

Elementy pracy
psychologicznej
z osobami
uzależnionymi
behawioralnie
na przykładzie
terapii
schematów
i terapii
dialektyczno-
behawioralnej
w praktyce
lekarskiej

**Elementy pracy
psychologicznej
z osobami
uzależnionymi
behawioralnie
na przykładzie
terapii
schematów
i terapii
dialektyczno-
behawioralnej
w praktyce
lekarskiej**

**Jadwiga Maria Jaraczewska
Anna Maria Derwich**

AKAPIT

WYDAWNICTWO
EDUKACYJNE
Toruń 2021

Recenzenci

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

Tłumaczenie przedmowy i przykładów klinicznych

Jadwiga M. Jaraczewska, Marzena Badyna

Redaktor prowadzący

Marta Malinowska-Reich

Redaktor techniczny

Dawid Iwanowski

Opracowanie redakcyjne i korekta

Janina Malinowska

Projekt okładki

studio graficzne RASPBERRY.com.pl

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

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

ISBN 978-83-66951-19-8

Wydawca

Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT” s.c.

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

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

Druk: Machina Druku, www.machinadruku.pl

Egzemplarz bezpłatny



Spis treści

Przedmowa – <i>Bastian Willenborg</i>	7
Wprowadzenie	11
ROZDZIAŁ 1.	
Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych	15
ROZDZIAŁ 2.	
Zaburzenia osobowości	29
ROZDZIAŁ 3.	
Charakterystyka terapii schematów	37
ROZDZIAŁ 4.	
Charakterystyka terapii dialektyczno-behawioralnej	65
Podsumowanie	95
Bibliografia	97

Przedmowa

Uzależnienie od alkoholu i inne uzależnienia są jednym z najbardziej szkodliwych problemów i powodują wiele cierpień u ludzi na całym świecie. Istnieje wiele możliwości leczenia, takich jak dialog motywujący, terapia poznawczo-behawioralna lub trening neuropoznawczy. Niestety w sytuacji, gdy zachowanie nałogowe jest połączone z regulacją emocji, istnieje większe ryzyko nawrotu.

Terapia schematów została opracowana na początku lat dziewięćdziesiątych przez Jeffrey'a Younga i opiera się na terapii poznawczo-behawioralnej oraz części nowych podejść tzw. trzeciej fali w terapii poznawczo-behawioralnej. Terapia schematów powstała z myślą o pacjentach z problemami interpersonalnymi (zaburzenia osobowości), którzy nie osiągają postępów w terapii oraz dla pacjentów, którzy mają bardzo dużo objawów z osi I. W terapii schematów w ramach relacji terapeutycznej specjalista daje pacjentowi to, czego pacjent nie dostał jako dziecko, a potrzebował. Taka postawa specjalisty nazywana jest „ograniczonym powtórnym rodzicielstwem”. Oznacza to, że w terapii schematów bardzo ważne jest wzięcie pod uwagę kontekstu wczesnych doświadczeń związanych z relacjami z osobami bliskimi i przyglądanie się wczesnodziecięcym źródłom problemów. W terapii schematów pracujemy również z nieuświadomionymi procesami emocjonalnymi i korzystamy z repertuaru technik poznawczych, behawioralnych i doświadczeniowych, stosowanych w innych podejściach terapeutycznych, takich jak terapia systemowa, czy psychodrama.

W terapii schematów bierze się pod uwagę podstawowe potrzeby emocjonalne, które są ważne dla rozwoju zdrowej osobowości. Te podstawowe potrzeby to:

- Bezpieczne przywiązanie do innych (w tym potrzeba bezpieczeństwa, stabilności, troski i akceptacji);
- Autonomia, kompetencje i poczucie tożsamości;
- Swoboda wyrażania ważnych potrzeb i emocji;
- Spontaniczność i zabawa;
- Realistyczne granice i samokontrola.

Wszystkie podstawowe potrzeby emocjonalne powinny być jednakowo zrównoważone i zaspokojone. Zgodnie z terapią schematów zakłada się, że jeśli podstawowe potrzeby emocjonalne dziecka nie zostaną zaspokojone wystarczająco, powstają tzw. dezadaptacyjne schematy. Nieadaptacyjne schematy to emocje, myśli i uczucia, które wpływają na życie osoby i mogą powodować wiele trudności. W terapii schematów wymienia się wynikające z tych trudności trzy style radzenia sobie, jakie osoba podejmuje, by dostosować się do stresującego środowiska:

1. Poddanie się/postępowanie zgodnie ze schematem (zamrożenie);
2. Unikanie sytuacji wyzwalających schematy (ucieczka);
3. Nadmierna kompensacja, czyli walka ze schematem (walka).

Rzecz w tym, że wymienione trzy sposoby radzenia sobie podtrzymują schemat. Pacjent stosując je jest pozbawiony nowych doświadczeń, które mogłyby zmienić jego schematy. Dezadaptacyjne schematy mogą być aktywowane przez różne bodźce zewnętrzne i wewnętrzne (myśli, uczucia) i znacząco wpływać na uczucia, myślenie i działanie pacjenta w jego codziennym życiu.

Problem uzależnień bardzo często występuje u pacjentów z zaburzeniami osobowości, którzy z reguły doświadczają bardzo wielu dezadaptacyjnych schematów. Dlatego tak ważne jest, aby w terapii zająć się zarówno uzależnieniami, jak i zaburzeniami osobowości.

Rozumienie przez specjalistę uzależnienia pacjenta w kontekście jego niedostatecznie zaspokojonych potrzeb z dzieciństwa, pozwala znacznie łatwiej zrozumieć jaką funkcję spełniają jego zachowania nałogowe. Takie szerokie rozumienie pacjenta i jego doświadczeń pozwala na uprawomocnienie jego zachowań nałogowych w kontekście dotychczasowego sposobu radzenia sobie ze schematem. Przykładem może być pacjent z zaburzeniem osobowości z ograniczka, który przejawia kilka zachowań nałogowych (takich jak uzależnienie od gier komputerowych i Internetu), nadużywa substancji psychoaktywnych

(alkoholu i marihuany), aby zmniejszyć poczucie osamotnienia i traumatyczne wspomnienia związane z naruszeniem przez niego prawa. Innym przykładem może być uzależniony pacjent z zaburzeniami osobowości zależnej, który używa alkoholu i benzodiazepin, by znosić różnego rodzaju nadużycia ze strony innych i złe traktowanie, lub pacjent z uzależnieniem i narcystycznym zaburzeniem osobowości, który używa THC lub kokainy do stymulacji siebie i zmniejszenia poczucia nieadekwatności i uprawia hazard oczekując wielkiej wygranej.

Szerokie zrozumienie problemów pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości i uzależnienia jest również przedmiotem zainteresowań innego podejścia opisywanego w tej książce, jakim jest terapia dialektyczno-behawioralna. Ta forma terapii koncentruje się bardziej na kształceniu specyficznych umiejętności, jakie pozwalają pacjentowi na radzenie sobie z problemami i zwiększają jakość jego życia. Jest to kompleksowy program pracy terapeutycznej, który obejmuje kontakt indywidualny, połączony z grupowym treningiem umiejętności oraz konsultacje telefoniczne dla pacjentów znajdujących się w sytuacjach kryzysowych. Są to zwykle krótkie konsultacje, ukierunkowane na radzenie sobie z kryzysem i wspieranie rozwoju umiejętności pomiędzy sesjami. Podobnie jak terapia schematów, terapia dialektyczno-behawioralna jest podejściem tzw. „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej, w ramach którego bardzo ważną rolę odgrywa elastyczność specjalisty i dbałość o relację z pacjentem. I podobnie jak terapia schematów, terapia dialektyczno-behawioralna jest również kolejnym modelem pracy psychologicznej opartym na specyficznych technikach i metodach, których skuteczność jest potwierdzona w badaniach naukowych.

Zarówno terapia dialektyczno-behawioralna, jak i terapia schematów okazują się bardzo przydatne w pracy z wszystkimi rodzajami zaburzeń osobowości. Okazują się szczególnie pomocne w pracy z osobami borykającymi się również z współwystępującym uzależnieniem. Obydwa opisane w książce podejścia pozwalają na bardzo głębokie zrozumienie zachowań i problemów pacjenta. Praca z takimi pacjentami staje się wtedy niezwykle inspirująca i pomocna. Dla obu stron – dla specjalisty i dla pacjenta.

Dr n.med. *Bastian Willenborg*
Oberberg Fachklinik Berlin Brandenburg

Wprowadzenie

Współwystępowanie uzależnienia i zaburzenia osobowości powoduje u pacjenta poważną dysregulację emocjonalną, zwiększa ryzyko samobójstw, wiąże się z prawdopodobieństwem uzyskiwania słabszych wyników leczenia (Swales, 2018). Praca z pacjentem z podwójną diagnozą to sytuacja wymagająca od lekarza wielu specyficznych umiejętności.

To właśnie dlatego w niniejszej publikacji zawarłyśmy podstawowe informacje o uzależnieniach behawioralnych oraz charakterystykę problemów wynikających z zaburzeń osobowości, z jakimi często borykają się pacjenci uzależnieni oraz o psychologicznych metodach pracy z takimi pacjentami, których skuteczność jest potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych. Tym razem przedstawiamy dwie metody wywodzące się z terapii poznawczo-behawioralnej: terapię schematów (TS) i terapię dialektyczno-behawioralną (DBT).

Już same zaburzenia osobowości powodują znaczny stres i dysfunkcję zdrowego trybu życia i często wymagają samodzielnego leczenia, nie mówiąc już o szerszym problemie dotyczącym zdrowia psychicznego. Współwystępowanie z problemem uzależnienia daje jeszcze bardziej skomplikowany obraz kliniczny. Znajomość skutecznych metod pracy psychologicznej może pomóc lekarzowi lepiej zrozumieć napotymane trudności pacjenta, by jeszcze efektywniej oferować fachową pomoc i/lub w razie potrzeby przekierowywać pacjentów do specjalistów, którzy przeprowadzą terapię metodami o skuteczności potwierdzonej dla tej specyficznej grupy pacjentów.

W Akademii Motywacji i Edukacji od wielu lat prowadzimy psychoterapię takich pacjentów. Jesteśmy ośrodkiem specjalizującym się w psychoterapii, superwizji oraz szkoleniach w obszarze metod pracy klinicznej o naukowo potwierdzonej skuteczności. Praktykujemy i promujemy wyłącznie metody pracy terapeutycznej mające udokumentowane potwierdzenie w rzetelnie prowadzonych badaniach. Należą do nich dialog motywujący oraz terapia poznawczo-behawioralna, której rozszerzeniem jest terapia schematów i terapia dialektyczno-behawioralna. Jako pierwsi w Polsce rozpoczęliśmy systematyczne uczenie tych metod szerokiego grona specjalistów pracujących w obszarze terapii uzależnień.

Akademia Motywacji i Edukacji powstała z myślą o różnych grupach profesjonalistów, którzy nie tylko poszukują skutecznych metod i narzędzi pracy z pacjentami, ale również chcą rozwijać swój warsztat o tzw. umiejętności niespecyficzne (jak umiejętność wyrażania trafnej empatii, umiejętność skutecznego udzielania informacji pacjentowi itp.), które okazują się kluczowe w zwiększaniu efektywności oddziaływań specjalisty.

Praktyczną ilustracją niektórych metod pracy z pacjentem opisanych w niniejszej książce jest program „Emocjonalne Know-How w czasach pandemii”, którego twórcą jest Hands Free Know-How, a który Akademia Motywacji i Edukacji opracowała merytorycznie. Program ukazał się na samym początku pandemii jako seria krótkich bezpłatnych poradników do odsłuchania. Celem programu jest wsparcie przysłowiowego «pana Kowalskiego» w radzeniu sobie z różnymi trudnościami emocjonalnymi oraz pomoc w pracy nad zmianą niekorzystnych nawyków. Zapraszamy do zapoznania się z programem, który jest dostępny dla każdego bezpłatnie na platformach podcastowych:

Spotify: https://www.handsfree.pl/emocje_spotify

Apple: https://www.handsfree.pl/emocje_apple

lub na <https://www.handsfree.pl/emocje>

Niniejsza publikacja, również bezpłatnie udostępniona czytelnikom, jest częścią serii składającej się z trzech książek, poświęconych zastosowaniu elementów terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej w uzależnieniach behawioralnych. Każda z książek dotyczy specyfiki pracy różnych grup zawodowych – terapeutów, realizatorów programów profilaktycznych i lekarzy.

W tym miejscu pragniemy podziękować wszystkim osobom za wsparcie udzielane Akademii Motywacji i Edukacji w szerzeniu metod pracy psychologicznej o naukowo potwierdzonej skuteczności. Serdeczne podziękowania kierujemy do wszystkich przyjaciół i wykładowców Akademii, którzy tak hojnie

dzielią się swoją wiedzą i doświadczeniem, oraz naszym studentom, którzy są otwarci na uczenie się wielu nowych metod pracy. Tym razem szczególne podziękowania kierujemy do osób „zarażających” nas terapią schematów i terapią dialektyczno-behawioralną, którzy aktywnie przyczynili się do powstania tej serii książek. A są to: prof. Michael Swales, prof. Joan M. Farrell, Graeme Horridge, dr Christine Dunkley, dr Ryan Kennedy oraz dr n. med. Bastian Willenborg.

Mamy nadzieję, że niniejsza książka będzie dla lekarzy stanowić zachętę do zapoznania się z metodami jeszcze ciągle dość rzadko praktykowanymi w Polsce, zwłaszcza w obszarze uzależnień. Metody te mogą okazać się pomocne w trakcie wizyty lekarskiej, podczas zbierania wywiadu, czy choćby podczas prowadzenia badania lekarskiego.

Zrozumienie głębokich problemów psychologicznych, z jakimi zmagają się pacjenci może przełożyć się na większą efektywność pracy z nimi. Szerokie rozumienie kontekstu trudności pacjentów uzależnionych z współwystępującymi zaburzeniami osobowości może też okazać się pomocne w znalezieniu dla nich skutecznej oferty terapeutycznej.

Mamy też nadzieję, że książka będzie uwrażliwiać nas, profesjonalistów, na rozpoznawanie również u siebie naszych własnych schematów i trybów oraz na stałe rozwijanie umiejętności (w tym niektórych umiejętności dialektyczno-behawioralnych), tak, by coraz lepiej rozumieć siebie i pacjentów, by skuteczniej z nimi pracować.

Jadwiga M. Jaraczewska i Anna M. Derwich

Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych

Współczesny styl życia niesie ze sobą wiele zdrowotnych zagrożeń dla ludzi. Z jednej strony wyznacznikiem życiowego „sukcesu” i powodem do czerpania satysfakcji staje się obecnie ilość czasu poświęcanego przez człowieka na pracę, korzystanie z nowych technologii, czy też zachowania związane z dbaniem o wygląd i kształtowaniem masy ciała, z drugiej strony te same zachowania mogą dla człowieka nosić znamiona nałogowych i szkodliwych. W ostatnich latach obserwujemy nasilenie tzw. uzależnień behawioralnych, których skutki wyrażają się w problemach psychicznych i nierzadko dotyczą zdrowia fizycznego (Jaraczewska, Adamczyk-Zientara, 2015). Przykładem tego typu problemów są skutki uzależnienia od Internetu, które w sferze psychicznej skutkują złością, napięciem i często stanami depresyjnymi, a w sferze zdrowia fizycznego pogorszeniem wzroku, migrenami czy też zaburzeniem snu (Jakubik, 2002). Celem tego rozdziału jest krótkie przedstawienie kryteriów diagnostycznych i omówienie niektórych zachowań nałogowych, z którymi niezależnie od specjalizacji, lekarz może spotkać się w swojej praktyce zawodowej.

W rozdziale nastąpi krótki opis różnych rodzajów uzależnień behawioralnych (kryteria opisu i diagnozy uzależnień behawioralnych wg DSM V – wyróżnione jako podkategoria „zaburzeń nie związanych z przyjmowaniem substancji”), z jakimi może się spotkać lekarz w swojej pracy. Chodzi o przymus wykonywania danej czynności, mimo świadomości negatywnych konsekwencji i mimo nieudanych prób powstrzymania się od tych zachowań.

Uzależnienia behawioralne stanowią nową kategorię zaburzeń. Zaburzeniem zachowania, które jako pierwsze zostało wprowadzone do DSM V było granie w gry hazardowe w sposób problemowy, czyli patologiczny hazard. Hazard zaklasyfikowano do nowej kategorii zaburzeń niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi (Gałecki, Świącicki, 2015). Najnowsza wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 wyróżnia „zaburzenie używania hazardu” oraz „zaburzenie związane z graniem” w ramach tzw. nałogów behawioralnych (Krawczyk, Świącicki, 2020).

Współcześnie obserwuje się też wiele innych zachowań, które charakteryzuje się jako zachowania nałogowe. Często nie są one jeszcze oficjalnie ujęte w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jednak od wielu lat, zarówno w gabinetach lekarskich, jak i terapeutycznych obserwujemy ich nasilenie oraz poważne konsekwencje psychiczne i fizyczne.

Hazard patologiczny

Zaburzenie uprawiania hazardu to zdefiniowane medycznie zaburzenie, z dostępnymi aktualnie kryteriami diagnostycznymi (Gałecki, Świącicki, 2015). Zgodnie z klasyfikacją DSM V, uporczywe i nawracające, nieadaptacyjne zachowania związane w uprawianiem hazardu obejmują co najmniej cztery z poniższych objawów (występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

1. Angażowanie się w coraz większym stopniu w zachowania związane z hazardem, w celu uzyskania satysfakcji (pobudzenia), np. poprzez przeznaczanie na hazard coraz większych kwot pieniędzy;
2. Występowanie frustracji i rozdrażnienia w sytuacji braku możliwości lub utrudnienia realizacji zachowania;
3. Podejmowanie kolejnych (nieudanych) prób kontrolowania lub powstrzymywania się od hazardu;
4. Zaabsorbowanie hazardem i/lub zdobywanie środków na jego uprawianie;
5. Angażowanie się w gry hazardowe jako nieadaptacyjny sposób rozwiązywania problemów czy poprawienia złego nastroju (np. smutku czy poczucia winy);
6. Ukrywanie prawdy na temat rozmiarów problemu – okłamywanie siebie, rodziny, terapeuty w kwestiach częstotliwości grania, wysokości strat itp.;
7. Utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe

granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp., utrata pieniędzy na gry i próby „odegrania się”;

8. Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji finansowej spowodowanej hazardowym graniem.

Ważny czynnik, na który powinno się zwrócić szczególną uwagę to młody wiek graczy. Wyniki badań wskazują, że u nastolatków grających w gry hazardowe zwiększa się ryzyko powstania problemów z tym związanych, w szczególności wtedy, gdy współwystępują inne czynniki ryzyka, takie jak: rozbita, dysfunkcyjna rodzina, nastawienie rodziców na wartości materialne, traumatyczne doświadczenia w okresie dzieciństwa (jak śmierć bliskiej osoby, przemoc fizyczna czy seksualna) oraz poczucie odrzucenia i niedoceniaenia w dzieciństwie (Griffiths, 2004).

Może się też zdarzyć, że hazard występuje równolegle z innym szkodliwym dla zdrowia uzależnieniem, np. alkoholizmem, toksykomanią, pracoholizmem, napadowym objadaniem się, jadłowstrętem psychicznym, serią wyczerpujących ćwiczeń siłowych itp. (Panasiuk, Panasiuk, 2016). Ważne, by również mieć na uwadze, że często patologiczny hazard dotyka tzw. byłych nałogowców. Traktują oni gry hazardowe jako iluzoryczny substytut alkoholu, narkotyków, antydepresantów, leków przeciwbólowych, nikotyny, jedzenia, pracy fizycznej, seksu czy utraconej osoby.

Suurvali i współpracownicy (2009) dokonali przeglądu badań dotyczących motywów poszukiwania pomocy przez hazardzistów. Przejrzeli oni badania opublikowane w latach 1998–2009 i ostatecznie poddali analizie 19 badań. Respondentami badań były osoby, które chciały rozwiązać lub ograniczyć problemy związane z hazardem, osoby szukające pomocy, a także osoby, które miały zakaz wejścia do kasyna. Na podstawie ich odpowiedzi badacze wyłonili następujące kategorie motywów poszukiwania pomocy:

- problemy finansowe,
- relacje z innymi/wpływ innych osób,
- negatywne emocje (depresja, wstyd, poczucie sięgnięcia dna),
- ocena sytuacji i podjęcie decyzji,
- zmiany w najbliższym otoczeniu/stylu życia,
- kłopoty w pracy lub kłopoty z prawem,
- kłopoty ze zdrowiem,
- traumatyczne/upokarzające doświadczenia,
- poczucie bycia w niezgodzie z samym sobą/swoimi celami/poczucie osobistej porażki,

- poczucie utraty kontroli/chęć odzyskania kontroli,
- zrozumienie, że w hazardzie nie ma możliwości wygrania,
- utrata zainteresowania dla hazardu.

Jak widać, poszukiwanie leczenia pojawia się najczęściej w odpowiedzi na problemy wynikające z nałogu. O ile omawiany powyżej przegląd wskazuje na czynniki ekonomiczne (np. długi, zaciąganie pożyczek) jako na mające największą rolę motywującą do poszukiwania pomocy, o tyle, np. w badaniu Evans i Delfabbro (2005), decydującym argumentem za poszukiwaniem pomocy okazało się być poważne zaniepokojenie zdrowiem psychicznym i fizycznym. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej dodają do tej listy dolegliwości psychosomatyczne, dla których trudno znaleźć przyczynę: bóle głowy, bóle brzucha, zaburzenia snu typu bezsenność, zaburzenia lękowe, zaburzenia somatyczne typu kołatanie serca, bóle kręgosłupa itp.

W odniesieniu do opisanego problemu uzależnienia od hazardu, ciekawe wydają się być wyniki badań na temat dostępności leczenia dla hazardzistów w Warszawie (Dąbrowska i in., 2015). Badania pokazują, że lekarze różnią się doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Część z nich nigdy takiego pacjenta nie leczyła. Lekarze psychiatry oferują postawienie diagnozy, ale w zależności od ich kompetencji jest to diagnoza o różnym stopniu zaawansowania: od wstępnej diagnozy/rozpoznania po kompleksową diagnozę uzależnienia (obejmującą również współwystępowanie innych zaburzeń), pomoc w zakresie problemów psychiatrycznych: depresja, zaburzenia zachowania, myśli samobójcze, trudności w relacjach interpersonalnych oraz skierowanie do poradni odwykowej. Część lekarzy psychiatrów musiałoby poszukać odpowiedniej placówki w bazie danych, a część zna konkretne placówki lub terapeutów i stale z nimi współpracuje.

W przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, żaden z nich w przeprowadzonych badaniach nie miał wśród swoich pacjentów osoby, o której wiedziałby, że cierpi na zaburzenia związane z patologicznym hazardem. W większości przypadków lekarze POZ swoją rolę widzą w skierowaniu pacjenta do opieki specjalistycznej, głównie do psychologa lub psychiatry. Sami nie czują się zbyt kompetentni w temacie uzależnienia od hazardu. Lekarze POZ deklarują, że ich pomoc może polegać na zmotywowaniu do leczenia oraz wskazaniu miejsca, w którym można otrzymać pomoc specjalistyczną. Stąd tak ważna jest wiedza o skutecznych formach terapii, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia dialektyczno-behawioralna czy terapia schematów.

Nałogowe uprawianie sportu

Nałogowe uprawianie sportu to przykład szkodliwego zachowania, które bardzo często związane jest z kształtowaniem ciała. Nie zostało ono ujęte w klasyfikacji DSM V ani ICD-10 jako zaburzenie psychiczne. W praktyce klinicznej jednak coraz częściej traktowane jest jako zaburzenie o charakterze uzależnienia behawioralnego. Kryteria diagnostyczne nałogowego uprawiania sportu można scharakteryzować za pośrednictwem sześciu kryteriów typowych dla uzależnień: zaabsorbowania, modyfikowania nastroju, zmiany tolerancji, symptomów odstawienia, nawrotów oraz konfliktów interpersonalnych (Demetrovics, Griffiths, 2012).

Podkreśla się również związek szkodliwego uprawiania sportu z zaburzeniami odżywiania. Mówimy o nałogowej aktywności fizycznej jako o zaburzeniu pierwotnym (nie związanym z innym zaburzeniem psychicznym) lub wtórnym jako konsekwencji innych zaburzeń, m.in. zaburzeń odżywiania (Bamber i in., 2003).

Warto pamiętać, że doświadczanie przymusu uprawiania sportu może odbywać się nawet mimo kontuzji lub innych problemów zdrowotnych (Adams, Kirkby, 2001). Pacjenci z różnego rodzaju urazami mogą pojawiać się w gabinetach lekarskich z oczekiwaniem pomocy w szybkim powrocie do pełnej sprawności i przyzwolenia na kontynuowanie aktywności fizycznej. W wypowiedziach pacjenta może pojawić się minimalizowanie problemów wynikających z kontuzji czy innych problemów zdrowotnych. Warto w takich sytuacjach podjąć próbę zachęcenia pacjenta do wypracowania zdrowych nawyków związanych z uprawianiem sportu. Celem pomocy jest tu m.in. powrót do umiarkowanej aktywności fizycznej (Freimuth i in., 2011).

Tanoreksja

Kolejnym przykładem zachowania nałogowego jest tanoreksja. Jest to celowe, okresowe opalanie się światłem słonecznym albo korzystanie z solariów (Stapleton i in. 2016). Tanoreksja może być utożsamiana ze specyficzną formą dysmorfofobii (Phillips i in., 2006). Narażenie na UVA w solariach bez wątpienia przyspiesza również procesy degeneracji skóry tzw. „przedwczesne starzenie” (Śpiewak, 2013).

Jerod Stapleton ze współpracownikami (2016) na podstawie dostępnych badań empirycznych zaproponował następujące kryteria diagnostyczne dla szkodliwego, nałogowego opalania się:

- częste opalanie się w sytuacji odczuwanego stresu lub innego złego nastroju,
- doświadczenie pragnienia, potrzeby albo przymusu opalania się,
- zwiększanie częstotliwości opalania się, aby osiągnąć pożądany stan,
- odczuwanie niepokoju lub rozdrażnienia, jeśli z jakiegoś powodu osoba nie może się opalać lub musi przerwać tę czynność,
- nieudane próby kontroli, ograniczenia lub zaprzestania opalania się,
- myśli często pochłonięte opalaniem się,
- zaniedbywanie ważnych dla siebie aktywności, np. zajęć osobistych, społecznych, zawodowych/szkolnych z powodu opalania się,
- kontynuowanie opalania się mimo doświadczenia psychologicznych lub fizycznych problemów z nim związanych (np. poparzenia skóry, nowotwór, nawracające obawy na temat zdrowia).

Z punktu widzenia pracy w sektorze zdrowia ostatnie kryterium wydaje się być szczególnie ważne. W 2009 roku Karina Kiełtyka opublikowała wyniki badań zagrożenia tanoreksją wśród studentów pierwszego i piątego roku farmacji oraz kosmetologii na Wydziale Farmaceutycznym i Oddziale Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Wynika z nich, że 99% zbadanych studentów wierzyło, że naturalne opalanie przyczynia się do zachorowań na raka skóry, a 96% z nich wierzyło, że na raka skóry można też zachorować od opalania się w solariach. Co ciekawe, okazało się, że świadomość ta nie miała wpływu na zmniejszenie częstotliwości sztucznego opalania się u prawie połowy badanych (48%) (Kiełtyka, 2009). To tylko przykład jak ważna jest rola edukacji zdrowotnej i podkreślanie istoty i rodzajów promieniowania UV, efektu fotowzmacniania, fenotypów skóry oraz jej właściwości i podatności na choroby, doboru kosmetyków ochronnych do każdego rodzaju skóry, leków oraz innych substancji fotouczulających, reakcji fitotoksycznych i fotoalergicznym oraz szkodliwości nadmiernego opalania się związanego z występowaniem chorób skóry, poparzeniami, chorób onkologicznych (Cyrklaff, 2012).

Nałogowe poddawanie się operacjom plastycznym

Innym zachowaniem nałogowym, które wydaje się dobrze wpisywać w styl życia współczesnego człowieka jest nałogowe poddawanie się operacjom plastycznym. Na podstawie definicji uzależnienia jako zachowania powtarzanego nałogowo mimo negatywnych konsekwencji z tego wynikających, proponuje się następujące wskaźniki tego problemu (Brown, 1993):

- nadmierne zaabsorbowanie swoim wyglądem i poddawanie się wielokrotnym operacjom w krótkim czasie;
- potrzeba wykonania kolejnej operacji plastycznej, aby osiągnąć dotychczasowy poziom zadowolenia i satysfakcji;
- pogorszenie samopoczucia w przypadku niemożności poddania się kolejnym operacjom;
- doświadczanie wielu problemów (finansowych, zawodowych, osobistych) w związku z nałogowym poddawaniem się operacjom plastycznym;
- coraz częstsze poddawanie się operacjom plastycznym w celu zmniejszenia stresu i poprawy nastroju;
- utrata kontroli nad zachowaniem, objawiająca się porażkami doznawanymi przy próbach ograniczenia lub zaprzestania korzystania z usług chirurgii plastycznej.

Iwona Grzegorzewska i Lidia Cierpiałkowska (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018) proponują pomocną listę pytań, które mogą być wskazówkami dla pracowników medycznych w sytuacji kwalifikacji pacjentów do operacji plastycznych:

1. Ile ma Pani/Pan wad, które chce poddać korekcji chirurgicznej?
2. Jak w Pani/Pana ocenie wady te są zauważalne dla innych? Czy jak mówi Pan/Pani o tych wadach bliskim, ma poczucie, że jest rozumiany?
3. Jak często Pani/ Pan myśli o tym? Biorąc pod uwagę przeciętny dzień, ile godzin zajmuje myślenie o swoich defektach w wyglądzie?
4. Ile operacji plastycznych wykonała/ał Pani/Pan w przeszłości? Czy jest z nich zadowolona/y?
5. Co rodzina, przyjaciele myślą o kolejnych operacjach? Jakich argumentów używają, próbując zniechęcić do poddania się kolejnemu zabiegowi?
6. Jaki jest główny powód/motyw poddania się kolejnej operacji? Co Panią/Panem kieruje?

7. Na ile sądzi Pani/Pan, że zabieg poprawi Pani/Pana życie towarzyskie?
8. W jakim stopniu w Pani/Pana ocenie operacja plastyczna umożliwi lepsze relacje intymne i znalezienie bliskiej osoby?
9. Jak ocenia Pani/Pan wpływ operacji plastycznej na poprawę możliwości znalezienia dobrej/lepszej pracy i osiągnięcia wyższych zarobków?
10. W jakim stopniu martwi się Pan/Pani innymi obszarami swojego ciała, które być może będą wymagały korekty plastycznej?

Rozpoznanie sytuacji z użyciem przytoczonych pytań może dać lekarzowi szeroki wgląd w motywacje, jakimi kieruje się pacjent. W momencie wątpliwości zawsze warto zaproponować pacjentowi dodatkową konsultację psychologiczną.

Pracoholizm

Z punktu widzenia trybu życia w dzisiejszym społeczeństwie ważnym tematem jest szkodliwe i nałogowe wykonywanie pracy. W nawiązaniu do DSM V i uznania hazardu za uzależnienie behawioralne przyjmuje się następujące kryteria szkodliwego, nałogowego zaangażowania w pracę. Są to:

- poznawcze i behawioralne zaangażowanie (praca dominuje nad innymi aktywnościami życiowymi uzależnionej osoby),
- modyfikacja nastroju (praca jest wykorzystywana do zmiany samopoczucia),
- zmiana tolerancji (potrzeba intensyfikowania pracy w celu osiągnięcia podobnego poziomu satysfakcji lub doświadczenia),
- symptomy odstawienia (odczuwanie negatywnych emocji i dyskomfort fizyczny w sytuacji zablokowania lub ograniczenia możliwości pracy),
- nawroty i utrata kontroli nad destrukcyjnym zachowaniem,
- konflikty (wewnętrzne i interpersonalne spowodowane nadmierną pracą (Griffiths, 2005).

Osoba nałogowo wykonująca pracę charakteryzuje się poczuciem przeciążenia i wyczerpania psychofizycznego. W momencie konieczności ograniczenia swojej aktywności zawodowej czuje nie tylko dyskomfort, ale często ma też nieprzyjemne doznania somatyczne: kołatanie serca, pocenie się czy bóle głowy (Griffiths, 2005).

Robinson (2001) wymienia następujące cechy osoby nadaktywnej zawodowo: (1) ciągły pośpiech i permanentne bycie zajęтым; (2) silna potrzeba spr-

wowania kontroli; (3) perfekcjonizm działań; (4) trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych; (5) niechęć do czasu wolnego i nieumiejętność relaksowania się; (6) trudności w monitorowaniu wątku toczącej się rozmowy; (7) tendencja do popadania w irytację w przypadku konieczności bezproduktywnego „marnowania” czasu; (8) nieadekwatność obrazu własnej osoby i uzależnianie samooceny od osiągnięć; (9) zaniedbywanie własnych potrzeb kosztem nadaktywności zawodowej (zapominanie o posiłkach, krótki sen).

W sytuacji wszechobecnego „kultu pracy” ważne sygnały mogą być niedostrzegane lub lekceważone w organizacji, w której występuje pracoholizm albo istnieje ryzyko jego wystąpienia. Niejednokrotnie to wymagania środowiska pracy sprzyjają zaistnieniu pracoholizmu lub wzmacniają jego przejawy (Malinowska i in. 2015). Czasami dopiero rozpoznanie tej cechy u pacjenta pozwala nam zrozumieć prawdziwe przyczyny jego zaburzeń i umożliwia zaproponowanie odpowiedniej terapii. Z odczuwaniem stresu w pracy łączono różne zaburzenia, zarówno psychologiczne, jak i fizyczne (Holt, 1982). Z raportu badań nad stresem związanym z pracą wynika, że zaburzenia związane ze stresem obejmują: zapalenie oskrzeli, chorobę wieńcową, choroby psychiczne, choroby tarczycy, choroby skóry, określone rodzaje reumatoidalnego zapalenia stawów, otyłość, gruźlicę, bóle głowy i migrenę, wrzody trawienne, wrzodziejące zapalenie okrężnicy i cukrzycę (Cox i in. 2000). W interwencjach antystresowych powinno się uwzględniać zjawisko pracoholizmu jako źródło nadmiernego stresu niektórych pracowników i związanych z tym zaburzeń psychosomatycznych. Podkreśla się, że rola lekarzy medycyny pracy w dostrzeganiu sygnałów pracoholizmu i powstrzymywaniu jego rozwoju jest znacząca, a w pewnym sensie może być również niezastąpiona.

Nałogowe jedzenie

Kolejny powszechny problem, który towarzyszy nam we współczesnym stylu życia to szkodliwe zachowania związane z jedzeniem. W ocenie problemu nałogowego jedzenia wskazuje się na podobieństwo uzależnień substancjalnych do szkodliwego, problemowego jedzenia. Jeśli weźmiemy pod uwagę właściwości wysoko przetworzonego, słodkiego i tłustego jedzenia mówi się wprost o jego podobieństwie do narkotyków i alkoholu. Pożywienie to charakteryzują następujące cechy: aktywuje dopaminę i endogenny układ opioidowy, sztucz-

nie podnosi aktywność układu nagrody, szybko wchłania się do krwiobiegu, modyfikuje systemy neurobiologiczne, wyzwala mechanizmy kompensacyjne jako efekt tolerancji, zwiększa właściwości nagradzające. W reakcji na wyzwalacze pojawia się uczucie pożądania, produkty są konsumowane mimo negatywnych konsekwencji i są konsumowane mimo chęci zatrzymania się. Nałogowe jedzenie powoduje znaczne szkody zdrowotne, a – jak wykazują badania – ekspozycja na nie w okresie płodowym może powodować długo trwające konsekwencje (Meule, Gearhardt, 2014).

W odniesieniu do zaburzeń związanych z nałogowym jedzeniem zaproponowano następujące, prawdopodobne kryteria oceny tego problemu (Meule, Gearhardt, 2014) :

- spożywanie jedzenia w większych ilościach i dłużej, niż planowano;
- uporczywe pragnienie jedzenia lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia albo kontrolowania spożywanego jedzenia;
- poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem pożywienia, jedzeniem i niwelowaniem skutków nadmiernego jedzenia;
- głód lub silne pragnienie albo potrzeba nadmiernego jedzenia powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu;
- nadmierne objadanie się mimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych bądź pogłębionych przez objadanie się;
- ograniczanie lub porzucanie z powodu nadmiernego jedzenia określonych produktów ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
- nawracające objadanie się powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu;
- powracanie do objadania się w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa;
- przejadanie się mimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych bądź psychicznych przez nadmierne objadanie się;
- ujawnienie się tolerancji na określone produkty żywnościowe związane z potrzebą spożycia znacznie zwiększonej ilości jedzenia dla osiągnięcia pożądanego efektu spożywania tej samej ilości określonych produktów;
- występowanie zespołu abstynenckiego, związanego z ujawnieniem się charakterystycznych dla niego objawów lub z przejadaniem się w celu ich zmniejszenia bądź uniknięcia.

Autorzy jako jedno z działań prewencyjnych wymieniają zaangażowanie lekarzy, zwłaszcza pediatrów i innych pracowników ochrony zdrowia we wczesne wykrywanie i leczenie uzależnienia od jedzenia u dzieci i młodzieży (Meule, Gearhardt, 2014). Oznacza to konieczność zaopatrzenia ich w wiedzę i narzędzia do identyfikowania, ewaluacji i leczenia tego problemu.

Ważne zadania lekarza rodzinnego w tym zakresie obejmują: propagowanie zdrowego stylu życia (sposób odżywiania się, aktywność fizyczna), diagnozowanie nadwagi i otyłości, edukację zdrowotną dotyczącą powikłań otyłości i korzyści wynikających ze zmniejszenia masy ciała, diagnozowanie powikłań otyłości, właściwe kierowanie pacjentów do specjalistów i współpracę z nimi. Lekarz rodzinny może również w miarę możliwości: edukować osoby z rozpoznaniem nadwagi lub otyłości w kierunku zmian nawyków żywieniowych i zwiększenia aktywności fizycznej, w określonych przypadkach włączać leczenie farmakologiczne. Ponadto pomocne jest wnikliwe rozpoznanie przekonań pacjenta na temat jego masy ciała i postawionej diagnozy oraz powodów przyrostu masy ciała, nawyków żywieniowych (ilość, jakość i częstość oraz pory spożywania pokarmów), poziomu aktywności fizycznej pacjenta w czasie wolnym, przekonań pacjenta na temat odżywiania i aktywności fizycznej, motywację do wprowadzania zmian (Olszanecka-Glinianowicz, 2017). Wszystkie te elementy mogą mieć znaczenie w kierowaniu pacjenta po dalszą pomoc terapeutyczną, by była ona jak najbardziej kompleksowa i uwzględniała również możliwość zmiany przekonań, które mogą podtrzymywać jego nawyki żywieniowe.

Patologiczna hiperseksualność

Zjawisko to zostało opisane i zdefiniowane przez Kafkę (Kafka, 2007). Według niego, aby rozpoznać patologiczną hiperseksualność u pacjenta przez okres 6 ostatnich miesięcy powinny wystąpić 3 z 5 kryteriów objawowych (A) oraz jedno kryterium subiektywne (B) przy jednoczesnej nieobecności kryteriów wykluczenia (C).

- A1. Poświęcanie dużej ilości czasu na fantazje lub zachowania seksualne, notorycznie zaniedbując inne ważne (niezwiązane z seksem) cele, aktywności i zobowiązania.
- A2. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany emocjonalne (lęk, przygnębienie, znudzenie, poirytowanie).

- A3. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe.
- A4. Powtarzające się, ale nieskuteczne próby kontroli lub znacznej redukcji zachowań, lub fantazji seksualnych.
- A5. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania seksualne, przy bagatelizowaniu ryzyka doznania lub zadania innym krzywdy fizycznej lub emocjonalnej.
- B. W związku z częstotliwością lub intensywnością zachowań i fantazji seksualnych u pacjenta widoczny jest wysoki poziom stresu, dysfunkcji społecznych, zawodowych lub dysfunkcji obejmujących inny ważny obszar życia.
- C. Zachowania i fantazje seksualne nie są bezpośrednim efektem fizjologicznym stosowania substancji zewnętrznych (np. narkotyków lub leków).

Według M.P. Kafki stosunek występowania tego uzależnienia u mężczyzn i u kobiet wynosi 5:1. Nałogowym zachowaniom seksualnym towarzyszy zmniejszona satysfakcja seksualna, więcej problemów interpersonalnych, więcej chorób przenoszonych drogą płciową i częstsze korzystanie z pomocy terapeutycznej w związku z zachowaniami seksualnymi.

W rozmowie lekarza z pacjentem w celu rozpoznania problemu nałogowego seksu można wykorzystać przykładowe pytania z Kwestionariusza Samooceny Anonimowych Seksoholików (Carnes, 2008). Przykładowe pytania z tego testu to np. Czy kiedykolwiek musiałeś/aś ukrywać swoją aktywność seksualną (fantazje, zachowania) przed ważnymi dla ciebie osobami? lub Czy prowadzisz podwójne życie? Wnikliwa próba rozpoznania sytuacji z pewnością może pomóc ukierunkować pacjenta na poszukiwanie dalszej pomocy.

Uzależnienie od Internetu

W pracach nad klasyfikacją zaburzeń DSM V zaproponowano uwzględnienie czterech kryteriów jako istotnych dla diagnozy uzależnienia od Internetu:

- nadmierne korzystanie z sieci, często powiązane z utratą poczucia czasu oraz zaniedbywaniem podstawowych potrzeb;
- symptomy odstawienia, w tym uczucie złości, napięcie i/lub stany depresyjne, gdy nie ma dostępu do sieci;
- zmiana tolerancji, w tym potrzeba posiadania lepszego komputera i lep-

szego jego wyposażenia, lepszych programów oraz zwiększania czasu korzystania z sieci;

- negatywne konsekwencje nadmiernego korzystania z Internetu, w tym konflikty, kłótnie, słabe wyniki w szkole lub w pracy, izolacja społeczna, zmęczenie (Weinstein, Feder, Rosenberg, Dannon, 2014).

U osób dorosłych, niezależnie od wymienionych wyżej skutków, uzależnionych internautów charakteryzuje szereg objawów i dolegliwości somatycznych, jak np. pogorszenie wzroku, migrena, tzw. padaczka ekranowa, bóle pleców i karku, niedożywienie, zaburzenia snu, nieprawidłowy oddech, a nawet poważne zmiany fizyczne: zespół kanału nadgarstka, zaniki mięśni grzbietu, mięśni pasa biodrowego, skrzywienia kręgosłupa (Jakubik, 2002).

Warto, by opisane trudności pacjentów, z którymi w gabinecie może spotkać się lekarz, były rozpoznane i szczegółowo omówione. Często sama sugestia konsultacji psychologicznej oraz przekazanie pacjentowi informacji na temat możliwych form psychoterapii z ust lekarza (takich jak terapia schematów czy terapia dialektyczno-behawioralna) może znacząco wpływać na decyzję pacjenta o dalszym szukaniu pomocy.

Wydaje się również uzasadnione, by lekarz pediatra lub lekarz rodzinny – do którego zgłasza się rodzina dziecka ze zidentyfikowanym nadmiernym zaangażowaniem w aktywności internetowe – przeprowadził diagnostykę różnicową lub skierował dziecko do terapeuty lub lekarza psychiatry w celu wykluczenia innego podłoża niż „uzależnieniowe”. Warto pamiętać o społecznym (rodzinnym – systemowym) kontekście trudności. W takich sytuacjach interwencja terapeutyczna jest jednym z głównych oddziaływań leczących (Silczuk, 2019).

Wiedza w zakresie uzależnień behawioralnych pozwala dostrzec, jak bardzo styl życia pacjentów może sprzyjać angażowaniu się w zachowania nałogowe. Opisane zachowania nałogowe mogą być przyczyną różnych konsekwencji zdrowotnych. W diagnostyce problemów zgłaszanych przez pacjentów tego rodzaju przyczyny często nie są ujawniane. Wielu pacjentów nie dostrzega i lekceważy swoje objawy, część z nich otwarcie zaprzecza jakimkolwiek skutkom natury psychicznej czy fizycznej. Mamy nadzieję, że opisana specyfika wybranych uzależnień behawioralnych pozwoli specjalistom na rozszerzenie działań profilaktycznych w tym zakresie, kierowanie pacjentów w celu szukania skutecznych form pomocy oraz szersze rozumienie trudności w kontakcie specjalista–pacjent.

Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości mogą być jednymi z najbardziej dezorientujących schorzeń, z którymi muszą sobie radzić pacjenci i ich rodziny. Aby postawić diagnozę zaburzenia osobowości, objawy muszą być ustabilizowane, i spójne i nie mogą być bezpośrednim skutkiem oddziaływania substancji lub ogólnego zaburzenia medycznego (Pużyński, Wciórka, 2000). Sięganie po narkotyki lub alkohol, czy podejmowanie innych zachowań nałogowych jest częstym skutkiem potrzeby radzenia sobie z bólem i cierpieniem doświadczanym przez osoby z zaburzeniami osobowości. Z drugiej strony, jakkolwiek uzależnienie nie powoduje zaburzeń osobowości, to jednak może być istotnym czynnikiem w rozwoju i skutkach wielu zaburzeń osobowości.

ICD 10 wyróżnia różne rodzaje zaburzeń osobowości, które – ze względu na swoją specyfikę – podzielone są na 3 główne kategorie (wiązki): **A** – charakteryzujący się ekscentrycznością i dziwacznością, **B** – tzw. zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne i **C** – obejmujący osobowość typu unikającego i zależnego. Poniżej poszczególne wiązki zostaną krótko scharakteryzowane.

Wiązka A

Paranoidalne zaburzenie osobowości

To zaburzenie objawia się patologiczną nieufnością wobec innych, nawet wobec bliskich przyjaciół i członków rodziny. Pacjent jest podejrzliwy, doświad-

cza wiele obaw obaw, np. przed prześladowaniem. Taka osoba ma często tendencję do przypisywania innym niewłaściwych myśli i emocji.

Schizoidalne zaburzenie osobowości

Pacjenci z tym zaburzeniem są zdystansowani do tego stopnia, że ich uwaga skupia się wyłącznie na własnym życiu wewnętrznym. Nie dbają o normy społeczne i potrzeby innych. Bardzo rzadko występuje adekwatna reakcja emocjonalna na bodźce. Nie wykazują zainteresowania światem zewnętrznym, często nie wykazują nawet potrzeby relacji intymnych czy społecznych.

Zaburzenie schizotypowe

To zaburzenie objawia się dziwacznymi przekonaniami, podejrzliwością i myślami obsesyjnymi. Pacjent prezentuje ekscentryczną mowę, zachowanie lub wygląd; w dziwaczny sposób postrzega standardowe doświadczenia. Takie osoby uważają, że inni ludzie są szkodliwi, zatem odczuwają poczucie dyskomfortu nawet w bliskich związkach, a przed spotkaniami z innymi ludźmi doświadczają silnej obawy. Osoby z tym schorzeniem mają wyższe niż przeciętne prawdopodobieństwo zachorowania na schizofrenię w późniejszym życiu.

Wiązka B

Antyspołeczne zaburzenie osobowości

Pacjenci nie mają empatii ani szacunku dla uczuć innych ludzi, nie zwracają uwagi na zasady społeczne. Charakteryzuje ich nieprzystosowanie społeczne, lekceważenie i łamanie norm społecznych oraz praw innych ludzi. Często są bardzo agresywni, działają bez zastanowienia, nie czują się winni za swoje czyny i są całkowicie nieelastyczni w swoim zachowaniu. Osoby z takim zaburzeniem osobowości bardzo często mają za sobą trudne biografie, a w okresie wczesnodziecięcym i dorastania dochodziło w ich życiu do konfliktów z najbliższymi, bójkę z rówieśnikami, wagarów, czy ucieczek z domu. Mają zwykle przeszłość kryminalną lub długą historię przebywania w więzieniu. Ten stan występuje znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Zaburzenie osobowości z pogranicza

Termin z pogranicza wywodzi się ze starej teorii, że stan ten znajdował się na „pograniczu” zaburzeń nerwicowych i psychotycznych. Warto brać pod uwagę, iż badania wskazują, że zaburzenie z pogranicza jest bardzo często wyni-

kiem wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie. Pacjenci często odczuwają pustkę i lęk przed opuszczeniem, cechuje ich niestałość obrazu siebie, afektu i znaczna impulsywność. Charakterystyczna dla nich niestabilność wyraża się m.in. w szybkich, gwałtownych zmianach w emocjach i zachowaniach, wyrażanych w nastawieniu do bliskich osób. Ze względu na niestabilność emocjonalną, wybuchy przemocy i groźby samobójstwa, osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają zwykle długą historię niestabilnych związków interpersonalnych – intensywnych, ale krótkotrwałych.

Histrioniczne zaburzenie osobowości

Osoby z histrionicznym zaburzeniem osobowości opierają swoje poczucie tożsamości na aprobachie i uwadze innych ludzi. Starają się zwiększyć swoją samoocenę poprzez uciekanie się do dramatyzowania i zachowań teatralnych. Często wyraża się to w nadmiernym zainteresowaniu swoim wyglądem czy nadmiernie troskliwym działaniem. Pacjenci z histrionicznym zaburzeniem osobowości są bardzo wrażliwi na krytykę, są bardzo uwrażliwieni na sygnały odrzucenia lub porażki. Im bardziej pacjent czuje się odrzucony, tym bardziej staje się histrioniczny. To dlatego ich kontakty interpersonalne są zazwyczaj płytkie i powierzchowne.

Narcystyczne zaburzenie osobowości

Osoby z zaburzeniem narcystycznym prezentują się jako osoby, które mają bardzo przesadne poczucie własnej wartości, choć faktycznie ich poczucie własnej wartości jest na ogół bardzo niskie. Sposobem radzenia sobie z tym deficytem jest założenie, że mają prawo do bycia podziwianym przez innych. Istnieje głębokie poczucie zazdrości wobec innych ludzi, które pojawia się jako oczekiwanie, że inni będą równie zazdrośni o samego pacjenta. Ludzie z takim stopniem narcyzmu czasem uciekają się do kłamstwa, aby zdobyć to, czego chcą i zwykle nie potrafią być empatyczni wobec uczuć innych osób.

Wiązka C

Zaburzenie osobowości unikającej

Pacjenci głęboko wierzą, że są społecznie niezręczni i niechciani, co powoduje uzasadniony strach przed zakłopotaniem lub odrzuceniem. Starają się nie spotykać innych ludzi, chyba że są całkowicie pewni akceptacji. We wczesnym dzieciństwie osoby z tym zaburzeniem mają najczęściej za sobą doświadczenia

związane z obraźliwą krytyką i odrzuceniem, co wyraża się w dużym poziomie lęku i unikaniem w późniejszym życiu. Zaangażowanie w kontakty społeczne wywołuje w nich poczucie zagrożenia, m.in. dlatego, że są nadmiernie świadomi swoich braków i trudności w utrzymywaniu relacji interpersonalnych. Im większa jest ta świadomość, tym bardziej czują się gorsi; im bardziej czują się gorsi, tym większa ich świadomość i nasilenie problemu.

Zaburzenie osobowości zależnej

Osobowość zależną charakteryzuje m.in.: przekonanie o niezdolności do kierowania własnym życiem, poczucie bezradności i nieumiejętność podejmowania własnych, niezależnych decyzji. Często czują się bezsilne i bezradne, nie mając obiektywnego wglądu w swoje mocne i słabe strony. Idealizują swoich opiekunów jako źródło bezpieczeństwa i komfortu, bojąc się podejmowania działań związanych z osobistą odpowiedzialnością. Cechy osobowości zależnej przejawiają się poprzez przyjmowanie postawy uległej i podporządkowanej wobec innych osób. Inne osoby mogą ją indoktrynować i sterować ich życiem, narzucając np. własny system wartości, przekonania. To zaburzenie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn i sprzyja postępującemu uwikłaniu tych osób w szkodzące im relacje.

Anankastyczne (obsesyjno-kompulsyjne) zaburzenie osobowości

To zaburzenie charakteryzuje się nadmiernym perfekcjonizmem, uniemożliwiającym normalne funkcjonowanie, przejawiającym się m.in. tym, że pacjenci są bardzo zajęci szczegółami, zasadami i porządkiem, poświęcając się tym zajęciom ze szkodą dla odpoczynku, budowania relacji. U podstaw anankastycznego zaburzenia osobowości leży stały niepokój i poczucie braku kontroli. Prowadzi to z jednej strony do strachu przed podejmowaniem ryzyka, z drugiej strony do silnej potrzeby kontrolowania. Wszystko to wpływa na poważne trudności w relacjach z innymi osobami, co z kolei wzmacnia obsesyjno-kompulsyjne zachowania związane z zaburzeniem.

Należy podkreślić, iż pacjenci z zaburzeniem osobowości rzadko będą prezentować objawy, które pasują wyłącznie do jednej kategorii. Najczęściej prezentują kombinację objawów z różnych kategorii. Na przykład pacjent może wykazywać objawy obejmujące paranoidalne zaburzenie osobowości, schizoidalne zaburzenie osobowości i schizotypowe zaburzenie osobowości. Ważnym zadaniem lekarza jest ustalenie, które z objawów są najbardziej dominujące. Pozwoli to na stworzenie adekwatnego planu leczenia.

Związek zaburzeń osobowości z uzależnieniem

Dążąc do zrozumienia związku pomiędzy osobowością a uzależnieniem od wielu lat prowadzi się intensywne badania. Badania te konsekwentnie wykazują, że u wielu pacjentów uzależnionych współwystępuje co najmniej jedno zaburzenie osobowości, np. u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych (DeJong i in., 1993), od telefonów komórkowych (Ksinan i in., 2021), od Facebooka (Casale, Fioravanti, 2018), od pracy, czy u pacjentów uzależnionych od hazardu (Odlaug i in., 2012, Giddens i in., 2012). Zaburzenie osobowości to istotny czynnik przyczyniający się do nasilenia problemów związanych z uzależnieniem (Grant i in., 2015).

Przegląd literatury wskazuje, iż wskaźniki występowania zaburzeń osobowości u osób z problemem uzależnień wahają się od 22 do 78% w różnych badaniach (Mellos i in., 2010, Giddens i in., 2012). Warto zaznaczyć, że za tak duże zróżnicowanie wyników mogą być odpowiedzialne takie czynniki, jak kryteria doboru próby (miejsce, płeć, grupa wiekowa), kryteria diagnostyczne (przedział czasowy, wykluczenie patologii związanej z substancją) oraz procedury oceny (metoda, czas pomiaru). Świadczy to o potrzebie dalszych badań w celu uzyskania wiarygodnych i porównywalnych danych dotyczących rozpowszechnienia, które mogłyby jeszcze lepiej wyjaśnić związek między tymi dwoma rodzajami zaburzeń.

W literaturze najczęściej spotkać się można z opisem współwystępowania uzależnienia z zaburzeniem osobowości z pogranicza, osobowością antyspołeczną oraz osobowością zależną. Przykładem tego są wyniki badań, w których ustalono duży odsetek występowania właśnie tych zaburzeń wśród ambulatoryjnych i stacjonarnych pacjentów uzależnionych od alkoholu (Verheul, 2001). W obszarze uzależnień behawioralnych warto przywołać badanie Bagby i in. (2008), w którym dokonano analizy związku między patologicznym hazardem a zaburzeniami osobowości. Badanie obejmowało próbę złożoną z patologicznych hazardzistów nie szukających leczenia oraz grupę porównawczą niepatologicznych hazardzistów. Wyniki uzyskane przez patologicznych hazardzistów konsekwentnie wykazywały znacznie wyższe poziomy świadczące o zaburzeniu z pogranicza niż u pozostałych osób badanych. Ciekawe wyniki dostarcza też badanie przeprowadzone przez S. Barrault i I. Varescon dotyczące uzależnienia od hazardu (Barrault, Varescon, 2012). Wykazano, że hazardziści online mają szczególny profil osobowości w porównaniu z hazardzistami offline i mogą wykazywać różne zaburzenia osobowości. Oba typy hazard-

dzistów mają zaburzenia osobowości, ale charakter tych zaburzeń jest inny: rozpowszechnienie zaburzeń osobowości z wiązki B jest częstsze u graczy offline, podczas gdy wiązka C (zaburzenia lękowe) jest bardziej obecna u patologicznych hazardzistów online. Ponadto powszechną chorobą współistniejącą wśród graczy online, a także graczy offline jest również depresja.

Niezależnie od szczegółowych wyników, należy podkreślić, iż zaburzenie osobowości zawsze wiąże się z poważnymi problemami psychologicznymi i trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Wiele z tych osób cierpi również na zaburzenia z osi I, w tym zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe. Wiele z nich ma trudności z regulacją emocji, z kontrolą zachowań, a ryzyko samobójstwa jest zwiększone dwukrotnie (Casadio i in., 2014). Część z nich zgłasza rodzinną historię zaburzeń psychicznych, a znacząca grupa cierpi również z powodu różnego rodzaju uzależnień.

W 2017 roku „European Psychiatry” opublikowało artykuł zatytułowany „Związek między zaburzeniami osobowości a zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych”, w którym podkreślono, iż rozpoznanie zaburzeń osobowości zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju innych problemów psychicznych, w tym problemu uzależnienia (Goretti i in., 2017). Uzależnienie i współwystępujące zaburzenie osobowości jest zawsze związane z szerokim spektrum problemów psychicznych pacjenta, co może wpłynąć na efekty leczenia i ostateczny stan pacjenta. Na przykład, u takich pacjentów obserwuje się większe prawdopodobieństwo przerywania leczenia i nawrotu (Zikos i in., 2010). Postawienie właściwej diagnozy zaburzeń osobowości z pewnością będzie miało więc znaczące implikacje dla procesu leczenia.

Charakterystyczne cechy pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości, takie jak np. skrajna wrażliwość na odrzucenie u osób z zaburzeniami borderline sprawiają, że z takimi osobami bardzo trudno jest pracować. Standardowa terapia uzależnień, skoncentrowana głównie na wprowadzaniu zmian w obszarze uzależnienia nie jest wystarczającą ofertą dla tej grupy pacjentów. Konsekwencje takiego podejścia wiążą się z tzw. zjawiskiem obrotowych drzwi, kiedy to pacjenci wielokrotnie wypadają z leczenia, a ci, którzy wracają do specjalisty, niezmiennie znajdują się w tym samym punkcie. Z drugiej strony, programy leczenia uzależnień są obecnie organizowane w taki sposób, by ograniczyć długość leczenia i zmniejszać liczby przyjęć pacjentów w placówkach terapeutycznych. Może to mieć poważne skutki dla osób z zaburzeniem psychicznym z osi II, które potrzebują adekwatnego leczenia.

Wśród podejść terapii uzależnień, które posiadają naukowo potwierdzoną skuteczność należy wymienić: dialog motywujący, terapię opartą na filozofii dwunastu kroków, terapię poznawczo-behawioralną, oraz jej rozszerzenie w postaci zarówno terapii schematów, jak i terapii dialektyczno-behawioralnej. Zarówno terapia schematów, koncentrująca się bardziej na wczesnych doświadczeniach pacjenta, jak i terapia dialektyczno-behawioralna, ukierunkowująca pracę terapeutyczną na bieżących problemach i budowaniu szeregu umiejętności pomocnych w radzeniu sobie z trudnościami, są metodami o naukowo potwierdzonej skuteczności z tą grupą pacjentów. Cieszą się coraz większym zainteresowaniem, choć – aby trafnie i efektywnie realizować je w praktyce klinicznej – wymagają bardzo szczegółowego merytorycznego przygotowania.

W kolejnych rozdziałach omówione zostaną dwie metody terapeutyczne – terapia schematów i terapia dialektyczno-behawioralna, których głównym celem jest pomoc osobom uzależnionym cierpiącym na zaburzenia osobowości.

Charakterystyka terapii schematów

Terapia schematów (TS) stworzona została z myślą o pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenia osobowości i dla tej grupy pacjentów jest metodą o udowodnionej skuteczności (szczególnie dla wiązki B i C) (Arntz, Jacob, 2018). Jest podejściem integracyjnym, rozwiniętym przez Jeffrey'a Younga jako kontynuacja i rozszerzenie tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej (Young, Klosko, 2014). Czerpie również inspirację z teorii przywiązania oraz terapii skoncentrowanej na emocjach.

W rozdziale zostaną opisane trudności prezentowane przez pacjentów z zaburzeniami osobowości w rozumieniu terapii schematów. Przedstawiony zostanie model frustracji podstawowych potrzeb, style radzenia sobie, schematy, tryby i główne strategie pracy z nimi. Mamy nadzieję, że wiedza w tym zakresie pozwoli lekarzom i innym pracownikom medycznym na szerokie rozumienie problemów z jakimi borykają się pacjenci uzależnieni oraz ukierunkowywanie pacjentów w korzystaniu ze skutecznych form pomocy.

Koncepcja schematów

Koncepcja schematów według Jeffrey'a Younga (Young, Klosko, 2014) bierze pod uwagę zarówno temperament, zadania rozwojowe, jak i czynniki ryzyka i czynniki ochronne w rozwoju człowieka. Zgodnie z tą koncepcją schematy to

trwałe, powtarzające się wzorce emocjonalno-poznawcze, obejmujące wspomnienia, emocje, reakcje ciała i myśli. Najczęściej powstają w okresie dzieciństwa bądź adolescencji i rozwijane są przez całe życie. U osób z zaburzeniami osobowości rozwijają się w sposób dysfunkcyjny (Loose i in., 2017).

Potrzeby emocjonalne

Kluczowym czynnikiem w rozwoju opisanych przez J. Younga schematów jest znaczące niezaspokojenie podstawowych potrzeb emocjonalnych. Frustracja podstawowych potrzeb emocjonalnych może mieć miejsce w następujących obszarach:

- więzi, stabilnego przywiązania do innych (bezpieczeństwo, opieka, miłość, troska, akceptacja);
- autonomii, samodzielności, poczucia tożsamości, niezależności od innych, kompetencji i doceniania;
- wolności wyrażania prawdziwych potrzeb i emocji;
- spontaniczności, zabawy, radości, przyjemności – w kontekście spontaniczności i wolności wyrażania siebie;
- realistycznych granic i samokontroli.

Wymienione potrzeby są potrzebami uniwersalnymi. Jeśli jako dorosłe osoby umiemy te potrzeby zaspokajać w adaptacyjny sposób sprzyja to naszemu zdrowiu psychicznemu (Loose i in., 2017). Trudności w zaspokajaniu tych potrzeb niosą ze sobą początkowo ryzyko nieprawidłowego kształtowania się osobowości człowieka, a następnie zaburzenia osobowości u osób dorosłych, którym mogą towarzyszyć różnego rodzaju uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne. Badacze zaobserwowali, że cztery rodzaje doświadczeń w okresie wczesnego dzieciństwa wpływają na powstanie nieadaptacyjnych schematów (Young i in., 2014). Są to:

- znacząca frustracja opisanych wyżej podstawowych potrzeb – najczęściej jest to sytuacja, gdy we wczesnym dzieciństwie brakuje stabilności, zrozumienia, miłości;
- traumatyzacja lub wiktymizacja – dziecko doświadcza krzywdy lub staje się ofiarą przemocy;
- dziecko dostaje „za dużo dobrego” – dziecko jest rozpieszczane, rodzice nie są w stanie mu niczego odmówić; potrzeby autonomii i realistycznych granic nie są zaspokajane; rodzice są albo nadmiernie zaangażo-

wani w życie dziecka, nadopiekuńczy albo pozwalają dziecku na nadmierną swobodę, nie stawiając granic;

- selektywna internalizacja lub identyfikacja z ważnymi osobami – w toku wychowania dziecko może doświadczać krzywdzenia ze strony rodzica i uwewnętrznić, zinternalizować sobie jego agresywne myśli, uczucia i zachowania, a następnie samo w przyszłości stać się sprawcą przemocy; selektywna identyfikacja może dotyczyć różnych cech i zachowań osób znaczących w życiu dziecka; zdaniem badaczy to czy dziecko będzie internalizowało daną cechę częściowo zależy od jego temperamentu. Obserwacje te pozwoliły na rozwinięcie założeń dotyczących źródeł schematów.

Neurobiologia schematów

Zapamiętując traumatyczne doświadczenia (np. porzucenie, przemoc, zaniedbanie) mózg człowieka rejestruje równolegle dwie „ścieżki”:

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

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

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

Pochodzenie schematów

Pochodzenie schematów bezwzględnie wiąże się z określonym temperamentem, na który mają wpływ czynniki wrodzone takie jak geny, rozwój prenatalny człowieka itp. Ponadto ważne jest wzięcie pod uwagę następujących czynników: oddziaływania kulturowe (religia, miejsce zamieszkania, narodowość, status społeczny itp.) oraz negatywne doświadczenia z dzieciństwa. Schematy w różnym stopniu mogą towarzyszyć każdemu człowiekowi. To naturalne, że nikt z nas nie miał „idealnego dzieciństwa”. Największe trudności pojawiają się wtedy, gdy towarzyszy nam duża liczba schematów, co wskazuje na to, że w wyniku naszych wczesnych doświadczeń nastąpiła u nas długotrwała frustracja podstawowych potrzeb. Rodzaj niedostatecznie zaspokojonych potrzeb (np. docenienia) determinuje typ wczesnego nieadaptacyjnego schematu (np. schemat defektu) (Loose i in., 2017).

Sposoby radzenia sobie ze schematami

Długotrwała frustracja podstawowych potrzeb i towarzyszące dziecku intensywne uczucia strachu, smutku, złości czy wstydu mogą być przyczyną wykształcenia się tendencji do stereotypowego radzenia sobie z nimi. W rozumieniu terapii schematów są to klasyczne wrodzone reakcje radzenia sobie z lękiem w kontekście modelu przebiegu reakcji stresowej, które nazywamy stylami radzenia sobie typu: walka, ucieczka i znieruchomienie (Loose i in., 2017).

Styl nadmiernej kompensacji – to reakcja walki/ataku – osoba robi coś przeciwnego do towarzyszącego jej uczucia, np. czuje lęk a zachowuje się agresywnie, często zachowuje się również wbrew temu, co myśli o sobie (np. myślę „jestem gorszy”), a przyjmuje zasadę „muszę dawać z siebie wszystko, aby inni nie odkryli, że jestem gorszy”;

Styl unikający – to reakcja unikania – osoba stara się unikać wchodzenia w sytuacje, które mogłyby wywołać reakcję lękową np. unika określonych ludzi, miejsc, czynności.

Styl poddający się – to reakcja znieruchomienia – osoba ulega i poddaje się danej sytuacji i emocjom, które ta wywołuje.

Opis schematów

Poniżej przedstawiamy 18 rodzajów schematów, które scharakteryzował i zbadał Jeffrey Young oraz style radzenia sobie ze schematami (Young, Klosko, 2013).

Deprywacja emocjonalna – osobie towarzyszy poczucie, że jej potrzeby emocjonalne nie są ważne i nie zostaną zaspokojone przez innych. Ten schemat może dotyczyć którejś z trzech rodzajów potrzeb: 1) bliskości, ciepła i czułości; 2) bycia wysłuchanym i zrozumianym; 3) wsparcia i pokierowania. Najczęściej powstaje wtedy, gdy rodzice nie zaspokajali potrzeb dziecka: byli zimni, mało zaangażowani, chłodni albo po prostu nie dbali o dziecko i jego podstawowe potrzeby. Częstym przekonaniem pacjenta może być poczucie, że źle wychodzi na okazywaniu swoich potrzeb, bo nie dostaje miłości, wsparcia i zrozumienia. Osoby poddające się schematowi zwykle mają trudności w proszeniu bliskich o zaspokajanie ich emocjonalnych potrzeb, udają silniejszych niż są naprawdę. Kiedy pacjenci radzą sobie poprzez unikanie mogą prowadzić życie samotnika i mieć przekonanie, że nie warto wchodzić w bliską relację, bo i tak nie otrzymają w niej ciepła. Nadmierna kompensacja schematu deprywacji emocjonalnej może być widoczna w postawie bycia przesadnie wymagającym. Takie osoby mogą łatwo się złościć, gdy ich potrzeby nie zostają zaspokojone. Mogą to być również osoby przesadnie okazujące swoje potrzeby, okazujące swoją bezsilność lub skarżące się na wiele fizycznych dolegliwości (to tzw. objawy psychosomatyczne).

Opuszczenie/Niestabilność więzi – to towarzyszące osobie przekonanie, że jej bliscy prędeż czy później odejdą (wyjadą, porzucą, umrą) i/lub przestaną się nią interesować. Zwykle bierze się z następujących doświadczeń: rozłąki (np. częste wyjazdy któregoś z rodziców, rozwód albo śmierć bliskiej osoby) lub bycie niezauważanym przez rodziców i pozostawianym samemu sobie (dziecko z kluczem na szyi), uzależnienie rodzica połączone z jego znikaniem z domu, „ciągi”, gdy nie wiadomo, kiedy rodzic wróci do domu. W tym schemacie osoba może mieć przekonanie, że „wkrótce zostanie sama”, zostanie porzucona. Osoby poddające się temu schematowi często zamartwiają się tym, że partner może je porzucić, czasem wybierają sobie jako partnerów osoby, które nie chcą, bądź nie potrafią stworzyć zdrowego związku. Osoby, które radzą sobie z tym schematem przez unikanie, mogą unikać bliskich relacji lub angażować

się w nie tylko do pewnego, bezpiecznego w ich mniemaniu, stopnia. Osoby stosujące nadmierną kompensację mogą mieć skłonność do kontrolowania i osaczania partnera, bycia bardzo zazdrosnym.

Nieufność/Skrzydzenie – to przekonanie, że inni mogą zranić, wykorzystać, oszukać bądź poniżyć. Schemat ten może powstawać na bazie takich doświadczeń dziecka jak: znieważanie, wyśmiewanie czy niesprawiedliwe traktowanie przez rodziców, rodzeństwo, rówieśników bądź inne osoby. W obszarze doświadczeń może znaleźć się również przemoc psychiczna i fizyczna czy seksualna. Osoby poddające się schematowi mogą stawać się ofiarami przemocy i nadużyć wybierając sobie agresywnych partnerów, mogą też mieć dużą trudność w uwalnianiu się z takich relacji. Radzenie sobie poprzez unikanie u osób z tym schematem przejawia się zwykle poprzez trzymanie innych na dystans. Styl nadmiernej kompensacji może oznaczać zachowywanie się w agresywny sposób. Osoby te mogą atakować innych, w kłótniach obrażać i wyzywać partnera.

Izolacja społeczna/Wyobcowanie – to schemat, w którym skupiamy się na tym czym różnimy się od innych oraz poczucie, że tak naprawdę nie pasujemy do żadnej grupy ludzi. Zwykle schemat ten kształtuje się w wyniku doświadczeń dziecka, które widziało, że ono samo bądź jego rodzina różnią się znacząco od otoczenia (np. dzieci z rodziny alkoholowej, pochodzenie z wyraźnie bogatszej bądź uboższej rodziny, inny kolor skóry, inne wyznanie itp.) Osoby poddające się schematowi mają odruch szukania różnic między nimi samymi a innymi członkami grupy, w której się znajdują, co często nasila ich poczucie bycia innym. Osoby unikające aktywacji schematu izolacji społecznej zwykle wybierają samotnicze zajęcia, by nie czuć się obco. Osoby radzące sobie nadmierną kompensacją mają tendencję do stawiania się kameleonami i chęć wpasowania się w grupę. Mogą wtedy starać się zachowywać podobnie do osób w swoim otoczeniu.

Wadliwość/Wstyd – to schemat, w którym osobie towarzyszy poczucie, że coś jest z nią nie tak, że ma w sobie jakąś trwałą wadę. Może ona dotyczyć bardzo różnych rzeczy: wzrostu, wagi, inteligencji, potrzeb itp. Innymi słowy, schemat ten to kwintesencja posiadania kompleksów. Jego źródeł upatrujemy w sytuacjach, w których dziecko doświadczało silnej krytyki bądź wyśmiewania ze strony rodziców, rówieśników czy innych osób. Osoby poddające się schema-

towi zwykle nie potrafią bronić się przed krytyką. Mogą wchodzić w związki z krytycznymi partnerami, mając poczucie, że nie zasługują na lepsze traktowanie. Styl radzenia sobie przez unikanie oznacza trzymanie bezpiecznego dystansu w relacjach, unikanie skupienia uwagi na sobie. W nadmiernej kompensacji osoby mogą starać się prezentować jako osoby bez wad, mogą też być krytyczni i oceniający w stosunku do innych.

Porażka – w tym schemacie osobie towarzyszy przekonanie, że nie jest w stanie osiągnąć tak wiele jak inni. To schemat dość podobny do wadliwości, przy czym wadliwość dotyczy cech, zaś porażka dotyczy kompetencji. Częste źródła tego schematu to krytyczni, wymagający i dający mało wsparcia rodzice. Poddanie się schematowi porażki oznacza często podchodzenie do zadań bez entuzjazmu, chaotycznie, z przekonaniem, że nie mam co się starać, bo pewnie i tak mi się nie uda. Styl unikania tego schematu to zwykle skłonność do odwlekania, prokrastynacji. Nadmierna kompensacja może być widoczna u osoby, która jest bardzo ambitna i stawia sobie ciągle nowe wymagania.

Zależność/Niekompetencja – to schemat, w którym osoba ma przekonanie, że nie jest w stanie podjąć samodzielnie dobrej decyzji i dokonać właściwych wyborów i/lub, że nie jest w stanie sprostać samemu codziennym obowiązkom. Schemat ten zwykle jest efektem zachowawczych reakcji rodziców, którzy nie pozwalali dzieciom na samodzielność i niezależność, bądź mieli skłonność do negocjowania i krytykowania wyborów dziecka. Osoby, które poddają się temu schematowi, często proszą innych o radę, konsultują się, nie są wciąż pewne jak się zachować. Radzenie sobie ze schematem przez unikanie to często trzymanie się tego, co znane i sprawdzone. Osoby takie często pozostają w związkach, których są źle traktowane, zdradzane; mogą też doświadczać przemocy w domu czy mobbingu w pracy. Osoby, które radzą sobie z tym schematem przez nadmierną kompensację chcą być całkowicie samowystarczalne i niezależne.

Podatność na zranienie lub zachorowanie – w tym schemacie osobie towarzyszy obawa, że w każdej chwili może wydarzyć się jakaś katastrofa. Zwykle źródłem tego schematu jest zamartwiający się rodzic, który przekazuje dziecku wizję świata jako niebezpiecznego i nieprzewidywalnego miejsca. Osoby poddające się schematowi przejawiają skłonność do wypatrywania zagrożeń, zamartwiają się, że nadejdzie „katastrofa”. Może to być przewidywanie najgorszego na różnych obszarach: finansowym, kryminalnym (zamartwianie się

o własne bezpieczeństwo) czy zdrowotnym (często poddają się różnego rodzaju badaniom, by usnąć na chwilę swój niepokój). To wiąże się z podwyższoną czujnością i większym napięciem. Stosowanie stylu związanego z unikaniem wiąże się zwykle z trzymaniem się tylko bezpiecznych miejsc. Zdarza się, że przy dużym natężeniu lęku dana osoba czuje się bezpiecznie tylko w swoim domu. Nadmierna kompensacja Schematu Podatności może prowadzić do lekkomyślnych zachowań, co jest odwrotnością lęków zapisanych w schemacie.

Uwikłanie/Nie w pełni rozwinięte Ja – to schemat zbyt dużej bliskości między osobą a innym ważnym dla niej człowiekiem (najczęściej rodzicem bądź partnerem). W doświadczeniach osób z tym schematem często relacje w rodzinie mają charakter emocjonalnej fuzji, gdzie granice, myśli, uczucia rozmywają się. Posiadanie tego schematu wiąże się czasem z trudnością w uświadamianiu sobie swoich własnych potrzeb. Zwykle pojawia się jako skutek działania rodziców, którzy za bardzo kontrolują dziecko albo przesadnie opiekują się nim uniemożliwiając rozwinięcie własnej tożsamości. Osoby poddające się działaniu tego schematu utrzymują silną, bliską więź z ważną dla siebie osobą. Osoby te mogą również poszukiwać charyzmatycznych liderów i bezkrytycznie przyjmować ich wartości i poglądy. Osoby radzące sobie przez unikanie zwykle mają odruch stronięcia od bliskości i zachowują przesadną niezależność, polegają głównie na sobie. Nadmierna kompensacja schematu uwikłania to przede wszystkim stawanie się przeciwieństwem ważnej osoby.

Podporządkowanie się – to schemat, w którym osoba ma poczucie, że musi poddać się woli innych osób, bo inaczej spotkają ją jakieś przykre konsekwencje (gniew, odrzucenie, odwet). Mając ten schemat reaguje na prośby jak na rozkazy. Typowe źródło tego schematu to zwykle wychowanie się w rodzinie ustawiającej dzieci „pod siebie”, „pod społeczeństwo”, mówi się: „dzieci i ryby głosu nie mają”, „zrobisz teraz co ja chcę”, „rób to, bo inaczej cię zostawię”. Dzieci zwykle doświadczają autorytatywnego wychowania, rodzice są kontrolujący. Osoby poddające się działaniu tego schematu są zwykle przesadnie ugodowe. Boją się odmawiać czy mówić wprost, że coś im nie pasuje. Osoby radzące sobie przez unikanie stronią od sytuacji, w których mogłyby się poczuć kontrolowane lub których mają odmienne zdanie. W obu sytuacjach rezygnują z wyrażania swojego zdania lub opinii z obawy przed czyjąś złością. Radzenie sobie przez nadmierną kompensację to często silny odruch buntu, co w praktyce oznacza, że osoby często reagują złością, robią po swojemu, domagają się „sprawiedliwości”.

Samoposwięcenie – to schemat, w którym osoba ma tendencje do rezygnowania z własnych potrzeb i poświęcania się na rzecz innych osób. Z jednej strony osoba może czuć się bardziej wartościowa pomagając innym, z drugiej strony może doświadczać poczucia winy poświęcając uwagę własnym potrzebom. Zazwyczaj osoby z tym schematem w dzieciństwie były albo obarczane odpowiedzialnością za dobre samopoczucie kogoś (bądź obojga) z rodziców lub za opiekę nad rodzeństwem, albo w najbliższym otoczeniu miały altruistyczne wzorce pomagania innym. Poddając się działaniu schematu bardziej dbamy o potrzeby innych rezygnując z własnych, np. troszczymy się o innych, ale nie o siebie, łatwo rezygnujemy ze swoich potrzeb, jesteśmy dobrymi słuchaczami i ludzie lubią opowiadać nam o swoich problemach. Wiele osób poddających się schematowi samoposwięcenia doświadcza objawów psychosomatycznych (czyli problemów ze zdrowiem fizycznym, których przyczyny tkwią w psychice). Zwykle są to bóle pleców, głowy, stawów, problemy z układem pokarmowym czy chroniczne zmęczenie. W sytuacji radzenia sobie poprzez unikanie stronimy od ludzi, którzy proszą nas o pomoc i sami również tego nie robimy. Nadmierna kompensacja w tym schemacie pojawia się zwykle w sytuacjach, gdy wcześniej już bardzo dużo z siebie dawaliśmy, pomagaliśmy i na ten moment osoba ma już tyle frustracji z tego powodu, że daje innym tak mało, jak tylko to możliwe.

Zahamowanie emocjonalne – to przekonanie o tym, że powinienem tłumić swoje spontaniczne emocje i impulsy (np. wyrażanie złości, głośny śmiech, zabawa, taniec), bo inaczej mogę zranić kogoś, wygłupić się albo doprowadzić do tego, że inni będą mieli o mnie złe zdanie. Częste źródło tego schematu to rodzice zniechęcający dziecko albo nawet karzący je za spontaniczne wyrażanie emocji, głośną zabawę itp. Styl radzenia sobie poprzez poddanie się schematowi Zahamowania emocjonalnego może polegać na tłumieniu emocji i zachowywaniu spokoju niezależnie od sytuacji. Trudno wtedy budować bliskie relacje. Unikanie w przypadku tego schematu to stronięcie od sytuacji, w których ludzie wyrażają emocje bądź o nich rozmawiają. W nadmiernej kompensacji naturalna ekspresja i spontaniczność osoby wydają się być sztuczne.

Nadmierne wymagania/Nadmierny krytycyzm – w tym schemacie osoba ma poczucie, że cokolwiek zrobi, nie jest to wystarczająco dobre i w związku z tym powinna się bardziej starać (być lepszym rodzicem, pracownikiem, lepiej przygotowywać potrawy, dokładniej sprzątać itp.). Schemat ten zawiera też w sobie skłonność do samokrytycyzmu. Zwykle źródłem tego schematu

są bardzo wymagający rodzice i/lub presja ze strony otoczenia, aby mieć wybitne osiągnięcia. Osoby, które poddają się temu schematowi mogą popadać w pracoholizm. Schemat ten jest często formą radzenia sobie z leżącym głębiej schematem Wadliwości. Unikanie jako sposób radzenia sobie może przybierać formę prokrastynacji. Nadmierna kompensacja może z kolei oznaczać np. realizowanie zadań pośpiesznie i byle jak.

Roszczeniowość/Wielkościowość – to poczucie bycia kimś szczególnym (mądrzejszym, ładniejszym itp.), kto może robić i mówić co chce, niezależnie od tego, czy innym to odpowiada. Mając ten schemat pacjent przedkłada swoje potrzeby i preferencje nad potrzeby innych. Zazwyczaj schemat ten bierze się z doświadczeń, w których dziecko czuje się uprzywilejowane, wyjątkowe i/lub jest traktowane przez rodziców w pobłażliwy sposób. Poddając się działaniu schematu możemy zachowywać się w sposób dominujący, przechwalać się lub zastraszać innych. W przypadku unikania nie będziemy wchodzić w sytuacje, w których możemy poczuć się jak ktoś przeciętny, mało znaczący. Styl nadmiernej kompensacji zwykle może wyrażać się w przesadnym dbaniu o potrzeby innych.

Niedostateczna samokontrola i samodyscyplina – to powtarzająca się trudność w utrzymaniu właściwego poziomu samokontroli i tolerowaniu frustracji. Mając ten schemat osoba ma trudności w dotrzymywaniu terminów (np. pisanie na studiach prac na czas) i wywiązywaniu się z nudnych, rutynowych obowiązków (np. sprzątanie w mieszkaniu). Typowe źródło tego schematu to brak dopilnowania przez rodziców oraz nakładania przez nich niewystarczających ograniczeń. Poddanie się schematowi może oznaczać łatwe odpuszczanie czy też uleganie zachciankom. Forma unikania może wyrażać się poprzez branie na siebie najmniej odpowiedzialności i zobowiązań. Z kolei styl nadmiernej kompensacji to często narzucanie sobie zbyt surowej dyscypliny.

Poszukiwanie akceptacji i uznania – to schemat uzależniania poczucia własnej wartości od opinii innych. Mając ten schemat będą dokonywać wyborów kierując się przede wszystkim tym, jak zostaną one odebrane przez innych, a nie tym, na ile są dla mnie dobre. Zwykle rozwija się u dzieci, których rodzice narzucają własne zdanie na temat tego, co jest właściwe i pożądane. Poddając się działaniu schematu podporządkowujemy swoje działania wywieraniu odpowiedniego wrażenia. Osoby radzące sobie przez unikanie mogą starać

się unikać kontaktu z innymi, na których aprobacie im zależy. W nadmiernej kompensacji osoby te swoim zachowaniem mogą prowokować dezaprobatę.

Negatywizm/Pesymizm – to schemat nadmiernego skupiania się na negatywnych aspektach życia przy jednoczesnym minimalizowaniu aspektów pozytywnych. Posiadając ten schemat osoba będzie miała skłonność do widzenia wszystkiego w czarnych barwach. Może też być przesadnie ostrożna. Częste źródło tego schematu to rodzic roztaczający taką właśnie wizję świata („A nie mówiłem?!”). Próby radzenia sobie poprzez poddanie się schematowi powodują, że stajemy się przesadnie skupieni na zagrożeniach. Unikanie schematu powoduje, że stajemy się zbyt zachowawczy. W nadmiernej kompensacji stajemy się skłonni do ignorowania ryzyka i zagrożeń.

Bezwzględna surowość – to przekonanie, że każdy błąd zasługuje na surową karę. Posiadając ten schemat pacjent jest surowy oraz często ma trudności z wyrozumiałością i wybaczeniem sobie i innym. Nie jest też skłonny uznawać czegoś takiego, jak okoliczności łagodzące. Zwykle schemat ten bierze się z doświadczenia przez dziecko surowości i karzącego stosunku ze strony rodziców i doświadczenia braku wyrozumiałości i współczucia. Poddanie się schematowi to przyjmowanie surowej, karzącej postawy wobec siebie i innych. W przypadku unikania staramy się zatajać własne błędy i unikać osób, ze strony których spodziewamy się kary. Styl nadmiernej kompensacji sprawia, że nie chcąc zachowywać się jak osoba, od której nabyliśmy ten schemat, stajemy się przesadnie wyrozumiali i akceptujący.

Praca ze schematami

W pracy terapeutycznej ze schematami stosujemy interwencje poznawcze i behawioralne znane z terapii poznawczo-behawioralnej (opis technik poznawczo-behawioralnych znaleźć można m.in. w podręczniku dla lekarzy opracowanym przez Jaraczewską i Derwich, 2020b) oraz interwencje skoncentrowane na emocjach.

Praca poznawcza skupiona jest wokół restrukturyzacji treści poznawczych schematu. W terapii staramy się dzięki temu rozwijać i wzmacniać nowy „zdrowy głos”, który podważa przekaz i treści, jakie niesie ze sobą nieadaptacyjny schemat. W trakcie restrukturyzacji poznawczej możemy np. zbierać dowody

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

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

Praca behawioralna ma na celu zidentyfikowanie nieadaptacyjnych (czasem nałogowych) zachowań związanych ze schematem. Zadaniem pacjenta jest obserwacja i opis tzw. błędnych kół, które powodują podtrzymywanie niepomocnego stylu radzenia sobie ze schematem. W pracy terapeuty często modeluje nowe zachowania, które pacjent może przećwiczyć np. w ramach ćwiczeń odgrywania ról.

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

Tryby

Podczas terapii schematów identyfikuje się też tzw. tryby schematów. Tryb postrzegany jest jako specyficzny stan poznawczo-emocjonalno-behawioralny, który aktywowany jest w danej chwili w odpowiedzi na określone bodźce (Young i in. 2014). Tryby schematów dzielimy na następujące cztery kategorie: tryby dziecięce, nieadaptacyjne tryby rodzicielskie, nieadaptacyjne tryby radzenia sobie oraz zdrowe tryby (tzw. Zdrowy Dorosły i Szczęśliwe Dziecko). Głównym celem w pracy terapeutycznej z trybami jest poszukiwanie i wzmacnianie trybu Zdrowego Dorosłego, który pozwala nam jako osobom dorosłym na zdrowe zaspokajanie potrzeb oraz trybu Szczęśliwego Dziecka, który pozwala czerpać radość z życia (Arntz, Jacob, 2016). Arntz i Jacob (2016) w następujący sposób charakteryzują kategorie trybów oraz ich wybrane przykłady:

Tryby dziecięce – to aspekty, które naturalnie występują u dzieci. Warto podkreślić, że nie są one przyswajane przez uczenie się. Tryby dziecięce wiążą się z silnymi negatywnymi emocjami takimi jak wściekłość, smutek czy poczucie opuszczenia. W trybach dziecięcych wyróżniamy: Dziecko wrażliwe/podatne na zranienie – w tym stanie osoba czuje się bezbronna, niezasługująca na miłość; odczuwa pustkę i samotność. Tryb ten zwykle zajmuje centralne miejsce w terapii. Dziecko złoścące się to tryb, który jest reakcją na nasze zaniedbane, niezaspokojone potrzeby. Dziecko impulsywne, niezdyscyplinowane to dziecko, które „potrzebuje” wychowania i edukacji. Dziecko szczęśliwe to dziecko, które odczuwa wewnętrzny spokój, a jego podstawowe potrzeby są zaspokojone.

Tryby rodzicielskie – to uwewnętrznione dysfunkcyjne reakcje rodzica na dziecko. Należy pamiętać, że źródłem tych trybów mogą być również inne osoby, jak np. wyśmiewający dziecko rówieśnicy, wymagający i krytykujący w szkole nauczyciel czy surowy dziadek. W nieadaptacyjnym trybie rodzicielskim osoba wciąż wywiera na siebie presję lub siebie nienawidzi. W tej kategorii trybów wyróżniamy tryb Karzącego rodzica, kiedy osoba złości się na siebie i ma poczucie, że zasługuje na karę za to, że odczuwa i/lub wyraża normalne potrzeby. Częstym zachowaniem może być tu samokrytyka, samookaleczanie, fantazje samobójcze czy też zachowania autodestrukcyjne, takie jak różnego rodzaju uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne. Kolejnym trybem jest tryb Wymagającego rodzica, który ciągle wymaga, by osoba spełniała wygó-

rowane standardy. Obserwowanym zachowaniem może być dążenie do perfekcji, utrzymywanie ładu i porządku, wysoka wydajność czy też doskonała organizacja.

Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie – wyróżnia się następujące tryby:

Uległy poddany – w tym trybie z obawy przed konfliktem lub odrzuceniem pacjent jest bierny, uległy, podporządkowany. Często domaga się zapewnień lub gwarancji. W związkach biernie akceptuje przemoc lub po prostu podejmuje kroków w celu zaspokojenia swoich zdrowych potrzeb.

Odlączony obrońca – osoba unika bólu psychicznego wynikającego ze schematów poprzez emocjonalne odłączenie. Stara się wyłączyć wszystkie emocje, co przekłada się również na zrywanie więzi z ludźmi, odrzucanie ich pomocy, automatyczne funkcjonowanie niemal jak robot.

Odlączony samoukoiciel – osoba wyłącza emocje i angażuje się w aktywności, które przynoszą jej ukojenie i uspokojenie. Tym samym aktywności te odwracają jej uwagę. Często są to zachowania takie jak pracoholizm, uprawianie hazardu, uprawianie niebezpiecznych dyscyplin sportu, seksoholizm czy zażywanie narkotyków. Mogą to być również czynności wykonywane w samotności, bardziej niosące ukojenie, niż stymulację, np. granie w gry komputerowe, przejadanie się czy oglądanie telewizji.

Samouwielbiacz – osoba dąży do rywalizacji lub władzy, co jest dla niej sposobem na to by dostać i utrzymać to, czego chce. Osoba w tym trybie wykazuje niewiele empatii dla potrzeb i uczuć innych osób. Okazuje swą wyższość i oczekuje specjalnego traktowania ze strony innych.

Nadmierny kontroler – osoba usiłuje chronić się przed zagrożeniem (domniemanym lub realnym) koncentrując się w nadmierny sposób na kontrolowaniu. Tryb ten może przybrać postać Perfekcjonistycznego Nadmiernego Kontrolera – wtedy osoba swoje działania skupia wokół perfekcjonizmu, aby zdobyć kontrolę i zapobiec niepowodzeniom i krytyce. Inną postacią jest Paranoidalny Nadmierny Kontroler, który swoje zachowania skupia wokół sprawdzania innych ludzi, rzucania na innych podejrzeń, doszukiwania się oznak złej woli.

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

Techniki pracy z trybami

W terapii trybów stosuje się następujące strategie zmiany trybów: techniki poznawcze, techniki skoncentrowane na emocjach (doświadczeniowe) oraz techniki behawioralne (Arntz, Jacob, 2016). Interwencje poznawcze obejmują wszystkie metody terapii poznawczo-behawioralnej, takie jak np. praca na zniekształceniach poznawczych, restrukturyzacja poznawcza, analiza argumentów „za i przeciw” (opis technik poznawczo-behawioralnych znaleźć można m.in. w podręczniku dla terapeutów opracowanym przez Jaraczewską i Derwich, 2020a).

W ramach pracy na trybach technikami poznawczymi głównym celem w trybach dziecięcych jest psychoedukacja na temat potrzeb człowieka oraz ich rozwoju od okresu dziecięcego. Pacjenci, którzy często sami nie doświadczili w dzieciństwie zaspokajania ich potrzeby np. bliskości czy bezpieczeństwa, warto by zdobyli wiedzę na temat tego, jak powinno wyglądać zdrowe zaspokajanie potrzeb dziecka, w tym potrzeb emocjonalnych i jaka jest w tym rola jego opiekunów (najczęściej rodziców). W pracy poznawczej skierowanej na nieadaptacyjne tryby rodzicielskie najważniejszym celem interwencji jest omówienie z pacjentem źródeł jego poczucia winy oraz adekwatności zachowań rodziców/opiekunów w dzieciństwie wobec pacjenta. W pracy tej warto podkreślać, że niezależnie od temperamentu lub trudności rozwojowych dziecka, to jego rodzice/opiekunowie odpowiedzialni są za dostosowywanie swojego stylu wychowawczego do potrzeb dziecka. W obszarze pracy na nieadaptacyjnych trybach radzenia sobie głównym zadaniem jest podkreślenie, że tryby te w dzieciństwie odegrały ważną rolę w życiu pacjenta i w tamtym okresie jego życia pełniły funkcję ochronną. Ważne natomiast jest przyglądanie się nim i analiza ich „zalet i wad” zarówno w okresie dziecięcym, jak i obecnie. Zada-

niem w pracy poznawczej z pacjentem jest również wzmacnianie i kształtowanie adekwatnych procesów poznawczych trybu Zdrowego dorosłego (Arntz, Jacob, 2016). Pacjenci mogą, niekiedy bardzo szybko, przełączać się z trybu w tryb. To może stanowić duże wyzwanie w terapii trybów, gdzie podstawowym problemem może być szybkie przełączanie się w nieadaptacyjne tryby radzenia sobie. Praca z trybami wymaga dużej koncentracji na „tu i teraz”, a techniki wyobrazeniowe, skoncentrowane na emocjach i relacji terapeutycznej okazują się w niej szczególnie pomocne.

Techniki wyobrazeniowe

Interwencje skoncentrowane na emocjach w pracy nad trybami to głównie ćwiczenia wyobrazeniowe (doświadczeniowe) oraz praca z krzesłami. Zanim pacjent będzie w stanie skupić się na swoich własnych potrzebach i celach ważne jest, by nauczył się przeżywać i wyrażać smutek i złość. W ramach jednej z podstawowych technik wyobrazeniowych tzw. wyobrazeniowej zmiany skryptów pacjent wraca do trudnych, często traumatycznych doświadczeń z przeszłości i pracuje wraz ze specjalistą nad zmianą tych trudnych przeżyć, tak by potrzeby krzywdzonego czy maltretowanego dziecka zostały w wyobrażeniu zaspokojone. Ćwiczenia te wspierają pacjenta w przeżywaniu uczuć związanych z zaspokojeniem potrzeb emocjonalnych, takich jak potrzeba opieki, troski czy bezpieczeństwa.

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

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

W ramach pracy wyobrazeniowej stosuje się również wyobrazeniową zmianę skryptów, której zadaniem jest stworzenie nowych wzorców emocjo-

nalnych oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i innych pozytywnych odczuć. Ramowy przebieg wyobrazeniowej zmiany skryptów A. Arntz i G. Jacob (2006) przedstawiają w następujący sposób:

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

Praca tą techniką może pomóc pacjentom odkryć źródła emocji i doświadczyć zaspokojenia potrzeb.

Praca z krzesłami

Kolejną techniką jest wspomniana wcześniej w opisie pracy ze schematami praca z krzesłami. Jest to technika stosowana również do pracy z trybami. Celem jej jest praca z nieadaptacyjnymi trybami radzenia sobie. Podczas tej pracy pacjent werbalizuje swoje psychologiczne napięcie wobec „problemu” – żal, złość, bezsilność itp. Terapeuta pomaga zastanowić się nad obecnym nastawieniem emocjonalnym wobec problemu i wyrazić je. Praca z krzesłami odbywa się z pacjentem w odniesieniu do różnych konkretnych przykładów z jego życia. Dzięki tej technice pacjent może dostrzec i zrozumieć swoje wewnętrzne konflikty, ambiwalentne uczucia i zachowania. W trakcie terapii pacjent uczy się również, które z trybów warto wzmacniać i rozwijać, a wpływ których ograniczać i osłabiać. Sama praca polega na prowadzeniu dialogu między różnymi trybami pacjenta, które uaktywniają się w sytuacji, nad którą pracujemy. Jest to elastyczna technika. Sam dialog może być prowadzony

między dwoma krzesłami np. jedno krzesło to jeden z nieadaptacyjnych schematów, a drugie to krzesło Zdrowego dorosłego. Wariant z dwoma krzesłami jest szczególnie pomocny, jeśli terapeuta nie ma jeszcze doświadczenia w tej technice. Stosuje się również dialog między trzema lub większą ilością krzesel. Pozwala to zestawiać w dialogach między krzesłami wszystkie możliwe kombinacje trybów (Arntz, Jacob, 2016). Przykładem takiej pracy może być sytuacja pacjenta nadmiernie zaangażowanego w swoją pracę (spełniającego kryteria diagnostyczne pracoholizmu, których opis zamieszczono w rozdziale 1 niniejszej publikacji). Technika pracy z krzesłami początkowo została zastosowana w celu rozpoznania poszczególnych trybów. Rozpoznano następujące tryby: tryb Wrażliwego dziecka, Odłączonego samoukoiciela, Krytycznego rodzica oraz Zdrowego dorosłego. Pacjent z pomocą specjalisty rozpoznał również jakie najczęściej myśli, uczucia i zachowania towarzyszą mu w każdym z trybów np. w trybie Krytyczny rodzic – pacjent ma myśli samokrytyczne („Nic nie potrafię”, „Jestem do niczego”), w trybie Wrażliwe dziecko pacjent ma poczucie emocjonalnej pustki, czuje się samotny, zaś w trybie Odłączonego samoukoiciela angażuje się w pracę, co pozwala mu odwrócić uwagę od odczuwanych emocji). Kolejnym zadaniem specjalisty było wspomaganie pacjenta w zmierzeniu się z głosem (myślami) Krytycznego rodzica. Specjalista modelował odpowiedzi trybu Zdrowego dorosłego w kierunku trybu Krytycznego rodzica, następnie aktywnie wspierał pacjenta w dialogu z Krytycznym rodzicem. Następnym ważnym krokiem była praca z trybem Odłączonego samoukoiciela, którego wyrazem był pracoholizm pacjenta. Specjalista prosił pacjenta będącego w tym trybie Odłączonego samoukoiciela, aby opowiedział na bazie jakich ważnych doświadczeń tryb powstał i jak postrzega swoją funkcję w życiu pacjenta. Następnie pacjent wspierany przez specjalistę sam prosił tryb Odłączonego samoukoiciela, by spróbował zrezygnować ze swojej aktywności. Dalszym celem było również dostrzeżenie potrzeb trybu Wrażliwego dziecka i wspieranie pacjenta, by w trybie Zdrowego dorosłego był w stanie opiekować się swoim Wrażliwym dzieckiem. Wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z trybem Krytycznego rodzica, adekwatnym reagowaniem na potrzeby i emocje trybu Wrażliwego dziecka, rezygnacji z zachowań w trybie Odłączonego samoukoiciela i rozwijaniu postawy Zdrowego dorosłego było znaczące w skutecznym ograniczeniu pracoholizmu pacjenta.

Relacja terapeutyczna

W ramach terapii schematów relację z pacjentem spostrzega się jako relację ograniczonego powtórnego rodzicielstwa. Oznacza to, że w ramach relacji terapeutycznej specjalista w ograniczonym stopniu stara się zaspokajać emocjonalne potrzeby pacjenta (których wcześniej nie zaspokoiли rodzice pacjenta lub opiekunowie), przy jednoczesnym zachowaniu zasad etyki zawodowej. W ramach relacji terapeutycznej nawiązanej z pacjentem specjalista terapii schematów stara się bardzo uważnie i adekwatnie reagować na tryby i schematy wyrażane przez pacjenta, np. wobec pacjenta z rozpoznaniem depresji jest wspierający i serdeczny, a z kolei w pracy z pacjentem z zaburzeniem osobowości borderline stara się czuwać nad przestrzeganiem granic. Praca terapeutyczna w ramach ograniczonego powtórnego rodzicielstwa skupia się przede wszystkim na zaspokojeniu potrzeb pacjenta, zwłaszcza w jego trybie Wrażliwego dziecka.

Inną bardzo ważną techniką opartą na relacji terapeutycznej jest empatyczna konfrontacja. Empatyczna konfrontacja pozwala na otwarte komunikowanie pacjentom zrozumienia ich trudnych emocji, przy jednoczesnym konfrontowaniu ich z problematycznymi zachowaniami. Przykładem może tu być powtarzające się zachowanie pacjenta, polegające na powstrzymywaniu ekspresji smutku, lęku i przygnębienia, przepraszaniu za to, że płacze itp. W takich sytuacjach w empatycznej konfrontacji specjalista może nazwać te zachowania, a następnie uprawomocnić. Specjalista zaznacza jak historia wczesnych doświadczeń pacjenta i fakt, że w domu rodzinnym nie mógł on swobodnie wyrażać uczuć, bo natychmiast spotkałby się z krytyką, a nawet karą wpłynęła na ukształtowanie jego postawy. Specjalista podkreśla swoje zrozumienie dla postawy pacjenta, a jednocześnie wskazuje na jej bezpośrednie skutki w postaci np. trudności interpersonalnych i pogłębiającego się uczucia osamotnienia, co pacjent stara się rozprościć poprzez nadmierne angażowanie się w pracę (pracoholizm).

Techniki behawioralne

Techniki behawioralne wykorzystywane w terapii schematów i trybów to techniki terapii poznawczo-behawioralnej. Techniki te obejmują odgrywanie ról, ekspozycję, trening umiejętności czy ćwiczenia relaksacyjne. Celem tych technik jest rozwinięcie adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie np. w sytuacjach społecznych. Szczególnie pomocny w budowaniu takich kompeten-

cji jest trening umiejętności społecznych. Przykładem jest praca nad zmianą zachowania pacjenta, który będąc w trybie Odłączonego samoukoiciela spędza godziny grając online. Rozwinięcie umiejętności społecznych pozwoli mu na nabycie umiejętności interpersonalnych (np. rozmowy, wspólne spędzanie czasu w bezpośrednim kontakcie).

W pracy terapeutycznej warto wnikliwie próbować rozpoznać z czego wynika zachowanie pacjenta, które ma charakter nałogu oraz jaką funkcję pełni dane zachowanie. Przykładowo, pacjent w trybie Odłączonego samoukoiciela może celowo szukać stymulacji i funkcję tą będzie dla niego spełniać przyjmowanie substancji psychoaktywnych albo nałogowe granie w gry, seksyholizm lub zakupoholizm. Podobne substancje psychoaktywne może przyjmować osoba będąca w trybie Odłączonego obrońcy, lecz wtedy zachowanie to będzie pełniło inną funkcję – pacjent nie będzie czuł emocji. Kolejnym przykładem może być hazard, który jako zachowanie może mieć miejsce w trybie Samouielbiacza, kiedy osoba np. idzie do kasyna i dzięki splendorowi, który temu towarzyszy podkreśla swoją wyjątkowość. To samo zachowanie – uprawianie hazardu może mieć miejsce w trybie Odłączonego samoukoiciela, gdy pacjent uprawia hazard w swoim domu online. Zmienia się jednak funkcja samego uprawiania hazardu – wyłączenie emocji i ukojenie poprzez angażowanie się w hazard. Podobnie granie online będzie spełniało inną funkcję, gdy pacjent jest w trybie Odłączonego samoukoiciela i gra sam w domu, a inne, gdy jest w trybie Samouielbiacza, gra online i w grupie graczy ma najlepszego „awatora” i przez to czuje się w sieci wyjątkowo. Jednym słowem, to w pracy terapeutycznej możemy odkryć jakie znaczenie może mieć zachowanie uzależnieniowe pacjenta, co umożliwia szersze rozumienie istoty jego uzależnienia behawioralnego (Willenberg, 2020).

Konceptualizacja problemu

Opis konceptualizacji pacjenta w terapii schematów ukazuje konieczność szerokiego zrozumienia uzależnienia behawioralnego pacjentów w kontekście ich schematów i trybów. Wymaga to przeprowadzenia zindywidualizowanej konceptualizacji w oparciu o schematy i style radzenia sobie.

Początkiem zrozumienia problemu pacjenta jest ustalenie jakie są główne czynniki motywujące pacjenta do terapii oraz jakie aktualne okoliczności życiowe pacjenta przyczyniły się do jego problemów.

Z notatnika specjalisty

Prześledźmy sposób tworzenia konceptualizacji na przykładzie opisu przypadku pana Waldka. Opis konceptualizacji zostanie przedstawiony na bazie formularza do konceptualizacji w terapii schematów (Young i in. 2019) oraz zilustrowany przykładem z praktyki klinicznej. Głównymi problemami pana Waldka były: nałogowe używanie Internetu (według DSM-V objawy pacjenta spełniały kryteria uzależnienia – opis kryteriów został zamieszczony w rozdziale pierwszym), problemy z relacjami i wybuchy złości. Podczas początkowych sesji pacjent sprawiał wrażenie wyhamowanego, zagubionego. Dodatkowo, opierając się na teście służącym do identyfikacji schematów – *Young Schema Questionnaire (YSQ-S3)* (Young, 2005), zidentyfikowano schematy deprywacji emocjonalnej, opuszczenia i niestabilności więzi, wadliwości i samopoświęcenia.

W terapii schematów podczas tworzenia konceptualizacji ważne jest zwrócenie uwagi na to, w jaki sposób doświadczenia wczesnodziecięce miały wpływ na rozwój zachowania nałogowego. Chodzi tu o zidentyfikowanie poważnych trudności doznawanych w dzieciństwie, które nierzadko skutkują w postaci głęboko zakorzenionych i utrwalonych wzorców myślenia i nieprzystosowanych zachowań, często bardzo trudnych do zmiany (w obrazie klinicznym czasem występujących jako zaburzenie osobowości). W przypadku pana Waldka było to wychowanie w konfliktowym środowisku, brak zaangażowania ze strony rodziców i wynikający z tego brak bliskości między dzieckiem a rodzicami. Dodatkowym bardzo istotnym czynnikiem były doświadczenia nadużycia ze strony ojca (nadużycia fizyczne i emocjonalne) oraz zastraszanie przez rówieśników.

W terapii schematów dużą uwagę przywiązuje się do niezaspokojonych potrzeb pacjenta. W przypadku pana Waldka bardzo łatwo można sobie wyobrazić, iż pozbawiony on był poczucia bezpieczeństwa, troski, empatii, dzielenia się uczuciami, akceptacji i szacunku. Dla pełnego zrozumienia problemów pacjenta bierzemy również pod uwagę specyficzne czynniki temperamentalne i biologiczne oraz czynniki kulturowe.

W kolejnym kroku opisywane są podstawowe schematy oraz funkcje, jakie pełnią one obecnie w życiu pacjenta. W przypadku pana Waldka głównym schematem był schemat odrzucenia/opuszczenia. Warto tu podkreślić, iż jest to bardzo częsty schematem u osób z problemem nałogowych zachowań i/lub nadużywających substancji (Young i in., 2014; Willenberg, 2020). W schemacie odrzucenia pacjent ma przekonanie, że osoby bliskie są niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne, mogą porzucić i zniknąć. W takich sytuacjach niektórzy pacjenci radzą sobie z lękiem przed porzuceniem poprzez angażowanie się w nałogowe czynności, np. w granie online. Tak działo się przez większość dorosłego życia pana Waldka; poprzez surfowanie po Internecie zagłuszał on swoje obawy przed porzuceniem przez partnerkę.

W ramach konceptualizacji opisujemy również tryby, czyli nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie. Tryby najbardziej istotne dla bieżących problemów życiowych pana Waldka to: tryb Wrażliwego (Opuszczonego) dziecka, Odłączonego Samoukoiciela i Krytycznego rodzica.

U pana Waldka tryb Wrażliwego dziecka wyrażał się głównie w postaci uczucia emocjonalnej pustki, samotności, bycia niekochanym i niewartym miłości.

Nałogowe zachowania pana Waldka były wyrazem trybu Odłączonego Samoukoiciela, kiedy to podczas gry online pan Waldek wyłączał emocje i angażował się w aktywności, które go (pozornie) uspokajały. Kiedy tylko pan Waldek czuł się odrzucony, unieważniony, nieszanowany (schemat odrzucenia) jego automatyczną reakcją było «odpalenie» komputera. W konsekwencji pan Waldek coraz bardziej czuł się zostawiony sobie, niechciany, nie brany pod uwagę.

Ponadto pan Waldek oceniał siebie bardzo surowo, co było przejawem działania trybu Krytycznego rodzica. Pacjent miał w pamięci krytyczne interakcje z rodzicami, ale również dręczenie ze strony rówieśników. Wyrazem tego trybu była nienawiść do samego siebie i samokrytyka.

W ramach konceptualizacji terapii schematów bierzemy również pod uwagę tryb Zdrowego dorosłego. Będąc w tym trybie osoba podejmuje funkcje właściwe osobom dorosłym, przede wszystkim bierze odpowiedzialność za siebie i swoich bliskich. Warto podkreślić wartości wyznawane przez pacjenta, jego zasoby (np. członkowie rodziny i wsparcie społeczne), mocne stron i umiejętności, znaczące cele życiowe, pasje, inspiracje itp. U pana Waldka ważną wartością w życiu była praca i możliwość samodzielnego utrzymania się. Pacjent utrzymywał dobre relacje sąsiedzkie. Jego pasją było dbanie o ogród przylegający do kamienicy w której mieszkał. Był osobą wierzącą.

Istotnym punktem konceptualizacji jest też określenie celów terapii schematów. Najważniejszą sprawą jest umożliwienie pacjentowi samodzielnego, konstruktywnego zaspokojenia własnych potrzeb emocjonalnych oraz wykorzystanie nowych umiejętności w życiu codziennym. W przypadku pana Waldka najważniejszym celem było rozwijanie i wspieranie umiejętności zaspokajania swoich potrzeb emocjonalnych oraz rezygnacja z trybu Odłączonego samoukoiciela i rozwijanie nowych, pomocnych sposobów radzenia sobie.

Przebieg terapii

Terapia schematów nie jest jeszcze w Polsce podejściem powszechnie praktykowanym w terapii uzależnień, jest jednak coraz częściej stosowana w innych krajach. Przykładem tego jest terapia oparta na tzw. *Dual Focus schema therapy* – podwójnie ukierunkowana terapia schematów, zaproponowana przez Balla (Ball, Young, 2000). W ramach tego podejścia terapia realizowana jest dwutorowo, z jednej strony prowadzi się terapię problemu uzależnienia, z drugiej strony prowadzona jest terapia schematów. Ball proponuje, by w równoległej prowadzonej terapii terapeuta z jednej strony stosował poznawczo-behawioralne techniki pracy odnoszące się bezpośrednio do uzależnienia (Wright i in., 2007) i jednocześnie łączył je z prowadzonym treningiem umiejętności radzenia sobie ze schematem. Tak prowadzona terapia zwyczajowo obejmuje okres 24 tygodni.

Z notatnika specjalisty

W przypadku Pana Waldka jednym kierunkiem pracy terapeutycznej było ograniczenie czasu korzystania z Internetu oraz nauka funkcjonalnego korzystania z Internetu w oparciu o zasady terapii poznawczo-behawioralnej. Drugim głównym kierunkiem pracy był schemat opuszczenia. Zgodnie z tym schematem pan Waldek zakładał, że wszyscy ludzie wokół ostatecznie go porzucą, zostawią i odejdą od niego. W schemacie opuszczenia kluczową sprawą jest praca nad zmianą zniekształconego postrzegania. Jednym z kierunków terapii była restrukturyzacja poznawcza, prowadzona w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego, która przyczyniła się do zmiany nierealistycznych oczekiwań pacjenta, że ważne osoby powinny być zawsze dostępne i zawsze całkowicie przewidywalne. Dalsza praca ze schematem opuszczenia opierała się na kluczowym założeniu terapii schematów, w której podkreśla się, iż w schemacie opuszczenia nadrzędną rolę pełni jakość relacji terapeutycznej. Dzięki zastosowaniu ograniczonego powtórnego rodzicielstwa pan Waldek stopniowo uczył się traktować specjalistę jako stały obiekt. W ramach terapii specjalista stwarzał pacjentowi bezpieczne środowisko, pełne ciepła i empatii, w którym pan Waldek mógł zaspokajać wiele swoich emocjonalnych potrzeb (m.in. potrzebę bezpieczeństwa). Na dalszych etapach terapii ten kierunek wiązał się z pracą, by pacjent znalazł osobę, która z czasem mogłaby przejąć rolę głównego obiektu przywiązania.

Zadaniem pana Waldka w terapii w ramach schematu opuszczenia było refleksyjne przyjrzenie się jego dotychczasowym związkom i zastanowienie się, z jakimi kobietami na ogół tworzył związki, jakie go pociągały. Dużą rolę odegrały też obserwacje pana Waldka jeśli chodzi o związki innych osób. Przy-

glądanie się zdrowo funkcjonującym parom wzbudziło w nim liczne refleksje na temat warunków budowania relacji, która wzajemnie zabezpiecza potrzeby partnerów.

Powtarzające się zachowanie częstego korzystania z Internetu z czasem stało się u pacjenta nałogowe i pełniło w jego życiu ważną funkcję. Terapia schematów pozwoliła na rezygnację z korzystania z tego zachowania celem wyłączenia emocji i pozornego uspokojenia się oraz wypracowanie sposobu funkcjonalnego korzystania z Internetu.

Z notatnika specjalisty

Kolejny przykład zastosowania terapii schematów przedstawia pacjentkę z problemem otyłości. Jest to Nadia, trzydziestoletnia kobieta, która nie może się powstrzymać przed jedzeniem dużych ilości wysokokalorycznego jedzenia. Tym bardzo ciekawym przykładem podzielił się z nami nasz bardzo doświadczony kolega, Graeme Horridge ze Szwajcarii, specjalista dialogu motywującego, wykorzystujący terapię schematów i terapię dialektyczno-behawioralną w pracy z osobami uzależnionymi. Poniżej opisano przeprowadzone przez niego ćwiczenie wyobrazeniowe, podczas którego pacjentka zachęcana jest do wizualizacji samej siebie podejmującej działania alternatywne do spożywania dużej ilości fastfoodowego jedzenia. Ćwiczenie wyobrazeniowe jest ilustracją pracy doświadczeniowej w terapii schematów. Dodatkowo, w poniżej przedstawionym transkrypcie fragmentu jednej z jego sesji z pacjentką, Graeme Horridge wyjaśnia zasadność podejmowanych przez siebie interwencji terapeutycznych.

P.	Kiedy patrzę na wszystko, co doprowadziło do tego epizodu objadania się, zdaję sobie sprawę, że chociaż chęć zakupu pizzy i kilku hamburgerów pojawiła się dopiero po południu, wyzwalacz pojawił się już zdecydowanie rano, kiedy mój szef zwrócił się do mnie w chłodny, raptowny sposób. Gdy wróciłam do domu, czułam się jak na autopilocie, jak na drodze jednokierunkowej prowadzącej do zapasów fastfoodowego jedzenia w lodówce. Tak naprawdę przestałam wtedy myśleć.
S.	Twoja potrzeba bycia szanowaną wiązała się z silnymi nieprzyjemnymi emocjami, które ostatecznie doprowadziły cię do epizodu objadania się.
Specjalista unika stwierdzenia, że epizod objadania się został «spowodowany» przez niezaspokojoną potrzebę. Nie chcemy wzmacniać przekazu, że w takiej sytuacji pacjentka musi działać na «autopilocie», ponieważ oznaczałoby to, że jest ona bezsilna i nie może zmienić swojego zachowania.	

S.	Są dwie rzeczy, na których moglibyśmy teraz się skupić. Możemy zrobić ćwiczenie dotyczące autoafirmacji na przykładzie interakcji z twoim szefem lub możemy popracować nad czymś, co pomogłoby ci nie wchodzić w tryb „autopilota” wybierając inną drogę od tej prowadzącej do objadania się.
P.	To by były dobre... Mam na myśli możliwość wyboru innej drogi niż zjadanie się fastfoodami.
S.	Innym razem będziemy mogli popracować nad umiejętnością wspierania siebie.
Specjalista umożliwia pacjentce decydowanie o temacie pracy na sesji.	
P.	To brzmi dla mnie ok.
S.	OK, więc oto co możemy zrobić. Nazywa się to techniką «wyobrazeniową», czyli pracą z wyobraźnią. Wiele osób to wykorzystuje, niektórzy specjalnie się tego uczyli, inni zaczęli wykorzystywać to intuicyjnie. Przykładem tego jest pewien znany tenisista, który podobno przed każdym meczem wyobraża sobie, tj. «wizualizuje» swojego przeciwnika jako znacznie mniejszego niż jest w rzeczywistości, wizualizuje swoją raketę większą niż jest w rzeczywistości, a siatkę tenisową jako niższą niż jest w rzeczywistości. To daje mu więcej pewności siebie, więc podczas gry doświadcza mniej stresu. Są też golfiści, którzy wizualizują dołek jako znacznie większy niż w rzeczywistości, kiedy chcą umieścić w nim piłkę. Wtedy nadal celują w środek dołka, ale z dużo większą pewnością. Okazuje się, że wizualizacja swoich możliwości zwiększa poczucie sprawczości, co przekłada się na zwiększenie kompetencji. A teraz odnieśmy się do twojej sytuacji... Chciałbym, żebyś opisała krok po kroku, jak będzie wyglądał dzisiejszy wieczór bez zjadania pizzy czy innych fastfoodów. Wieczór bez tego autopilota, który prowadzi cię do ponownego objadania się.
P.	Ach, chyba po prostu pooglądałam telewizję, a może zadzwonię do mamy...
S.	OK, więc zwolnijmy trochę i cofnijmy się trochę... zacznijmy od momentu, gdy przyjeżdżasz do domu... zaraz otworzysz drzwi zanim wejdiesz do mieszkania.
Specjalista spowalnia zdarzenie i zaprasza Nadię, aby wyobraziła sobie to doświadczenie. Zachęca ją do wyobrażenia sobie tej sytuacji i zwrócenia uwagi na wszelkie jej aspekty – aspekty wizualne, słuchowe, być może nawet związane z dotykiem, smakiem i węchem.	
S.	Więc jesteś tam, masz zamiar otworzyć drzwi – zamknij oczy i pozwól swojej wyobraźni podążać w to miejsce... Opisz mi, co widzisz...
P.	Cóż, jestem przed drzwiami... to są białe drzwi. Klamka jest srebrna, metalowa... jest drewniana tabliczka z napisem «witamy»...
S.	Dobrze, sam już prawie mogę to zobaczyć ... a co z dźwiękami, co słyszysz?
P.	Słyszę, jak winda zjeżdża w dół... i jakieś dzieci bawiące się po drugiej stronie korytarza od mojego mieszkania. To wszystko.
S.	Świetnie... A teraz kontynuuj... otwierając drzwi i wchodząc, powiedz mi, co robisz.

P.	Wchodzę... Odwracam się, żeby zamknąć drzwi. Zamykam drzwi... zdejmuję buty i idę do kuchni... mam jedzenie w lodówce... wyjmuję z lodówki pizzę i kilka hamburgerów do odgrzania... (długa pauza)
S.	I zamykasz lodówkę...
P.	Tak, zamykam lodówkę... i wstawiam posiłek do kuchenki mikrofalowej... Ale to mnie denerwuje...
S.	Co zamierzasz z tym zrobić?
P.	Muszę to wyrzucić. Nie mogę tego zjeść!
S.	Tak więc posiłek rozgrzewa się w kuchence mikrofalowej... ale ty chcesz go wyrzucić... Opisz mi to, gdy to sobie wyobrażasz...
P.	...Ponownie otwieram mikrofalówkę... biorę głęboki oddech... biorę jedzenie w obie dłonie... idę od razu do kosza... otwieram kosz i bez wahania wyrzucam jedzenie... zapach gorącego sera jest dość silny... serce na chwilę mi staje...
S.	Twoje serce zatrzymuje się na chwilę... i co wtedy robisz?
P.	Zamykam kosz na śmieci... Kosz pochłonął wszystkie fastfoody ... nie ja!
S.	Tak! Oparłaś się pokusie zjedzenia fastfooda. Zrobiłaś to... A teraz, trzymając oczy zamknięte, poczuj ten sukces... opowiedz jak się teraz czujesz, kiedy pozbyłaś się tego całego jedzenia?
P.	Dobrze... moje serce wróciło do normy... Czuję się dużo bardziej zrelaksowana, spokojna... nie ma już ryzyka, że będę się objadała...
S.	A gdzie czujesz to w swoim ciele?
P.	Czuję, że zniknęło napięcie w klatce piersiowej... mięśnie podbrzusza są rozluźnione... Czuję się spokojniejsza...
S.	To naprawdę świetnie. Zrobiłaś to! Zadbowałaś o siebie i teraz czujesz się dobrze.
<p>Dotychczasowy fragment przedstawia wizualizację określonych działań. Kolejnym krokiem będzie praca nad wyobrażeniem poczucia satysfakcji z dobrze wykonanego działania.</p> <p>Na tym etapie specjalista może wykorzystać pracę z trybami (którą Nadia już zna), tak by pomóc pacjentce pozostać w trybie Zdrowego Dorosłego, by zaopiekowała się swoim trybem Wrażliwego Dziecka.</p>	
S.	Od momentu gdy zostałaś rano «włączona» przez swojego szefa, twój autopilot planował wciągnąć cię na drogę ponownego objadania się... droga do nie czucia niczego... to tak, jakby tryb Odłączonego Obrońcy przejmował kontrolę. A potem wróciłaś do domu i zobaczyłaś jedzenie w lodówce... nie pozwoliłaś, aby Odłączony Obrońca przejął kontrolę... zostałaś przy swoim Zdrowym Dorosłym i pozbyłaś się jedzenia... zadbałaś o siebie... o swoje Wrażliwe Dziecko... a teraz czujesz się zrelaksowana... czujesz się spokojniejsza...
P.	Tak... dobrze się z tym czuję... Mam nadzieję, że właśnie zrobię w ten sposób...

S.	Naprawdę tego chcesz... chcesz czuć się dobrze... poczuć sukces, zwycięstwo... Poświęć chwilę temu aby nacieszyć się tym uczuciem... mając zamknięte oczy, po prostu poczuć się spokojna...
P.	(Po chwili ciszy, otwierając oczy) To przyjemne uczucie... wiedzieć, że dam radę... że, dbam o siebie...
S.	Cieszę się, że dobrze się z tym czujesz. To było ćwiczenie, już raz to zrobiłaś. W domu możesz to powtórzyć... lub w pracy, w drodze do domu... nawet z otwartymi oczami, w zależności od sytuacji w jakiej się znajdziesz. Postaraj się jak najdokładniej wizualizować jak skutecznie radzisz sobie w tej sytuacji. Im bardziej dokładne to wyobrażenie, tym większe szanse na to, że dobrze sobie poradzisz w prawdziwym życiu. Upewnij się, że wizualizujesz całą tę sytuację, aż do fizycznego poczucia satysfakcji, gdy udaje ci się zadbać o siebie. A kiedy już doświadczysz tego zwycięstwa w prawdziwym życiu, będziesz mogła sobie o tym przypomnieć... odtworzyć to w swoim umyśle. Przypominanie sobie swoich minionych sukcesów również wpływa na zwiększanie naszej pewności siebie.
<p>To ćwiczenie wyobrażeniowe jest pomocne podczas pracy nad rozwijaniem nowych zachowań pacjenta. Kiedy pacjent wprowadzi nowe zachowania, przeprowadzenie ponownej wizualizacji związanych z tym jego pozytywnych doświadczeń (celowe zapamiętanie) i związanych z tym przyjemnych uczuć, może później zwiększyć prawdopodobieństwo ponownego podjęcia przez niego nowych, zdrowych zachowań.</p> <p>Na końcu sesji ważne jest podsumowanie z pacjentem następujących kroków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Najpierw wyobraź sobie siebie w sytuacji, kiedy robisz to, na czym ci zależy. 2. Później wyobraź sobie swoje postępowanie w tej sytuacji aż do momentu, gdy osiągasz to, na czym ci zależy. 3. Pozwól by twoje ciało zaczęło odczuwać spokój. <p>Postaraj się sobie później przypomnieć jak dobrze ci poszło i jak dobrze się z tym czułaś.</p>	

Zaprezentowany przykład pracy wyobrażeniowej jest ilustracją pracy z pacjentem nad umiejętnością radzenia sobie z nałogowym zachowaniem. Pracując w terapii schematów dobiera się interwencje zgodnie z szerokim rozumieniem problemu pacjenta, w tym również nałogowych zachowań. W sytuacji, gdy w gabinecie lekarskim dostrzegamy, że wbrew zaleceniom pacjent podtrzymuje swoje nałogowe zachowanie, warto ukierunkować go na szukanie pomocy u specjalisty terapii schematów. Terapia schematów pozwala na zrozumienie i rozpoznanie źródła problemowego zachowania oraz na wypracowanie adaptacyjnych, i co często bardzo ważne, prozdrowotnych zachowań pacjenta.

Charakterystyka terapii dialektyczno-behawioralnej

Podobnie jak terapia schematów, terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) została opracowana dla trudnych do leczenia pacjentów wysokiego ryzyka, z wieloma diagnozami. Jest ona rozwinięciem terapii poznawczo-behawioralnej, terapii behawioralnej i terapii uważności. Początkowo została wprowadzona przez Marszę Linehan z Uniwersytetu Waszyngtońskiego w Seattle jako kompleksowe podejście do leczenia osób z zachowaniami samobójczymi i zaburzeniem osobowości z pogranicza (Linehan, 2016).

Wiele lat temu według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DBT została uznana jako skuteczna metoda leczenia zaburzeń osobowości (Swales, 2019). Pacjenci, którzy przechodzą DBT, uzyskują poprawę w takich aspektach, jak: rzadsze i mniej poważne próby samobójcze, mniejszy poziom złości, krótsze hospitalizacje, mniejsze prawdopodobieństwo rezygnacji z leczenia, poprawa funkcjonowania społecznego. DBT zmniejsza objawy zaburzenia osobowości, zwłaszcza w przypadku zaburzenia borderline, oraz towarzyszące temu depresje, stres i myśli samobójcze spowodowane przez zaburzenie. Tak pozytywne efekty oddziaływania DBT doprowadziły do jej stosowania w takich problemach, jak depresja i choroba afektywna dwubiegunowa czy zespół stresu pourazowego dla wielu grup pacjentów (m.in. młodzież o skłonnościach samobójczych, starsi dorośli z depresją czy kobiety z zaburzeniami odżywiania). DBT okazuje się również użyteczną interwencją dla pacjentów z zaburzeniami osobowości, z współwystępującym problemem uzależnienia (Axelrod, 2019, Casadio i in., 2014).

DBT obejmuje wszechstronny program terapii, zawierający cotygodniową terapię indywidualną, cotygodniowy grupowy trening umiejętności, jak również konsultacje telefoniczne poza sesjami dla pacjentów w sytuacji nagłego kryzysu oraz spotkania zespołów konsultacyjnych dla terapeutów.

Etapy pracy w terapii dialektyczno-behawioralnej

DBT oferuje zdroworozsądkowe, wieloetapowe podejście, które przebiega w 4 etapach:

Etap 1: Stabilizacja stanu pacjenta i wsparcie go w przejmowaniu kontroli nad swoimi zachowaniami. Praca na tym etapie obejmuje interwencję kryzysową i ochronę pacjentów przed autodestrukcyjnymi zachowaniami, takimi jak próby samobójcze, samookaleczenia czy uzależnienia.

Etap 2: Nauka umiejętności związanych z poprawą jakości życia, takich jak umiejętność tolerowania stresu, zarządzania emocjami i nawiązywania pozytywnych kontaktów z innymi ludźmi. Na tym etapie pacjenci pracują nad swoim bólem emocjonalnym i traumatycznymi doświadczeniami. Specjalista pomaga pacjentowi rozpoznawać niepomocne myśli, przekonania i zachowania.

Etap 3: Koncentruje się na budowaniu w pacjencie poczucia własnej wartości i poprawie relacji z innymi ludźmi. Celem jest pomoc pacjentom w braniu odpowiedzialności za swoje działania i w odnalezieniu radości w życiu, stąd ten etap skupia się na utrwalaniu postępów i wyznaczaniu dalszych osiągalnych celów.

Etap 4: W końcowym etapie pacjenci pracują nad rozwojem swojego życia i osiągnięciem duchowego spełnienia. Dąży się do osiągnięcia większej radości z życia i nawiązywania głębszych więzi w relacjach z innymi ludźmi.

Podejście dialektyczne

Jednym z kluczowych aspektów pracy, charakterystycznym dla DBT jest koncepcja dialektyki. Termin „dialektyka” odnosi się do syntezy dwóch przeciwieństw, do łączenia dwóch przeciwstawnych idei – akceptacji i zmiany. Podstawową zasadą DBT jest tworzenie takich warunków współpracy z pacjen-

tem, które odzwierciedlają te dwie przeciwstawne koncepcje: z jednej strony skupienie na akceptacji rzeczywistości, akceptacji życia pacjenta i zgłaszanych przez niego problemów, z drugiej strony stała koncentracja na zmianie dysfunkcyjnych zachowań.

Pierwotną intencją przyświecającą prof. Linehan (Linehan, 2016) było opracowanie terapii dla osób zagrożonych samobójstwem. Linehan zaobserwowała, że ludzie, którzy chcą umrzeć bardzo często nie posiadają umiejętności ani do rozwiązywania problemów, ani też do prowadzenia życia, w taki sposób, by było ono warte przeżycia. Zauważyła, iż w przypadku tych osób jednostronny nacisk na promowanie życia nie przynosiło efektów. Wiele tych osób jest niezwykle wrażliwych na krytykę. Gdy specjalista naciska na zmianę, doświadczają przytłaczających emocji, na co najczęściej reagują albo zahamowaniem emocjonalnym, albo wzmożonym pobudzeniem, objawiającym się takimi zachowaniami jak wychodzenie z sesji lub czasami nawet atakowanie terapeuty. Szybko się okazuje, że w takich warunkach zmiana zachowania się staje się niewykonalna.

W DBT ważnym kierunkiem pracy jest więc podejmowanie przez pacjenta zmian, z jednoczesnym zachęcaniem go do rozwijania w sobie umiejętności akceptowania sytuacji. Ważne są też umiejętności tolerowania nieprzyjemnych emocji i trudnych sytuacji, które mogą nieść za sobą negatywne konsekwencje. Dzięki takiemu podejściu osoba może pracować nad wprowadzaniem zmian w obszarze jednego zestawu problemów, jednocześnie tolerując – przynajmniej tymczasowo – cierpienie wywołane innymi problemami.

Ponadto warto zauważyć, że dialektyka oparta jest na filozoficznym założeniu, że poznanie prawdy wynika z dialogu, a nie polemiki. Dialog pozwala na odkrywanie, że prawda istnieje w każdym doświadczeniu i w każdej perspektywie, natomiast polemika stara się na ogół ograniczyć prawdę do jednego punktu widzenia kosztem pozostałych. W DBT przyjmuje się, że wiele problemów wynika z myślenia dualistycznego, przyjmującego jako prawdziwe wyłącznie jedną z dwóch opcji. Z kolei myślenie dialektyczne przyjmuje szerszą perspektywę na życie i relacje, tj. że dwa pozornie sprzeczne pojęcia mogą współistnieć i każde z nich może być wartościowe. Na przykład, można kochać daną osobę oraz jednocześnie naprawdę wściec się na nią, a nieprzyjemne automatyczne myśli wcale nie oznaczają, że osoba u której się pojawiły jest złym człowiekiem.

Jedna z fundamentalnych dialektyk DBT, odnoszących się do pracy z osobami uzależnionymi opiera się na akceptowaniu pacjentów takimi, jacy są,

z jednoczesnym przyjmowaniem, że pewne sprawy w ich życiu będą musiały zostać zmienione. Dzięki takiemu podejściu, zamiast życia, przed którym pacjenci próbują uciec, czasem nawet zakończyć, możliwe będzie koncentrowanie się na realizacji ich celów, by ostatecznie mogli zacząć prowadzić «życie warte przeżycia».

W odniesieniu do terapii uzależnień opartej na DBT, przyjmuje się, że pełna abstynencja jest ważnym celem, ale jednocześnie akceptuje się, że potknięcia i nawroty mogą się zdarzyć (i zdarzają się). Równoległe koncentrowanie się na tych obydwu kierunkach, przynosi lepsze rezultaty w terapii uzależnień, niż praca nad każdym z nich osobno. W DBT nie oczekuje się więc, że warunkiem skuteczności terapii uzależnień, nie jest konieczność podjęcia abstynencji i stałego jej utrzymywania. Z pewnością zachęca się pacjentów do podjęcia pełnej abstynencji (tj. wprowadzenia zmiany), ale jednocześnie przyjmuje się (tj. akceptuje), że jeśli nawet wystąpi nawrót, nie oznacza to, że terapia nie może osiągnąć pożądaných rezultatów.

Idąc dalej, DBT zakłada, że dobrym sposobem na złagodzenie szkodliwych skutków uzależnienia jest redukcja szkód. Inaczej mówiąc, przyjmuje się, że np. dla pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych najlepszym rozwiązaniem jest trzymanie się z dala od zachowań nałogowych i koncentrowanie się na osiągnięciu abstynencji, ale jeśli pacjent nie jest w stanie tego zrobić, to warto by zmniejszył negatywne konsekwencje swoich zachowań poprzez podejmowanie działań, które wprawdzie nie zniwelują problemu całkowicie, ale pomogą zredukować negatywne konsekwencje związane z uzależnieniem.

Zatem w DBT praca odbywa się dwutorowo. Z jednej strony koncentruje się na akceptacji zachowań pacjenta jako sposobu radzenia sobie z trudnościami (nawet jeśli ten dotychczasowy sposób nie był dla niego najbardziej korzystny), ale jednocześnie pracuje się nad wprowadzaniem zmian w obszarze zachowań dysfunkcyjnych. Poprzez stosowanie uprawomocnień specjalista pomaga pacjentowi dostrzec, że jego zachowanie i reakcje mogą być zrozumiałe w odniesieniu do jego aktualnej sytuacji życiowej, ale mogą wymagać zmiany.

Koncepcja trzech umysłów

Przykładem dialektyki jest koncepcja DBT tzw. trzech umysłów. Zakłada ona, że pacjenta uzależnionego cechują trzy różne sposoby funkcjonowania (myślenia, odczuwania i działania), określone mianem umysł uzależniony, umysł

czysty i umysł jasny (Kennedy, 2020). Warto zauważyć, że w klasycznej DBT wyróżnia się umysł emocjonalny, racjonalny i tzw. mądry umysł, który czerpie z dwóch pozostałych. Uzależniony umysł to taki stan, kiedy osoba jest przede wszystkim skoncentrowana na przedmiocie uzależnienia, czyli angażowaniu się w zachowanie problemowe, używaniu substancji psychoaktywnych lub podejmowaniu zachowań nałogowych. Uzależniony umysł jest impulsywny i natarczywy. Idealizuje używki i zachowania nałogowe, i dąży do jak najszybszego zaspokojenia pragnień związanych z uzależnieniem. Często posługuje się zniekształceniami poznawczymi, takimi jak racjonalizowanie, minimalizowanie i uogólnianie. Przedstawia przekonujące argumenty, aby usprawiedliwić użycie substancji lub podjęcie zachowania nałogowego. Uzależniony umysł kontrolowany jest przez przymus użycia, potrafi być bardzo silny i – można powiedzieć – nie daje za wygraną.

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

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

Jednym ze sposobów na osiągnięcie drogi środka jest znalezienie równowagi pomiędzy dwoma biegunami – uzależnionym umysłem i czystym umysłem. Ta równowaga oznacza kierowanie się jasnym umysłem, jest to wyraz spojrzenia na sytuację w sposób dialektyczny.

Behawioralne zasady zmiany zachowań

W DBT pracuje się konsekwentnie nad wprowadzaniem zmian, wykorzystując w tym celu wprowadzane w sposób bardzo metodyczny techniki behawioralne. Oznacza to, że skutecznie realizowana w DBT nauka nowych umiejętności opiera się na przestrzeganiu behawioralnych zasad zmiany zachowań, polegających na metodycznym wzmocnieniu pożądanego zachowania pacjenta i wygaszaniu zachowań niepożądanych. W tak prowadzonej pracy behawioralnej pierwszym krokiem jest zawsze precyzyjne określenie zachowań, jakie należy wzmocnić, a jakie należy wygaszać. Razem z pacjentem omawia się na początku, które zachowania należałoby wzmocnić (np. uprawianie ćwiczeń fizycznych, dbanie o regularny sen), a które zmniejszyć (np. objadanie się, palenie papierosów, cięcie się, reagowanie impulsywne, granie na konsoli itp.). Następnie pracuje się nad rozwijaniem i zmniejszaniem tych zachowań, wykorzystując behawioralne zasady zmiany zachowań, takie jak stosowanie wzmocnień (np. wzmocnienia pozytywne i negatywne), kształtowanie nowych zachowań (np. wzmocnianie drobnych kroków, które ostatecznie prowadzą do celu), wygaszanie zachowań niepożądanych (prowadzących do zmniejszania częstości lub hamowania niepożądanych zachowań).

Posłużmy się przykładem. W myśl założeń behawioryzmu, jeśli pacjent doświadcza nieprzyjemnych emocji, a jego szkodliwe zachowanie sprawia mu choć chwilową ulgę, będzie on bardziej skłonny powtórzyć to zachowanie. Przykładem takiej sytuacji jest zachowanie pacjentki uzależnionej od leków. W sytuacjach, gdy pojawia się u niej ból głowy (bodziec awersyjny) używa aspiryny, by zredukować nieprzyjemne dolegliwości (wzmocnienie negatywne). Spójrzmy w jaki sposób, korzystając z zasad pracy behawioralnej, lekarz zachęca pacjentkę do zmiany zachowania, tak by nie było ono dla niej szkodliwe:

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

Dodatkowo, zamiast brania leków pacjentka mogłaby zacząć stosować jedną z technik DBT tzw. samouspokojenie, czyli używania konstruktywnych sposobów radzenia sobie z bólem, takich jak medytacja lub skanowanie ciała (więcej sposobów tolerowania dolegliwości psychicznych opisano w części dotyczącej przetrwania kryzysu).

W sytuacjach wyjątkowych podejście behawioralne umożliwia również wykorzystywanie kar, czyli negatywnych konsekwencji określonych zachowań. Aby ten sposób pracy przynosił oczekiwane rezultaty, umiejętność ta wymaga metodycznego przestrzegania ściśle określonych zasad postępowania, takich jak wyrażne wcześniejsze zakomunikowanie oczekiwań, precyzyjne dostosowanie wielkości kary do przewinienia, łączenie negatywnych konsekwencji z pozytywnym wzmocnieniem zachowania pożądanego. Przykładowo, dla dziecka, które wróciło do domu z domówki godzinę po czasie, «karą» będzie to, że następnym razem będzie miało wrócić godzinę wcześniej.

Dlaczego nauka stosowania behawioralnych zasad zmiany zachowania jest tak ważna w pracy z pacjentami uzależnionymi cierpiącymi na zaburzenia osobowości? Jednym z powodów jest to, że wielu z tych pacjentów będzie musiało nauczyć się stosowania tych zasad w życiu codziennym, tak by lepiej radzić sobie z trudnościami. Przykładowo, w niektórych sytuacjach pomocne będzie, by pacjent zignorował prowokujące zachowania ze strony innych osób (np. członków rodziny lub znajomych), pomimo tego, że będą one w nim powodowały uczucie irytacji i złości i chęć zareagowania impulsywnie. Wykorzystana w tej sytuacji umiejętność ignorowania miałaby na celu wygaszenie niepomocnych zachowań ze strony innych osób. Oczywiście samo ignorowanie może nie być wystarczające jeśli prowokującym zachowaniem byłby mobbing lub inny rodzaj wywierania silnej presji. Takie sytuacje mogą wymagać zastosowania innych umiejętności, np. umiejętności interpersonalnych, dzięki którym pacjent będzie potrafił sięgnąć po pomoc i po adekwatne wsparcie ze strony innych osób.

Abstynencja dialektyczna

W DBT pracę terapeutyczną z pacjentem uzależnionym zaczynamy najczęściej od zachęcenia go do porzucenia nieskutecznych sposobów radzenia sobie z problemami, jakimi są zachowania nałogowe oraz od zachęcenia go do podjęcia decyzji o wprowadzeniu zdrowego stylu życia.

Na tym etapie chodzi o naukę zestawu umiejętności określanych mianem abstynencji dialektycznej. Ich głównym celem jest nauka wytrwania w sytuacji dużego dyskomfortu wynikającego z odczuwanego głodu lub silnego pragnienia wykonania nałogowej czynności. Umiejętności abstynencji dialektycznej, związane z tolerowaniem bardzo nieprzyjemnych dolegliwości psychicznych,

dostarczają pacjentowi narzędzi do radzenia sobie z bólem i cierpieniem (umiejętności abstynencji dialektycznej wchodzi w zakres opisanego w dalszej części rozdziału modułu dotyczącego umiejętności tolerancji dolegliwości psychicznych). Pacjent uczy się jak nie podejmować zachowań, które wprawdzie na krótką metę przynoszą ulgę, ale w dalszej perspektywie prowadzą do pogorszenia sytuacji, eskalacji problemów.

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

D = Umiejętność rozwijania sposobów myślenia z perspektywy abstynencji dialektycznej; obejmuje to m.in. pracę poznawczą, dzięki której zamiast postrzegania sytuacji w kategoriach dychotomicznych, czarno-białych (wszystko albo nic), pacjent uczy się dostrzegania szerszej perspektywy.

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

B = Umiejętność odcięcia się od podejmowania zachowań nałogowych – nauka rozwijania konstruktywnych alternatyw i nowych, pomocnych w życiu sposobów działania.

A = Umiejętność wyrażania frustracji i niezadowolenia z powodu konieczności przestrzegania nowych zasad postępowania i podporządkowywania się nowym regułom; nauka wykorzystywania adaptacyjnej funkcji zaprzeczania – stosując technikę zaprzeczania pacjent może pomóc sobie opóźnić moment podjęcia czynności związanych z uzależnieniem (dzięki temu może np. w nieskończoność opóźniać sięgnięcie po puszkę piwa, lub po komputer itp.); stopniowe odkrywanie, że podejmowanie nałogowych czynności nie jest już potrzebne.

Doskonalenie umiejętności w DBT

Całościowa terapia DBT skupia się na uczeniu się doskonalenia życiowych umiejętności, pogrupowanych w cztery oddzielne moduły. Są to: uważność, tolerancja dolegliwości psychicznych, regulacja emocji oraz skuteczność interpersonalna.

Uważność

DBT pomaga pacjentom uczyć się technik uważności, a jej głównym celem jest nabycie umiejętności przekierowywania uwagi, z jednoczesnym zachowaniem postawy niereagującego obserwatora. Pozwala to pacjentowi na stawanie się bardziej świadomym siebie i innych, akceptowanie rzeczywistości, taką jaka jest oraz pełniejsze życie w teraźniejszości. Ma to pozytywny wpływ na przestrzeganie siebie przez pacjenta, większą świadomość sygnałów płynących z ciała i rozwijanie zdolności do regulowania emocji.

Uważność to zestaw umiejętności, które stanowią punkt wyjścia w pracy z pacjentem. Reakcje pacjentów z zaburzeniami osobowości mogą czasami być bardzo emocjonalne. Wiąże się to z tym, że ich przeszłość najczęściej była wypełniona bardzo trudnymi doświadczeniami. Z kolei myśląc o przyszłości przeżywają wiele niepokojów i obaw o swoje zdrowie i swoje życie. Wspomnienia trudnych doświadczeń i wyobrażenia dalszych problemów utrudniają koncentrowanie się na najważniejszych sprawach w bieżącym życiu.

Ponieważ na informacje o potrzebie zmian pacjenci często reagują bardzo defensywnie, paradoksalnie najbardziej skuteczną strategią ze strony specjalisty jest wyrażenie akceptacji, zwłaszcza na początku budowania kontaktu z pacjentem, kiedy to specjalista nie neguje, ale akceptuje doświadczenia pacjenta. Bardzo ważne jest też by pacjent uczył się akceptacji. Specjalista zwraca uwagę na to, by pacjent skupiał uwagę na temacie rozmowy i by nie rozpraszał się na ocenianie i interpretowanie tego, o czym jest mowa. Taka praca pomaga pacjentowi rozwijać uważność na to, co dzieje się w jego bieżącym życiu, tak by mógł się jemu przyjrzeć ze spokojem i bez rozproszenia. Będzie to mu później pomocne w podejmowaniu decyzji o wprowadzaniu zmian w życiu.

Tolerancja dolegliwości psychicznych

Drugim ważnym modułem są umiejętności tolerowania dolegliwości psychicznych, które pozwalają, by w przypadku doświadczania przez pacjenta intensywnych emocji, potrafił on powstrzymać się od podejmowania impulsywnych działań. Ta grupa umiejętności również oparta jest w dużej mierze na akceptacji.

Nauczenie się umiejętności tolerowania dolegliwości psychicznych pozwala wyhamowywać impulsywne reakcje, które na krótką metę przynoszą ulgę, ale w dalszej perspektywie bardzo często powodują wiele dodatkowych problemów, pogarszających sytuację, zamiast ją poprawiać. Ten sposób doskona-

lenia umiejętności polega więc na uczeniu się, że nawet wtedy, gdy pacjent odczuwa intensywne emocje, takie jak gniew lub smutek, nie musi impulsywnie reagować lub używać nieadaptacyjnych sposobów łagodzenia stresu i napięcia, takich jak sięganie po Internet, samookaleczanie lub nadużywanie substancji psychoaktywnych. Chodzi tu o nauczenie się m.in. bardzo prostych umiejętności związanych z nabywaniem odporności na stres, takich jak liczenie oddechów, odejmowanie lub dodawanie nieparzystych liczb, wyszukiwanie w najbliższym otoczeniu określonych kolorów czy kształtów, albo skupianie nieoceniającej uwagi na doznaniach z ciała. Takie proste aktywności pozwalają na przetrwanie kryzysów nawet w przypadku najbardziej zaburzonych pacjentów oraz osób zmagających się z poważnymi przewlekłymi dolegliwościami (takimi jak chroniczny ból itp.). Więcej spokoju i akceptacji po stronie pacjenta pozwala mu lepiej przetrwać najtrudniejsze momenty, które prawdopodobnie – prędzej czy później – miną. Jeśli natomiast nie miną, to spokój i akceptacja pozwoli lepiej zaadaptować się do trudnej sytuacji i dzięki temu mieć większe poczucie wpływu na swoje życie.

Warto zauważyć, że ten zestaw umiejętności okazuje się być bardzo przydatny dla specjalistów, którzy uczą się niełatwej sztuki tolerowania własnych nieprzyjemnych odczuć. Nabycie umiejętności w tym zakresie pozwoli im skuteczniej wspierać pacjentów w uczeniu się przechodzenia przez kryzysowe sytuacje z większym poczuciem spokoju.

Regulacja emocji

Trzeci moduł umiejętności stanowi regulacja emocji. Ten moduł bazuje na poprzednich umiejętnościach, jednakże na tym etapie koncentrujemy się bardziej na wprowadzaniu zmian niż na samym akceptowaniu sytuacji. Głównym celem jest tu nauka rozpoznawania emocji oraz rozumienia stojących za nimi potrzeb i wartości. Bardzo często silne i nieprzyjemne emocje doświadczane przez pacjentów uniemożliwiają im zaangażowanie się w pełni w proces leczenia. Dużą pomocą staje się dla nich wówczas opanowanie umiejętności rozumienia własnych emocji. W tym celu pacjenci zachęcani są do przyglądania się swoim emocjom, starając się zrozumieć ich źródło i związek z ich potrzebami i wartościami. Pozwala to na rozpoznanie czy odczuwane emocje są rzeczywiście adekwatne do sytuacji, a jeśli tak, to czy problemy z nimi związane można byłoby rozwiązać w inny, bardziej skuteczny sposób. Umiejętność wyhamowywania impulsywnych reakcji i uważnego rozpoznawania własnych emocji pozwala zastanowić się nad najlepszym sposobem reakcji. Czasem

najbardziej pomocne może być działanie przeciwstawne do tego, jakie «podpowiada» dana emocja. Na przykład, zamiast automatycznej reakcji ucieczki z sytuacji wywołującej lęk, ważne byłoby zbliżenie się do tej sytuacji, albo zamiast izolowania się od ludzi gdy odczuwamy smutek, chodziłoby o podjęcie aktywności i spotkanie się z inną osobą. Nasze zachowanie ma czasem duży wpływ na nasze uczucia. Przeciwstawne działanie może w zaskakujący sposób wpłynąć na zmianę tego, co czujemy.

Podkreślmy, że regulowanie emocji jest kluczowym elementem DBT. Pacjenci uczą się rozpoznawać i akceptować swoje emocje bez osądzania. Jest to też umiejętność tonowania nieprzyjemnych emocji, tak by nie były one źródłem kolejnych trudnych uczuć. Na przykład, pacjenci uczą się w jaki sposób można powstrzymać nieprzyjemne emocje (takie jak smutek), przed rozwinięciem się w uczucie udręki, depresji, w poczucie winy czy wstydu. Chodzi o to, by trudne emocje nie przejmowały kontroli nad życiem. W ramach rozwijania umiejętności regulowania emocji pacjenci mogą również nauczyć się jak wzmacniać i rozwijać emocje, które są źródłem dużej przyjemności, takie jak radość i miłość.

Skuteczność interpersonalna

Nauka regulowania emocji może pomóc pacjentom komunikować się z innymi ludźmi w sposób bardziej asertywny oraz radzić sobie z konfliktami interpersonalnymi. Z kolei umiejętności interpersonalne zwiększają efektywność, czyli ogólną zdolność do interakcji z innymi ludźmi. To zestaw bardzo specyficznych umiejętności, które stanowią jeden z najbardziej złożonych i wymagających obszarów do wprowadzania w życie, a których osoby z zaburzeniem osobowości nie miały możliwości nauczenia się w drodze naturalnej socjalizacji.

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

Należy podkreślić, że warunkiem nauczenia się skutecznego kształtowania kontaktów z innymi ludźmi jest wcześniejsze opanowanie pozostałych modułów umiejętności. Podczas tej nauki bardzo ważne jest uzyskiwanie wsparcia ze

strony osób, które posługują się tymi umiejętnościami. To jest jednym z powodów dlaczego w ramach DBT pracuje się z pacjentami nie tylko na zasadzie indywidualnych spotkań, ale również w kontakcie grupowym. Nauka tych umiejętności odbywa się w sposób najbardziej efektywny za pośrednictwem grupowego treningu umiejętności, umożliwiającego ćwiczenie poszczególnych technik i uzyskiwanie informacji zwrotnych dotyczących własnego funkcjonowania.

Techniki pracy terapii dialektyczno-behawioralnej

DBT wykorzystuje ogromny zestaw zróżnicowanych technik, wykorzystywanych do nauki specyficznych umiejętności i realizacji celów leczenia. Zestawy konkretnych technik oraz praktyczne wskazówki jak najlepiej je wykorzystywać w pracy z pacjentem, można znaleźć m.in. w opracowanych przez Marszę Linehan podręcznikach dla pacjentów i dla terapeutów DBT (Linehan, 2016). Opierając się na materiałach z tych książek dla ilustracji przytaczamy przykłady kilku technik.

Umiejętności w zakresie uważności

Według Kabat-Zinna (2015), naukowiec który jako pierwszy zaadaptował tę buddyjską praktykę do psychoterapii i medycyny, uważność to świadomość, która pojawia się wówczas, gdy rozmyślnie, w bieżącym momencie i bez osądzania zwracamy uwagę na doświadczenie rozwijające się w danym momencie. „Uważność oznacza skupioną – z chwili na chwilę – i swobodną obserwację strumienia myśli, uczuć i doznań cielesnych, które pojawiają się w naszej świadomości” (Leahy, 2013, s. 142).

Uważność jest podstawową umiejętnością, na której bazują pozostałe umiejętności w terapii DBT, nauka uważności odbywa się już w ramach pierwszego modułu. Nauka uważności polega na stosowaniu szeregu ćwiczeń skupiania uwagi. Oto przykłady:

Kierowca autobusu: Jesteś kierowcą autobusu, w którym pasażerowie (myśli) głośno rozmawiają, krytykują i krzyczą. Zamiast uciszania, postaraj się skupić swoją uwagę na drodze przed sobą.

Pociąg: Stoisz na peronie na stacji kolejowej i obserwujesz swoje myśli i uczucia, jak mijające pociągi. Nie musisz do nich wskakiwać, możesz tylko patrzeć, jak przejeżdża.

Rzeka: Wyobraź sobie rzekę, w której płyną różne rzeczy – liście, kłody drewna, zdechły pies... One są jak twoje myśli, uczucia, wyobrażenia. Zamiast walczyć z nimi i próbować je zatrzymać, możesz stać na brzegu i je obserwować jak płyną z prądem.

Analiza łańcuchowa

Jedną z podstawowych metod pracy w terapii dialektyczno-behawioralnej jest analiza łańcuchowa. Może ona być szczególnie pomocna, ponieważ uczy pacjentów w jaki sposób samodzielnie przyglądać się swojemu zachowaniu i szukać takich rozwiązań, które w przyszłości pozwolą im zachować się w bardziej pomocny dla siebie sposób.

Analiza łańcuchowa jest wykorzystywana w sytuacji, gdy pacjent przejawia zachowanie problemowe. Zakładamy w niej, że jedno wydarzenie/zachowanie prowadzi bezpośrednio do drugiego. Dlatego krok po kroku zachęcamy pacjenta, by wspólnie się zastanowić, co dokładnie doprowadziło do tego, że np. skłamał danego dnia lub grał online przez 5 godzin non stop. W trakcie takiej analizy bierzemy pod uwagę myśli, opinie, powinności, emocje i zachowania pacjenta oraz wszelkie szczegóły, jakie pojawiły się w środowisku i mogły mieć znaczenie. Analiza łańcuchowa bada łańcuch zdarzeń, który prowadzi do zachowania problemowego, naprowadza nas na szukanie odpowiedzi co może utrudniać zmianę oraz jak naprawić powstałe szkody. Mimo że początkowo technika ta wydaje się męcząca i żmudna, to okazuje się być niezwykle pomocna.

Analiza łańcuchowa składa się z 8 kroków, a jej celem jest zrozumienie co jest problemem, co go spowodowało, co go podtrzymuje oraz jak można go rozwiązać. Kroki 1–5 służą zrozumieniu problemu. Kroki 6–8 dotyczą zmiany zachowania problemowego.

Krok 1. W jaki sposób można zdefiniować zachowanie problemowe?

W pracy z pacjentem opisujemy konkretne zachowanie. Zachowanie to może być obserwowalne (kłótnia z rówieśnikami, spóźnianie się, samoookaleczanie), a może dotyczyć wewnętrznych doznań pacjenta (jego myśli, emocje, sygnały z ciała). W obszarze zachowań behawioralnych mogą to być specyficzne zachowania problemowe takie jak zachowania związane z hazardem, przesiadywaniem w Internecie, pracoholizmem, graniem w gry online, ryzykownym uprawianiem sportu, nadmiernym korzystaniem z zabiegów medycyny estetycznej, jak również przejadanie się, impulsywne robienie zakupów, itp.

Wskazówki o jakich warto pamiętać w trakcie identyfikacji zachowania problemowego z pacjentem, to:

- Bądź konkretny i precyzyjny np. jasno określ czas i miejsce zachowania np. gdy pacjent mówi: *przesadziłem trochę z treningami ostatnio*, dopytaj kiedy ostatnio? Ile czasu przeznaczał na trening?
- Staraj się wydobywać od pacjenta jasne sformułowania, np. gdy pacjent mówi: *często korzystam z zabiegów medycyny estetycznej by dbać o siebie*, warto doprecyzować (Jak często? Jakie dokładnie zabiegi pacjent ma na myśli).
- Określ z pacjentem co dokładnie zrobił, co powiedział, co pomyślał lub co poczuł (jeśli uczucia są docelowym zachowaniem problemowym) w danej sytuacji np. zastanów się co pacjent pomyślał, gdy usłyszał od lekarza, że „tej zmianie na skórze będzie się jeszcze trzeba dokładnie przyjrzeć”.
- Określ też to, czego pacjent nie zrobił w danej sytuacji, np. gdy pacjent mówi: *próbowałam stosować dietę, ale mi nie wyszło*, określ wtedy co dokładnie oznaczają podjęte próby, jakie nowe zachowania starał się pacjent wykorzystać.
- Postaraj się opisać z pacjentem **intensywność** zachowania i inne jego cechy, które są ważne np.: Ile konkretnie czasu pacjent spędza przed ekranem komputera w ciągu dnia; Z kim najczęściej gra? Jakie gry szczególnie lubi i dlaczego?

Krok 2. Identyfikacja zdarzenia wywołującego

Aby ukierunkować pacjenta na szczegółowe przyglądanie się swojemu zachowaniu w kolejnym kroku zastanawiamy się, jakie zdarzenie rozpoczęło cały łańcuch zachowania. Zdarzenie które jest początkiem łańcucha zachowań, nazywamy zdarzeniem wywołującym (czasem nazywane też zdarzeniem pobudzającym). Identyfikując zdarzenie wywołujące należy zacząć od tego, jaka sytuacja w środowisku uruchomiła łańcuch. Nawet jeśli nie wydaje się, że zdarzenie w środowisku „spowodowało” zachowanie problemowe, zawsze warto zacząć od analizy sytuacji w środowisku. Jeśli trudno jest zidentyfikować takie wydarzenie, można najpierw zapytać pacjenta o dowolną reakcję (o jego zachowanie, myśl, uczucie) oraz o to *Co ją wywołało?* Następujące pytania mogą być pomocne:

- Jakie dokładnie zdarzenie zainicjowało reakcję łańcuchową? Np. *Jak doszło do tego, że w tym dniu przesiadziałeś przy komputerze ponad siedem godzin bez przerwy?*
- Kiedy rozpoczęła się sekwencja zdarzeń, która doprowadziła do zachowania problemowego? Kiedy zaczął się problem? Np. *W którym momencie spostrzegł pan, że alkohol przyczynia się do częstego uprawiania seksu z nieznanymi kobietami?*
- Co się działo tuż przed pojawieniem się myśli lub impulsu do podjęcia zachowania problemowego? Np. *Co wydarzyło się przed momentem, gdy podjął pan decyzję o kolejnej wspinaczce mimo bólu w kolanie?*
- Co w tym czasie pacjent robił/myślał/czuł/wyobrażał sobie? Np. *Kiedy zaczęłaś się objadać, co myślałaś w tej chwili? Kiedy czułaś się zaniepokojona, to jakie myśli o Twoim wyglądzie przychodziły ci do głowy?*
- Dlaczego zachowanie problemowe wydarzyło się w tym dniu, a nie np. dzień wcześniej? Np. *Co mogło wpłynąć na fakt, że po tygodniu trzymania się wspólnie z rodzicami ustalonych zasad, w nocy sięgnąłeś po tabletki i grałeś do rana?*
- Kiedy zaczęła się sekwencja zdarzeń, która doprowadziła do zachowania problemowego? Np. *Zastanów się proszę i spróbuj odpowiedzieć na pytanie, w którym momencie zdecydowałaś, by nagrodzić się tego dnia i zjeść obfitą kolację?*

Krok 3. Wrażliwość/podatność

W kolejnym kroku chcemy wraz z pacjentem zastanowić się nad czynnikami podatności, które wystąpiły przed zdarzeniem wywołującym. Warto się zastanowić, co sprawiło, że tego dnia pacjent stał się bardziej podatny na zdarzenie wywołujące łańcuch zachowania problemowego? Warto wziąć pod uwagę i omówić następujące aspekty:

- Choroba somatyczna; niezrównoważone jedzenie lub spanie; obrażenia ciała – np. pacjent może sam niejako „zmniejszać” wagę faktu, że niewyspanie lub przemęczenie może przekładać się na jego nerwowość i rozdrażnienie kolejnego dnia.
- Używanie narkotyków lub alkoholu; niewłaściwe używanie leków na receptę – np. w przypadku uzależnień mieszanych warto zidentyfikować jak używanie alkoholu danego dnia może zwiększać prawdopodobieństwo szukania okazji do przygodnego seksu.

- Stresujące zdarzenia w środowisku (pozytywne lub negatywne) – warto być uważnym na to jak pacjent postrzega daną sytuację np. wyjazd na weekend ze znajomymi może być okazją do miłego spędzenia czasu, ale też wyzwaniem, gdy musimy poradzić sobie z myślami ile rzeczy w tym czasie wydarzy się w grze, w którą online grają znajomi.
- Intensywne emocje, takie jak smutek, gniew, strach, poczucie samotności – dużą pomocą w rozpoznawaniu emocji może być psychoedukacja w tym zakresie.
- Wcześniejsze zachowania pacjenta, których wspomnienie wywołuje stres, np. wspomnienie jak okłamaliśmy rodziców by wyłudzić pieniądze na kolejne gry lub spłacenie hazardowych długów.

Krok 4. Łańcuch zdarzeń

Opisanie łańcucha zdarzeń polega na wspólnej z pacjentem identyfikacji poszczególnych ogniw od momentu zachowania wywołującego aż do wystąpienia zachowania problemowego. Naszym zadaniem jest opisanie w najdrobniejszych szczegółach łańcucha zdarzeń, który doprowadził do zachowania problemowego. Warto tu być bardzo konkretnym, tak jakbyśmy pisali scenariusz sztuki teatralnej.

Ogniwami łańcucha zdarzeń mogą być:

- Działania lub to, co robisz.
- Doznania cielesne.
- Elementy poznawcze (tj. przekonania, oczekiwania lub myśli).
- Zdarzenia w środowisku lub to, co robią inni.
- Uczucia i emocje, których pacjent doświadcza.

Tutaj pomocne będzie zadawanie pytań jakie dokładnie myśli, przekonania, uczucia lub działania nastąpiły bezpośrednio przed zdarzeniem wywołującym? Jaka myśl, uczucie lub działanie nastąpiły po nim? Co było potem? A co potem? itd. Przy każdym ogniwie w łańcuchu warto się zastanowić czy istnieje mniejsze ogniwo, np. określonej myśli: *znowu przesadziłam, kupiłam to niepotrzebnie* (element poznawczy), towarzyszyło napięcie w ciele (doznania cielesne), pacjentka czuła złość (uczucie) i przyszła jej do głowy myśl: *muszę zjeść sobie coś słodkiego* (element poznawczy), kupiła lody i zjadła je (zachowanie), poczuła ulgę i wyraźny spadek napięcia (doznanie cielesne), odchodząc zauważyła spojrzenie sprzedawczyni (zdarzenie w środowisku) i pomyślała: *ona myśli, że jestem gruba* (element poznawczy) itd.

Krok 5. Następstwa zachowania

Zachęcamy pacjenta by postarał się rozpoznać następstwa swojego zachowania. Trzeba zachęcić pacjenta do zastanowienia się jak inni ludzie zareagowali od razu po jego zachowaniu? A jak później? Jak pacjent czuł się bezpośrednio po tym zachowaniu? A później? Jaki wpływ miało to zachowanie na pacjenta i jego otoczenie? Następnie należy przeanalizować z pacjentem jakie szkody wyrządził? Ważnym elementem jest też zachęcenie pacjenta do opisanie, co ma zamiar zrobić, żeby naprawić ważne lub znaczące następstwa zachowania problemowego. Jakie negatywne następstwa może pacjent naprawić?

Krok 6. Zapobieganie zachowaniu problemowemu

Szczegółowo raz jeszcze analizuje się z pacjentem łańcuch ogniwi i rozpoznaje, w którym momencie pacjent mógłby użyć umiejętnego zachowania, które mogłoby zapobiec zachowaniu problemowemu. Które kluczowe ogniwa najbardziej przyczyniły się do zachowania problemowego? Chodzi o identyfikację ogniwa, które gdyby zostało wyeliminowane, to do zachowania problemowego prawdopodobnie by nie doszło. Czy zamiast zachowania problemowego mogła pojawić się inna myśl, uczucie lub działanie? Warto też przyjąć inną perspektywę – czy ktoś inny mógłby pomyśleć, poczuć lub postąpić inaczej w tym momencie? Jeśli tak, należy zastanowić się razem z pacjentem dlaczego u niego pojawiły się te właśnie myśli, uczucia lub działania. Jakie inne zachowania mógł zastosować, które mogłyby zapobiec rozwinięciu się łańcucha?

Krok 7. Plan profilaktyki

Profilaktyka polega na zaplanowaniu i szczegółowym opisanie strategii postępowania, która mogłaby pozwolić pacjentowi na określenie sposobów zmniejszenia jego podatności w przyszłości. Być może będzie to np. kwestia planowania dnia, zadbania o porządek lub wypoczynek.

W tym kroku warto również zastanowić się nad sposobami zapobiegania wydarzeniu wywołującemu. Jeśli wiemy, że zdarzenie to będzie powtarzało się w życiu pacjenta, warto stworzyć plan radzenia sobie i ćwiczyć umiejętności, które mogą mu pomóc zareagować w bardziej pomocny dla niego sposób.

Krok 8. Naprawienie szkody

Ostatnim krokiem jest przyjrzenie się wraz z pacjentem szkodom lub cierpieniu, jakie pacjent sprawił innym, oraz szkodom lub cierpieniu jakie sprawił sam sobie. W DBT zachęcamy pacjenta do naprawy tego, co zepsuł lub zniszczył, lub wręcz zrekompensował straty wobec siebie i innych. Warto by pacjent dokonał naprawy szkód w sposób adekwatny, np. jeśli uszkodził czyjeś auto – jego naprawę pokrywa ze swojego ubezpieczenia; jeśli zawiódł czyjeś zaufanie – stara się być godnym zaufania wystarczająco długo, by ponownie na nie zasłużyć; jeśli odniósł porażkę w stosowaniu swojej diety, postara się utrzymać dietę przez ustalony przez siebie czas.

Z notatnika specjalisty

Przykład analizy łańcuchowej przeprowadzonej przez pacjentkę z problemem nawykowego spożywania nadmiernej ilości posiłków wysokokalorycznych.

1. Jakie jest główne zachowanie problemowe, które poddaję analizie?
Zamówienie dużej porcji wysokokalorycznego jedzenia z dowozem do domu.
2. Zdarzenie wywołujące/pobudzające:
Dowiedziałam się od przyjaciółki, że ona wkrótce wychodzi za mąż.
3. Jakie rzeczy we mnie i środowisku uczyniły mnie podatnym?
Od dawna czuję się samotna, a w miniony weekend dodatkowo nie miałam z kim iść do kina. W niedzielę nie jadłam obiadu i pozwoliłam sobie po południu na lampkę wina czytając książkę.
4. Ognia w łańcuchu zdarzeń:
*Ucieszyłam się, gdy zobaczyłam, że dzwoni moja przyjaciółka.
Pomyślałam „przynajmniej miło sobie porozmawiamy, jeśli już nie możemy iść do kina”.
Przyjaciółka gdy tylko się z nią przywitałam wykrzyczała, że chłopak się jej oświadczył i ona zgodziła się wyjść za niego za mąż.
Byłam zaskoczona. Przez chwilę zaniemówiłam.
Czułam jak robi mi się gorąco.
Pogratulowałam jej i powiedziałam, że muszę kończyć.
Zaczęłam płakać.
Pomyślałam, że nic gorszego nie mogło mi się dzisiaj przytrafić.
Odłożyłam książkę. Pomyślałam, że na niczym się już dzisiaj nie skupię i należy mi się choć odrobina przyjemności od życia, więc zamówię sobie coś pysznego.*

Zamówiłam jedzenie online z dostawą – mimo że tylko dla siebie zamówiłam dwa zestawy, bo nie mogłam zdecydować na który mam większą ochotę.

Kiedy jedzenie przyjechało zaczęłam jeść bez opamiętania.

Dopiero gdy zjadłam ostatni kawałek kurczaka poczułam ulgę.

5. Jakie dokładnie były następstwa tego zachowania?

W środowisku:

- W krótkim okresie: *Przyjaciółka poczuła, że nie umiem się cieszyć jej szczęściem.*
- W długim okresie: *Wróciłam do dawnego sposobu radzenia sobie ze smutkiem i odrzuceniem poprzez objadanie się.*

We mnie:

- W krótkim okresie: *Poczułam ulgę, gdy wszystko zjadłam.*
- W długim okresie: *Przez kilka dni czułam do siebie obrzydzenie za to, co zrobiłam.*

Jakie szkody wyrządziło moje zachowanie problemowe?

Spowodowało, że rozregulowałam sobie żołądek i przez dwa dni miałam zaparcia.

6. Pomysły na bardziej pomocne zachowanie, którym można byłoby zastąpić zachowania nieskuteczne:

Zatrzymanie się w «rozkręcaniu» myśli przyzwalającej – czy na pewno jest to powód do przejadania się, wyjście na szybki spacer, opowiedzenie o całej sytuacji innej koleżance, zajęcie głowy jazdą na stacjonarnym rowerze, zastanowienie się co moja automatyczna reakcja mówi o moich pragnieniach i potrzebach itp.

7. Plan profilaktyki.

Sposoby zmniejszenia mojej podatności w przyszłości:

Trzymanie się regularnych posiłków. Starania by eliminować alkohol, bo pod jego wpływem szybciej podejmuję decyzje o zamówieniu jedzenia.

Sposoby zapobiegania wydarzeniu wywołującemu:

Nie mam wpływu na to, z jaką informacją ktoś do mnie zadzwoni. Mogę jednak popracować nad swoim myśleniem i zauważać katastroficzne myśli.

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

Wobec przyjaciółki: *Powrót do tematu i szczerze opowiedzenie, że byłam zaskoczona informacją. Podzielenie się, jak to wpłynęło na katastrofizację mojej własnej przyszłości. Zaproszenie przyjaciółki na spacer i wyrażenie wprost radości z informacji jaką przekazała.*

Wobec siebie: *Trzymanie się planu posiłków. Przygotowanie sobie zapasu zdrowych przekąsek na cały tydzień.*

Analiza brakujących ogniwi

W DBT wykorzystuje się również umiejętność analizy tzw. brakujących ogniwi w sytuacji, gdy pacjent nie przejawia tzw. skutecznych zachowań. Analiza ta pomaga określić, co przeszkodziło w zrobieniu rzeczy, które były potrzebne, które pacjent chciał zrobić, do których się zobowiązał lub których oczekiwali od niego inni. Umiejętność ta pomaga również w rozwiązaniu problemu na przyszłość. Przyglądamy się uważnie wszystkim ogniwom. Identyfikujemy wraz z pacjentem te ogniwa w łańcuchu zdarzeń, w których mógł on zachować się inaczej. Chcemy zebrać i wykorzystać informacje, które z dużym prawdopodobieństwem pozwolą mu uniknąć zachowania problemowego w przyszłości.

Można to robić według odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy wiedziałeś, jakie skuteczne zachowanie było w tej sytuacji potrzebne lub przez innych oczekiwane?
2. Co stanęło na przeszkodzie zdobycia takiej wiedzy?
3. Czy chciałeś zrobić to, co było w tej sytuacji potrzebne lub przez innych oczekiwane?
4. Czy pomyślałeś o zrobieniu tego, co było w tej sytuacji potrzebne lub przez innych oczekiwane? Co stanęło na przeszkodzie, żeby od razu zrobić to, co było w tej sytuacji potrzebne lub przez innych oczekiwane?

Analiza brakujących ogniwi okazuje się bardzo przydatna w zrozumieniu co wpłynęło na to, że pacjent wiedział jakie zachowanie byłoby bardziej skuteczne i bardziej pomocne w danej sytuacji, a mimo to tego nie zrobił i nie zachował się w ten sposób.

Umiejętności tolerowania dolegliwości psychicznych

Umiejętność tolerowania nieprzyjemnych dolegliwości psychicznych umożliwia z jednej strony przetrwanie sytuacji kryzysowych (bez ich pogarszania), a z drugiej strony – gdy sytuacja stała się niezmiennalną, nabycie umiejętności zaakceptowania trudnej rzeczywistości. To bardzo ważne umiejętności, pozwalające uniknąć sytuacji tkwienia w impasie, dające możliwość wychodzenia z dotkliwych objawów cierpienia, jakich pacjent może doświadczać w sytuacjach chronicznie trudnych. Dodatkowo tolerancja dolegliwości psychicznych daje doświadczenie uwolnienia się od konieczności spełnienia wymagań ze strony własnych pragnień, impulsów i intensywnych emocji.

Jeśli pacjent znajduje się w sytuacji kiedy nie jest możliwa jej szybka zmiana lub poprawienie, to co ułatwi znoszenie bolesnych przeżyć, to umiejętność

przetrwania kryzysu. W takich momentach pacjenci z problemem zaburzenia osobowości mają najczęściej tendencję do radzenia sobie poprzez strategie, które wprawdzie działają w krótkim czasie, ale długoterminowo są szkodliwe, np. podejmują działania nałogowe, typu granie w gry online lub wyszukiwanie kolejnych produktów do kupienia.

1. Samospokojenie

DBT dostarcza wielu konkretnych podpowiedzi jak można przetrwać trudny czas. Jedną z nich jest prosta, a niezwykle pomocna technika samospokojenia za pośrednictwem 5 zmysłów: wzroku (co widzę w moim otoczeniu, co może mnie uspokoić), słuchu (np. słuchanie uspokajającej muzyki), węchu (jaki zapach ma dla mnie efekt uspokojenia), smaku (np. picie herbaty z melisy), czy dotyku (np. głaskanie kota lub psa). Efekt samospokojenia można też osiągnąć poprzez medytację lub skanowanie ciała.

2. Radykalna akceptacja

Czasem w życiu nie mamy alternatyw i pozostaje konieczność zaakceptowania rzeczywistości taką jaka ona jest, bo – na przykład – wiąże się z nieodwracalnymi skutkami wynikającymi z poważnej choroby. Doświadczenie bólu w połączeniu z brakiem akceptacji dla sytuacji, której nie można zmienić, najczęściej oznacza dla człowieka tkwienie w impasie: blokujemy się w poczuciu smutku, gniewu, wstydu, rozgoryczenia czy innych bolesnych emocjach. Problem znacząco się pogarsza, pojawia się już nie tylko ból, ale i cierpienie.

Aby zmienić taką sytuację, musimy ją w pierwszej kolejności zaakceptować. W radykalnej akceptacji chodzi o akceptację rzeczywistości z pełnym zaangażowaniem, całkowicie, bez reszty. Rzeczywistość jest taka jaka jest. Przyszłość każdej osoby ma swoje ograniczenia. Wszystko ma swoją przyczynę. Czasem rzeczywistość nie mamy na to żadnego wpływu. I wtedy z pomocą przychodzi zaakceptowanie sytuacji pod każdym względem – umysłem, sercem i ciałem.

Nad akceptacją sytuacji pracujemy wtedy, kiedy życie przyniosło pacjentowi poważną traumę, ból lub duże trudności i choć jest to dla niego bardzo trudna sytuacja (ale nie jest to sytuacja ostrego, przejściowego kryzysu), żadne rozwiązywanie problemów nie działa. Jest na ogół zadanie bardzo wymagające, ale okazuje się, że jeśli uda się pacjentowi zaakceptować sytuację, to ból, nawet ten bardzo silny ból, zaczyna być przez niego odbierany jako coś naturalnego, a to daje możliwość posuwania się do przodu. Wtedy, jak mówi Marsha Linehan „życie staje się nie tylko kryzysem” (Linehan, 2016). Dla wielu

ludzi jest to uwalniające doświadczenie, bo ból staje się wówczas „tylko” częścią życia.

Trzeba podkreślić, że radykalna akceptacja nie jest aprobatą dla trudnej sytuacji. Nie jest biernością, poddawaniem się lub uleganiem. W żadnym sensie nie jest też przeciwko zmianie. Kiedy jednak rzeczywistość jest niezmiennalna, radykalna akceptacja może przyjść z ogromną pomocą. Osoba przestaje wtedy walczyć i złościć się, że rzeczywistość nie jest taka, jakiej by chciała. Paradoksalnie to pozwala porzucić zgorzkniałość, bo odkrywa się, że pomimo wszystko życie może być warte przeżycia.

Posłużmy się tu przykładem postawy pacjenta, w przeszłości uzależnionego od hazardu, aktualnie leczącego się z powodu dwóch nowotworów, a dodatkowo osłabionego przez kilkutygodniowy pobyt na oddziale intensywnej terapii z powodu COVID-19, któremu umiera matka–przyjaciółka (a on z powodów zdrowotnych nie może iść na jej pogrzeb), a tuż przedtem żona zapowiada, że chce rozwodu i wyprowadza się z synem do innego miasta. Nieprawdopodobne? Jak najbardziej prawdziwe! Ku zdziwieniu (i podziwieniu) najbliższego otoczenia, pacjent po jakimś czasie jest w stanie osiągnąć wewnętrzny spokój i harmonię. Choć jest to dla niego bardzo trudna sytuacja, godzi się z nią i przyjmuje. Akceptuje ją radykalnie (i realnie), dodatkowo przyjmując perspektywę, że ważne są w jego życiu pewne sprawy. Nawet jeśli jest tak ciężko chory, zależy mu na utrzymywaniu bliskiego kontaktu z synem, ma ważne zadanie dbania o swoje leczenie i rytm codziennego dnia (mycie się, ścielenie łóżka, wychodzenie do sklepu itp.). Niezależnie od tego, ponieważ stara się dalej pracować, podejmuje małe kroki w swoim życiu zawodowym, m.in. planuje podjęcie się mentoringu w pracy, doszkalając młodych pracowników do wykonywania zawodu. Ten mężczyzna już nie złości się, nie walczy z wymagającą rzeczywistością, nie narzeka na swój los. Choć ogarnia go czasem zwątpienie, nie poddaje się przygnębieniu i rezygnacji. Radykalna akceptacja pozwala mu doświadczyć, że ma dalej wpływ na swoje życie i pomimo wszystko jego życie jest dalej warte przeżycia.

Dla wielu ludzi umiejętność radykalnej akceptacji może być bardzo trudna, zwłaszcza dla tych, którzy wyznają przekonanie, że zaakceptowanie rzeczywistości oznaczałoby jej zaaprobowanie. W DBT umiejętnie rozmawia się z pacjentem, o tym że w takich sytuacjach odrzucenie lub zaprzeczenie rzeczywistości i tak jej nie zmieni. Jeśli w danej sytuacji ból jest nieunikniony, to akceptacja może przynieść wolność. Radykalna akceptacja może początkowo prowadzić do smutku, ale zwykle następuje po niej głęboki spokój. Najważ-

niejszym jej przesłaniem jest uznanie, że nawet wtedy, gdy w życiu istnieje ból, może ono być dalej satysfakcjonujące.

Umiejętności w zakresie regulacji emocji

Podstawowym problemem zaburzenia osobowości borderline jest zaburzenie systemu regulacji emocji. Życie takich osób jest chaotyczne, nieuporządkowane, pełne ryzykownych zachowań i sytuacji, przelotnych znajomości, niestabilnych związków i burzliwych zmian nastrojów. Przykładem dysregulacji są problemy z odwróceniem uwagi od sygnałów emocjonalnych, zniekształcenia poznawcze i niepowodzenia w przetwarzaniu informacji, czy niewystarczająca kontrola impulsywnych zachowań związanych z silnym afektem. Terapia wymaga systematycznej pracy nad dysregulacją emocji, czyli niezdolnością osoby (mimo starań) do zmiany lub regulowania sygnałów emocjonalnych, doznań, działań, reakcji werbalnych lub niewerbalnych form ekspresji.

Praca nad regulacją emocji odnosi się m.in. do następujących aspektów:

1. Zapoznanie pacjenta ze spektrum podstawowych emocji – nie chodzi tylko o to jak rozpoznać poszczególne emocje i o przytaczanie przykładów sytuacji, w jakich często czują je inni ludzie, ale przede wszystkim o to, by pacjent zaczął obserwować je i rozpoznawać u siebie na bieżąco.
2. Rozpoznawanie do czego służy dana emocja: funkcja i cel (do jakich działań zmotywowała i przygotowała pana ta emocja?), jaki komunikat dla innych osób sygnalizuje ta emocja (proszę opisać swoje gesty, mimikę, postawę ciała, ton głosu, słowa, działania oraz jak to wpłynęło na innych ludzi?), jaki komunikat dla pana sygnalizuje ta emocja (o jakich pana potrzebach mówi ta emocja? O jakich hipotezach? Jakie fakty powinien pan sprawdzić?).
3. Omówienie dwóch poziomów emocji: emocje pierwotne, tj. reakcje emocjonalne na daną sytuację, które wiążą się ze sposobem w jaki rozumiemy sytuację oraz emocje wtórne, tj. reakcje emocjonalne na doświadczane emocje, które wiążą się z przekonaniami dotyczącymi danych emocji. Przykładem jest osoba, która złości się na siebie, że w jakiejś sytuacji poczuła lęk lub wstyd.
4. Zauważanie natężenia emocji (Jak silna jest ta emocja na skali: skrajnie silna – brak emocji?) oraz rozpoznawanie co się dzieje gdy nasilenie emocji się zmienia oraz nauka jak można wpływać na nasilenie emocji poprzez zmianę zachowania.

Umiejętności interpersonalne

Podejście DBT w dużym stopniu bierze pod uwagę deficyty umiejętności interpersonalnych, z jakimi borykają się pacjenci. Poprzez specyficznie dobrane ćwiczenia pacjenci uczą się, że to czego doświadczają, na przykład silne emocje, takie jak rozdrażnienie, rozczarowanie, gniew, nie muszą być wyrażane poprzez werbalne czy fizyczne ataki, groźby, osądzenie, czy lekceważenie, ale że można je wyrazić za pomocą słów, spokojnie i bez wyolbrzymiania. W tym zakresie ćwiczy się umiejętność tolerowania odmowy, powstrzymywania się od obwiniania, np. „przez ciebie znowu zacznę się objadać”, moralizowania czy szydzenia z rozmówcy. Oto przykładowe techniki pracy ukierunkowane na rozwijanie umiejętności interpersonalnych.

1. Umiejętności DEAR MAN

Umiejętności DEAR MAN pomagają w skłonieniu innych do zrobienia tego, na czym nam zależy. W tym celu ważne jest podjęcie następujących kroków (posłużymy się przykładem przygotowania przebiegu możliwej rozmowy pacjenta ze swoim dzieckiem):

- Opisanie sytuacji, trzymając się faktów, np. „Zauważyłem, że przez trzy ostatnie weekendy przychodzisz do domu po ustalonej godzinie”.
- Wyrażenie własnych uczuć, np. „Czuję, że...”. Ważne jest unikanie słów typu «powinieneś». Zamiast tego można powiedzieć „Kiedy przychodzisz do domu spóźniona, martwię się o ciebie”.
- Jasne wyrażenie prośby o to, co chce się otrzymać, lub wyrażne powiedzenie «nie», pamiętając, że inni nie mogą czytać w naszych myślach, np. „Chciałbym, żebyś wracała do domu zgodnie z umówionym czasem”.
- Kolejny krok to przedstawienie pozytywnych efektów wprowadzenia zmiany, np. „Jak będziesz wracać do domu zgodnie z umową, będę mógł ci bardziej wierzyć i dawać ci więcej swobody”.
- Ważna jest koncentracja na celu tej rozmowy, bez rozpraszania się i reagowania na ewentualne ataki ze strony rozmówcy. Czasem niezbędne jest tu powtarzanie swojego punktu widzenia raz po raz, niczym zdarta płyta, np. „Wiem, że inne dzieci wracają do domu później, ale niezależnie od tego ja chciałbym, żebyś starała się postępować zgodnie z ustaleniami”.
- Pomocne jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego, mówiąc pewnym głosem, bez szeptania, mamrotania pod nosem lub wycofywania się z rozmowy: „Zostawmy to”, „Już wszystko mi jedno”.

- Bardzo ważne jest też zachęcenie rozmówcy do wyrażenia swojej opinii, oraz podjęcie negocjacji w celu wspólnego szukania alternatywnego rozwiązania problemu. „Jeśli przez następne dwa tygodnie uda ci się trzymać ustalonego planu, będę czuł się dużo spokojniejszy i z pewnością pozwolę ci zostać dłużej na imprezie”.

2. Przygotowanie do rozmowy

Aby zwiększyć skuteczność umiejętności interpersonalnych ważne jest rozważenie kilku najistotniejszych aspektów:

1. **Priorytety:** Jaki jest mój najważniejszy cel w tej rozmowie? Jak ważne jest żebym go osiągnęła? Czy realizacja tego celu wpłynie na ważną dla mnie relację, jaką mam z moim rozmówcą? Czy w wyniku tej rozmowy mój szacunek do samego siebie nie zostanie zagrożony?
2. **Możliwości:** Czy druga osoba jest w stanie dać mi to, czego chcę? Czy ja mam to, czego chcę ode mnie inni?
3. **Czas na rozmowę:** Czy teraz jest dobry, najlepszy czas, żeby o to poprosić? Czy druga osoba jest w nastroju lub w stanie poświęcić mi uwagę? Czy to dobry czas, żeby powiedzieć «nie»?
4. **Przygotowanie:** Czy poznałam wszystkie dostępne fakty? Czy jasno wiem, czego chcę? Czy jasno i rzeczowo pokazuję, dlaczego nie wyrażam zgody?
5. **Relacja:** Czy to, czego chcę, jest właściwe w kontekście relacji z moim rozmówcą? Czy to, czego mój rozmówca ode mnie chce, jest właściwe w kontekście naszej relacji?
6. **Coś za coś:** Czy druga osoba pomogła mi w przeszłości? Czy kiedykolwiek nadużyłem jej pomocy? Czy ja sam pomogłem komuś w przeszłości? Czy ktoś nadużył mojej pomocy?

Rozważenie powyższych kwestii może w istotny sposób pomóc w przygotowaniu się do rozmowy, ukierunkować ją właściwie i nadać siłę wypowiedzianym komunikatom. Przeprowadzenie takiej analizy pozwala również na ustalenie, któremu z powyższych aspektów powinno się poświęcić więcej uwagi, tak by działanie pacjenta było możliwie skuteczne.

Program DBT dla rodzin – *Family Connections*

Warto zauważyć, że terapia dialektyczno-behawioralna jest metodą, z której pomocy mogą skutecznie korzystać zarówno pacjenci poszukujący dla siebie bezpośredniej pomocy z powodu trudności emocjonalnych, jak i ich bliscy. Dla rodziny i osób z otoczenia, które niejednokrotnie dotyka cierpienie związane z burzliwymi i intensywnymi relacjami z pacjentem powstał 12-tygodniowy grupowy program *Family Connections* (Fruzzetti, Hoffman, 2004).

Jest to program dla bliskich osób, które doświadczają bardzo wielu trudności z radzeniem sobie ze swoimi emocjami, ze swoją wrażliwością emocjonalną i przeżywaniem intensywnych emocji (np. wstyd, złość). Bliscy, którzy w najbliższym swoim otoczeniu mają osoby z zaburzeniami osobowości, bardzo często doświadczają zaburzeń w relacjach i impulsywności. Czasem bardzo trudno jest im mierzyć się z problemami i rozwiązywać problemy, niektórzy z tych powodów podejmują okaleczenia i próby samobójcze (Fruzzetti, Hoffman, 2004).

Autorami *Family Connections* są Alan Fruzzetti i Perry Hoffman (2004), którzy program ten opracowali na podstawie swoich badań oraz doświadczeń klinicznych w pracy z osobami z zaburzeniem z pogranicza i ich bliskimi. Celem programu jest zapewnienie uczestnikom edukacji, wsparcia i treningu umiejętności skoncentrowanego na kwestiach specyficznych dla DBT.

Z założenia autorów programu tego rodzaju trening umiejętności prowadzony jest nieodpłatnie. Można go zorganizować w różnych instytucjach, takich jak szkoła, poradnia, centrum zdrowia psychicznego, organizacja pozarządowa itp. Program prowadzony jest przez dwóch pracujących społecznie liderów. Mogą to być profesjonalści lub specjalnie wyszkoleni członkowie rodzin osób z zaburzeniami osobowości, którzy ukończyli 12-tygodniowy trening, a następnie specjalne szkolenie liderów (i pracują pod opieką mentorów).

W trakcie treningu *Family Connections* członkowie rodzin rozwijają zarówno własne umiejętności pomocne w trudnościach jakich doświadczają, jak również nabywają umiejętności, dzięki którym mogą wesprzeć osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza. W czasie 12 tygodni cotygodniowych dwugodzinnych spotkań uczestnicy nabywają wiedzę na temat zaburzenia osobowości z pogranicza oraz aktualnych badań prowadzonych nad tym zaburzeniem.

Spotkania są również okazją do podzielenia się z perspektywy rodziny i bliskich doświadczeniami życia z osobą z osobowością z pogranicza. Waż-

ną częścią merytoryczną jest nauka poszczególnych umiejętności DBT, takich jak uważność, regulacja emocji, umiejętności komunikacji w relacjach, rozwiązywanie problemów związanych z chwiejnością emocjonalną (dysregulacją emocji) oraz umiejętności uprawomocnienia uczuć swoich i innych członków rodziny.

Zgodnie z dialektyką DBT bardzo ważne są również umiejętności służące akceptacji (zarówno samych uczestników, jak i ich bliskich), a z drugiej strony rozwijanie umiejętności służących zmianie (wspierających relacje i bardziej skuteczne zachowania) (Fruzzetti, Hoffman, 2004). Każdorazowo grupowe spotkanie zawiera w sobie omówienie ćwiczeń i praktyki, prezentację i omówienie nowego materiału, ćwiczenie nowych umiejętności oraz możliwość stawiania pytań i dyskusji.

Ponadto bliscy osób z diagnozą osobowości z pogranicza w trakcie zajęć mają przestrzeń do tego, by dać sobie prawo do „zdrowego egoizmu”, zbudować własną sieć wsparcia, nauczyć się mówić „nie” oraz zaakceptować, że czasami mimo wkładanego wysiłku mogą utracić spokój ducha i nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów swoich najbliższych.

Jednocześnie uczestnicy programu uczą się przyjmować podstawowe założenia DBT: „Ludzie powinni interpretować sytuacje w możliwie najbardziej życzliwy sposób”, „Nie ma jednej absolutnej prawdy”, „Wszyscy radzą sobie najlepiej jak mogą w danej chwili.”, „Wszyscy muszą starać się bardziej”. Często na zajęciach uczestnicy po raz pierwszy mają okazję zyskać wiedzę na temat ważnych faktów dotyczących samego rozpoznania osobowości z pogranicza oraz możliwości pracy terapeutycznej. Jest to bardzo ważne, gdyż działanie leków w tym rozpoznaniu jest zwykle co najwyżej umiarkowane.

Uczestnicy zdobywają wiedzę, m.in. na temat tego, że zaburzenie osobowości z pogranicza bardzo rzadko występuje samodzielnie, zazwyczaj w połączeniu z innymi zaburzeniami, a cierpi na nie od 1,5% do 3,5% populacji ogólnej, z czego co najmniej 80% cierpiących na BPD dokonuje samookaleczenia, 10% popełnia samobójstwo (Fruzzetti, 2020, Swales, 2021).

W trakcie psychoedukacji przeprowadzanej w ramach programu ważnym wątkiem jest najbliższe środowisko (społeczne lub rodzinne), w jakim na co dzień żyje osoba z osobowością z pogranicza. Członkowie rodzin i bliscy uczą się rozpoznawania jakie zachowania lub sytuacje mogą przyczyniać się do unieważniania osoby cierpiącej na zaburzenia osobowości z pogranicza. Takimi zachowaniami mogą być: podważanie i negowanie wewnętrznych przeżyć, myśli, pragnień danej osoby (szczególnie wtedy, gdy są one różne od doświad-

czeń innych osób), nieakceptowanie różnic, wszelkie próby kontroli i zmiany, ignorowanie, krytykowanie, czy nieokazywanie akceptacji i troski.

Dalszym zadaniem uczestników programu jest uczenie się, jak tworzyć bardziej uprawomocniające środowisko dla siebie i swoich bliskich. Jest to środowisko rodzinne, które umiejętnie uprawomocnia emocje, potrzeby, myśli i pragnienia członków rodziny nawet wtedy, gdy nie są one łatwe do przyjęcia. Bardzo ważne jest okazywanie i komunikowanie akceptacji oraz tolerowanie różnic oraz powstrzymywanie się od chęci kontrolowania.

Członkowie rodzin są zachęceni do ułatwiania rozwiązywania problemów i zarządzania problemami. Dodatkowo podkreślana jest rola uważności w relacji z osobami bliskimi. Uważność w relacji to bycie świadomym drugiej osoby poprzez obdarzanie jej uwagą i empatią, oraz bycie obecnym w relacji bez osądzania. Wiele trudności komunikacyjnych w ramach rodziny, wymaga szczególnego zadbania o relację i świadomości, że cokolwiek robimy, ma to wpływ na naszych bliskich. W programie *Family Connections* podkreśla się również, jak ważne jest unikanie skupiania się wyłącznie na problemach oraz bycie świadomym długoterminowych celów w danej relacji.

W części praktycznej uczestnicy mają za zadanie uważnie przyglądać się swoim relacjom i wykonywać konkretne zadania, np. obserwować na ile są w stanie być uważni w relacji ze swoimi bliskimi, w jakich sytuacjach nie zgadzają się z osobą bliską. Ważnym zadaniem jest też obserwowanie swoich własnych reakcji na kontakty z osobą bliską. Tego typu ćwiczenia pozwalają na zastosowanie nabytych umiejętności w środowisku rodzinnym oraz na bieżącą wymianę doświadczeń i refleksji na spotkaniach grupowych.

Badania nad skutecznością programu *Family Connections* wykazały, że uczestnicy odnoszą korzyści w postaci zmniejszenia odczuwanego smutku, poczucia obciążenia i depresji. Program też sprzyja zwiększaniu poczucia kontroli i kompetencji uczestników. Wyposażenie członków rodzin i innych osób bliskich w tak konkretną wiedzę i umiejętności z pewnością jest również bardzo pomocne w ich osobistym życiu (Fruzzetti, 2020).

Uniwersalność umiejętności DBT

Pracownicy systemu opieki zdrowotnej są konfrontowani z wieloma sytuacjami, w których wymaga się od nich szybkiego przeanalizowania problemów dotyczących zdrowia pacjentów. Nierzadko muszą poradzić sobie zarówno z psy-

chologicznymi, jak i emocjonalnymi aspektami opieki, czasem również z problemami rodzin i bliskich osób pacjentów. Z powodu ograniczeń czasowych i wielu innych wyzwań oczekuje się, aby komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentami i ich rodzinami była jasna, zwięzła i zrozumiała (Rollnick i in., 2014).

Czasem pacjenci i ich rodziny mają trudności z usłyszeniem i przyjęciem informacji, jakie otrzymują. Wynika to często z przytłoczenia silnymi emocjami, szoku wynikającego z trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli, a czasem z ich własnych barier komunikacyjnych i zahamowań. W takich sytuacjach wykorzystanie ram koncepcyjnych terapii dialektyczno-behawioralnej może okazać się dużą pomocą w skutecznej komunikacji, zarówno z pacjentami, jak i ich rodzinami. Okazuje się jednocześnie, że ten sam zestaw narzędzi może być również bardzo przydatny we wspieraniu lekarzy i innych pracowników medycznych w skuteczniejszej komunikacji między sobą, a także w zapobieganiu zjawisku wypalenia zawodowego.

W żadnym sensie nie oczekujemy, że lekarz czy pielęgniarka będą zajmowali się prowadzeniem terapii psychologicznej, zresztą model terapii DBT jest dosyć skomplikowany, a opanowanie jego wymaga wielu godzin szkolenia. To jednak, co może okazać się pomocne, to wykorzystanie ogólnych założeń i zasad pracy DBT, których elementy z powodzeniem można wdrożyć do własnej praktyki zawodowej.

DBT oferuje zestawy umiejętności przydatnych dla każdego, nie tylko dla pacjentów, ale również dla profesjonalistów. DBT przedstawia je w uporządkowany i logiczny sposób. Każdy z zestawów umiejętności to osobny moduł w programie treningu umiejętności DBT. Nie jest konieczne posiadanie specyficznej wiedzy o całym programie DBT ani znajomości wszystkich szczegółów, by można było skorzystać z zestawu umiejętności, które ułatwiają funkcjonowanie specjalisty w bardzo wymagających warunkach związanych z prowadzeniem pacjentów uzależnionych, z jednoczesnym problemem zaburzeń osobowości.

Ponadto, umiejętności DBT mogą okazać się dużą pomocą dla lekarza w skutecznym radzeniu sobie z przekazywaniem pacjentowi trudnych dla niego, ale bardzo ważnych informacji. Ogólnie mówiąc, DBT dostarcza gotowy do użytku szablon, składający się z czterech prostych kroków (Kennedy, 2020). Kiedy zatem specjalista ma wątpliwości jak przekazać pacjentowi bardzo trudne, ale ważne informacje, można postarać się postępować zgodnie z następującymi czterema krokami:

1. Zostawić wszystkie inne sprawy, wziąć głęboki oddech i przez chwilę skoncentrować się przede wszystkim na tym, co się dzieje tu i teraz (Umiejętność uważności).
2. Jeśli specjalista odczuwa silny stres przed spotkaniem z pacjentem, warto przeczekać chwilę i tym samym stonować emocje, tak by nie doprowadzić do pogorszenia sytuacji (Umiejętność tolerancji dolegliwości psychicznych).
3. Zauważyć własne emocje i zastanowić się nad tym, co one mówią o własnych potrzebach (Umiejętność regulowania emocji).
4. Dopiero teraz przekierować uwagę na pacjenta i na to, jak chce się mu przekazać informacje (Umiejętność skuteczności interpersonalnej).

Takie krótkie przygotowanie do rozmowy pozwoli na wejście w kontakt z pacjentem w sposób, który ułatwi osiągnięcie celu, a dodatkowo będzie sygnałem nie tylko dbałości o relację z drugą osobą, ale też o troskę i szacunek specjalisty wobec samego siebie.

Podsumowanie

Podstawy teoretyczne opisanych modeli pracy psychoterapeutycznej oraz ich kluczowe strategie wpisują się w zintegrowane leczenie współwystępujących zaburzeń – to znaczy leczenie problemów związanych z uzależnieniem oraz zdrowiem psychicznym w ramach korzystania przez pacjenta z jednego modelu psychoterapii. Jest to odejście od leczenia sekwencyjnego, w którym przyjmowano, że najpierw należy uporać się z problemem uzależnienia, aby następnie móc skutecznie leczyć problemy psychiczne. W Akademii Motywacji i Edukacji od lat staramy się promować te podejścia terapeutyczne, które stanowią odpowiedź na potrzeby pacjenta związane z uzależnieniem i zdrowiem psychicznym, a dodatkowo są stale poddawane badaniom klinicznym. Zarówno terapia dialektyczno-behawioralna, jak i terapia schematów okazują się bardzo pomocne w leczeniu współwystępujących zaburzeń. Praca ta może zaowocować realną pomocą w kontrolowaniu objawów, radzeniu sobie z problemem uzależnienia, jak również przyczyniać się do poprawy stanu psychicznego w zakresie zaburzenia osobowości i we wszechstronnej poprawie samopoczucia i funkcjonowania na co dzień. Terapia prowadzona w opisanych podejściach psychoterapeutycznych daje szansę pacjentowi na rezygnację z zachowania problemowego, którym jest uzależnienie i wzmocnienie go w radzeniu sobie z bagażem doświadczeń.

Lekarze zwykle w swojej pracy spotykają się z następstwami uzależnień w postaci różnych problemów zdrowotnych zgłaszanych przez pacjentów. Zna-

jomość specyfiki zaburzeń osobowości połączonych z uzależnieniem wydaje się być ważna w pracy lekarza, ponieważ bardzo wielu pacjentów spotykanych w praktyce klinicznej zmaga się z tymi problemami. Zaburzenia te mogą prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych i mogą zmieniać obraz wcześniej istniejących zaburzeń psychicznych. Książka nie została napisana po to, by stawiać przed lekarzami kolejne trudne zadanie – terapię pacjentów. Mamy jednak nadzieję, że będzie zachętą do spojrzenia na trudności pacjentów z nowej perspektywy. Zapoznanie się z opisanymi modelami pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi daje możliwość dostrzeżenia potrzeby ukierunkowania pacjenta na szukanie pomocy w terapiach, których skuteczność poparta jest badaniami. Jednocześnie opisanie możliwych zaburzeń osobowości może przynieść odpowiedź na pytanie, co powoduje, że czasem tak trudno jest pacjentowi przyjąć zalecenia lub pewne sugestie. Krótka informacja jaką lekarz może przekazać przy okazji odbywanego badania czy też konsultacji, może mieć istotne znaczenie dla pacjenta i przełożyć się na szukania dla siebie rekomendowanych form pomocy.

Bibliografia

- Adams J., Kirkby R., 2001, *Exercise Dependence and Overtraining: The Physiological and Psychological Consequences of Excessive Exercise*, Sports Medicine Training and Rehabilitation, 10(3), 199–222. DOI:10.1080/10578310210395 (dostęp 28.09.2021).
- Arntz A., Jacob G., 2021, *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Axelrod S., 2019, *DBT for Substance-Use Disorders*, w: M.M. Swales (ed.), “Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy”, Oxford: Oxford University Press, 595–614.
- Bagby R.M., Vachon D.D., Bulmash E., & Quilty L.C., 2008, *Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates*, Journal of Personality Disorders, 22(2), 191–207. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.191> (dostęp 28.09.2021).
- Ball S.A., Young J.E., 2000, *Dual Focus Schema Therapy for Personality Disorders and Substance Dependence: Case Study Results*, Cognitive and Behavioral Practice, 7(3), 270–281. DOI:10.1016/S1077-7229(00)80083-8 (dostęp 28.09.2021).
- Bamber D., Cockerill I., Rodgers S., Carroll D., 2003, *Diagnostic criteria for exercise dependence in women*, British Journal of Sports Medicine, 37(5), 393–400. DOI:10.1136/bjism.37.5.393 (dostęp 28.09.2021).
- Barrault S., Varescon I., 2012, *Psychopathology in online pathological gamblers: a preliminary study*, L'Encéphale, 38(2), 156–163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22516274/> (dostęp 09.03.2021).
- Brown R.I.F., 1993, *Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions*, w: W.R. Eadington, J. Cornelius (eds.), *Gambling Behavior and Problem Gambling*, University of Nevada Press, 241–272.

- Casadio P., Olivoni D., Ferrari B., Pintori C., Speranza E., Bosi M., 2014, *Personal disorders in addiction outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning*, Substance Abuse, 8, 17–24, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972129/> (dostęp 06.08.2021).
- Casale S., Fioravanti G., 2018, *Why narcissists are at risk for developing Facebook addiction: the need to be admired and the need to belong*, Addictive Behaviors, 76, 312–318, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28889060/> (dostęp 05.08.2021).
- Clark M.A., Lelchook A.M., Taylor M.L., 2010, *Beyond the Big Five: how narcissism, perfectionism, and dispositional affect relate to workaholism*, Personality and Individual Differences, 48 (7), 786–791. https://www.researchgate.net/publication/222389456_Beyond_the_Big_Five_How_narcissism_perfectionism_and_dispositional_affect_relate_to_workaholism (dostęp 05.08.2021). <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Clark+MA%2C+Lelchook+AM%2C+Taylor+ML.+Beyond+the+Big+Five%3A+how+narcissism%2C+perfectionism%2C+and+dispositional+affect+relate+to+workaholism>
- Cox T., Griffiths A., Rial-González E., 2006, *Badania nad stresem związanym z pracą. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy*, Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.
- Cyrklaff M.J., 2012, *W sidłach tanoreksji. Psychospołeczne determinanty uzależnienia od opalania się oraz sposoby minimalizowania jego negatywnych skutków zdrowotnych*, „Wychowanie na co Dzień”, 10–11.
- Dąbrowska K., Moskalewicz J., Wieczorek Ł., 2015, *Dostępność leczenia dla problemowych i patologicznych hazardzistów w Warszawie. Raport z badania*, www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=6362324 (dostęp 28.09.2021).
- DeJong C.A., Van den Brink, W., Harteveld, F.M., Van der Wielen, E.G., 1993, *Personality disorders in alcoholics and drug addicts*, Comprehensive Psychiatry, 34 (2), 87–94.
- Demetrovics Z., Griffiths M., 2012, *Addictions: Past, Present and Future*, Journal of Behavioral Addictions, 1 (1), 1–2, DOI:10.1556/JBA.1.2012.1.0 (dostęp 28.09.2021).
- Dudek B., 2008, *Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę*, „Medycyna Pracy”, 59 (3), 247–254.
- Evans L., Delfabbro P.H., 2005, *Motivators for Change and Barriers to Help-Seeking in Australian Problem Gamblers*, Journal of Gambling Studies, 21, 133–155, <https://doi.org/10.1007/s10899-005-3029-4> (dostęp 28.09.2021).
- Freimuth M., Moniz S., Kim S.R., 2011, *Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 8 (10), 4069–4081, <https://doi.org/10.3390/ijerph8104069> (dostęp 28.09.2021).
- Fruzzetti A.E., Hoffman P.D., 2004, *Family Connections workbook and training manual*, New York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fruzzetti A.E., Fruzzetti A., 2020 (październik), „Umiejętności DBT”, Szkolenie przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Terapii Dialektyczno-Behawioralnej.

- Gałecki P., Świącicki Ł. (red.), 2015, *Kryteria diagnostyczne z DSM V*, Wrocław: Elsevier Urban i Partner.
- Giddens J.L., Stefanovics E., Pilver C.E., Desai R., Potenza M.N., 2012, *Pathological gambling severity and co-occurring psychiatric disorders in individuals with and without anxiety disorders in a nationally representative sample*, *Psychiatry Research*, 199 (1), 58–64, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3572829/> (dostęp 05.10.2021).
- Goretti S., Sánchez Sánchez M.D.C., Borja, P.L., G. Rivera G.B., Lara M.R., 2017, *The relationship between personality disorders and substance abuse disorders*, *European Psychiatry*, 41, 473–474, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.547> (dostęp 28.09.2021).
- Griffiths M.D., 2004, *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Griffiths M., 2005, *Workaholism is still a useful construct*, *Addiction Research and Theory*, 13, 97–100.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., 2018, *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Buteau E., Neiditch E.R., Penney D., Bruce M.L., Hellman F., Struening E., 2005, *Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder*, *Family Process*, 44 (2), 217–225.
- Jakubik A., 2002, *Zespół uzależnienia od Internetu*, *Studia Psychologica*, 3, 133–142.
- Jaraczewska J.M., Adamczyk-Zientara M. (red.), 2015, *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Warszawa: Eneteia.
- Jaraczewska J.M., Derwich A., 2020a, *Podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Podręcznik dla lekarzy*, Warszawa: Eneteia.
- Jaraczewska J.M., Derwich A., 2020b, *Podejście integrujące terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący w uzależnieniach behawioralnych. Podręcznik dla terapeutów*, Warszawa: Eneteia.
- Kabat-Zinn J., 2015, *Praktyka uważności dla początkujących*, Warszawa: Czarna Owca.
- Kafka M.P. 2007, *Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of non-paraphilichypersexuality*, w: S.R. Leiblum (ed.), *Principles and practices of sex therapy*, New York: The Guilford Press, 442–475.
- Kennedy R., 2020, „Wprowadzenie do terapii dialektyczno-behawioralnej”, Szkolenie przeprowadzone w ramach projektu KBPN. Online: Akademia Motywacji i Edukacji.
- Kiełtyka K., 2009, *Ocena skali zagrożenia tanoreksją na przykładzie badanej grupy studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego*, *Dermatologia Estetyczna*, 11: 3.
- Krawczyk P., Świącicki Ł., 2020, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, *Psychiatria Polska*, 54, 1, 7–20.

- Ksinan A.J., Malis J., Vazsonyi A.T., 2021, *Swiping away the moments that make up a dull day: narcissism, boredom, and compulsive smartphone use*, *Current Psychology*, 40 (2), 2917–2926, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12144-019-00228-7> (dostęp 05.10.2021).
- Leahy R., 2013, *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linehan M.M., 2016, *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Podręcznik terapeuty*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Loose Ch., Graaf P., Zarbock G. (red.), 2017, *Terapia schematów dzieci i młodzieży*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Malinowska D., Staszczuk S., Tokarz S., 2015, *Pracoholizm – wskazania dotyczące diagnozy oraz przegląd działań interwencyjnych*, *Medycyna Pracy*, 66 (1), 71–83.
- Mellos E., Liappas I., Paparigopoulos T., 2010, *Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse*, *In Vivo*, 24 (5), 761–769, <https://iv.iarjournals.org/content/24/5/761> (dostęp 29.09.2021).
- Meule A., Gearhardt A.N., 2014, *Food addiction in the light of DSM-5*, *Nutrients*, 6 (9), 3653–3671.
- Olshanecka-Glinianowicz M. (red.), 2017, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością*, *Lekarz Rodzinny*, 3.
- Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E., 2012, *Personality disorders and dimensions in pathological gambling*, *Journal of Personality Disorder*, 26 (1), 107–112, (dostęp 05.10.2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23041794/>).
- Panasiuk B., Panasiuk K., 2016, *Patologiczny hazard – możliwości rozpoznania i leczenia Colloquium Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych AMW*, *Kwartalnik*, 3, 85–110, Gdynia: Akademia Marynarki Wojennej.
- Phillips K.A., Didie E.R., Menard W., Pagano M.E., Fay C., Weisberg R.B., 2006, *Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults*, *Psychiatry Research*, 141 (3), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014> (dostęp 28.09.2021).
- Pużyński S., Wciórka J., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków: Vesalius.
- Robinson B.E., 2001, *Workaholism and family functioning: A profile of familial relationships, psychological outcomes, and research considerations*, *Contemporary Family Therapy*, 23, 123–135.
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C., 2010, *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*, Warszawa: Academica.
- Rowicka M., 2015, *Bigoreksja i uzależnienie od ćwiczeń*, *Świat Problemów*, nr 6, 40–42.
- Rowicka M., 2015, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno.
- Silczuk A., 2019, *Problemowe korzystanie z Internetu przez dzieci i młodzież w praktyce lekarza rodzinnego*, *Alcohol Drug Addiction*, 32 (3), 197–210.

- Stapleton J.L., Hillhouse J.J., Turrisi R., Baker K., Manne S.L., Coups E.J., 2016, *The behavioral addiction indoor tanning screener (BAITS): An evaluation of a brief measure of behavioral addictive symptoms*, *Acta Dermato-Venereologica* 96 (4), 552–553, <https://doi.org/10.2340/00015555-2290> (dostęp 29.09.2021).
- Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A., Kongerslev M.T., Mattivi J.T., Jørgensen M.S., Faltinsen E., Todorovac A., Sales C.P., Callesen H.E., Lieb K., Simonsen E., 2020, *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4–5 (5):CD012955, DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. (dostęp 28.09.2021).
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J., 2009, *Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature*, *Journal of Gambling Studies*, 25 (3), 407–424.
- Swales M.M. (ed.), 2018, *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*, Oxford: Oxford University Press.
- Swales M.M., 2021 (czerwiec), „Wykład wygłoszony podczas konferencji: Jak prowadzić psychoterapię DBT”, Dostęp online: Akademia Motywacji i Edukacji.
- Szpitalak M., 2012, *Wielowymiarowy kwestionariusz oceny pracoholizmu*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Śpiewak R., 2013, *Tanoreksja*, *Dermatopedia*, 2, 14.
- Walton, C. & Comtois, K.A., 2019, *DBT in routine clinical settings*, w: M. Swales, *Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*, Oxford: Oxford University Press.
- Weinstein A., Curtiss Feder L., Rosenberg K.P., Dannon P., 2014, *Internet addiction disorder: Overview and controversies*, w: K.P. Rosenberg, L. Curtiss Feder (eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment*, Elsevier Academic Press, 99–117, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00005-7> (dostęp 29.09.2021).
- Willenborg B., 2020, *Materiały szkoleniowe. Terapia schematów w uzależnieniach*, Warszawa.
- Wright F.D., Liese B.S., Beck A.T., 2007, *Terapia poznawcza uzależnień*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Verheul R., 2001, *Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders*, *European Psychiatry*, 16 (5), 274–282.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., 2014, *Terapia schematów. Podręcznik praktyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Young J., 2005, *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*, New York: Cognitive Therapy Center.
- Young J., Edwards D., Ohanian V., Perris P., Vind S., Conway J., 2019, *The Case Conceptualization Form*, New York: Schema Therapy Institute, <https://schematherapy-society.org/Sys/Login?ReturnUrl=%2fNew-Case-Conceptualization-Form-PDF> (dostęp 15.09.2021).
- Zikos E., Gill KJ, Charney DA., 2010, *Personality Disorders among Alcoholic Outpatients: Prevalence and Course in Treatment*, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), 65–73, doi:10.1177/070674371005500202 (dostęp 28.09.2021).

