kiedy terapeuta stara się trafnie umacniać klienta w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Tak ukierunkowana praca przekłada się na skuteczne utrzymywanie zmiany i mniejsze prawdopodobieństwo nawrotów.

Istotnym elementem jest rozwijanie przekonań dotyczących kontroli, co m.in. przekłada się na pracę ze zniekształceniami poznawczymi, na przykład nad zmianą dychotomicznego (czarno-białego) myślenia związanego z efektem złamania abstynencji. Beck zwraca uwagę, że wpadka staje się nawrotem najczęściej z powodu przekonań „wszystko albo nic”, na przykład: „Wpadka oznacza, że nie mam żadnej kontroli”, „Ponieważ nie udało mi się utrzymać abstynencji, terapia jest bezskuteczna”, „Wpadka to katastrofa”. Ważną strategią w profilaktyce nawrotów jest zmiana dychotomicznego myślenia o wypadkach, aby nie stawały się one pełnymi nawrotami.

Gdy pojawi się wpadka, można zastosować techniki wizualizacyjne, by zrekonstruować sekwencję bodźców, przekonań, automatycznych myśli i zachowań, które doprowadziły do wypadki. Będzie to podstawą późniejszego ćwiczenia odpowiednich technik kontroli w odniesieniu do każdego rozstrzygającego momentu, aby przygotować klienta do podobnych sytuacji w przeszłości.

Wspieranie poczucia własnej sprawczości

Jak pokazują badania, poczucie sprawstwa to ważny czynnik związany z przewidywaniem efektów terapii (Prochaska, DiClement, Norcross, 1992). Niektórzy badacze wskazują na poczucie własnej sprawczości jako na najważniejszy

predyktor podtrzymania pozytywnych zmian (Bandura, 1982; Annis, 1986), przy czym zwraca się uwagę, że lepszym wskaźnikiem jest poczucie własnej skuteczności, pojawiające się u klienta pod koniec terapii, niż to, które ujawnia się w jej początkowym okresie (Polivy, Herman, 2002).

Do szczegółowej analizy poczucia skuteczności mogą służyć kwestionariusze. Jednym z bardziej popularnych na świecie (w Polsce jeszcze mało znanym) jest Sytuacyjny Kwestionariusz Pewności Siebie (Miller, 2009). Zachęca on klienta do refleksji na temat wiary we własne siły w najbardziej typowych sytuacjach ryzykownych (miło spędzany czas z innymi ludźmi, konflikty z innymi ludźmi itp.). Klient pracuje ze skalą 0–6, gdzie 0 oznacza brak poczucia pewności, że poradzi sobie w trudnej sytuacji, a 6 – całkowitą pewność siebie. W ramach terapii zapobiegania nawrotom ważne jest budowanie u klienta realistycznego poczucia własnej skuteczności. Zarówno poczucie bezradności, jak i zbyt duża pewność siebie w sytuacjach ryzyka nie są pomocne w trwałym radzeniu sobie z uzależnieniem, dlatego monitorowanie poziomu poczucia własnej skuteczności może być istotnym wyznacznikiem skuteczności zmiany.

Im dłużej dana osoba powstrzymuje się, zgodnie z własną wolą, od określonych czynności, tym bardziej wzmacnia się jej poczucie własnej skuteczności (Marlatt, Gordon, 1985). Z drugiej strony jeśli osobie uda się skutecznie zareagować na sytuację wysokiego ryzyka, to jej zaufanie do własnej skuteczności wzrasta. Skutkiem tego będzie coraz mniejsze ryzyko nawrotu.

Punktem wyjścia do pracy terapeutycznej skoncentrowanej na wzmacnianiu poczucia własnej sprawczości mogą być rozmowy na temat przeszłych skutecznych doświadczeń klienta. Mogą one stanowić podstawę do sięgania do zasobów klienta. Przykładem jest stosowana w dialogu

motywującym skala pewności („W skali od 1 do 10 jak bardzo jesteś pewien, że możesz wprowadzić te zmiany w życie, gdzie 1 oznacza „nie mam pewności”, a 10 – bardzo dużą pewność, że „wprowadzę te zmiany w życie”), która bywa źródłem wielu cennych informacji dotyczących przekonań klienta. Duże zastosowanie mają też pytania otwarte typu: „Jak udawało się panu wprowadzać te zmiany w przeszłości?”, „Jakie to uczucie: włożyć energię i wysiłek w pracę nad zachowaniem, a potem doprowadzić do zmiany?”.

Praca z wartościami i ważnością zmiany

Zarówno terapia zapobiegania nawrotom, jak i sytuacje powrotu do dawnych zachowań są doskonałą okazją, aby odwołać się do systemu wartości klienta i znaczenia, jakie ma dla niego utrzymywanie zmiany zachowania. Praca z wartościami to jeden z podstawowych kierunków budowania motywacji do zmiany, stosowany w dialogu motywującym. Pomocne jest zastosowanie skali ważności, kiedy terapeuta prosi klienta, aby ten ocenił poziom swojego zobowiązania do realizacji danego celu w skali od 1 do 10. Ta praca pozwala wydobyć język zmiany dotyczący pragnienia zmiany, możliwości, potrzeby, powodów jej utrzymania, ale także pomaga określić poziom zaangażowania w utrzymywanie zmiany zachowania („Wiem, że kiedy dopada mnie zniechęcenie, pomaga mi przypominanie sobie, że nie chcę wracać do tych wciągających, ale czasochłonnych gier, bo zależy mi na większym poświęcaniu czasu moim dzieciom”). Pomocne może też być odwoływanie się do pracy z ogólnymi wartościami wyznawanymi przez klienta („Co dla pana stanowi szczególną wartość w życiu i dlaczego to jest dla takie ważne?”, „Jak ta wartość może być pomocna w radzeniu sobie z pana obecnymi trudnościami?”).

Bardzo pomocna w rozwijaniu mocnych stron klienta może być praca z listą cech dowartościowujących. Chodzi o stworzenie listy, która zawiera wyłącznie pozytywne określenia, na przykład wytrwałość, pracowitość, odwaga, energia, prawdomówność, kreatywność, uczciwość, koleżeństwo itp. Klient wybiera swoje zalety spośród wielu tam wymienionych, a następnie mówi, jak uwidaczniają się one w jego życiu, zarówno w odniesieniu do sukcesów z przeszłości, jak i w podtrzymywaniu zmiany zachowania: „Wśród cech, które określił pan jako pasujące do pana, jest wytrwałość. Mówił pan o wielu wycieczkach górskich z czasów, kiedy należał pan do harcerstwa. Jak ta cecha wyrażała się dawniej w pana życiu? Jak wytrwałość może pomóc w pana obecnej pracy nad podtrzymaniem zmian, które pan wprowadził, radząc sobie z uzależnieniem?”

Odwołajmy się jeszcze raz do obserwacji klinicznych: badania dowodzą, że jednym z czynników wyraźnie wpływających na pozytywne wyniki terapii jest także pozytywna postawa terapeuty – realny optymizm w związku ze zdolnością klienta do podtrzymania zmian i wyrażanie nadziei na ich skuteczność. Pomocne będą tu wypowiedzi typu: „W przeszłości osiągnął pan już tak wiele, że ma pan niemało własnych pozytywnych doświadczeń, jak sobie radzić, z których może pan teraz skorzystać”.

Budowanie sieci wsparcia

Niezwykle ważną kwestią jest także praca z klientem nad rozpoznawaniem, które relacje społeczne wspierają zmianę, a które są dla niego niebezpieczne. Przykładem takiej pracy jest dialog prowadzony przez Melanie Seddon, brytyjską terapeutkę uzależnień, która spotkała się z 40-letnią kobietą. Klientka od dwóch lat jest uzależniona od hazardu internetowego. Uzależnienie rozwinęła, pozostając długi

czas w relacji przemocowej. Fragment rozmowy, który tu przywołujemy, trwał około 10 minut.

Terapeutka: Która część planu, jaki opracowałaś przed wypisem, dobrze na ciebie zadziałała od czasu opuszczenia szpitala? *(Pytanie otwarte służyło do zbadania planu wypisu, który klientka opracowała podczas rehabilitacji).*

Klientka: Tak, przeprowadzka do siostry i szwagra była dobrym pomysłem, mam towarzystwo, dzielimy się gotowaniem i pracami domowymi, a więc jestem cały czas zajęta. To zadziałało dobrze.

Terapeutka: Pomogło ci przebywanie z rodziną zamiast powrotu do pustego mieszkania. Czujesz się wspierana i potrzebna, dzieląc się z siostrą obowiązkami domowymi, gotowaniem... Co jeszcze zadziałało dobrze? *(Refleksja wyrażająca empatię i sprawdzająca, czy terapeutka właściwie rozumie sytuację. Pytanie otwarte, aby zachęcić klientkę do dalszych wypowiedzi).*

Klientka: Codzienne uczestniczenie w tutejszych spotkaniach grupowych również było dobre. Rozmowa z ludźmi, którzy przeszli przez ten sam program i rozumieją, jakie to jest trudne. Również grupa warsztatowa była pomocna, uczę się szydełkować, i to jest relaksujące.

Terapeutka: Czujesz się wspierana zarówno tutaj, jak i w domu siostry i nauczyłaś się nowego sposobu na relaks. Czy zdarzyło ci się kiedyś, że miałaś ochotę na grę online? *(Refleksja i dowartościowanie. Pytanie otwarte, aby zbadać prawdopodobieństwo nawrotu).*

Klientka: Czasami. Wieczorem, kiedy idę do swojego pokoju. Zaczynam się wtedy niepokoić i martwić, jak to będzie, gdy już będę sama w swoim mieszkaniu.

Terapeutka: Myślisz o przyszłości i o tym, jak sobie poradzisz, gdy w domu będzie nikogo, kto mógłby ci pomóc lub z kim mogłabyś porozmawiać. Jakie masz pomysły, które możesz dodać do swojego planu, aby zapobiec nawrotowi? *(Refleksja, aby pokazać zrozumienie i wyrazić*

empatię. Otwarte pytanie, aby wzbudzić pomysły klientki, dotyczące zapobiegania nawrotom).

Klientka: W grupie dzieliliśmy się różnymi pomysłami, jak sobie z tym poradzić, ponieważ wydaje się, że jest to coś, o co martwi się większość ludzi. Martwią się nawet ci, którzy nie grali od miesięcy. Jednym z pomysłów, o którym rozmawialiśmy, jest wymienianie się numerami telefonów, żebyśmy mogli dzwonić do siebie po wsparcie.

Terapeutka: Będziesz więc częścią sieci wsparcia członków grupy, którzy mogą kontaktować się z tobą wieczorem albo w weekendy, kiedy potrzebujesz kogoś do rozmowy. Jakie masz inne pomysły? *(Refleksja, po której następuje pytanie otwarte, aby zachęcić klientkę do rozwinięcia wypowiedzi).*

Klientka: Kiedy byłam na odwyku, sesje uważności były naprawdę relaksujące. Zaczęłam się relaksować, koncentrując się na oddychaniu. Rozmawiałam o tym z siostrą, jak mi to pomogło. Była tym bardzo zainteresowana i znalazła wieczorne zajęcia w domu kultury niedaleko naszego domu. Jutro planujemy wybrać się tam razem. Od zakończenia odwyku ćwiczyłam uważną medytację każdego ranka w swoim pokoju. To dobry sposób na rozpoczęcie dnia.

Terapeutka: Masz pomysły na kilka różnych technik, aby zapobiec nawrotowi, a niektórych już używaś. Dobrze wykorzystałaś czas uczestnictwa w programie i w sesjach grupowych. A patrząc wstecz, jak wyglądało twoje życie przed odwykiem? *(Dowartościowanie, po którym następuje otwarte pytanie, zachęcające klientkę do refleksji nad swoim poprzednim życiem, kiedy po całych nocach grała. Pierwsza część strategii wywoływania języka zmiany).*

Klientka: Na kilka miesięcy przed przystąpieniem do programu grałam codziennie. Nie wychodziłam z domu, klóciłam się z siostrą. Wydawałam pieniądze z kart kredytowych, miałam długi i nie płaciłam rachunków. Właściciel mieszkania groził, że mnie eksmituje. Oprócz siostry

z nikim się nie widywałam, nie jadłam, nie myłam się, nie obchodziło mnie to. Czułam się samotna i przygnębiona, i było mi wszystko jedno, czy przeżyję, czy umrę.

Terapeutka: Byłaś w bardzo mrocznym miejscu, w którym istniał głównie hazard i zaniedbywanie siebie. Miałaś zły czas i twoja siostra martwiła się o ciebie, ale odtrącałaś ją, kłóciłaś się z nią. *(Refleksja w celu wyrażenia zrozumienia)*.

Klientka: Tak było. To było okropne.

Terapeutka: Powiedz, wyobrażając sobie swoje życie za dwa lata, przy założeniu, że wszystko idzie dobrze, jak będzie wtedy wyglądało twoje życie? *(Pytanie otwarte z nastawieniem na jej najlepsze życie. Druga część strategii wywoływania języka zmiany)*.

Klientka: Za dwa lata będę miała nową pracę i spłacę długi. Będę miała grono dobrych przyjaciół. Życie będzie interesujące, a najlepsze będzie to, że będę studiować uważność, żeby pomagać innym.

Terapeutka: Naprawdę pomyślałaś o przyszłości i masz jasne wyobrażenie o tym, jak chcesz, żeby wyglądało twoje życie. A gdybyśmy miały wrócić na chwilę do twojej pracy nad zapobieganiem nawrotom, to co by mogło ci przeszkodzić w osiągnięciu tych celów? *(Dowartościowanie wzmacniające język zaangażowania klientki, a następnie pytanie otwarte, aby uzyskać od niej pomysły na to, co mogłoby spowodować nawrót. Jest to dobra informacja do pracy w zapobieganiu nawrotom)*.

Klientka: Gdybym znów zaczęła grać, to obawiam się, że wróciłabym do hazardu jak wcześniej, a wtedy wszystko wymknie mi się spod kontroli. Straciłabym wszystko, moja siostra byłaby wściekła i powiedziała by, że jeszcze raz nie da rady przez to przejść. A gdybym znów wpłatała się w związek pełen przemocy, taki jak ten mój ostatni, to z pewnością też wróciłabym do hazardu.

Terapeutka: Tak ciężko pracowałeś, żeby pokonać swoje uzależnienie od hazardu i cieszysz się nowym stylem życia. Masz ważne i osiągalne cele. Nie chcesz tego stracić i zdałaś sobie też sprawę, że nawiązanie nowego związku, pełnego nadużyć i przemocy, byłoby bardzo ryzykowne. Mam informację na temat programu dla kobiet, które były w przemocowych związkach. Być może mogłoby to pomóc i tobie. Czy chciałabyś, żebym na naszym następnym spotkaniu opowiedziała ci o tym programie? *(Podsumowanie, które obejmuje dowartościowanie, język zmiany i język zaangażowania, empatycznie wyrażając, że bardzo chce iść naprzód. Pytanie o pozwolenie na udostępnienie informacji, które mogą być pomocne dla klientki i uzyskanie zgody).*

Klientka: Tak, oczywiście.

Zwróćmy uwagę, jak terapeutka odnosiła się do wsparcia ze strony najbliższej rodziny, pracując w duchu dialogu motywującego. Choć środowisko rodzinne może stanowić źródło wielu sytuacji stresowych, to jednak z reguły jest jednym z najważniejszych elementów sieci wsparcia (Miller, 2009). Warto więc pytać klienta: „Jakiego wsparcia pan potrzebuje?”, „Gdzie są luki w sieci wsparcia?”, „Co jest zdecydowanie niepomocne, a co może być pomocne?”. Klientka stawała się coraz bardziej aktywna i odpowiadała na pytania zastosowane w celu wydobycia jej własnych pomysłów, również dotyczących wsparcia społecznego. Terapeutka nie zapomniała o dowartościowywaniu, wzbudzając i umacniając w klientce poczucie pewności siebie i poczucie własnej sprawczości.

Podsumowanie

W trakcie terapii zapobiegania nawrotom klient uczy się, jak może się stać swoim własnym terapeutą i korzystać z przekazanych mu narzędzi terapeutycznych po zakończeniu profesjonalnej terapii. Ważnym aspektem radzenia

sobie z bodźcami wysokiego ryzyka jest nie tylko samo zaangażowanie w terapię, nawet po wpadce, ale również nauka zrównoważonego stylu życia. Strategie zapobiegania nawrotom obejmują działania specyficzne, takie jak: identyfikowanie sytuacji wysokiego ryzyka związanych z wpadką lub nawrotem, rozwijanie strategii zaradczych, wzmacnianie poczucia skuteczności klienta, zmiana przekonań specyficznych dla uzależnienia, zmiana myślenia dychotomicznego (wpadka to nie nawrót) czy rozwijanie przekonań dotyczących kontroli. Jak wskazuje praktyka kliniczna, dla wielu klientów pomocne hasła warte zapamiętania to:

- **Pamiętaj, że nawrót pojawia się stopniowo.**
- **Bądź uważny na znaki ostrzegawcze.**
- **Dbaj o siebie.**
- **Proś o pomoc.**
- **Nie zapominaj, że nie jesteś sam.**

Bardzo ważne jest też zachęcanie klientów do podejmowania działań bardziej ogólnych, takich jak: zrównoważony styl życia, rozwijanie pozytywnych przyzwyczajęń, techniki kontroli bodźców czy budowa sieci wsparcia. Podczas takiej pracy warto przede wszystkim odwoływać się do wartości, nadziei i długoterminowych celów klienta.

W końcowej refleksji, podsumowującej pracę terapeutyczną opartą na podejściu integrującym terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący, warto zwrócić uwagę, że – jak wskazują przykłady rozwiązań stosowanych w wielu krajach, w których terapię uzależnień finansowane są w ramach nieodpłatnej państwowej opieki zdrowotnej – dzisiaj bardziej powszechna staje się terapia uzależnień o mniejszej intensywności. Chodzi też o umożliwienie łatwiejszego dostępu nie tylko do terapii, ale też do specjalistów, którzy mogą udzielić wsparcia na jak najwcześniejszych etapach rozwoju uzależnienia. Wiąże się to m.in. z

doniesieniami naukowymi z prowadzonych od dziesiątków lat badań. Z jednej strony obaliły one wiele mitów dotyczących rzekomej specyfiki osób uzależnionych, z drugiej wskazały na bardzo specyficzne elementy prowadzenia terapii uzależnień, które przyczyniają się do jej skuteczności (np. wzmacnianie poczucia sprawstwa), jak również te elementy, które wpływają na brak jej skuteczności (np. konfrontowanie klienta).

Jak w przedmowie do niniejszego tomu mówi prof. Miller, pracując z osobą uzależnioną zamiast konfrontowania, koncentrujemy się coraz bardziej na mocnych stronach i wspólnym poszukiwaniu własnego potencjału klienta do zmiany. Taka terapia nie zawsze wymaga długich i kosztownych programów, lecz zastosowania sposobów pracy, które w metodycznie prowadzonych badaniach wykazują faktyczną skuteczność. Oznacza to, że zostały wypracowane w paradygmacie terapii opartych na dowodach naukowych, a ich skuteczność potwierdzają tysiące badań empirycznych prowadzonych na całym świecie. Takim sposobem pracy jest niewątpliwie dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna, jak też podejście integrujące obie te metody.

Bibliografia

- Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. W: W.R. Miller, N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change*. New York: Plenum.
- Babor, T.F., BelBoca, F.K. (ed.) (2003). *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese B.S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., Westbrook, D. (2005). *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Gdynia: Alliance Press.
- Blenkiron, P. (2010). *Stories and Analogies in Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Wiley-Blackwell.
- Bui Ngoc, A., Derwich, A., Jaraczewska, J.M. (2015). *Terapia poznawczo-behavioralna i dialog motywujący. Psychoterapia oparta na dowodach naukowych. ALBO albo. Terapia i kultura*, 1, 145–153.
- Burns, D. (1980). *The feel good book*. New York: William Morrow.
- Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Marlatt, G.A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach*. New York: Guilford Press.
- Ellis, A. (1998). *Terapia krótkoterminowa: lepiej, głębiej, trwalej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Greenberger, D., Padesky, C.A. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Greenberger, D., Padesky, C.A. (2017). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Griffiths, M.D. (2005). A „components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197.
- Jaraczewska, J.M. (1989). Prediction of relapse in alcohol dependency. Niepublikowana praca dyplomowa. Studia Podyplomowe Psychologii Klinicznej – Research dissertation – part III The British Psychological Society. Postgraduate diploma in Clinical Psychology.
- Jaraczewska, J.M. (2009). Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 22(2), 129–141.
- Jaraczewska, J.M., Adamczyk-Zientara, M. (red.) (2015). *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Warszawa: ENETEIA.
- Jaraczewska, J.M., Derwich (2020a). *Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Tom 2. Podręcznik dla profilaktyków uzależnień*. Warszawa: ENETEIA.
- Jaraczewska, J.M., Derwich (2020b). *Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Tom 3. Podręcznik dla lekarzy*. Warszawa: ENETEIA.
- Jaraczewska, J.M., Krasiejko, I. (2012). *Dialog motywujący w teorii i praktyce*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Jaraczewska, J.M., Rutkowska, J. (2008). Terapia motywująca i terapia poznawczo-behawioralna jako specyficzne interwencje psychologiczne, *Nowiny Psychologiczne*, 3, 27–37.
- Kennerley, H. (2004). *Terapia lęku. Podręcznik treningu opanowania lęku*. Gdynia: Alliance Press.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning. Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Leahy, R. (2008). *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Leahy, R. (2016, listopad). Wykład inauguracyjny wygłoszony podczas szkolenia „Schematy emocjonalne”. Warszawa: Akademia Motywacji i Edukacji.

- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, P.M. (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Miller, W.R. (2015). Terapia uzależnień – proces ewolucji i oddawania władzy. W: J.M. Jaraczewska, M., Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Warszawa: ENETEIA.
- Miller, W.R. (2009). *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Zalecenia do optymalizacji terapii*. Warszawa: Parpamedia.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany* (tłum. A. Pokojska). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów* (tłum. M. Cierpisz). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2019). *Treating addiction. A guide for professionals*. Second edition. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.
- Moyers, T.S., Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M., Tonigan, J.S., Amrhein, P.C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 40S–47S.
- Naar, S., Safren, S.A. (2017). *Motivational interviewing and CBT: Combining strategies for maximum effectiveness*. New York: Guilford Press.
- Naar, S., Safren, S.A. (2020). *Dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna* (tłum. J. Okuniewski). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Persons, J.B. (2007). *Terapia poznawcza w praktyce. Podejście oparte na sformułowaniu przypadku*. Gdynia: Alliance Press

- Prochaska, J.O., DiClement, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Polivy, J., Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677–689.
- Rollnick, S., Mason, P., Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone. dostępny w internecie: <www.motivationalinterviewing.org/motivational-interviewing-resources>.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2009). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tatarsky, A., Kellogg, S., (2012). Psychoterapia integracyjna w oparciu o model redukcji szkód. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Noty o autorkach

Jadwiga M. Jaraczewska – psycholożka kliniczna, prezeska Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej PTTM, superwizorka PTTPB, certyfikowana trenerka DM w międzynarodowym Stowarzyszeniu Trenerów Dialogu Motywującego (MINT), była członkini władz PTTPB, kierowniczka kursu superwizorów-dydaktyków PTTPB. Autorka pierwszych w Polsce prac o dialogu motywującym (w tym pierwszej polskiej książki *Dialog Motywujący w teorii i praktyce*). Członkini EACBT i Network for Psychotherapeutic Care in Europe, propagującej psychoterapię w regulacjach Parlamentu Europejskiego. Trenerka biznesu.

Anna Derwich – psycholożka, superwizor-dydaktyk PTTPB, członkini władz Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, członkini Stowarzyszenia Trenerów Dialogu Motywującego (MINT), kierownik szkoły psychoterapii AMiE. Prowadzi szkolenia i superwizje z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej i dialogu motywującego dla różnych grup specjalistów. Superwizuje zespoły terapeutyczne zakładów karnych, zespoły interwencji kryzysowej oraz zespoły interdyscyplinarne działające w obszarze pomocy społecznej.

Akademia Motywacji i Edukacji (AMiE)

Akademia Motywacji i Edukacji (AMiE) powstała z myślą o profesjonalistach, którzy nie tylko poszukują skutecznych metod i narzędzi pracy z klientami, ale również chcą rozwijać swój warsztat umiejętności okazywania troski, szacunku i empatycznego reagowania na wypowiedzi klienta. Zespół AMiE to wysokiej klasy specjaliści – praktycy, ludzie z bogatym doświadczeniem, uczący z pasją i zaangażowaniem. Prowadzimy szkolenia dla specjalistów pracujących m.in. w obszarach zdrowia psychicznego, medycyny, uzależnień, pomocy społecznej, oświaty, służby więziennej i innych.

Szkoła psychoterapii AMiE jest rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, a jej ukończenie uprawnia do wystąpienia o certyfikat psychoterapeuty PTPB. Zależy nam, by absolwenci szkoleń kończyli je z szerokim rozumieniem problemów, z jakimi borykają się ludzie, utrwalonym warsztatem umiejętności oraz poczuciem samoskuteczności w swojej pracy.

Więcej na www.amie.pl

