
WPROWADZENIE DO ACT

MGR BARTOSZ KLESZCZ
KURS ONLINE 2019



UCZĘ SIĘ ACT

ZASADY

TY SIĘ LICZYSZ

WSZYSTKO JEST DOBROWOLNE

ZADAWAJ PYTANIA, KOMENTUJ, PRZERYWAJ MI (CHAT DOBRZE DO TEGO DZIAŁA)

TRENING, A NIE WYSTĘP

WARSZTAT JEST DOŚWIADCZALNY



ZASADY

TY SIĘ LICZYSZ

SZKOLENIE JEST DOŚWIADCZALNE

NIE WIERZ MI NA SŁOWO

WYPRÓBUJ TO NA WŁASNEJ SKÓRZE

NA JAKIE MYŚLI, EMOCJE, WRAŻENIA Z CIAŁA MOGĘ ZROBIĆ MIEJSCE



ZASADY

TY SIĘ LICZYSZ

SZKOLENIE JEST DOŚWIADCZALNE

PYTANIA MIĘDZY ZAJĘCIAMI NAJLEPIEJ WYSŁAĆ NA MAILA



CELE SZKOLENIA

DOSTARCZYĆ

- PODSTAWOWEJ WIEDZY TEORETYCZNEJ I NAUKOWEJ
- UMIEJĘTNOŚCI PRACY W RAMACH 6 PROCESÓW ACT
- POSŁUGIWANIE SIĘ RELACJĄ TERAPEUTYCZNĄ, BY KSZTAŁTOWAĆ POZYTYWNE ZACHOWANIA
- SPOSOBÓW, NA WYKORZYSTANIE ACT W SWOIM ŻYCIU



NA SAM POCZĄTEK – MAŁA DYSKUSJA

... CZYLI DLACZEGO NIE UCZYĆ SIĘ PO PROSTU WIĘCEJ CBT?



PSYCHOTERAPIE I COACHINGI FUNKCJONUJĄ W SFERZE KULTUROWYCH PRZEKONAŃ NA TEMAT TEGO, CO POWINNO BYĆ CELEM TAKIEJ PRACY. STĄD PYTANIA NA TEN TEMAT:

- CO POWINNO BYĆ CELEM TERAPII LUB COACHINGU W ZAKRESIE ZMIANY WYSTĘPOWANIA, CZĘSTOTLIWOŚCI LUB PRZEJAWÓW MYŚLI, WRAŻEŃ I UCZUĆ?
- CZY JEŚLI POD KONIEC TERAPII LUB COACHINGU KTOŚ MA TAKI SAM POZIOM TYCH TREŚCI PSYCHICZNYCH, TO CZY TA PRACA ZAWIODŁA? CZY JESZCZE COŚ INNEGO MOGŁOBY MIEĆ ZNACZENIE?



PODSTAWOWE PYTANIA KAŻDEGO ACTOWICZA (I ACTÓWKI :)

DYSKUSJA NA TEMAT ZASADNICZYCH KWESTII TOCZY SIĘ TAKŻE W ŚWIECIE NAUKOWYM

- CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?
- JAKIE EFEKTY DAJE PRACA NAD ZMIANĄ ICH?
- CZY POMIAR ZMIAN (KWESTIONARIUSZAMI, BEHAWIORALNIE ITD.) W TERAPII I COACHINGU POWINIEN SKUPIAĆ SIĘ TYLKO NA REDUKCJI OBJAWÓW?



PODSTAWOWE PYTANIA KAŻDEGO ACTOWICZA (I ACTÓWKI :)

„NIE MA ZGODY NA TEMAT TEGO, CZY REDUKCJA OBJAWÓW POWINNA BYĆ UWAŻANA ZA KLUCZOWY EFEKT TERAPII.

TERAPEUCI I BADACZE Z TRADYCJI POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ STOJĄ PO STRONIE IDEI, ŻE KLUCZOWYM EFEKTEM JEST ZMIANA OBJAWÓW.

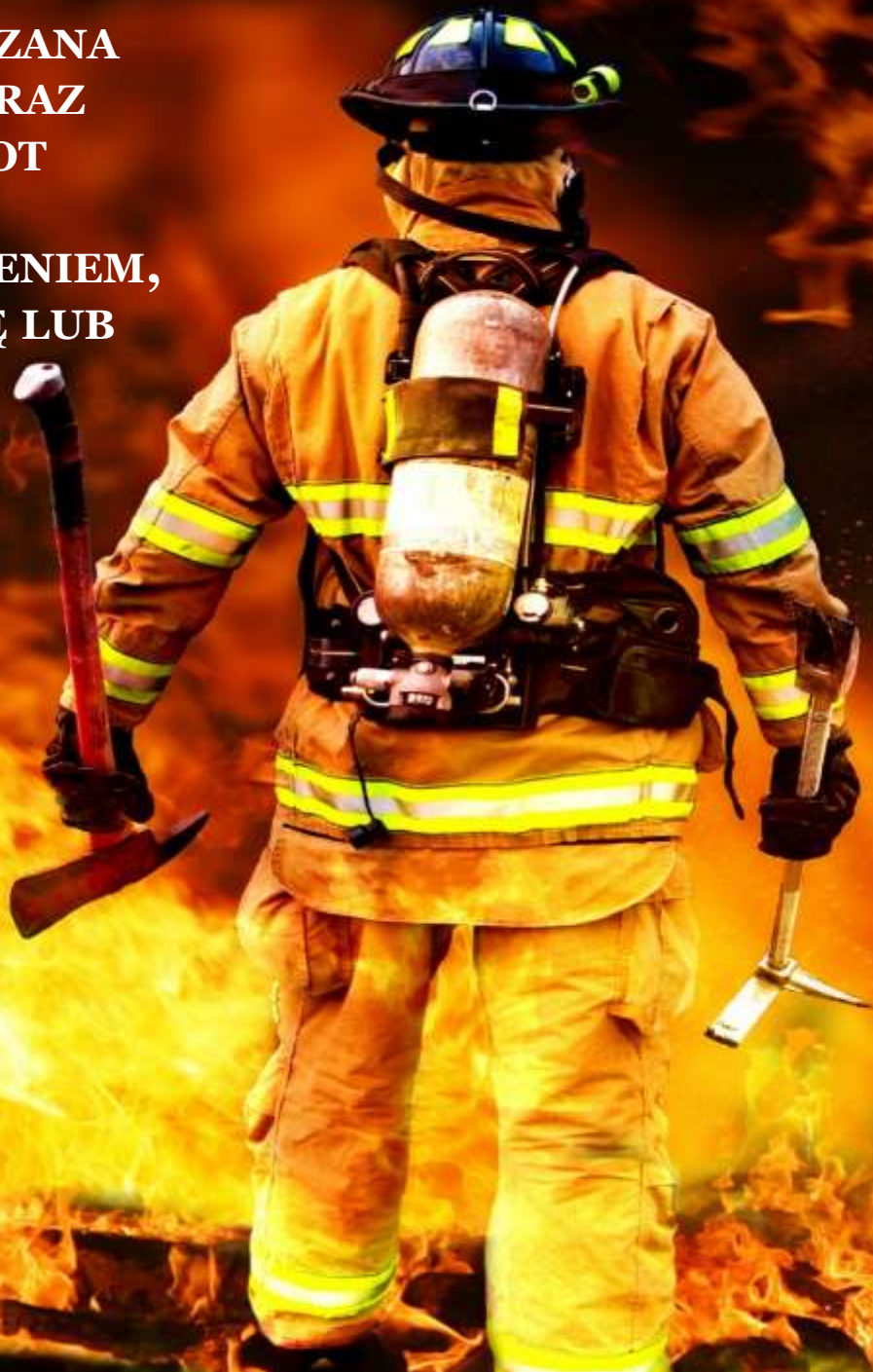
JEDNAKŻE TERAPEUCI Z TRADYCJI PSYCHODYNAMICZNEJ UWAŻAJĄ ZMIANY W OSOBOWOŚCI ORAZ INTRAPSYCHICZNE JAKO WIELE WAŻNIEJSZE, NAWET JEŚLI NIE DA SIĘ ICH ZBYT DOBRZE POMIERZYĆ. DLA NICH OBJAWY SĄ TYLKO SKUTKIEM TYCH INTRAPSYCHICZNYCH I OSOBOWOŚCIOWYCH PROBLEMÓW. (...)

TERAPEUCI Z TRADYCJI SKONCENTROWANEJ NA KLIENCIE ARGUMENTOWALIBY, ŻE SAMOAKTUALIZACJA JEST KLUCZOWYM EFEKTEM TERAPII, A OBJAWY SĄ TYLKO JEDNYM Z WYZWALACZY DLA PACJENTA, ABY SZUKAĆ POMOCY.” (CUIJPERS, 2019)



**ŚWIADOMOŚĆ I ŻYCZLIWOŚĆ OKAZANA
WOBEC WŁASNEGO CIERPIENIA ORAZ
CIERPIENIA INNYCH ŻYWYCH ISTOT**

**POŁĄCZONA Z GŁĘBOKIM PRAGNIENIEM,
ABY NIEŚĆ W OBLICZU JEGO ULGĘ LUB
PRZED NIM CHRONIĆ**





PLAN WPROWADZENIA

- JAKIE JEST ŹRÓDŁO CIERPIENIA? (PYTANIE O *DLACZEGO?*)
- JAKI JEST SPOSÓB PRACY Z CIERPIENIEM? (PYTANIE O *JAK?*)



Do LAT 40. – POCZĄTKI POWSZECHNEJ PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

- OBSERWOWALNE PROBLEMY PSYCHICZNE SPOWODOWANE „PRAWDZIWYMI” GŁĘBOKO ZAKORZENIONYMI, PODŚWIADOMYMI PROBLEMAMI Z DZIECIŃSTWA I OBARCZONE RYZYKIEM SUBSTYTUCJI OBJAWU BEZ TERAPII, KTÓRA BY TAM DOTARŁA (LILIENFELD 2013)
- MOŻNA SOBIE Z NIMI PORADZIĆ TYLKO ZA POMOCĄ LAT CODZIENNEJ, WYMAGAJĄCEJ FINANSOWO PSYCHOANALIZY
- BRAK PODSTAW EMPIRYCZNYCH ORAZ WOLI KU PROWADZENIU BADAŃ NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII („TOTAL CHAOS” EYSENCK 1952; MEEHL 1973)

UWAGA: WIELE ARTYKUŁÓW NAUKOWYCH MOŻNA ZNALEŹĆ NA [SCHOLAR.GOOGLE.PL](https://scholar.google.pl)



NARODZINY TERAPII EKSPOZYCYJNEJ I PIERWSZY RCT

- W 1958 WOLPE PUBLIKUJE *PSYCHOTHERAPY BY RECIPROCAL INHIBITION* – OPISUJĄC NOWOCZESNĄ METODĘ PRACY Z FObIAMI, TERAPIĘ EKSPOZYCYJNĄ

ŹRÓDŁO PROBLEMÓW UWARUNKOWANIE OBOJĘTNEGO BODŹCA Z WYSOKIM POZIOMEM LĘKU

MECHANIZM ZMIANY ODWARUNKOWANIE LĘKU POPRZECZ ŁĄCZENIE GO Z GŁĘBOKĄ RELAKSACJĄ (JACOBSON, 1938)

- W 1966 POJAWIA SIĘ PIERWSZY W HISTORII *RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL* (BADANIE Z LOSOWYM DOBOREM DO PRÓBY), DOWODZĄCY SKUTECZNOŚCI METODY WOLPEGO, OTWIERAJĄCY NOWĄ ERĘ W BADANIU SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII (GORDON PAUL, *INSIGHT VS. DESENSITIZATION IN PSYCHOTHERAPY: AN EXPERIMENT IN ANXIETY REDUCTION*)
- BEHAWIORYZM UWAŻANY ZA NARZĘDZIE WYŁĄCZNIE DO FObII SPECYFICZNYCH, PRÓBY PRZEFORMUŁOWAŃ INNYCH PROBLEMÓW W STRONĘ WIDZENIA ICH JAKO PROBLEMY LĘKOWY („FObIA PRZED JEDZENIEM”)



PRZECIW BEHAWIORYZMOWI...

POŁĄCZENIE KILKU WYSTĘPUJĄCYCH W JEDNYM CZASIE CZYNNIKÓW

- KONTROWERSYJNA PREZENTACJA ZAŁOŻEŃ RADYKALNEGO BEHAWIORYZMU



PRZECIW BEHAVIORYZMOWI...

„PRZEZ WIEKI STANDARDOWYM SPOSOBEM WYJAŚNIANIA ZACHOWANIA LUDZI BYŁO ZWRÓCENIE UWAGI NA PRAGNIENIA, INTENCJE, WIERZENIA I UCZUCIA, KTÓRE UZNAWANO ZA PRZYCZYNY ZACHOWANIA. BYŁA TO TZW. DOKTRYNA AUTONOMICZNEGO CZŁOWIEKA. Z TEJ PERSPEKTYWY LUDZIE, A NIE ICH ŚRODOWISKO, DETERMINOWALI ZACHOWANIE.

SKINNER WIDZIAŁ TO JAKO NAJWIĘKSZĄ PRZESZKODĘ DLA NAUKI O LUDZKIM ZACHOWANIU. JEŚLI LUDZIE WCIAŻ BĘDĄ WIERZYĆ, ŻE PRZYCZYNY ZACHOWANIA SĄ WEWNĄTRZ NAS W POSTACI CHĘCI, ŻYCZEŃ ITD., NIGDY NIE ZAJMIEMY SIĘ ANALIZĄ TEGO, JAK ŚRODOWISKO WPŁYWA NA ZACHOWANIE. KIEDY LUDZIE PRZESTANĄ BYĆ ZADOWOLENI MENTALISTYCZNYMI WYJAŚNIENIAMI, WTEDY BĘDĄ NA TO GOTOWI.

W DODATKU SAM RUCH POZNAWCZY BRAŁ SIĘ Z OPORU PRZEZ IDEA, ŻE ZACHOWANIE LUDZI JEST OKREŚLONE PRZEZ ŚRODOWISKO. TAK SAMO JAK INNE REWOLUCJE PARADYGMATÓW W NAUCE (KUHN 1970), REWOLUCJA BEHAVIORALNA ZAGRAŻAŁA TYM, KTÓRZY UWAŻALI, ŻE LUDZIE MAJĄ UPRZYWILEJOWANE MIEJSCE WE WSZECHŚWIECIE.



PRZECIW BEHAVIORYZMOWI...

UPADEK LUDZKOŚCI ZACZAŁ SIĘ OD KOPERNIKA, WEDLE KTÓREGO ZIEMIA NIE BYŁA CENTRUM WSZECHŚWIATA, I GALILEUSZA, KTÓRY ZA ZGODZENIE SIĘ Z NIM WYLĄDOWAŁ W ARESZCIE DOMOWYM. ZAŁOŻENIEM DARWINA BYŁO, ŻE LUDZIE SĄ TYLKO KOLEJNYM GATUNKIEM, KTÓRY ROZWINAŁ SIĘ WSKUTEK TYCH SAMYCH PROCESÓW, KTÓRE WYTWORZYŁY WSZYSTKIE INNE GATUNKI – KOLEJNY CIOS W WYJĄTKOWOŚĆ.

I TERAZ SKINNER MÓWIŁ, ŻE NAWET NASZE ZAŁOŻENIE O TYM, ŻE CZŁOWIEK PODEJMUJE WOLNE WYBORY BYŁO BŁĘDNE, ZAKŁADAJĄC ZAMIAST TEGO, ŻE ZACHOWANIE JEST KSZTAŁTOWANE PRZEZ TE SAME PRAWA, KTÓRYMI RZĄDZI SIĘ ZACHOWANIE GOŁĘBI I SZCZURÓW.

(...) JEŚLI LUDZIE WYEWOLUOWALI WEDLE TYCH SAMYCH PROCESÓW CO INNE GATUNKI, I JEŚLI OPÓR WOBEC REWOLUCJI KOPERNIKAŃSKIEJ BYŁ WSKUTEK LUDZKIEJ ZAROZUMIAŁOŚCI, DLACZEGO LUDZKIE ZACHOWANIE POWINNO ZOSTAĆ WYŁĄCZONE?” (BIGLAN 2015)

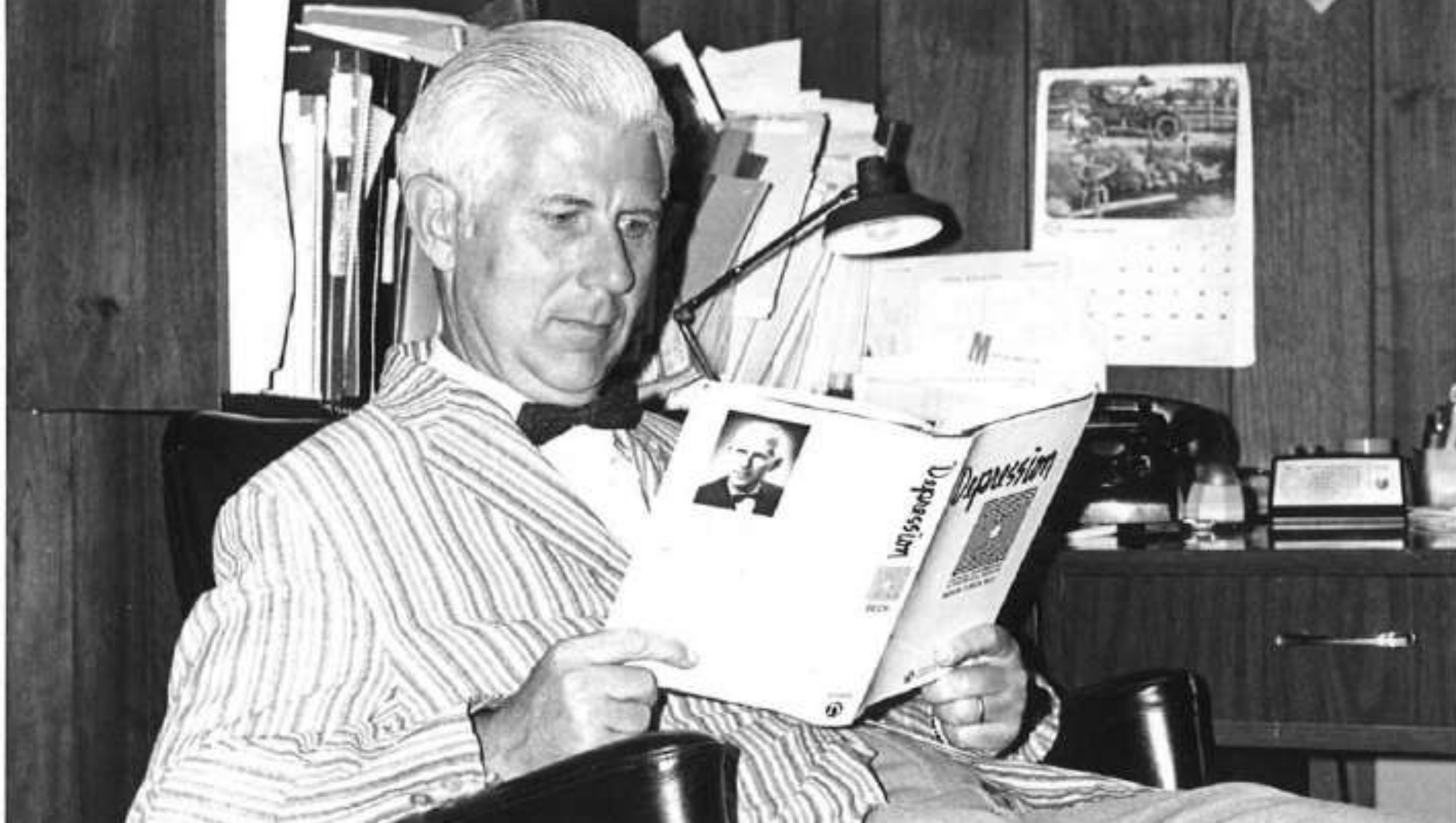


PRZECIW BEHAWIORYZMOWI...

POŁĄCZENIE KILKU WYSTĘPUJĄCYCH W JEDNYM CZASIE CZYNNIKÓW

- KONTROWERSYJNA PREZENTACJA ZAŁOŻEŃ RADYKALNEGO BEHAWIORYZMU
- ROZCZAROWANIE LABORATORIUM PSYCHOLOGICZNYM – PORAŻKA *VERBAL BEHAVIOR* SKINNERA (1957) W OPISANIU JĘZYKA LUDZKIEGO JĘZYKIEM EKSPERYMENTALNEJ TEORII, ZIGNOROWANIE WPŁYWOWEJ RECENZJI NOAMA CHOMSKY’EGO (1959)
- PODEKSCYTOWANIE MENTALIZMEM JAKO OFERUJĄCYM NOWE OPCJE W PSYCHOLOGII (KEAT 1972; WESSELLS 1981, 1982; KILLEEN 1984)
- WYDANIE PODRĘCZNIKA DO CBT (BECK ET AL. 1979)





REWOLUCJA POZNAWCZA I CBT

- ROZCZAROWANIE SIĘ LABORATORIUM PSYCHOLOGICZNYM I PSYCHOLOGIĄ BOTTOM-UP JAKO ŹRÓDŁEM WIEDZY DLA PRAKTYKI.
- ZASTOSOWANIE ZDROWOROZSĄDKOWYCH TECHNIK WYWIEDZIONYCH Z PRAKTYKI.
- TRAKTOWANIE MYŚLI I STANÓW BIOLOGICZNYCH JAKO PRZYCZYN.
- PODPORZĄDKOWANIE TECHNIK BEHAWIORALNYCH ZMIANIE POZNAWCZEJ.



OBECNOŚĆ DYSFUNKCYJNYCH MYŚLI -> ZABURZENIE PSYCHICZNE

BRAK DYSFUNKCYJNYCH MYŚLI -> BRAK ZABURZENIA

(PRIMACY HYPOTHESIS)

“TERAPEUTA I PACJENT WSPÓŁPRACUJĄ, ABY OKREŚLIĆ ZABURZONE TREŚCI POZNAWCZE, KTÓRE POCHODZĄ Z NIEDOSTOSOWANYCH PRZEKONAŃ LUB ZAŁOŻEŃ. TE TREŚCI POZNAWCZE I PRZEKONANIA PODDAWANE SĄ LOGICZNEJ ANALIZIE ORAZ EMPIRYCZNEMU TESTOWANIU, CO PROWADZI OSOBĘ DO DOSTOSOWANIA SWOJEGO MYŚLENIA DO RZECZYWISTOŚCI.” (CLARK, 1995; S. 155)



CBT JEST BARDZO DOBRĄ TERAPIĄ...

ŚRODOWISKU CBT UDAŁO SIĘ ZAINSPIROWAĆ WIELE LABORATORIÓW I OŚRODKÓW NA CAŁYM ŚWIECIE...

- OKRES STOSUNKOWO NIEWIELKIEJ ILOŚCI PROPOZYCJI JEŚLI CHODZI O OPCJE DLA TERAPEUTÓW I BADACZY BĘDĄCYCH FANAMI MYŚLENIA JAKO ELEMENTU PRACY
- SZOK, ŻE BEHAVIORYZM MOŻE PRACOWAĆ Z DEPRESJĄ
- BECK STWORZYŁ WIELE MOSTÓW DLA TERAPEUTÓW, KTÓRZY NIGDY NIE PODEJRZEWALI, ŻE MOGLIBY SPLAMIEĆ SIĘ BEHAVIORYZEM. SOKRATYCZNE PODEJŚCIE BYŁO STRAWNE DLA HUMANISTYCZNYCH I EGZYSTENCJALNYCH TERAPEUTÓW
- BECK PODKREŚLIŁ WAGĘ MYŚLENIA DLA BADAŃ I PRAKTYKI (CHOĆ NIKT WCIAŻ NIE WIE, CO TO JEST „MYŚL” LUB „SCHEMAT”)
- CHARYZMA I OGŁADA BECKA



- 1974, 1976 – LEWINSOHN ET AL., *A BEHAVIORAL APPROACH TO DEPRESSION*

ŹRÓDŁO PROBLEMÓW MAŁA ILOŚĆ POZYTYWNYCH WZMOCNIEŃ WŁASNEGO ZACHOWANIA ORAZ NIEWYSTARCZAJĄCE UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNE

MECHANIZM ZMIANY ZAPEŁNIENIE KONTEKSTU OSOBY POZYTYWNYMI WZMOCNIENIAMI POPRZEZ PLANOWANIE DZIAŁAŃ ORAZ NAUKA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

- BA POSZŁA DWOMA NURTAMI. Z JEDNEJ STRONY JAKO SAMODZIELNA TERAPIA JEST BADANA I ROZWIJANA AŻ DO DZIŚ (WIELKI POWRÓT W 1996), Z DRUGIEJ STRONY ZOSTAŁA WCHŁONIĘTA WRAZ Z LEWINSOHNEM PRZEZ CT.



CBT JEST BARDZO DOBRĄ TERAPIĄ...

ŚRODOWISKU CBT UDAŁO SIĘ ZAINSPIROWAĆ WIELE LABORATORIÓW I OŚRODKÓW NA CAŁYM ŚWIECIE...

... ALE PO 40-50 LATACH LICZNE BADANIA POZWALAJĄ
WYCIĄGNĄĆ WIELE KRYTYCZNYCH WNIOSKÓW.



ZESTAW GOTOWYCH METOD,

CZYLI JAK SKUTECZNA JEST TERAPIA LUB JEJ CZĘŚCI TU I TERAZ W RÓŻNYCH KONTEKSTACH,
ORAZ JAK SKOMPLIKOWANE JEST TO W STOSUNKU DO INNYCH METOD

PROGRAM BADAWCZY,

CZYLI SZLIFOWANIE TEORII, ZNAJDOWANIE I ŁATANIE DZIUR W OBECNYCH PROPOZYCJACH, ORAZ
ZACHOWANIE SPÓJNOŚCI POMIĘDZY FILOZOFICZNYMI ZAŁOŻENIAMI, TEORIĄ NAUKOWĄ ORAZ
PRAKTYKĄ



DWA ASPEKTY ROZWOJU TERAPII BEHAVIORALNEJ

ZESTAW GOTOWYCH METOD,

CZYLI JAK SKUTECZNA JEST TERAPIA LUB JEJ CZĘŚCI TU I TERAZ W RÓŻNYCH KONTEKSTACH,
ORAZ JAK SKOMPLIKOWANE JEST TO W STOSUNKU DO INNYCH METOD

PROGRAM BADAWCZY,

CZYLI SZLIFOWANIE TEORII, ZNAJDOWANIE I ŁATANIE DZIUR W OBECNYCH PROPOZYCJACH, ORAZ
ZACHOWANIE SPÓJNOŚCI POMIĘDZY FILOZOFICZNYMI ZAŁOŻENIAMI, TEORIĄ NAUKOWĄ ORAZ
PRAKTYKĄ

„KAŻDA TEORIA JEST BŁĘDNA, TYLKO JESZCZE NIE WIEMY CZEMU.”
KELLY WILSON



DO WE NEED TO CHALLENGE THOUGHTS IN COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY? CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW, 27, 173-187.

AUTORZY IDENTYFIKUJĄ KILKA KONTROWERSYJNYCH REJONÓW W RAMACH BADAŃ NAD CBT. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA TO:

- SKUTECZNOŚĆ CBT W STOSUNKU DO INNYCH NIŻ POZNAWCZA TERAPII BEHAWIORALNYCH
- ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY ZMIANAMI KLINICZNYMI A ZMIANAMI POZNAWCZYMI



CBT component analysis studies

Study	Disorder/number of participants	Components examined	Findings
Jacobson et al. (1996)	Depression <i>N</i> =152	BA v AT v CT	No significant difference in outcome between conditions at termination or 6 month follow-up.
Gortner et al. (1998)	Depression <i>N</i> =137	BA v AT v CT	2-year follow-up of above study (Jacobson et al., 1996). No significant difference in relapse rates between conditions.
Dimidjian et al. (2003)	Depression <i>N</i> =500	BA v CT v medication v pill placebo	At termination: BA=Medication. BA/Medication>CT. CT=Pill placebo.
Zettle and Hayes (1987)	Depression <i>N</i> =12	Cognitive restructuring v behavioral homework	No significant difference in outcome between conditions.
Jarrett and Nelson (1987)	Depression <i>N</i> =37	Logical analysis v hypothesis testing	No significant difference in outcome between conditions.
Borkovec et al. (2002)	Generalized anxiety disorder <i>N</i> =69	CT v SCD v CBT	No significant difference in outcome between conditions at termination and 6, 12, and 24-month follow-up.
Tarrier et al. (1999)	Post traumatic stress disorder <i>N</i> =72	IE v CT	No significant difference in outcome between conditions at termination.
Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher and Livanou (2001)	Post traumatic stress disorder <i>N</i> =77	Exposure v cognitive restructuring v combined	No significant difference in outcome between conditions at termination and 1, 3 and 6 month follow-up.
Emmelkamp et al. (1985)	Social phobia <i>N</i> =34	RET v SIT v exposure	No significant difference in outcome between conditions.
Mattick et al. (1989)	Social phobia <i>N</i> =43	Exposure v cognitive restructuring v combined	No significant difference in outcome between conditions at termination or 3 month follow-up.
van Oppen et al. (1995)	OCD <i>N</i> =71	CT v ERP	No significant difference in outcome between conditions.
Emmelkamp and Beens (1991)	OCD <i>N</i> =21	RET v ERP	No significant difference in outcome between conditions.
de Haan et al. (1997)	OCD <i>N</i> =99	CT v ERP	No significant difference in outcome between conditions.

AT = Automatic Thoughts; BA = Behavioral Activation; CBT = Cognitive Behavior Therapy; CT = Cognitive Therapy; ERP = Exposure and Response Prevention; IE = Imaginal Exposure; RET = Rational Emotive Therapy; SCD = Self Control Desensitisation; SIT = Self-Instructional Training.

CBT component analysis studies

Study	Disorder/number of participants	Components examined	Findings
Jacobson et al. (1996)	Depression <i>N</i> =152	BA v AT v CT	No significant difference in outcome between conditions at termination or 6 month follow-up.
Gortner et al. (1998)	Depression <i>N</i> =137	BA v AT v CT	2-year follow-up of above study (Jacobson et al., 1996). No significant difference in relapse rates between conditions.
Dimidjian et al. (2003)	Depression <i>N</i> =500	BA v CT v medication v pill placebo	At termination: BA=Medication. BA/Medication>CT. CT=Pill placebo.
Zettle and Hayes (1987)	Depression <i>N</i> =12	Cognitive restructuring v behavioral homework	No significant difference in outcome between conditions.
Jarrett and Nelson (1987)	Depression <i>N</i> =37	Logical analysis v hypothesis testing	No significant difference in outcome between conditions.
Borkovec et al. (2002)	Generalized anxiety disorder <i>N</i> =69	CT v SCD v CBT	No significant difference in outcome between conditions at termination and 6, 12, and 24-month follow-up.
Tarrier et al. (1999)	Post traumatic stress disorder <i>N</i> =72	IE v CT	No significant difference in outcome between conditions at termination.
Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher and Livanou (2001)	Post traumatic stress disorder <i>N</i> =77	Exposure v cognitive restructuring v combined	No significant difference in outcome between conditions at termination and 1, 3 and 6 month follow-up.
Emmelkamp et al. (1985)	Social phobia <i>N</i> =34	RET v SIT v exposure	No significant difference in outcome between conditions.
Mattick et al. (1989)	Social phobia <i>N</i> =43	Exposure v cognitive restructuring v combined	No significant difference in outcome between conditions at termination or 3 month follow-up.
van Oppen et al. (1995)	OCD <i>N</i> =71	CT v ERP	No significant difference in outcome between conditions.
Emmelkamp and Beens (1991)	OCD <i>N</i> =21	RET v ERP	No significant difference in outcome between conditions.
de Haan et al. (1997)	OCD <i>N</i> =99	CT v ERP	No significant difference in outcome between conditions.

AT = Automatic Thoughts; BA = Behavioral Activation; CBT = Cognitive Behavior Therapy; CT = Cognitive Therapy; ERP = Exposure and Response Prevention; IE = Imaginal Exposure; RET = Rational Emotive Therapy; SCD = Self Control Desensitisation; SIT = Self-Instructional Training.

PÓŹNIEJSZE BADANIA

RANDOMIZED TRIAL OF BEHAVIORAL ACTIVATION, COGNITIVE THERAPY, AND ANTIDEPRESSANT MEDICATION IN THE ACUTE TREATMENT OF ADULTS WITH MAJOR DEPRESSION (DIMIDJAN ET AL. 2006)

- BA MA PORÓWNYWALNĄ SKUTECZNOŚĆ DO ADM I JEST SKUTECZNIEJSZA (EFFICACIOUS) OD CT PRZY PACJENTACH W NAJCIEŻSZEJ DEPRESJI
- CORAZ WIĘKSZA ILOŚĆ BADAŃ KAŻE ZAPYTAĆ O SENS BRANIA NEGATYWNEGO MYŚLENIA NA CELOWNIK, ABY OSIĄGNĄĆ POPRAWĘ TERAPEUTYCZNĄ (CO OD 1979 SUGEROWAŁ DO PEWNEGO STOPNIA SAM BECK)
- METODY BEHAWIORALNE STARCZA, ABY OSIĄGNĄĆ RÓŻNICĘ W OBJAWACH NIEZALEŻNIE OD TEGO, CZY PRZYCZYNĄ ZMIAN JEST ZMIANA W MYŚLENIU CZY NIE (KWESTIA MEDIACJI POZNAWCZA)
- SZCZEGÓLNA UWAGĘ NALEŻY POŚWIĘCIĆ PRACY NAD ZACHOWANIAMI UNIKOWYMI



PÓŹNIEJSZE BADANIA

COST AND OUTCOME OF BEHAVIOURAL ACTIVATION VERSUS COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR DEPRESSION (COBRA): A RANDOMISED, CONTROLLED, NON-INFERIORITY TRIAL (RICHARDS ET AL. 2016)

- BA NIE JEST GORSZE OD CBT W DEPRESJI
- BA, PROSTSZA METODA PRACY NIŻ CBT, MOŻE BYĆ DOSTARCZONA PRZEZ MŁODYCH TERAPEUTÓW, KTÓRZY PRZESZLI MNIEJ INTENSYWNY I MNIEJ KOSZTOWNY TRENING Z NIEGORSZYMİ EFEKTAMI NIŻ CBT.

WARTO ZOBACZYĆ: LEJUEZ ET AL. (2011). TEN YEAR REVISION OF THE BRIEF BEHAVIORAL ACTIVATION TREATMENT FOR DEPRESSION: REVISED TREATMENT MANUAL.



COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ANXIETY DISORDERS: 40 YEARS OF PROGRESS. *NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 47, 5-10.

ÖST DOKONAŁ METAANALIZY BADAŃ KLINICZNYCH Z LOSOWYM DOBOREM DO PRÓBY (N=364; 19242 BADANYCH) NAD RÓŻNYMI RODZAJAMI ZABURZEŃ LĘKOWYCH OD 1965 DO 2008, ZACZYNAJĄC OD CZASÓW PRZED WPROWADZENIEM CBT. CELEM PRZEGLĄDU BYŁO USTALENIE:

- CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
- CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
- CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
- CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
- CZY WYNIKI FOLLOW-UP SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?



CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?

CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?

CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?

CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?

CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?



- NIE** CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?

IF WE TAKE THE PROPORTION OF PATIENTS WHO ARE CLINICALLY SIGNIFICANTLY IMPROVED MINUS THE PROPORTION OF PATIENTS DROPPING OUT OF TREATMENT, WE ARRIVE AT THOSE WHO COMPLETE TREATMENT AND OBTAIN A GOOD EFFECT FROM IT. ANALYSIS OF THIS MEASURE DID NOT YIELD ANY SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN DECADES FOR ANY OF THE ANXIETY DISORDERS (...). ÖST (2008, p.8)



- NIE** CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
- NIE** CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
 - CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
 - CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
 - CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?

THE ABOVE ANALYSES IN GENERAL DID NOT SHOW BETTER TREATMENT EFFECTS...



- NIE** CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
- NIE** CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
- NIE** CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?

THE ABOVE ANALYSES IN GENERAL DID NOT SHOW BETTER TREATMENT EFFECTS, SHORTER TREATMENT TIME...



Öst (2008)

- NIE CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
 - NIE CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
 - NIE CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
 - NIE CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
- CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?

THE ABOVE ANALYSES IN GENERAL DID NOT SHOW BETTER TREATMENT EFFECTS, SHORTER TREATMENT TIME AND LOWER ATTRITION ACROSS DECADES WHEN MEANS FOR THE DIFFERENT TIME PERIODS WERE COMPARED. Öst (2008, s.8)



- NIE CZY PRZECIĘTNY PACJENT NOTUJE WYŻSZĄ POPRAWĘ?
- NIE CZY WIĘKSZA ILOŚĆ PACJENTÓW OSIĄGA KLINICZNIE ISTOTNE ZMIANY?
- NIE CZY TERAPIA TRWA KRÓCEJ?
- NIE CZY MNIEJ PACJENTÓW REZYGNUJE Z TERAPII?
- NIE CZY WYNIKI *FOLLOW-UP* SĄ LEPSZE NIŻ 10, 20, 30 I 40 LAT TEMU?

WYKLUCZONO MOŻLIWE RÓŻNICE WYNIKAJĄCE Z

- POZIOMU ZABURZEŃ
- JAKOŚCI SZKOLENIA TERAPEUTYCZNEGO
- WYŻSZY POZIOM TRUDNOŚCI



Table 3. How effective are current cognitive–behavior therapies?

Disorder	Treatment	EScon	ESunc	CSI (%)
Specific	1-session exp.	1.39	2.54	84
Social	CT	1.49	1.76	76
Agora	Exposure	1.39	1.77	72
Panic	CT	2.40	2.07	78
GAD	CBT	1.14	1.55	53
OCD	ERP	0.97	1.61	48
PTSD	CBT	1.63	2.19	66

EScon, controlled effect size; ESunc, uncontrolled effect size; CSI, clinically significant improvement; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive–compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder; CT, cognitive therapy; CBT, cognitive–behavior therapy; ERP, exposure and response prevention.



DWA ASPEKTY ROZWOJU TERAPII BEHAVIORALNEJ

ZESTAW GOTOWYCH METOD,

CZYLI JAK SKUTECZNA JEST TERAPIA LUB JEJ CZĘŚCI TU I TERAZ W RÓŻNYCH KONTEKSTACH,
ORAZ JAK SKOMPLIKOWANE JEST TO W STOSUNKU DO INNYCH METOD

BRAK POSTĘPU W ISTOTNYCH DZIEDZINACH

PROGRAM BADAWCZY,

CZYLI SZLIFOWANIE TEORII, ZNAJDOWANIE I ŁATANIE DZIUR W OBECNYCH PROPOZYCJACH, ORAZ
ZACHOWANIE SPÓJNOŚCI POMIĘDZY FILOZOFICZNYMI ZAŁOŻENIAMI, TEORIĄ NAUKOWĄ ORAZ
PRAKTYKĄ



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

ODPOWIEDZIĄ ZAJMUJĄ SIĘ BADANIA MEDIACYJNE.

- MAJĄ NA CELU WYKRYCIE MECHANIZMÓW ZMIANY TERAPEUTYCZNEJ - MEDIATORÓW.
- MEDIATOR TO ZMIENNA ODPOWIADAJĄCA ZA WPŁYW INTERWENCJI NA WYNIK TERAPII.
- JEŚLI OBSERWUJEMY ZMIANĘ POZIOMU MEDIATORA, POWINNIŚMY PÓŹNIEJ OBSERWOWAĆ ZMIANĘ ZWIĄZANYCH Z TYCH ZMIENNYCH (NP. JAKOŚCI ŻYCIA, POZIOMU DYSFUNKCJI, OBJAWÓW).



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

KAZDIN (2007) WYMIENIA 6 KORZYŚCI PŁYNĄCYCH Z IDENTYFIKACJI MEDIATORÓW:

- BARDZIEJ OSZCZĘDNE INTERWENCJE
- WYJAŚNIENIE, JAK PRACA PSYCHOLOGA PRZEKŁADA SIĘ NA KONKRETNE EFEKTY
- LEPSZE EFEKTY W WYNIKU SKUPIENIA TERAPII NA ZNANYCH PROCESACH
- LEPSZA PROMOCJA DANEJ TERAPII
- LEPSZE ROZUMIENIE MODERATORÓW ZMIANY — MODERATOR WSKAZUJE, W JAKICH WARUNKACH TERAPIA DZIAŁA LEPIEJ, CZY KLIENT Z DANYMI CHARAKTERYSTYKAMI NA STARCIE MA WYŻSZE LUB NIŻSZE SZANSE NA SKORZYSTANIE Z TERAPII
- LEPSZE ROZUMIENIE PODSTAWOWYCH PROCESÓW PSYCHICZNYCH



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

JEŚLI ZMIANA POZNAWCZA JEST LEŻY U PODSTAW PSYCHOPATOLOGII, POWINNIŚMY MÓC ZAOBSERWOWAĆ TĘ ZALEŻNOŚĆ W BADANIACH MEDIACYJNYCH.

„(...)PODSTAWOWYM POSTULATEM POZNAWCZEGO MODELU PSYCHOPATOLOGII JEST TO, ŻE ZMIANA POZNAWCZA JEST KLUCZOWYM SKŁADNIKIEM PRACY Z ZABURZENIEM PSYCHICZNYM, (...) „WSZYSTKIE TERAPIE DZIAŁAJĄ PRZEZ ZMIANĘ DYSFUNKCYJNYCH TREŚCI POZNAWCZYCH, ALBO BEZPOŚREDNIO, ALBO POŚREDNIO” (CLARK, S. 158).

W ZWIĄZKU Z TYM ZMIANA DYSFUNKCJONALNYCH TREŚCI POZNAWCZYCH JEST ZARÓWNO **PROCESEM**, ZA POŚREDNICTWEM KTÓREGO TERAPIA POZNAWCZA DZIAŁA, ORAZ MECHANIZMEM ZMIANY W PSYCHOTERAPII JAKO TAKIEJ. (LONGMORE, WORRELL, 2007, S. 174)”



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

RÓŻNE ŹRÓDŁA (ZOB. LONGMORE, WORRELL, 2007; KAZDIN, 2007; CUIJPERS, 2019) POTWIERDZAJĄ JEDEN WNIOSEK:

PO 40 LATACH OD WPROWADZENIA CBT NIE UDAŁO SIĘ POTWIERDZIĆ, ŻE ZMIANA POZNAWCZA MA PRZYCZYNOWY CHARAKTER WOBEC PSYCHOPATOLOGII

„AKTUALNIE JEST NIEWIELE EMPIRYCZNYCH DOWODÓW MEDIACJI POZNAWCZEJ. (...) WNIOSKI TE UJAWNIAJĄ MARTWIĄCY BRAK NAUKOWEGO WSPARCIA DLA JEDNYCH Z PODSTAWOWYCH ZAŁOŻEŃ CBT. BRAKUJE DOWODÓW NA TO, ŻE INTERWENCJE POZNAWCZE STOJĄCE U PODSTAW PROCEDURALNYCH ASPEKTÓW CBT RÓŻNIĄ SIĘ [OD INNYCH INTERWENCJI] POD WZGLĘDEM SKUTECZNOŚCI W OBNIŻANIU STRESU. OPRÓCZ TEGO, BRAKUJE DOWODÓW NA TO, ŻE ICH SKUTECZNOŚĆ MEDIOWANA JEST POZNAWCZO.” (LONGMORE, WORRELL, 2007)



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

RÓŻNE ŹRÓDŁA (ZOB. LONGMORE, WORRELL, 2007; KAZDIN, 2007; CUIJPERS, 2019) POTWIERDZAJĄ JEDEN WNIOSEK:

PO 40 LATACH OD WPROWADZENIA CBT NIE UDAŁO SIĘ POTWIERDZIĆ, ŻE ZMIANA POZNAWCZA MA PRZYCZYNOWY CHARAKTER WOBEC PSYCHOPATOLOGII

„BADANIA POZWALAJĄ RACZEJ POWIEDZIEĆ, CO NIE JEST PRAWDOPODOBNYM MEDIATOREM EFEKTÓW CT. TESTY MEDIACYJNE I OCENA TERAPEUTYCZNYCH ZMIAN NA WCZESNYM ETAPIE TERAPII SUGERUJĄ, ŻE ZMIANY MOGĄ ZAJŚĆ BEZ ZMIAN W TREŚCIACH POZNAWCZYCH LUB PRZED WPROWADZENIEM STRATEGII ZMIANY POZNAWCZEJ PODCZAS TERAPII. (...) BYĆ MOŻE JESTEŚMY W STANIE POWIEDZIEĆ TERAZ PEWNIEJ NIŻ KIEDYKOLWIEK, ŻE COKOLWIEK MOŻE BYĆ PODSTAWĄ DLA ZMIAN W CT, NIE BĘDĄ TO RACZEJ, JAK ORYGINALNIE ZAKŁADANO, DANE POZNAWCZE.” (KAZDIN, 2007)



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

RÓŻNE ŹRÓDŁA (ZOB. LONGMORE, WORRELL, 2007; KAZDIN, 2007; CUIJPERS, 2019) POTWIERDZAJĄ JEDEN WNIOSEK:

PO 40 LATACH OD WPROWADZENIA CBT NIE UDAŁO SIĘ POTWIERDZIĆ, ŻE ZMIANA POZNAWCZA MA PRZYCZYNOWY CHARAKTER WOBEC PSYCHOPATOLOGII

„BADANIA POZWALAJĄ RACZEJ POWIEDZIEĆ, CO NIE JEST PRAWDOPODOBNYM MEDIATOREM EFEKTÓW CT. TESTY MEDIACYJNE I OCENA TERAPEUTYCZNYCH ZMIAN NA WCZESNYM ETAPIE TERAPII SUGERUJĄ, ŻE ZMIANY MOGĄ ZAJŚĆ BEZ ZMIAN W TREŚCIACH POZNAWCZYCH LUB PRZED WPROWADZENIEM STRATEGII ZMIANY POZNAWCZEJ PODCZAS TERAPII. (...) BYĆ MOŻE JESTEŚMY W STANIE POWIEDZIEĆ TERAZ PEWNIEJ NIŻ KIEDYKOLWIEK, ŻE COKOLWIEK MOŻE BYĆ PODSTAWĄ DLA ZMIAN W CT, NIE BĘDĄ TO RACZEJ, JAK ORYGINALNIE ZAKŁADANO, DANE POZNAWCZE.” (KAZDIN, 2007)



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

RÓŻNE ŹRÓDŁA (ZOB. LONGMORE, WORRELL, 2007; KAZDIN, 2007; CUIJPERS, 2019) POTWIERDZAJĄ JEDEN WNIOSEK:

PO 40 LATACH OD WPROWADZENIA CBT NIE UDAŁO SIĘ POTWIERDZIĆ, ŻE ZMIANA POZNAWCZA MA PRZYCZYNOWY CHARAKTER WOBEC PSYCHOPATOLOGII

„BADANIA POZWALAJĄ RACZEJ POWIEDZIEĆ, CO NIE JEST PRAWDOPODOBNYM MEDIATOREM EFEKTÓW CT. TESTY MEDIACYJNE I OCENA TERAPEUTYCZNYCH ZMIAN NA WCZESNYM ETAPIE TERAPII SUGERUJĄ, ŻE ZMIANY MOGĄ ZAJŚĆ BEZ ZMIAN W TREŚCIACH POZNAWCZYCH LUB PRZED WPROWADZENIEM STRATEGII ZMIANY POZNAWCZEJ PODCZAS TERAPII. (...) BYĆ MOŻE JESTEŚMY W STANIE POWIEDZIEĆ TERAZ PEWNIEJ NIŻ KIEDYKOLWIEK, ŻE COKOLWIEK MOŻE BYĆ PODSTAWĄ DLA ZMIAN W CT, NIE BĘDĄ TO RACZEJ, JAK ORYGINALNIE ZAKŁADANO, DANE POZNAWCZE.” (KAZDIN, 2007)



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

„DOWODY NA RZECZ ZMIANY BŁĘDÓW POZNAWCZYCH JAKO MEDIATORA CBT SĄ JEDNAK NIEZBYT SILNE. WIĘKSZOŚĆ BADAŃ W TEJ SFERZE POCZYNIONO W DEPRESJI. METAANALIZA 26 RCT CBT W DEPRESJI ODKRYŁA, ŻE DYSFUNKCYJNE MYŚLENIE ZMIENIŁO SIĘ WSKUTEK PRZEPROWADZONEJ TERAPII.

JEDNAKŻE TAKA ZMIANA ZASZŁA TAKŻE W TRAKCIE INNYCH TERAPII, KTÓRE NIE BYŁY NAKIEROWANE NA ZMIANĘ DYSFUNKCYJNEGO MYŚLENIA, A MIĘDZY CBT I INNYMI TERAPIAMI NIE BYŁO JASNYCH RÓŻNIC.

JEST ZATEM MOŻLIWE, ŻE DYSFUNKCYJNE MYŚLENIE LEPIEJ JEST WIDZIEĆ JAKO MANIFESTACJA DEPRESJI, KTÓRE POPRAWIA SIĘ W MIARĘ POPRAWY DEPRESJI, A NIE JAKO MEDIATOR CZY KLUCZOWA CZĘŚĆ MECHANIZMÓW CBT.

NIE MA DOWODÓW NA TO, ŻE ZMIANA PRZEKŁAMAŃ W MYŚLENIU POWINNA BYĆ UWAŻANA ZA CEL LUB EFEKT INDYWIDUALNEJ TERAPII.” (CUIJPERS, 2019)



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

JARRET ET AL. (2007) DZIĘKI CT ZACHODZI ZNACZĄCA I TRWAŁA ZMIANA POZNAWCZA, ALE NIE JEST ONA PREDYKTOREM OBJAWÓW DEPRESYJNYCH.

BACH, HAYES (2002) PSYCHOTYCZNI PACJENCI PO UKOŃCZONEJ KRÓTKIEJ TERAPII (4X45MIN) RAPORTOWALI DWA RAZY WIĘCEJ OBJAWÓW, ALE DZIĘKI ZDOBYTYM UMIEJĘTNOŚCIOM REHOSPITALIZACJA SPADŁA O 50% W STOSUNKU DO GRUPY KONTROLNEJ.

GAUDIANO ET AL. (2010) CZĘSTOŚĆ HALUCYNACJI NIE JEST MEDIATOREM DLA PRZEŻYWANEGO STRESU W ZABURZENIACH PSYCHOTYCZNYCH.



CZY MYŚLI SĄ PRZYCZYNĄ PSYCHOPATOLOGII?

CRASKE ET AL. (2008) POZIOM REDUKCJI STRACHU I KOŃCOWY JEGO POZIOM NIE JEST PREDYKTOREM WYNIKU TERAPII OPARTEJ NA EKSPOZYCJI.

SU ET AL. (2016) POZIOM I OBECNOŚĆ DYSFUNKCJONALNYCH OBSESYJNYCH PRZEKONAŃ W RAMACH TAKICH CZYNNIKÓW JAK

- PODWYŻSZONA ODPOWIEDZIALNOŚĆ I ZAGROŻENIE,
- PERFEKCJONIZM ORAZ NIETOLERANCJA NIEPEWNOŚCI I ZAGROŻENIA,
- POCZUCIE KONTROLI NAD MYŚLAMI

NIE MEDIOWAŁ ZMNIEJSZENIA SIĘ OBJAWÓW OCD. ZMNIEJSZENIE SIĘ OBJAWÓW OCD NIE MEDIOWAŁO ZMIANY W POZIOMIE OBSESYJNYCH PRZEKONAŃ.

FROST ET AL. (2016) SAMO ZAPISYWANIE MYŚLI DZIAŁA LEPIEJ NIŻ PODWAŻANIE MYŚLI PRZY ZMNIEJSZANIU CZĘSTOŚCI GROMADZENIA (*HOARDING*), NIEPRZYJEMNYCH EMOCJI Z TYCH ZWIĄZANYCH ORAZ PRZYWIĄZANIA DO ZGROMADZONYCH PRZEDMIOTÓW.



DWA ASPEKTY ROZWOJU TERAPII BEHAVIORALNEJ

ZESTAW GOTOWYCH METOD,

CZYLI JAK SKUTECZNA JEST TERAPIA LUB JEJ CZĘŚCI TU I TERAZ W RÓŻNYCH KONTEKSTACH,
ORAZ JAK SKOMPLIKOWANE JEST TO W STOSUNKU DO INNYCH METOD

BRAK POSTĘPU W ISTOTNYCH DZIEDZINACH

PROGRAM BADAWCZY,

CZYLI SZLIFOWANIE TEORII, ZNAJDOWANIE I ŁATANIE DZIUR W OBECNYCH PROPOZYCJACH, ORAZ
ZACHOWANIE SPÓJNOŚCI POMIĘDZY FILOZOFICZNYMI ZAŁOŻENIAMI, TEORIĄ NAUKOWĄ ORAZ
PRAKTYKĄ

BRAK POSTĘPU W ISTOTNYCH DZIEDZINACH

KONIEC REWOLUCJI POZNAWCZEJ W PSYCHOTERAPII?

KRYZYS NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII?

„BECK ZADAŁ WŁAŚCIWE PYTANIE, ALE DAŁ BŁĘDNĄ ODPOWIEDŹ” KELLY WILSON



ŹRÓDŁO PROBLEMÓW

SZTYWNA DOMINACJA PSYCHOLOGICZNYCH REAKCJI (MYŚLI, EMOCJI, WRAŻEŃ Z CIAŁA) NAD WYBRANYMI WARTOŚCIAMI, CELAMI ORAZ UWARUNKOWANIAMI DANEJ SYTUACJI.

MECHANIZM ZMIANY

ZDOLNOŚĆ DO PEŁNEGO KONTAKTU Z CHWILĄ OBECNĄ ORAZ MYŚLAMI I UCZUCIAMI, JAKIE TA CHWILA ZAWIERA, BEZ NIEPOTRZEBNEGO BRONIENIA SIĘ, I ZALEŻNIE OD SYTUACJI, DO UTRZYMANIA LUB ZMIANY DZIAŁANIA NA RZECZ CELÓW I WARTOŚCI. (HAYES ET AL. 2006)



ŹRÓDŁO PROBLEMÓW

SZTYWNA DOMINACJA PSYCHOLOGICZNYCH REAKCJI (MYŚLI, EMOCJI, WRAŻEŃ Z Ciała) NAD WYBRANYMI WARTOŚCIAMI, CELAMI ORAZ UWARUNKOWANIAMi DANEJ SYTUACJI.

MECHANIZM ZMIANY

ZDOLNOŚĆ DO PEŁNEGO KONTAKTU Z CHWILĄ OBECNĄ ORAZ MYŚLAMI I UCZUCIAMI, JAKIE TA CHWILA ZAWIERA, BEZ NIEPOTRZEBNEGO BRONIENIA SIĘ. I ZAŁĘŻNIE OD SYTUACJI, DO UTRZYMANIA LUB ZMIANY DZIAŁANIA NA RZECZ CELÓW I WARTOŚCI. (HAYES ET AL. 2006)

EP JEST MEDIATOREM ZMIAN W CBT! (ARCH AND CRASKE, 2008; ARCH ET AL., 2012A; ARCH ET AL., 2012B; GLOSTER ET AL. 2014, FORMAN ET AL. 2016)

OK. 50 BADAŃ MEDIACYJNYCH WSKAZUJĄCYCH NA EP LUB ELEMENTY EP (AKCEPTACJA I GOTOWOŚĆ, DEFUZJA, WARTOŚCI, WARTOŚCIOWE DZIAŁANIE, OBNIŻENIE KONTROLI NAD BÓLEM)

W ACT MEDIACJA W SZEROKIM ZAKRESIE PROBLEMÓW PSYCHICZNYCH (DEPRESJA, LĘKI, PSYCHOZY, ZABURZENIA ODŻYWIANIA, EPILEPSJA, PRZEWLEKŁY BÓL, UZALEŻNIENIA, PRACA PRZEZ KSIĄŻKI SELF-HELP).





BASED ON TRAINING STANDARDS
OF THE INTER-ORGANIZATIONAL
TASK FORCE ON COGNITIVE
& BEHAVIORAL PSYCHOLOGY
DOCTORAL EDUCATION

PROCESS- BASED CBT

The
**Science and Core Clinical Competencies
of Cognitive Behavioral Therapy**

Edited by
STEVEN C. HAYES, PhD
STEFAN G. HOFMANN, PhD



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

RÓŻNIE. :)



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

- ZNAJOMOŚĆ MEDIACJI NIE PRZEKŁADA SIĘ SAMA Z SIEBIE NA OPANOWANIE TECHNIK, KTÓRE MAJĄ NA TE PROCESY WPŁYWAĆ
 - HISTORYCZNIE DOPIERO OD NIEDAWNA ACT TESTUJE PEŁEN MODEL
 - PRECYZYJNE, EKSPERYMENTALNE BADANIA W RAMACH TEORII RAM RELACYJNYCH SĄ DOŚĆ MŁODE, A SAM MODEL BADAWCZY JEST CIĄGLE ROZWIJANY
-
- CZĘŚĆ METAANALIZ WSKAZUJE NA PORÓWNYWALNĄ SKUTECZNOŚĆ Z CBT (NP. HACKER ET AL. 2015; A-TJAK ET AL. 2015; ÖST 2014)
 - JEDNA NA WYŻSZĄ SKUTECZNOŚĆ ACT NAD CBT (RUIZ 2012) LUB NA WYŻSZĄ I IDĄCĄ W KIERUNKU WYŻSZYCH WYNIKÓW NIŻ CBT, ALE Z ZA MAŁĄ ILOŚCIĄ DANYCH, BY WYNIK BYŁ ISTOTNY STATYSTYCZNIE (LEE ET AL. 2015)



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

- ZNAJOMOŚĆ MEDIACJI NIE PRZEKŁADA SIĘ SAMA Z SIEBIE NA OPANOWANIE TECHNIK, KTÓRE MAJĄ NA TE PROCESY WPŁYWAĆ
 - HISTORYCZNIE DOPIERO OD NIEDAWNA ACT TESTUJE PEŁEN MODEL
 - PRECYZYJNE, EKSPERYMENTALNE BADANIA W RAMACH TEORII RAM RELACYJNYCH SĄ DOŚĆ MŁODE, A SAM MODEL BADAWCZY JEST CIĄGLE ROZWIJANY
-
- CZĘŚĆ METAANALIZ WSKAZUJE NA PORÓWNYWALNĄ SKUTECZNOŚĆ Z CBT (NP. HACKER ET AL. 2015; A-TJAK ET AL. 2015; ÖST 2014)
 - JEDNA NA WYŻSZĄ SKUTECZNOŚĆ ACT NAD CBT (RUIZ 2012) LUB NA WYŻSZĄ I IDĄCĄ W KIERUNKU WYŻSZYCH WYNIKÓW NIŻ CBT, ALE Z ZA MAŁĄ ILOŚCIĄ DANYCH, BY WYNIK BYŁ ISTOTNY STATYSTYCZNIE (LEE ET AL. 2015)

ALE SPÓJRZMY NA JEDNO BADANIE...



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

ACCEPTANCE-BASED VERSUS STANDARD BEHAVIORAL TREATMENT FOR OBESITY: RESULTS FROM THE MIND YOUR HEALTH RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (FORMAN ET AL. 2016)

N=190, 25 SESJI BEHAWIORALNEGO ODCHUDZANIA + ABT (ACT) LUB SBT (CBT) PRZEZ ROK

TYLKO W CBT

ODWRACANIE UWAGI I KONFRONTACJA

IDENTYFIKACJA ZNIEKSZTAŁCEŃ
POZNAWCZYCH

RESTRUKTURYZACJA POZNAWCZA

TYLKO W ACT

OKREŚLENIE WARTOŚCI; CIĄGŁE
ZAANGAŻOWANIE

UWAŻNE PODEJMOWANIE DECYZJI

PSYCHOLOGICZNA AKCEPTACJA I
GOTOWOŚĆ DO DOŚWIADCZANIA MNIEJ
PRZYJEMNYCH LUB KOMFORTOWYCH
STANÓW



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

Po 12 MIESIĄCACH:

- MEDIACJA: AUTONOMICZNA MOTYWACJA ORAZ AKCEPTACJA IMPULSÓW DO JEDZENIA (ZARÓWNO W CBT, JAK I W ACT!)
- PRZYDZIELENI DO ACT SCHUDLI WIĘCEJ PO 12 MIESIĄCACH (13.3%) NIŻ W CBT (9,8%)
- PRZYDZIELENI DO ACT CZĘŚCIEJ ZACHOWYWALI 10% SPADEK WAGI (64% VS 48,9%)



JAK SIĘ TO MA DO SKUTECZNOŚCI?

Po 12 MIESIĄCACH:

- MEDIACJA: AUTONOMICZNA MOTYWACJA ORAZ AKCEPTACJA IMPULSÓW DO JEDZENIA (ZARÓWNO W CBT, JAK I W ACT!)
- PRZYDZIELENI DO ACT SCHUDLI WIĘCEJ PO 12 MIESIĄCACH (13.3%) NIŻ W CBT (9,8%)
- PRZYDZIELENI DO ACT CZĘŚCIEJ ZACHOWYWALI 10% SPADEK WAGI (64% VS 48,9%)

LEPSZY WYNIK NIŻ W BADANIU Z 2009 (FORMAN ET AL.), CO AUTORZY PRZYPISUJĄ WYKORZYSTANIU WIEDZY NA TEMAT MEDIACJI Z POPRZEDNIEGO BADANIA:

THE FACT THAT THE REVISED ABT PROTOCOL FOCUSED MORE ON GENERAL WILLINGNESS AND ACCEPTING A LOSS IN PLEASURE, AND LESS ON COPING WITH EMOTIONAL DISTRESS, CRAVINGS, AND HUNGER. THESE SAME CHANGES TO TREATMENT FOCUS MAY HAVE BEEN RESPONSIBLE FOR IMPROVING THE EFFICACY OF ABT FOR ALL PARTICIPANTS, SUCH THAT THE BENEFIT OF ABT WAS NO LONGER LIMITED TO A SUBSET OF PARTICIPANTS AS IT WAS IN THE PREVIOUS TRIAL.



EP TO ZDOLNOŚĆ DO PEŁNEGO KONTAKTU Z CHWILĄ OBECNĄ ORAZ MYŚLAMI I UCZUCIAMI, JAKIE ONA ZAWIERA BEZ NIEPOTRZEBNEGO BRONIENIA SIĘ, I ZALEŻNIE OD SYTUACJI, DO UTRZYMANIA LUB ZMIANY DZIAŁANIA NA RZECZ CELÓW I WARTOŚCI.

BRAK ELASTYCZNOŚCI PRZY KIEROWANIU DZIAŁANIEM ZAKŁADA SZTYWNĄ DOMINACJĘ PSYCHOLOGICZNYCH REAKCJI NAD WYBRANYMI WARTOŚCIAMI ORAZ UWARUNKOWANIAMİ DANEJ SYTUACJI. (HAYES ET AL. 2006)

„ŻYCIE WARTO PRZEŻYCIA”



ACT ZACZYNA SIĘ OD CIEBIE!

JAKIE TRUDNE

- MYŚLI
- EMOCJE
- WRAŻENIA W CIELE

PRZEŻYWAMY JAKO TERAPEUCI, PSYCHOLOGOWIE, LUDZIE?



ACT ZACZYNA SIĘ OD CIEBIE!

BODZIEC POPRZEDZAJĄCY

JAKIE TRUDNE MYŚLI, EMOCJE,
WRAŻENIA W CIELE PRZEŻYWASZ?

W JAKICH SYTUACJACH TO SIĘ
DZIEJE?

CO MASZ OCHOTĘ WTEDY ZROBIĆ?

ZACHOWANIE

CO WTEDY ROBISZ?

KIEDY TAK SIĘ CZUJESZ, JAK
WTEDY REAGUJESZ?

KONSEKWENCJA

JAK TO DZIAŁA DLA CIEBIE NA
KRÓTSZĄ I DŁUŻSZĄ METĘ?

CO UWAŻASZ ZA POMOCNE W TYM,
JAK RADZISZ SOBIE W OBECNOŚCI
TAKICH MYŚLI?

JAKIE TWOJE REAKCJE
PRZESZKADZAJĄ CI W PRACY (LUB
GDZIEKOLWIEK INDZIEJ)?



ACT ZACZYNA SIĘ OD CIEBIE!

BODZIEC POPRZEDZAJĄCY

JAKIE TRUDNE MYŚLI, EMOCJE,
WRAŻENIA W CIELE PRZEŻYWASZ?

W JAKICH SYTUACJACH TO SIĘ
DZIEJE?

CO MASZ OCHOTĘ WTEDY ZROBIĆ?

ZACHOWANIE

CO WTEDY ROBISZ?

KIEDY TAK SIĘ CZUJESZ, JAK
WTEDY REAGUJESZ?

KONSEKWENCJA

JAK TO DZIAŁA DLA CIEBIE NA
KRÓTSZĄ I DŁUŻSZĄ METĘ?

CO UWAŻASZ ZA POMOCNE W TYM,
JAK RADZISZ SOBIE W OBECNOŚCI
TAKICH MYŚLI?

JAKIE TWOJE REAKCJE
PRZESZKADZAJĄ CI W PRACY (LUB
GDZIEKOLWIEK INDZIEJ)?

ĆWICZENIE W PARACH LUB TRÓJKACH.

- SKUP SIĘ NA JEDNEJ SFERZE (PRACY, DOMU, CZASIE WOLNYM)
- JEŚLI BĘDZIE TO COŚ OSOBISTEGO, TO MOŻE NAUCZYSZ SIĘ CZEGOŚ CIEKAWEGO O SOBIE
- DOBROWOLNOŚĆ (OSTATECZNIE „KLIENT” MA WSPOMAGAĆ PROCES NAUKI)



SUPRESJA MYŚLI

NIESTETY CZŁOWIEK MA NATURALNĄ TENDENCJĘ DO ANGAŻOWANIA SIĘ W WEWNĘTRZNĄ WALKĘ. PRZYJRZYJMY SIĘ KILKU SPOSOBOM, JAK SIĘ TO DZIEJE.

POMYŚL O CZYMŚ, O CZYM NIE MYŚLAŁEŚ/MYŚLAŁAŚ W CIĄGU OSTATNIEGO TYGODNIA...





SUPRESJA MYŚLI

POMYŚL O CZYMŚ, O CZYM NIE MYŚLAŁEŚ/MYŚLAŁAŚ W CIĄGU OSTATNIEGO TYGODNIA...

„SPRÓBUJ NIE MYŚLEĆ O NIEDŹWIEDZIU POLARNYM, A ZOBACZYSZ, ŻE TO PRZEKLĘTE STWORZENIE BĘDZIE PRZYCHODZIĆ NA MYŚL CO MINUTĘ.”

FIODOR DOSTOJEWSKI

PODSTAWOWE PYTANIA

- CO ZAUWAŻYŁEŚ PODCZAS TEGO ĆWICZENIA?
- JAK SIĘ CZUŁAŚ?
- NA CO SKIEROWANA BYŁA TWOJA UWAGA?



SUPRESJA MYŚLI

POMYŚL O CZYMŚ, O CZYM NIE MYŚLAŁEŚ/MYŚLAŁAŚ W CIĄGU OSTATNIEGO TYGODNIA...

„SPRÓBUJ NIE MYŚLEĆ O NIEDŹWIEDZIU POLARNYM, A ZOBACZYSZ, ŻE TO PRZEKLĘTE STWORZENIE BĘDZIE PRZYCHODZIĆ NA MYŚL CO MINUTĘ.”

FIODOR DOSTOJEWSKI

PODSTAWOWE PYTANIA

- CO ZAUWAŻYŁEŚ PODCZAS TEGO ĆWICZENIA?
- JAK SIĘ CZUŁAŚ?
- NA CO SKIEROWANA BYŁA TWOJA UWAGA?

SPRÓBUJMY PO RAZ DRUGI, TYLKO INACZEJ...

- **ZMIANA ZASADY WERBALNEJ REGULUJĄCEJ ZACHOWANIE**



SUPRESJA MYŚLI

SPRÓBUJMY PO RAZ DRUGI, TYLKO INACZEJ...

DODATKOWE PYTANIA

- CO BYŁO PODOBNE W OBU SERIACH?
- CO BYŁO RÓŻNE?

ZOBACZ, CZY DOBRZE WIDZĘ, ŻE...

- ZMIANA POSTAWY: W OBU SYTUACJACH **MYŚL BYŁA TA SAMA**, NATOMIAST POSTAWA WOBEC NIEJ BYŁA INNA
- BRAK CENTRALNOŚCI DANEJ MYŚLI: NAWET JEŚLI W OBU WYPADKACH POJAWIAŁA SIĘ TA MYŚL, TO W DRUGIEJ CZĘŚCI UWAGA BYŁA BARDZIEJ SWOBODNA, ŁATWIEJ BYŁO MYŚLEĆ O INNYCH RZECZACH, MYŚLENIE NIE BYŁO TYLKO NA JEDEN TEMAT (NIE DZIAŁO SIĘ W RELACJI DO TEJ RZECZY), POJAWIAŁA SIĘ PRZESTRZEŃ DO ZAJĘCIA SIĘ CZYMŚ INNYM



SUPRESJA MYŚLI

JEŚLI KLIENT NIE WYKONA ZADANIA „DOBRCZE”

- ZWRÓĆ UWAGĘ, CO SIĘ DZIAŁO PODCZAS ĆWICZENIA – MOŻE W SKUPIENIU NA NIM PRZESZKADZAŁO MU PROBLEMATYCZNE ZACHOWANIE (CBR1)?

SPRÓBUJ ZROBIĆ TO Z PROBLEMATYCZNĄ MYŚLĄ

- BĄDŹ OTWARTY/OTWARTA NA TO, ŻE NIE WSZYSTKO MOŻE DZIAŁAĆ DLA KAŻDEGO – WÓWCZAS PRYZNAJ PO PROSTU, ŻE

TO JEDNA Z MOŻLIWOŚCI

NIE CHCESZ ROBIĆ WYKŁADU, A POSZUKAĆ Z KLIENTEM, CO MOŻE DZIAŁAĆ DLA NIEGO

JESTEŚ OTWARTY PODCZAS SESJI NA PRÓBOWANIE RÓŻNYCH RZECZY I TAKŻE NA DYSKOMFORT ZWIĄZANY Z LĘKIEM, CO TA OSOBA SOBIE POMYŚLI LUB ŻE BĘDZIE ROZCZAROWANA

SPRÓBUJ ZROBIĆ TO Z MYŚLĄ, WOKÓŁ KTÓREJ DZIEJE SIĘ PROBLEM



ĆWICZENIE MEDITACYJNE



ĆWICZENIE W RUCHU



SUPRESJA W RUCHU

ĆWICZENIE W RUCHU

- CO ZAUWAŻYŁEŚ PODCZAS TEGO ĆWICZENIA?
- JAK SIĘ CZUŁAŚ?
- NA CO SKIEROWANA BYŁA TWOJA UWAGA?
- CO BYŁO PODOBNE W OBU SERIACH?
- CO BYŁO RÓŻNE?



SUPRESJA JAKO PRACA WŁASNA

POMYSŁ NA PRACĘ POMIĘDZY SESJAMI Z KLIENTEM, KTÓRY POCZUŁ ĆWICZENIE:

- ZAOBSERWOWAĆ/ZAPISAĆ, W JAKICH MOMENTACH JEST W TRYBIE WALKI, A W JAKICH AKCEPTACJI
- CZY MOŻESZ POĆWICZYĆ *ZDOLNOŚĆ DO PRZECHODZENIA MIĘDZY JEDNYM A DRUGIM TRYBEM* Z [TĄ MYŚLĄ], [TYM UCZUCIEM]?

POMYSŁ NA PRACĘ POMIĘDZY SESJAMI Z KLIENTEM, KTÓRY NIE POCZUŁ ĆWICZENIA:

- CZY MOŻESZ POĆWICZYĆ TO Z MYŚLĄ, KTÓRA JEST DLA CIEBIE BARDZIEJ PROBLEMATYCZNA?
- CZY MOŻESZ NIE MYŚLEĆ, NIE CZUĆ [TEGO] PRZEZ DŁUŻSZY CZAS? CZY MOŻESZ W ZWIĄZKU Z TYM W PRZYSZŁYM TYGODNIU NIE MIEĆ ŻADNEJ [MYŚLI NA TEN TEMAT]?



ŚCIAĞA Z ĆWICZENIA

ŻÓŁTY DŻIP

JAK CZĘSTO MIAŁEŚ TAKIE MYŚLI?

WYOBRAŹ GO SOBIE DOBRZE

PRZEZ 5 MINUT SIEDŹ I SPRÓBUJ O TYM NIE MYŚLEĆ

INFORMACJA ZWROTNA (CZĘSTOTLIWOŚĆ, SZTYWNOŚĆ UWAGI, EMOCJE)

WYOBRAŹ TO SOBIE WYRAŹNIE RAZ JESZCZE

PRZEZ 5 MINUT SIEDŹ I POZWÓL SOBIE O TYM NIE MYŚLEĆ

INFORMACJA ZWROTNA (CZĘSTOTLIWOŚĆ, SZTYWNOŚĆ UWAGI, EMOCJE)

ANALOGICZNIE PRZY PORUSZANIU SIĘ Z SUPRESJĄ



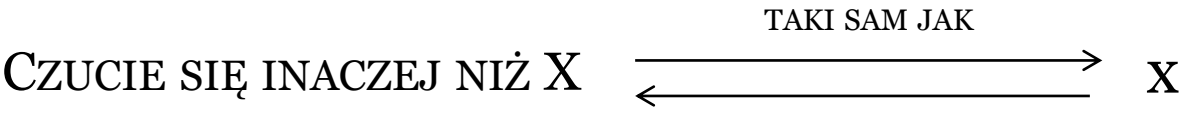
BADANIA NT. SUPRESJI

- SUPRESJA NIECHCIANYCH MYŚLI PROWADZI DO ICH WYŻSZEJ CZĘSTOTLIWOŚCI (WEGNER ET AL. 1987)
- ZWYKŁE MYŚLI PODDAWANE SUPRESJI WYWOŁUJĄ WIĘCEJ STRESU (MARCKS & WOODS 2005)
- TRUDNIEJ WRÓCIĆ DO POCZĄTKOWEGO FUNKCJONOWANIA PO SUPRESJI BÓLU W STOSUNKU DO ODWRÓCENIA UWAGI I ZWRACANIA UWAGI NA BODZIEC (SILNE ŹRÓDŁO ZIMNA), A NEUTRALNE WYDARZENIA I OKOLICZNOŚCI STAJĄ SIĘ WSKUTEK SUPRESJI MYŚLI NIEPRZYJEMNE (CIOFFI & HOLLOWAY 1993)
- PRÓBUJĄC DOKONYWAĆ SUPRESJI MYŚLI W OBECNOŚCI DANEJ EMOCJI SPRAWIAMY, ŻE TA EMOCJA ZACZYNA WYWOŁYWAĆ UNIKANĄ MYŚL (WENZLAFF & WEGNER 2000)
- SUPRESJA I WYSOKIE WYNIKI W WBSI SĄ PREDYKTOREM INTRUZYJNYCH MYŚLI I OBJAWÓW PTSD (AIKINS ET AL. 2009; AARON ET AL. 1999)
- U OSÓB ZE ZDIAGNOZOWANYM OCD SUPRESJA MYŚLI SZYBCIEJ WYWOŁUJE POWRÓT DO NIECHCIANEGO MATERIAŁU (TOLIN ET AL. 2002)



BADANIA NT. SUPRESJI

ZASADA WERBALNA „NIE CHCĘ O TYM MYŚLEĆ.” JEST WZMACNIANA POPRZEZ KRÓTKOTERMINOWE WZMOCNIENIE NEGATYWNE I BŁĘDNE KOŁO WZMOCNIEŃ PRZY JEDNOCZESNYM ZAWĘŻENIE REPERTUARU BEHAWIORALNEGO.



SUPRESJA MA TENDENCJĘ DO STOPNIOWEGO PRZENOSZENIA SIĘ UNIKANYCH TREŚCI NA RÓŻNE DZIEDZINY ŻYCIA. DZIEJE SIĘ TO POPRZEZ **RAMOWANIE RELACYJNE** – UNIKALNĄ ZDOLNOŚĆ LUDZI DO ODNOSZENIA DO SIEBIE ABSTRAKCYJNYCH BODŹCÓW WERBALNYCH.

NAJPROSTSZYM Z NICH JEST **RAMOWANIE KOORDYNACJI** – X JEST TAKIE SAMO JAK Y.



KOMPETENCJE ACT: AKCEPTACJA

- TERAPEUTA KOMUNIKUJE KLIENTOM, ŻE NIE SĄ USZKODZENI CZY POPSUCI, ALE ŻE KORZYSTAJĄ Z NIEUŻYTECZNYCH STRATEGII.
- TERAPEUTA POMAGA KLIENTOM NAWIĄZAĆ BEZPOŚREDNI KONTAKT Z PARADOKSALNYMI EFEKTAMI STRATEGII KONTROLI EMOCJI.
- TERAPEUTA AKTYWNIIE KORZYSTA W INTERAKCJACH KLINICZNYCH Z IDEI UŻYTECZNOŚCI.
- TERAPEUTA AKTYWNIIE ZACHĘCA KLIENTA, ABY EKSPERYMENTOWAŁ Z ZAPRZESTAWANIEM WALKI O KONTROLĘ EMOCJONALNĄ I SUGERUJE GOTOWOŚĆ JAKO ALTERNATYWĘ.
- TERAPEUTA PODKREŚLA KONTRAST MIĘDZY UŻYTECZNOŚCIĄ STRATEGII OPARTYCH NA KONTROLI, A TYCH OPARTYCH NA GOTOWOŚCI.
- TERAPEUTA POMAGA KLIENTOWI ŚLEDZIĆ RELACJĘ MIĘDZY GOTOWOŚCIĄ A CIERPIENIEM.



KOMPETENCJE ACT: AKCEPTACJA

- TERAPEUTA POMAGA KLIENTOWI NAWIĄZAĆ KONTAKT Z KOSZTAMI WYNIKAJĄCYMI Z BRAKU GOTOWOŚCI, PONOSZONYMI W DZIEDZINIE WARTOŚCIOWYCH KIERUNKÓW W ŻYCIU.
- TERAPEUTA POMAGA KLIENTOWI DOŚWIADCZAĆ JAKOŚCI ZWIĄZANYCH Z GOTOWOŚCIĄ.
- TERAPEUTA KORZYSTA Z ĆWICZEŃ I METAFOR, ABY UKAZYWAĆ GOTOWOŚĆ JAKO DZIAŁANIE ZACHODZĄCE W OBECNOŚCI TRUDNYCH WEWNĘTRZNYCH PRZEŻYĆ.
- TERAPEUTA MODELUJE GOTOWOŚĆ W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ I POMAGA KLIENTOWI GENERALIZOWAĆ TE UMIEJĘTNOŚCI POZA TERAPIĘ.
- TERAPEUTA UMIE KORZYSTAĆ ZE STOPNIOWANYCH I USTRUKTURYZOWANYCH PODEJŚĆ KSZTAŁCĄCYCH GOTOWOŚĆ.

PEŁNA LISTA KOMPETENCJI NA UCZĘ SIĘ ACT: [UCZESIEACT.PL/KLUCZOWE-KOMPETENCJE-ACT/](https://ucziesieact.pl/kluczowe-kompetencje-act/)



SPRYTNE PYTANIA 1

KOMPETENCJA: TERAPEUTA KOMUNIKUJE KLIENTOWI, ŻE NIE JEST CHORY, ALE KORZYSTA Z NIEDZIAŁAJĄCYCH STRATEGII RADZENIA SOBIE

56-LETNI MĘŻCZYZNA PRZYSZEDŁ NA TERAPIĘ SZUKAJĄC ULGI W ZWIĄZKU Z LĘKAMI NA TLE PTSD. BYŁ JUŻ W WIELU MIEJSCACH, PRACOWAŁ Z CO NAJMNIEJ 3 INNYMI TERAPEUTAMI I PSYCHIATRAMI. NARZEKA, ŻE NIE MOŻE WYKONYWAĆ REGULARNYCH, CODZIENNYCH CZYNNOŚCI, PONIEWAŻ JEGO LĘK JEST ZBYT WYSOKI. IZOLUJE SIĘ, CHCIAŁBY, ABY COŚ SIĘ ZMIENIŁO, KORZYSTA TAKŻE Z INNYCH STRATEGII UNIKANIA.

K: [PO WYMIENIENIU 10 STRATEGII UNIKANIA] NAPRAWDĘ ZALEŻY MI NA TYM, ABY ZNALEŹĆ SPOSÓB NA TRZYMANIE TEGO LĘKU POD KONTROLĄ.

T: WYGLĄDA NA TO, ŻE NAPRAWDĘ SIĘ STARAŁEŚ WYPRÓBOWAĆ BARDZO DUŻO ŚRODKÓW KU TEMU.

K: MUSZĘ BARDZIEJ SIĘ SPIĄĆ... ABY ZNALEŹĆ TĘ RZECZ, KTÓRA ZMIENI TEN STAN.

JAKA MOGŁABY BYĆ TWOJA REAKCJA?

DLACZEGO TAK? NA CO ODPOWIADASZ I CO CHCESZ OSIĄGNĄĆ?



SPRYTNE PYTANIA 2

KOMPETENCJA: TERAPEUTA KSZTAŁTUJE GOTOWOŚĆ W RAMACH RELACJI TERAPEUTYCZNEJ I POMAGA KLIENTOWI UOGÓLNIĆ TO POZA TERAPIĘ.

50-LETNI MĘŻCZYZNA JEST NA TERAPII, PONIEWAŻ JEGO ŻONA NALEGAŁA NA TO, BY PORADZIŁ SOBIE ZE SWOIM WYCOFANYM I IRYTUJĄCYM STYLEM KONTAKTOWANIA SIĘ Z NIĄ. MÓWI, ŻE CZUJE SIĘ ODDALONY OD NIEJ I PO SPRZECZCE O FINANSE CHCE TYLKO, ABY GO ZOSTAWIĆ W SPOKOJU. ZAZNACZA, ŻE JEST BARDZO ROZCZAROWANY.

K: JEST MI WSTYD, ŻE TAK SIĘ KONCENTRUJĘ NA PIENIĄDZACH. TRUDNO MI TO PRYZNAĆ. OBAWIAM SIĘ, ŻE MOŻESZ MYŚLEĆ, ŻE JESTEM ZIMNYM SUKINSYNEM.

T: TRUDNO PRYZNAĆ SIĘ PRZED SOBĄ DO TAKICH UCZUĆ, MOGĄ NIEŚĆ SPORO LĘKU.

K: TAK, TRUDNO MI SIĘ O TYM ROZMAWIA Z TOBĄ.... NIE WIEM, CZY JESTEŚ W STANIE MI POMÓC.

JAKA MOGŁABY BYĆ TWOJA REAKCJA?

DLACZEGO TAK? NA CO ODPOWIADASZ I CO CHCESZ OSIĄGNĄĆ?



AKTYWACJA ZACHOWANIA: AKCEPTACJA

PROPOZYCJE WARTOŚCIOWYCH ZACHOWAŃ DO NASTĘPNEGO WARSZTATU

- ZRÓB LISTĘ MYŚLI, EMOCJI I WRAŻEŃ Z CIAŁA, KTÓRE SPOTYKAJĄ SIĘ U CIEBIE Z UNIKANIEM
- WYPRÓBUJ NA SOBIE SUPRESJĘ I AKCEPTACJĘ Z AKTUALNĄ MYŚLĄ, EMOCJĄ LUB ZACHOWANIEM
- PRZYJRZYJ SIĘ JEDNEJ SYTUACJI W SWOIM ŻYCIU POD KĄTEM WARUNKÓW, DZIAŁANIA I KRÓTKO- I DŁUGOTERMINOWYCH KONSEKWENCJI
- PODEJMIJ JEDNO WARTOŚCIOWE DZIAŁANIE W OBECNOŚCI TRUDNYCH TREŚCI PSYCHICZNYCH
- UMÓW SIĘ Z KIMŚ Z KURSU NA ŻYWO LUB NA SKYPE, ABY PRZEĆWICZYĆ ROZMOWĘ TERAPEUTYCZNĄ I DZISIEJSZE ĆWICZENIA



LEKTURY (NIE)OBOWIĄZKOWE

- HAYES, STROSAHL, WILSON “TERAPIA AKCEPTACJI I ZAANGAŻOWANIA. PROCES UWAŻNEJ ZMIANY.” *ROZDZIAŁ 10 O AKCEPTACJI.*
- HAYES “W PUŁAPCE MYŚLI”, WSTĘP I ROZDZIAŁY 1-4
- WILSON, DUFRENE „W SIECI NATRĘTNYCH MYŚLI”, ROZDZIAŁY 1-2 (WSTĘPNE) ORAZ 5 (O AKCEPTACJI)

DO PRZECZYTANIA W TRAKCIE TRWANIA KURSU.

HAYES, STROSAHL, WILSON “TERAPIA AKCEPTACJI I ZAANGAŻOWANIA. PROCES UWAŻNEJ ZMIANY.”
ROZDZIAŁY 1-3.

