# FAP i 5 zasad

MATTHEW D. SKINTA, PH.D., ABPP

17 LISTOPADA 2018

# Cele

- Jak tworzymy przestrzeń dla silnego przymierza terapeutycznego?
- Jakie działania tworzące bliskość możemy podjąć?
- Jak podchodzimy do historii związanych z odrzuceniem?
- Jakie są różnice między tym, jak tworzymy bliskość podczas terapii i poza nią?

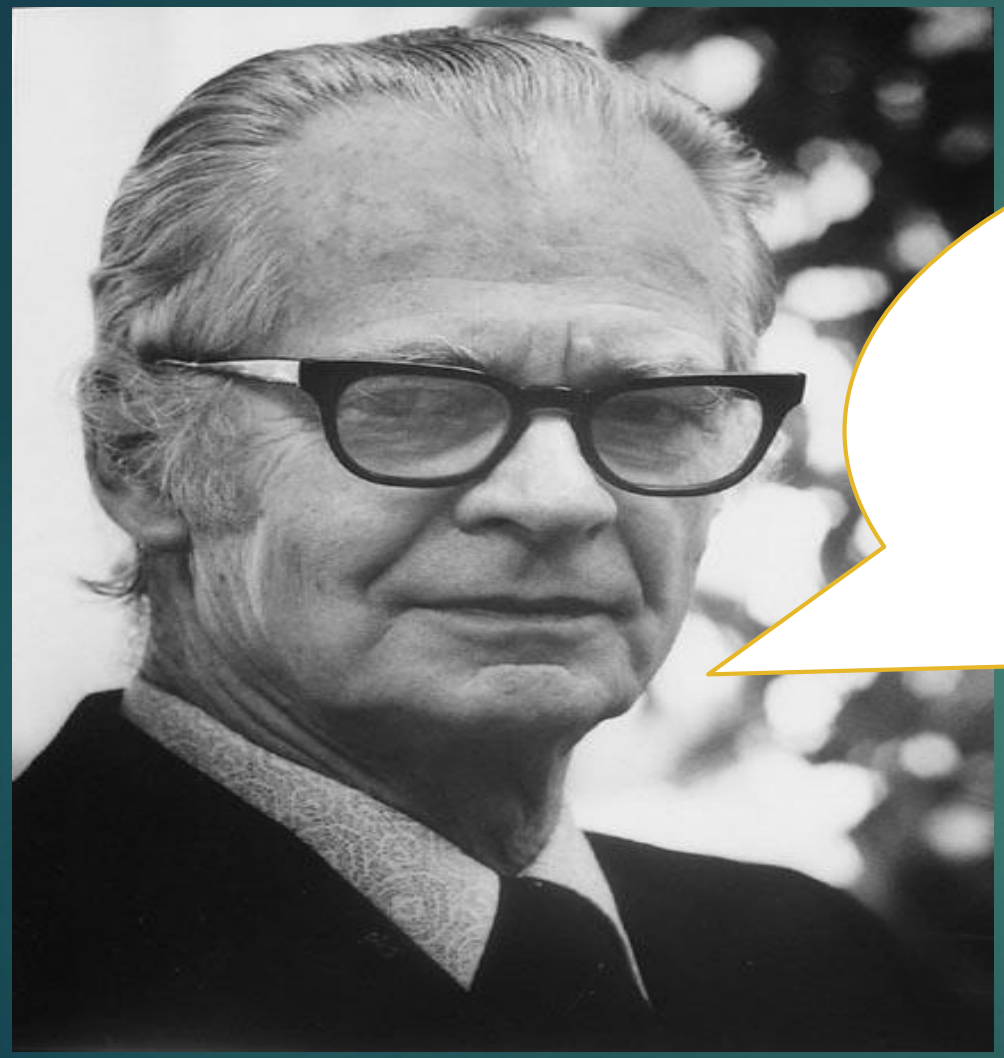
# Otwierająca medytacja

# Bycie obecnym w gabinecie

- Ile osób z was czuło strach na temat bycia w obecności klienta?
- Ile osób czuję się, jakby było w stanie “być sobą” w gabinecie?
- Czy ktoś ci mówił, że w relacji terapeutycznej powinieneś lub powinnaś być “czystą tablicą”?

# Czyste tablice są przeterminowane

- Większość terapeutycznych podejść, nawet tych krótkich lub psychoanalitycznych, ceni autentyczność i szczerość w relacji
- Jakie to uczucie usłyszeć arbitralną reakcję?
  - Jakie znacie arbitralne, stereotypowe reakcje, jakie można poczynić wobec czyjegoś otwarcia się z czymś osobistym?



Czymże jest miłość jeśli nie inną nazwą na korzystanie z pozytywnego wzmocnienia? Lub vice versa.

(Skinner, 1948, Walden Two)

# Naturalne wzmocnienie

# Kluczowe idee: Carl Rogers

- Musimy tworzyć przerzeń za pomocą danych kluczowych cech relacji:

Pozytywne odnoszenie się

Autentyczność

Empatia

Otwartość/nieocenianie

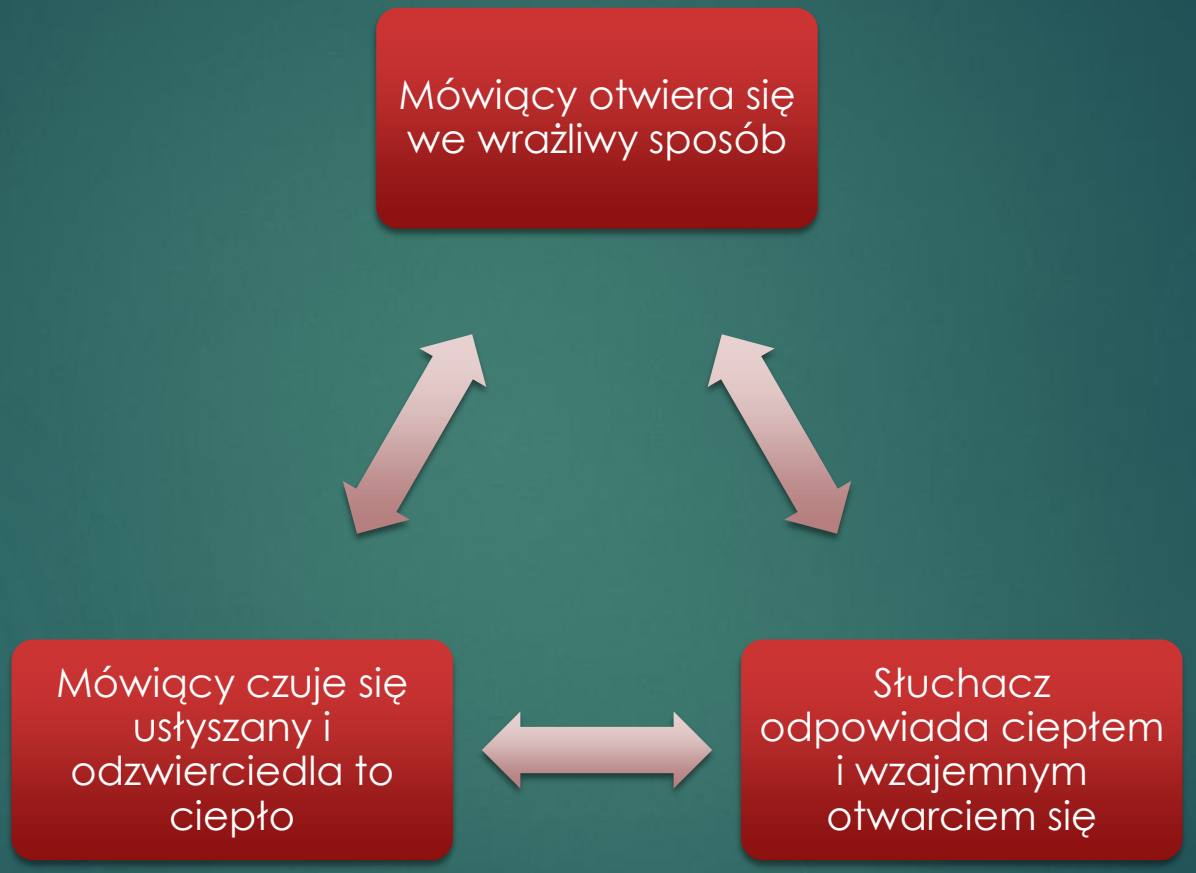
Ciekawość

- Jak się “robi” pozytywne odnoszenie (Jakie zachowania za tym stoją???)

# Czy Carl Rogers odnosił się pozytywnie bezwarunkowo?

- W badaniu, w którym uczestniczyli wykształceni terapeuci jako sędziowie kompetentni, nie znający źródła transkrypcji, spytano ich, by określili, czy reakcje terapeutów były
  - A) niedyrektywne
  - B) dyrektywne w stronę interpersonalnej bliskości i rozwoju
- Z dużym stopniem zgodności między sobą, sędziowie ocenili, że wszystkie transkrypcje okazywały pozytywne odnoszenie się tylko, podczas wzmacniania zdań związanych z otwartością na zranienie oraz pragnienie bliskości
- Wniosek? Truax (1966) wziął wszystkie fragmenty sesji z archiwalnych transkrypcji terapii prowadzonych przez Carla Rogersa

# Jak wydarza się bliskość?



# Arthur Aron i nauka stojąca za budowaniem relacji interpersonalnych

# Wybierzcie w dwójkę jedno z następujących pytań i wspólnie odpowiedzcie na nie

1. Gdybyś ze swoim współrozmówcą miał stać się bliskim przyjacielem, podziel się proszę, co byłoby dla ważne, by wiedzieli?

2. Co by dla ciebie złożyło się na "perfekcyjny" dzień?

3. Gdybyś wiedział, że dokładnie za rok nagle umrzesz, czy zmieniłbyś coś w tym, jak aktualnie żyjesz? Dlaczego?

# Jak czujesz się w stosunku do tej osoby teraz?

- Czy znałeś wcześniej osobę, z którą przyszło ci rozmawiać?
- Jakie pytania wybraliście?
- Jak blisko się jej czujesz w porównaniu z kilkoma minutami wcześniej?

# Jak wiąże się to z terapią?

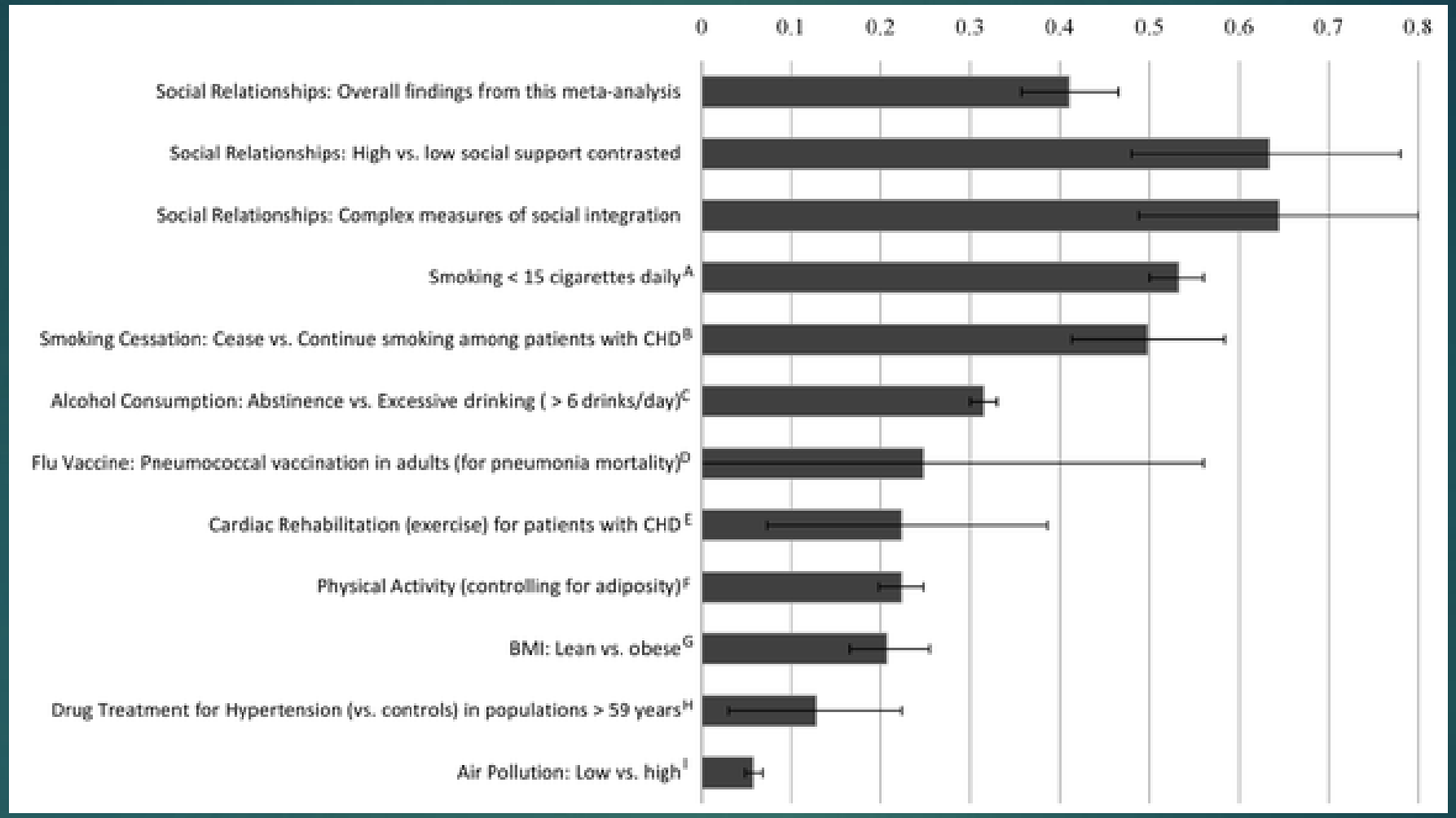
- Budujemy most tu i teraz, choć przyjaciele i klienci różnią się (choć zasady bliskości są takie same)
- Po pierwsze, co z odmiennymi historiami doświadczeń związanymi z bliskością?
- Dlaczego tak w ogóle ludzie przychodzą na terapię?

# Samotność/brak więzi społecznej to ekwiwalent palenia 15 papierosów dziennie

=

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

## Figure 6. Porównanie szans na śmiertelność (lnOR) pomiędzy różnymi uwarankowaniami związanymi z podwyższonym jej ryzykiem




Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLOS Medicine 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316

PLOS | MEDICINE

# Terapia oparta na analizie funkcjonalnej(FAP)

- “Neo-Skinnerowskie” podejscie do relacji terapeutycznej
  - Standardowe zasady analizy funkcjonalej stosowane do rozumienia interakcji w ramach relacji terapeutycznej
- Bliski kuzyn terapii akceptacji i zaangażowania
  - Rozwój FAP był inspirowany wczesnymi pokazami “pełnego dystansowania się” (“*comprehensive* distancing”)
- Próba lepszego zrozumienia “mistrzów terapii”
  - Początkowo ujmowane jako próba lepszego kodowania interpersonalnych aspektów terapii przy tych terapeutach lub efektach pracy, gdzie prowadziła ona do rozwoju klienta
  - Uznaje jako główne zadanie terapeuty wzmocnienie zachodzących tu i teraz zachowań związanych z tworzeniem się naturalnej bliskości (Kanter, et al., 2017)

# Założenia FAP

- Behawioralne
  - Nacisk nie na wgląd – zawsze na praktykę nowych zachowań oraz na własne monitorowanie zachowań i reakcji zachodzących w danym momencie
  - Czyli relacja terapeutyczna jest zawsze "prawdziwą" relacją (wszyscy pozostajemy pod wpływem naszych doświadczeń z relacji, ale nie oznacza to, że kiedykolwiek możemy to ująć jako projekcję osobną od osoby przed nami)

    *"but this does not mean that it is ever a projection separate from who is in the room"*
- Skupione na tu i teraz
  - Mimo że historie naszych doświadczeń w dużej mierze wpływają na nasze reakcje, wszystko co pojawia się podczas terapii jest traktowane jako prawdziwe i interpersonalne między terapeutą a klientem
- Reagowanie uzależnione od kontekstu (*Contingent responding*)
  - Naturalne i autentyczne reakcje terapeuty są najsilniejszą formą wzmocnienia w reakcji na werbalne lub niewerbalne zachowania związane z bliskością, wrażliwością i autentycznością. Nawet Carl Rogers reagował zależnie od kontekstu (Truax, 1966)

# *Funkcje bodźców*

Terapeuta wpływa na zachowanie przez trzy funkcje bodźców:

1. Kształtowanie zachowania klienta (elicit)
2. Prowokowania zachowania klienta (evoke)
3. Wzmacnienie zachowań klienta (consequate)

Funkcje te będą mieć najsilniejsze efekty na zachowania zachodzące podczas sesji.

# Zachowania znaczące kliniczne (CRBs)

- Zachowania znaczące kliniczne (*clinically relevant behaviors*, CRBs) związane są z celami klienta podczas terapii. Pojawiają się podczas sesji i można na nie natychmiast zareagować.
  - CRB1s: PROBLEMY klienta podczas sesji (in-vivo)
  - CRB2s: OZNAKI POPRAWY u klienta podczas sesji (in-vivo)

  *Rozpoznaj je, aby zmaksymalizować zmianę terapeutyczną*

CRB pojawiają się podczas sesji i można na nie natychmiast zareagować.

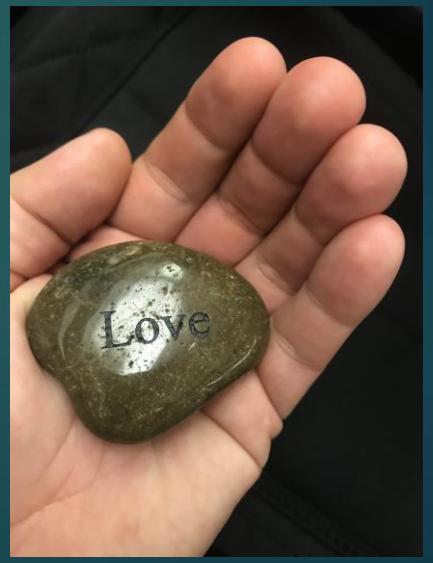
Kohlenberg & Tsai, 1991

# Zachowania znaczące klinicznie (CRBs) są zachowaniami sprawczymi, które stanowią samo serce FAP

**CRB1s ----------CRB2s**

"problematyczne" zachowania podczas sesji

Lepsze zachowania podczas sesji




Kohlenberg & Tsai, 1991

# Problemy klienta mogą być zaobserwowane i wzmocnione bezpośrednio przez terapeutę

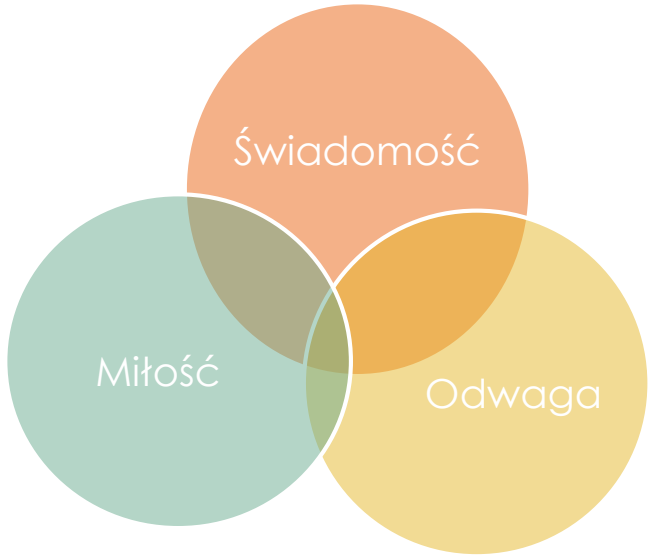
- Wzmocnienie zachodzi niezależnie, czy jesteśmy jego świadomi.
- To nieuchronne i naturalne, że terapeuci i klienci będą wzajemnie kształtować zachowania drugiej osoby
- Zachodzi to zwykle poza świadomą uwagą

# PIĘĆ ZASAD

1. Szukaj CRBs.
   [**Świadomość**]
2. Prowokuj CRBs.
   [**Odwaga**]
3. Wzmacniaj CRB2s.
   [**Miłość**]
4. Zauważaj skutki twego zachowania.
   [**Świadomość**]
5. Wspieraj uogólnianie się zmian zachodzących w ramach reacji terapeutycznej

ACL
ŚMO :)

# ZACHOWANIA ISTOTNE KLINICZNIE(CRBs)



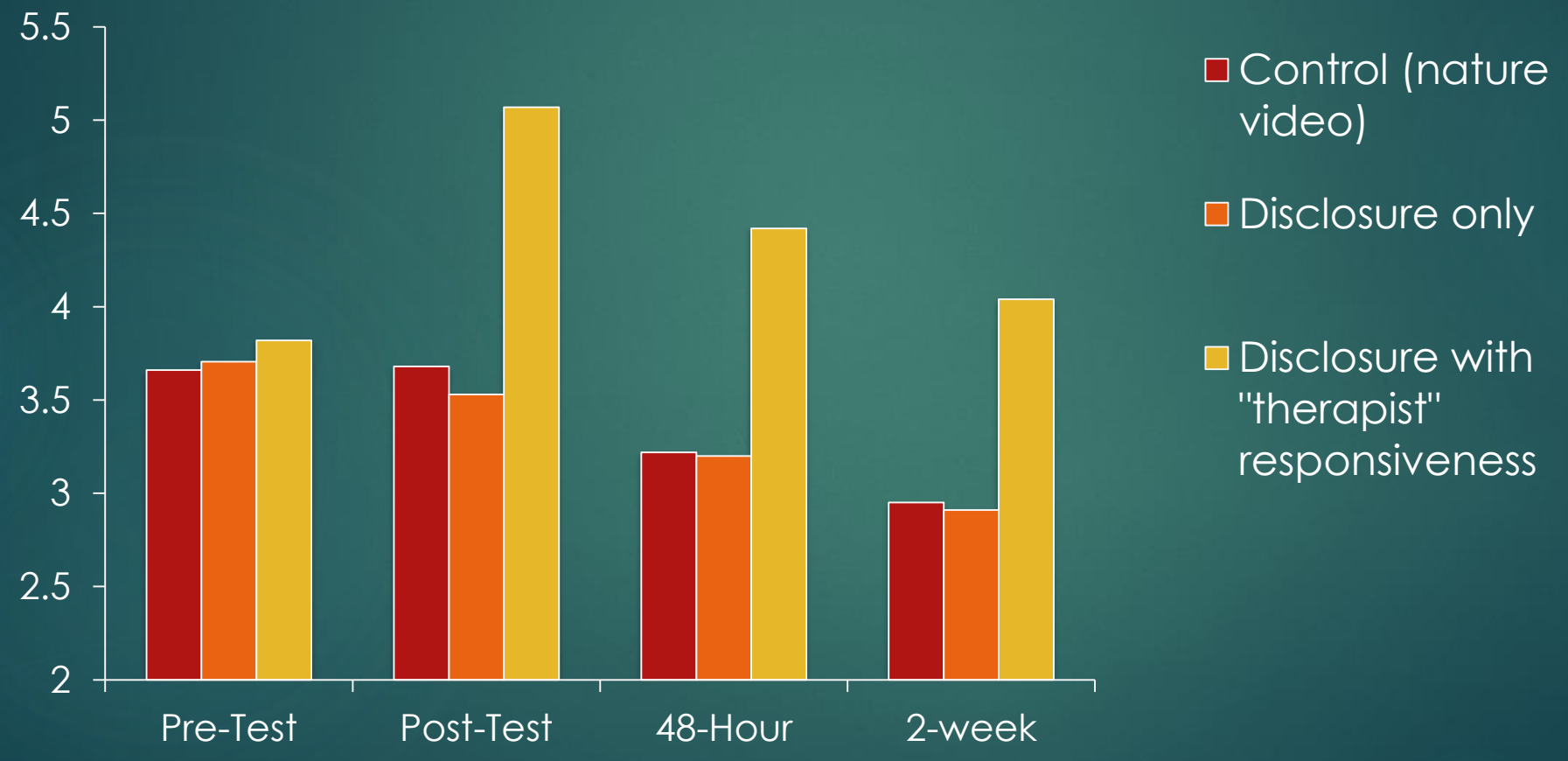

CRB1s & CRB2s

# Częste cele interpersonalne w ramach FAP

a) Rozpoznawanie potrzeb danej osoby i deklarowanie ich w ramach relacji
b) Świadomość i reagowanie wobec otrzymywania i dawania informacji zwrotnej
c) Trudności z rozpoznawaniem własnych myśli i emocji
d) Trudności z poczuciem bliskości, wliczając w to otwieranie się na osobiste tematy
e) Unikanie konfliktu

Callaghan, 2006

# Badania UW Center for Social Connection: Jaką więź czujesz wobec asystenta badawczego?



# Podstawy empiryczne FAP

- Ogólnie, zasady FAP są skalowane z podstawowywych zasad behawioralnych, które mają dużą bazę empiryczną.
- Terapeuci CBT rzadko lub w minimalnym stopniu skupiają się na relacji terapeutycznej podczas sesji (e.g., Kanter, Schildcrout, & Kohlenberg, 2005)
- Studia przypadków opisywały samodzielne wykorzystanie FAP podczas pracy z:
  - Zazdrością, lękiem bez agorafobii, przewlekłego bólu, PTSD, zaburzenia agresywno- prowokującego (aggressive-defiant disorder), OCD, depresji
  - FAP + ACT: fibromialgia, anorgasmia, ekshibitionism
  - FAP + DBT: zaburzenia osobowości NOS

# Podstawy empiryczne FAP

- Terapia poznawcza wzmocniona przez FAP (FAP-Enhanced Cognitive Therapy; FECT) – Porównano wyniki między klientami otrzymującymi zmanualizowane CT dla depresji a FECT
  - Kohlenberg, RJ, Kanter, JW, Bolling, MY, Parker, C, & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 213-229.

# Wyniki FECT

**Table 5**
Mean Scores on Major Outcome Variables by Condition, *p* Values and Effect Sizes

| | | CT | | FECT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Time | *N* | *M* ± *SD* | *N* | *M* ± *SD* | *p* | *ES* |
| BDI | Pre | 15 | 21.67 ± 8.09 | 23 | 21.65 ± 5.36 | | |
| | Post | 15 | 10.67 ± 10.03 | 23 | 8.61 ± 5.45 | .20 | .28 |
| | Follow-up | 15 | 8.87 ± 7.43 | 23 | 7.83 ± 4.76 | .30 | .17 |
| HRSD | Pre | 15 | 14.93 ± 4.06 | 23 | 14.65 ± 3.75 | | |
| | Post | 15 | 8.60 ± 7.12 | 23 | 5.52 ± 4.54 | .06 | .53 |
| | Follow-up | 15 | 4.47 ± 4.24 | 23 | 4.04 ± 3.69 | .40 | .08 |
| SCL-90 | Pre | 15 | 0.92 ± 0.42 | 23 | 0.89 ± 0.35 | | |
| | Post | 11[a] | 0.54 ± 0.42 | 18[b] | 0.35 ± 0.20 | .06 | .61 |
| | Follow-up | 13[c] | 0.66 ± 0.37 | 17[d] | 0.46 ± 0.43 | .10 | .48 |
| GAF | Pre | 15 | 54.67 ± 5.23 | 23 | 55.09 ± 7.82 | | |
| | Post | 15 | 70.27 ± 15.52 | 23 | 73.13 ± 13.79 | .29 | .19 |
| | Follow-up | 15 | 78.87 ± 11.42 | 23 | 85.39 ± 9.52 | .03 | .65 |

# Wyniki FECT

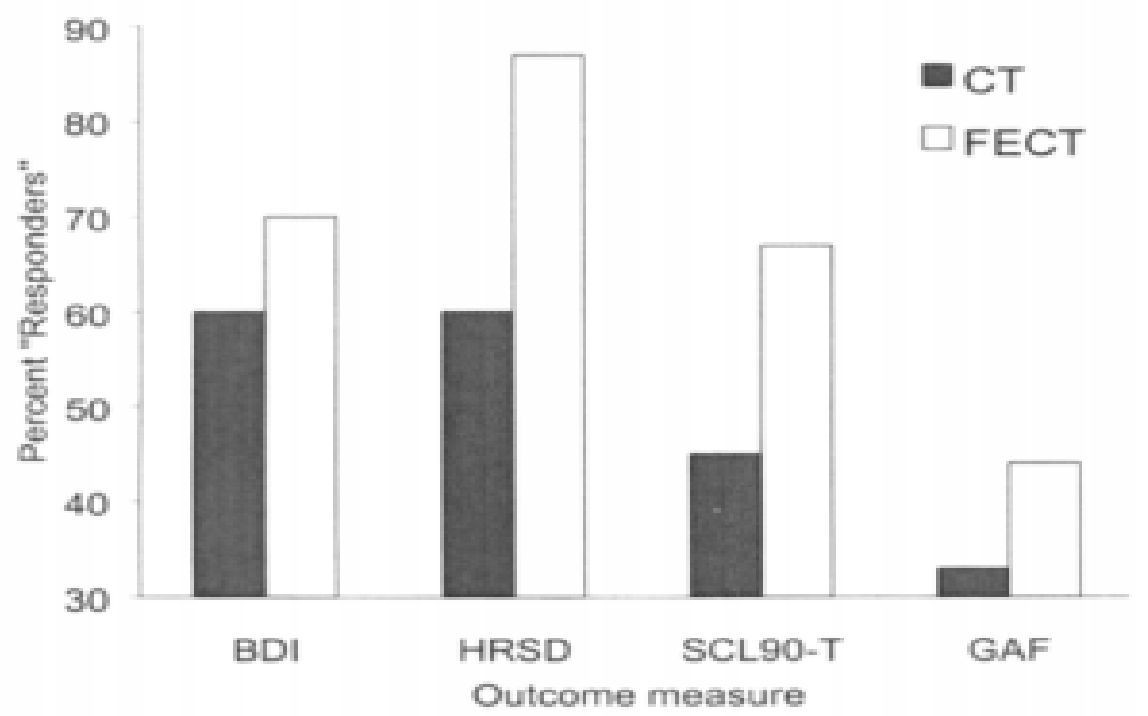



**Figure 2.** Percent of CT and FECT responders on major outcome variables. BDI = Beck Depression Inventory; HRSD = 17-item Hamilton Rating Scale for Depression; SCL-90T = Symptom Check-List, 90 Item Version, total score; GAF = Global Assessment of Functioning.

- "Osoby reagujące na terapię" okazały redukcję o co najmniej ≥50% przedsesyjnych objawów według tych miar

# PIĘĆ ZASAD FAP

- Przez resztę dzisiejszego dnia i jutro położymy nacisk na budowanie umiejętności związanymi z tymi 5 zasadami:

- Zasada 1: Szukaj CRBs
- Zasada 2: Prowokuj CRBs
- Zasada 3: Naturalnie wzmacniaj CRB2s
- Zasada 4: Zauważaj swój wpływ na klienta
- Zasada 5: Wspieraj uogólnianie się zmian

# Zasada 1: Szukaj CRBs

Jeśli nie wiesz, co zrobić, wracaj do Zasady 1

(nienachalnie)

- Reszta przyjdzie naturalnie, jeśli
  - Zachowania te są naturalną częścią twojego repertuaru
  - Masz w sercu dobro klienta
  - Jesteś w stanie potrzymać kontakt z wydarzającymi się na żywo własnymi doświadczeniami oraz zachowaniem klienta
  - Bierzesz pod uwagę także niewerbalne zachowania klienta

# Zasada 1: Szukaj CRBs

- Niech twoim przewodnikiem będzie konceptualizacja przypadku
  - Jest to *terapia bazująca na procesie* - nie daj się zwieść na manowce samej treści
- Szukaj CRB-1s i CRB-2s:
  - Korzystaj z typowych pytań stosowanych podczas otwierania terapii, podczas niej i w trakcie kończenia, by znajdować CRBs
  - Rozważ użycie narzędzi takich jak FIAT-Q lub FAPIS, jeśli będą dostępne po polsku

# Zasada 1: Szukaj CRBs

Pacjent: Jakim cudem tyle osób mnie nie lubi? I jak mówienie do takiego %@^#*! #$@# jak ty ma mi pomóc?

CRB-1 czy CRB-2?

# Zasada 1: Szukaj CRBs

- Trudniejszy przykład:

Patient: Czy zadzwonisz do mojego lekarza i poprosisz, by wypisał mi nową receptę na Xanax?

CRB-1 czy CRB-2?

# Konceptualizacja przypadku

- MODEL S-O-R-C (Nezu et al., 2004)
- Bodziec (**S**timulus) – środowiskowe lub wewnątrzosobowe bodźce poprzedzające
- Organizm (**O**rganism) – zmienne związane z klientem
- Reakcja (**R**esponse) – jak klient reaguje na własne przeżycia?
- Konsekwencja (**C**onsequence) – jak inni zachowują się w reakcji na klienta?

# Bodziec

- Bodziec
  - Podstawowe pytanie, “Jakie historyczne i środowiskowe czynniki wpływają na mojego klienta?”
  - Medyczne lub psychiatryczne diagnozy – pamiętaj, że diagnoza to narzędzie wykorzystywane przez kogoś i nie jest odzwierciedleniem przeżytych doświadczeń klienta. Znajdź na to miejsce.
    - Jeśli leki warto wziąć pod uwagę, włącz je tutaj
  - Jakie istotne historyczne doświadczenia wpływają na klienta? Jak wyglądało jego życie rodzinne? Czy doświadczyli ostatnio jakichkolwiek istotnych wydarzeń życiowych?
  - Jakie społeczne wydarzenia mają wpływ na klienta? Co dzieje się w newsach, co może odbijać się echem w tożsamości klienta?

# Organizm

- Organizm
  - Podstawowe pytanie, “Co dzieje się wewnątrz mojego klienta?”
  - Często daję tutaj zmienne demograficzne
  - Jakie myśli i wierzenia pojawiają się w ciągu dnia?
  - Jakich trudnych emocji doświadcza?
  - Czy są jakieś bolesne wspomnienia, które często wracają?
  - Np. Wprawdzie “epizod depresyjny większy” może lądować pod “S”, takie przeżycia jak smutek, poczucie winy, samokrytyczne myśli idą pod “O”

# Reakcja
# (gdzie znajdujemy CRB1s i 2s)

- Reakcja
  - Podstawowe pytanie,“Co mój klient robi w reakcji na bolesne przeżycie?”
  - Niektóre z tych reakcji mogą być też uznane za objawy diagnostyczne, jeśli są zachowaniami. Np. Ruminacje na temat tych kontaktów z innymi w ciągu dnia, które wywołały wstyd, izolowały i przyczyniły się do zostaniu w domu podczas weekendu czy wieczora, czy przerwały wcześniejsze przyjemne czynności
  - Niektóre z tych reakcji nie będą objawami per se, przykładowo nie odpowiadanie na telefon, gdy znajomi lub rodzina dzwoni
  - Mogą tu się wliczać zachowania związane ze znieczulaniem się lub odwracaniem uwagi od wewnętrznych przeżyć, takie jak konsumpcja alkoholu, szukanie partnera seksualnego itd.
  - Nie zawsze muszą być “problematycznymi” zachowaniami. Niektóre z nich mogą być adaptacyjne lub unikowe zależnie od kontekstu

# Konsekwencja

- Konsekwencja
  - Podstawowe pytanie,“Jak inni/terapeuta reagują na zachowania klienta?”
  - Weź pod uwagę sfery życia, które mogą Consider life domains that may result in different consequences – for instance, work relationships may not be impacted by isolation, though other meaningful relationships may suffer.
  - Include your own response if you have been treating the client for some time. Do client behaviors push you away, or block your attempts at expressing warmth?

# Przykład SORC (BORK)

| Bodziec | Organizm | Reakcja | Konsekwencja |
|---|---|---|---|
| Ct with a hx:<br><br>**Ciepli emocjonalnie rodzice (Warm parents)**<br><br>Rodzice rozwiedli się, kiedy klient był młody, co skutkowało dużą ilością czasu samemu w jednym z domów, kiedy rodzic pracował<br><br>Jadł dużo dla komfortu, wysoka waga aż do studiów<br><br>Często był samotny i wyizolowany | • 26, mężczyzna<br>• W depresji<br>• Czuje się bezwartościowy i niekochany<br>• Strach, że "Nigdy nie zostanę pokochany"<br>• "Nie radzę sobie dobrze z rzeczami" | • Regularnie ćwiczy, aby czuć się bardziej atrakcyjnie<br>• Dokładnie śledzi, co je<br>• Otwiera się wobec dzieczyny, gdy czuje smutek lub przytłoczenie<br>• Czerpie dumę z bycia troskliwym i wspierającym chłopakiem<br>• Unika wyzwań w pracy<br>• Izoluje się, kiedy jego dziewczyna jest niedostępna i gdy ma doła | • Dziewczyna mówi, że czuje dużą więź w związku<br>• Inni wahają się, czy zapraszać go na jedzeniowe spotkania<br>• Wywołuje u terapeuty poczucie troski i ciepła |

# Praktyka: Stwórz swój SORC (BORK)

- Poświęć pare minut, aby napisać na brudno SORC/BORK dla jakiegoś obecnego lub niedawnego klienta
  - Czy jest możliwe, aby stworzyć z tego jakąś opowieść? Czy dane Bodźce prowadzą do Organizmalnych doświadczeń, w których klient Reaguje na sposoby, które mają pewne Konsekwencje ze strony innych?
  - Czy są jakieś sprzężenia zwrotne? Czy jakiekolwiek Konsekwencje wpływają na kontekst (Bodziec) lub nasilają trudne wrażenia Organizmu?

# Praktyka: Podziel się swoim SORC/BORK

- Podzielimy się na mniejsze grupy na pare minut, abyście mogli podzielić się lub porównać swe modele.
  - Czy są jakieś pytania, zanim zaczniemy?
  - Poświęcimy troche czasu, aby przedyskutować, co opisaliście, kiedy wrócimy.

# Dyskusja: Co zauważyliście?

- Czy było to podobne lub różne niż wcześniejsze konceptualizacje behawioralne, jakie wypełnialiście?
  - Czy prośba, aby wziąć pod uwagę stress związany z przynależnością do jakiejś mniejszości, przywiodła nowe pytania lub kierunki myślenia?
  - Jakie pomysły daje ci to odnośnie tego, gdzie dalej można iść z twoimi klientami?

# Zasada 2: Prowokuj CRBs

- Treści związane z terapią naturalnie mogą prowokować CRB
  - Wolne skojarzenia, ustalanie program terapii, dyskusja o snach, zadania domowe, ujawnianie się ze strony terapeuty mogą być prowokującymi bodźcami
  - Celem Zasady 2 jest pobudzanie pojawiania się CRB2, zwłaszcza jeśli klient okazuje podczas sesji głównie CRB1.
  - Jeśli konkretne zachowania, które moglibyśmy wziąć na cel, nie pojawiają podczas terapii, pomocne może być celowe ich wzbudzenie

# Ćwiczenie z niedominującą ręką

- Jakąkolwiek ręką zwykle nie piszesz, odpowiedz korzystając z długopisa i kartki
  - Pisanie niedominującą ręką będzie stawać na drodze zbytniej analizie

# Ćwiczenie z niedominującą ręką

- Co zauważyliście? Jakie odpowiedzi was zaskoczyły?

# Pytania związane z Zasadą 2

- Możemy wpleść poniższe pytania w rozmowę, aby realizować Zasadę 2
  - “Co byłoby najtrudniejsze dla ciebie dziś do przedyskutowania?”
  - ”Czego najbardziej boisz się poruszyć?”
  - “Czego byś najbardziej się wstydził mi powiedzieć na temat ostatniego tygodnia?”

# Pytania?

- Pytania na temat dzisiejszej treści?
- Prośby na jutro?

# Praca domowa

- Rozwiń SORC/BORK klienta
- Oznacz wszystkie reakcje w kategorii RR jako CRB1s lub CRB2s