

Redakcja naukowa:

Steven C. HAYES

Stefan G. HOFMANN

TERAPIA
POZNAWCZO-BEHAWIORALNA
OPARTA NA PROCESACH

Wiedza i kluczowe kompetencje

Przekład:

Anna Sawicka-Chrapkowicz

Agnieszka Pałynyczko-Ćwiklińska

Sylwia Pikiel

Sopot 2020



Historia i bieżący status terapii poznawczo-behawioralnej jako terapii opartej na dowodach naukowych

dr Stefan G. Hofmann

*Wydział Nauk Psychologicznych i Nauk o Mózgu, Boston University,
Stany Zjednoczone*

dr Steven C. Hayes

Wydział Psychologii, University of Nevada, Stany Zjednoczone

Powołanie zespołu roboczego Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education przez Association for Behavioral and Cognitive Therapies (Klepac i in., 2012) stało się ważnym krokiem na trudnej drodze psychologii klinicznej do osiągnięcia statusu dojrzałej nauki stosowanej. Zespół ten opracował wskazówki co do zintegrowanej edukacji i szkolenia w dziedzinie psychologii poznawczej i behawioralnej na poziomie doktoranckim w Stanach Zjednoczonych, otwierając tym samym, jak się wydaje, ważne możliwości kształcenia.

Rozwój interwencji opartych na dowodach naukowych umożliwiła seria ważnych konsensusów. Kamieniem milowym okazała się konferencja zorganizowana w 1949 roku w Boulder w Stanach Zjednoczonych, podczas której oficjalnie uznano, że kształcenie w dziedzinie psychologii klinicznej powinno obejmować zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne zawodu psychologa klinicznego (Raimy, 1950). Niedługo potem, gdyż w 1952 roku, Hans Jürgen Eysenck poważnie zakwestionował rodzącą się dopiero teorię psychologii klinicznej w tekście na temat skuteczności psychoterapii dla dorosłych. Podsumowując swoje rozważania, stwierdził, że psychoterapia nie jest bardziej efektywna w leczeniu pacjentów niż zwykły upływ czasu:

Ogólnie biorąc, na podstawie tych danych można wysnuć pewne wnioski. Otóż dane te nie dowodzą, że psychoterapia, czy to freudowska, czy jakakolwiek inna, ułatwia pacjentom neurotycznym powrót do zdrowia. Pokazują zaś, że mniej

więcej dwie trzecie tych pacjentów zdrowieją lub osiągają znaczną poprawę w ciągu około dwóch lat od pojawienia się choroby niezależnie od tego, czy stosowano leczenie za pomocą psychoterapii, czy nie. Wskaźnik ten okazuje się stały w różnych badaniach bez względu na osobę pacjenta, kryterium poprawy zdrowia czy metody terapii. Z punktu widzenia osoby neurotycznej dane te są zachęcające, z punktu widzenia psychoterapeuty jednak trudno stwierdzić, że potwierdzają jego zapewnienia (Eysenck, 1952, s. 222–223).

Eysenck znany był z silnych uprzedzeń wobec psychoanalizy, terapia behawioralna zaś miała, przynajmniej częściowo, charakter próby sprostania rzucenemu przez niego wyzwaniu. Pierwsze czasopismo poświęcone terapii behawioralnej, czyli „Behaviour Research and Therapy”, powstało w 1965 roku. Po kilku latach postawione przez Eysencka pytanie: „Czy psychoterapia jest skuteczna?” zamieniło się w dużo bardziej konkretne i trudniejsze (Paul, 1969, s. 44): „Jaka terapia i przez kogo prowadzona jest najskuteczniejsza dla tej konkretnej osoby z tym konkretnym problemem, jak również w jakich okolicznościach i jak do tego dochodzi?”. Terapeuci behawioralni, a później terapeuci poznawczo-behawioralni szukali co najmniej części odpowiedzi na owo pytanie, badając protokoły terapeutyczne rozmaitych zaburzeń i problemów.

Kiedy Mary Lee Smith i Gene V. Glass (1977) prowadzili pierwszą metaanalizę rezultatów psychoterapii, mieli do dyspozycji 375 badań, w których wzięło udział około 25 tysięcy osób, i mogli dokonać analizy wielkości efektu na podstawie 833 pomiarów tejże wielkości. Wyniki owej imponującej analizy wyraźnie potwierdzają większą skuteczność psychoterapii niż samego upływu czasu i czekania. Otóż typowy pacjent korzystający z jakiegokolwiek formy psychoterapii radził sobie lepiej niż 75% osób nieleczonych. Zarazem różne formy psychoterapii (m.in. systematyczna desensytyzacja, modyfikacja zachowania, psychoterapia rogersowska, psychodynamiczna, racjonalno-emotywna czy analiza transakcyjna) okazały się na równi skuteczne.

Od tego czasu badania nad psychoterapią znacznie się rozwinęły. Poprawiono metodologię badań klinicznych, zmieniły się też nasze rozumienie wielu psychopatologii, nozologia psychiatryczna oraz techniki diagnozowania i leczenia. Instytucje państwowe, firmy ubezpieczeniowe i organizacje dbające o prawa pacjenta zaczęły się domagać, by interwencje psychologiczne oparte były na dowodach naukowych. Zgodnie z ogólniejszą tendencją do wdrażania medycyny opartej na dowodach

(Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg i Haynes, 2000) termin „praktyka oparta na dowodach” (ang. *evidence-based practice*) w obszarze psychoterapii obejmuje najlepsze dostępne dowody pochodzące z badań dotyczące skuteczności terapii, dokładnej charakterystyki pacjenta korzystającego z tejże terapii oraz doświadczenia klinicznego terapeuty prowadzącego terapię (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). W konsekwencji różne organizacje i stowarzyszenia na całym świecie zaczęły tworzyć listy opartych na dowodach metod psychoterapeutycznych. Jako przykład może posłużyć amerykański rejestr National Registry of Evidence-based Programs and Practices stworzony przez United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

W 1995 roku Society of Clinical Psychology (dwunasta sekcja American Psychological Association) wykonało bardzo ważny krok, tworząc grupę roboczą w celu promocji i popularyzacji procedur psychologicznych o nazwie Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, której celem było opracowanie listy psychoterapii wspartych badaniami (ang. *research-supported psychological treatments*, RSPTs; wcześniejsze nazwy tej listy to: *evidence-supported treatments* – „terapię wsparte dowodami naukowymi” i *evidence-based treatments* – „terapię oparte na dowodach naukowych”). Należy tu zaznaczyć, że wspomniana grupa robocza celowo pozyskiwała klinicystów i badaczy reprezentujących różne szkoły teoretyczne (w tym psychodynamiczną, interpersonalną, poznawczo-behawioralną i systemową), aby uniknąć stronniczości terapeutów wynikającej z ich przywiązania do stosowanych metod (Ollendick, Muris i Essau, 2018).

Wspomniana grupa robocza opublikowała pierwszy raport w 1995 roku. Obejmował on trzy kategorie RSPTs: (1) terapie powszechnie uznane; (2) terapie prawdopodobnie skuteczne; (3) terapie eksperymentalne. Terapie powszechnie uznane musiały być skuteczniejsze od stosowanych w psychologii placebo, farmakoterapii lub innych form leczenia, podczas gdy terapie prawdopodobnie skuteczne musiały być skuteczniejsze jedynie w kontekście grup oczekujących na terapię lub grup, w których nie prowadzono żadnej terapii. Powszechnie uznane terapie musiały też być poparte dowodami zgromadzonymi przez co najmniej dwa różne zespoły badawcze, podczas gdy terapie prawdopodobnie skuteczne – dowodami od tylko jednego zespołu badawczego. Ponadto grupa robocza wymagała, by w przypadku wszystkich terapii podawana była charakterystyka pacjentów (wiek, płeć, pochodzenie etniczne, diagnoza itp.) oraz żeby w protokołach terapeutycznych znajdowało się wyjaśnienie wybranych strategii terapeutycznych. Choć nie

było to ścisłym wymogiem, lista RSPTs opierała się w znacznym stopniu na terapiach skierowanych na konkretne zaburzenia ujęte w *DSM* (American Psychiatric Association, 2008, 2015).

Wreszcie w przypadku wszystkich terapii konieczne było zaprezentowanie ich rezultatów w postaci dobrze kontrolowanych badań klinicznych lub serii dobrze kontrolowanych badań pojedynczych przypadków. Jakość projektów miała być taka, by zaobserwowane korzyści nie były wynikiem przypadku lub zmiennych zakłócających, takich jak upływ czasu, zastosowane metody oceny psychologicznej czy różnorodność klientów w poszczególnych warunkach terapeutycznych (Chambless i Hollon, 1998). Wspomniany system kategoryzowania terapii został pomyślany jako otwarty, a nie zamknięty. Zgodnie z tym założeniem listę RSPTs opublikowano online i jest ona stale aktualizowana (<http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments>).

Ostatnio dokonano rewizji kryteriów RSPTs, tak aby możliwe stało się włączenie danych z metaanaliz różnorodnych badań prowadzonych w różnych obszarach (Tolin, McKay, Forman, Klonsky i Thombs, 2015). Spośród wszystkich terapii to właśnie terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive-behavioral therapy*, CBT) ma najsilniejsze wsparcie empiryczne. Analiza jej skuteczności w leczeniu zaburzeń psychicznych złożyła się na obszerną trzynomową serię (Hofmann, 2014b). Należy przy tym zauważyć, że część zaburzeń jest w większym stopniu niż inne podatna na interwencje poznawczo-behawioralne. Jeśli chodzi na przykład o zaburzenia lękowe, metaanaliza rygorystycznych pod względem metodologicznym randomizowanych badań klinicznych z kontrolowanym placebo wykazała, że CBT prowadzi do najlepszych efektów w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i ostrego zaburzenia stresowego, przynosi natomiast niewielkie korzyści w przypadku zaburzenia panicznego (Hofmann i Smits, 2008). Co więcej, niektóre protokoły CBT służą do leczenia konkretnego zaburzenia, na przykład objawy depresyjne ustępują w znacznie mniejszym stopniu niż lęk przy zastosowaniu protokołów przeznaczonych do leczenia zaburzeń lękowych, a lęk w zdecydowanie mniejszym stopniu niż objawy depresyjne przy zastosowaniu protokołów przeznaczonych do leczenia zaburzeń nastroju. Jest to mocny kontrargument wobec stwierdzenia, że CBT nie może mieć precyzyjnego zastosowania. Jednocześnie wspomniana metaanaliza, podobnie jak wiele innych, dowodzi, że współczesna terapia poznawczo-behawioralna jeszcze pod wieloma względami może być udoskonalana (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer i Fang, 2012).

Chociaż zadanie zostało dobrze zaplanowane i zrealizowane, to jednak raport grupy roboczej dwunastej sekcji oraz terapie wsparte opracowaną przez nią listą wywołały gorące debaty i spory. Niektóre z kontrargumentów koncentrowały się na obawach, że stosowanie protokołów terapeutycznych doprowadzi do tego, iż interwencje staną się mechaniczne i nieelastyczne, a proces terapeutyczny straci na kreatywności czy innowacyjności. Inny często przytaczany kontrargument dotyczył tego, że terapie, które okazują się skuteczne w warunkach badania klinicznego, mogą się okazać nieprzekładalne na warunki rzeczywistej praktyki klinicznej w przypadku klientów trudniejszych lub takich, u których współwystępują inne zaburzenia (zob. Chambless i Ollendick, 2001). Ponadto intensywność debat zwiększała silna reprezentacja protokołów terapii poznawczo-behawioralnych (w przeciwieństwie do terapii psychodynamicznych lub humanistycznych) wśród terapii spełniających kryteria RSPTs. Ostatnie poważne zastrzeżenie co do niektórych psychoterapii dotyczyło przypisania zweryfikowanych empirycznie terapii do konkretnych kategorii diagnostycznych.

Zastanówmy się na przykład nad różnicą między CBT a terapiami zorientowanymi psychodynamicznie. Zamiast próbować wskazać i rozwiązać ukryte konflikty psychoterapeuci poznawczo-behawioralni mogli zachęcać klientów do korzystania z bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z bieżącymi problemami. W wyniku owego względnego dopasowania opracowano protokoły CBT dla dosłownie każdej kategorii klasyfikacji *DSM* oraz dla *ICD-10* (World Health Organization, 2008).

Dokonany jakiś czas temu przegląd literatury przedmiotu wykazał, że istnieje co najmniej 269 metaanaliz obejmujących zastosowanie CBT w niemal każdej kategorii *DSM* (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer i Fang, 2012). Mówiąc ogólnie, wsparcie empiryczne CBT jest bardzo solidne, zwłaszcza w zakresie zaburzeń lękowych, zaburzeń somatoformicznych, bulimii, problemów z kontrolowaniem złości i ogólnego stresu, ponieważ protokoły terapii poznawczo-behawioralnej są ściśle dopasowane do poszczególnych kategorii psychiatrycznych. Choć pozostają na ogół skuteczne, to jednak oczywiste różnice w efektywności zależnie od rodzaju zaburzenia są nieuchronne. Na przykład większe zaburzenie depresyjne i zaburzenie paniczne charakteryzują się stosunkowo silnym reagowaniem na placebo. Zaburzenia te przebiegają w sposób epizodyczny i nawracający, tak więc ważne pytanie w tym miejscu nie dotyczy rezultatów krótkotrwałych, gdyż początkowo wiele terapii działa, ale raczej skuteczności danej terapii w zapobieganiu nawrotom i ponownemu pogorszeniu się stanu zdrowia na dłuższą metę (Hollon, Stewart i Strunk, 2006).

Koncentracja na zdefiniowanych w *DSM* zaburzeniach psychicznych niekiedy ogranicza wizję CBT pod względem wskaźników i zastosowania. Na przykład w przypadku CBT wskaźniki powodzenia, jakości życia, prospołeczności, jakości relacji czy innych czynników związanych w większym stopniu z rozwojem i dobrostanem często pozostają na marginesie pomimo zainteresowania nimi ze strony klienta. Tak ograniczona wizja dotyczy zwłaszcza wskaźników behawioralnych, a szkoda, ponieważ wiemy, że niektóre z metod wykorzystywanych w terapii opartej na dowodach naukowych mogą być z powodzeniem stosowane w przypadku problemów związanych ze zdrowiem i dobrostanem.

Koncentracja na zaburzeniach doprowadziła do szybkiego wzrostu liczby wyspecjalizowanych protokołów, co może utrudniać kształcenie i ograniczać integrację badań naukowych z literaturą kliniczną. Praktycy mogą się gubić w gąszczu hipotetycznie odrębnych, lecz często nakładających się na siebie metod.

Owe zagadnienia z zakresu przedmiotu zainteresowania, długoterminowych skutków i szybkiego wzrostu liczby protokołów kierują refleksję w stronę fundamentalnych założeń dotyczących funkcjonowania psychicznego i celów terapii. W tej książce utrzymujemy, że obszar ten wymaga korekty kursu, tak aby dało się sprostać bieżącym wyzwaniom.

Problemy związane z modelem biomedycznym

Z jednej strony rozwój i dopracowywanie modeli CBT pod kątem kryteriów zawartych w *DSM* i *ICD-10* pozwoliły terapeutom i badaczom zacząć stosować konkretne techniki terapeutyczne w przypadku bardzo różnych psychopatologii. Z drugiej strony jednak dopasowywanie protokołów CBT do medycznego systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych ma swoje wady (np. Deacon, 2013). Na przykład klasyfikowanie ludzi za pomocą opartych na kryteriach psychiatrycznych kategorii diagnostycznych na podstawie występujących objawów prowadzi do minimalizacji znaczenia czynników kontekstowych i sytuacyjnych, które mają wpływ na problem, a nawet do pominięcia tychże czynników (np. Hofmann, 2014a). We współczesnej CBT często przykładana jest zbyt duża waga do technik skierowanych na konkretne symptomy kosztem teorii i konceptualizacji przypadku, przez co ogranicza się rozwój tego nurtu. Działanie na rzecz zdrowia i osoba jako całość schodzą na dalszy plan, a na pierwszy plan wysuwa się zaburzenie. Terapia poznawczo-behawioralna w żadnym razie nie osiągnęła kształtu ostatecznego,

lecz musi się rozwijać, generując możliwe do przetestowania modele (Hofmann, Asmundson i Beck, 2013) i nowatorskie strategie terapeutyczne (np. Hayes, Follette i Linehan, 2004).

Niektórzy autorzy twierdzą, że badacze opracowujący interwencje oparte na badaniach klinicznych ignorują w dużym stopniu czynniki wspólne (w przeciwieństwie do konkretnych strategii terapeutycznych), a przecież to właśnie one są w głównej mierze odpowiedzialne za zmianę terapeutyczną (Laska, Gurman i Wampold, 2014). Traktowanie tego zagadnienia jako dychotomicznego zdaje się błędem. Tak naprawdę badacze opracowujący terapie poparte dowodami empirycznymi dość często rozważają owe czynniki, analizując na przykład rezultaty przy uwzględnieniu jakości relacji terapeutycznej. Wpływ czynników wspólnych jest różny w przypadku różnych zaburzeń i choć czynniki te mogą być istotne, to jednak same nie wystarczą, by zmaksymalizować rezultaty terapii. Co więcej, czynniki relacyjne mogą być wrażliwe na te same procesy psychiczne, na które nakierowane są metody oparte na dowodach. Sugeruje to, że teoretycznie spójne procesy mogą częściowo odpowiadać za niektóre czynniki wspólne. Na przykład jakość relacji terapeutycznej nie ma znaczenia dla końcowego rezultatu terapii przy uwzględnieniu elastyczności psychologicznej klienta jako kolejnego mediatora (np. Gifford i in., 2011), co sugeruje, że owa relacja działa częściowo poprzez modelowanie akceptacji, nieosądzania i podobne procesy, na które mogą być nakierowane współczesne metody CBT.

Wiele badań dotyczących relacji terapeutycznej ma charakter korelacyjny i wskazuje na relatywnie stałe cechy, na przykład czynniki indywidualne związane z terapeutą. Czynniki wspólne jednak nabierają dla psychoterapeutów szczególnego znaczenia, kiedy konkretne metody służące ich zmianie są opracowywane, a następnie testowane w porównaniu do innych metod opartych na dowodach naukowych. Tego rodzaju prace dopiero się zaczynają i żeby lepiej je prowadzić, terapeuci muszą opracować teorie dotyczące relacji terapeutycznej i tego, jak konkretnie ją zmienić – to właśnie w tych obszarach pomocna może być CBT oraz terapia oparta na dowodach.

Czas, by psychologia kliniczna i psychiatria wyszły poza wybór czy to czynników wspólnych, czy to psychoterapii opartych na dowodach naukowych – poza dokonywanie analiz typu „wszystko albo nic” (Hofmann i Barlow, 2014). Musimy raczej wyizolować i zrozumieć skuteczne procesy zmiany, a także najlepszy sposób, w jaki powinniśmy kierować na nie nasze działania, traktując jednocześnie

czynniki relacyjne jako jeden z tych procesów. Takie podejście pozwoli nam skupić się na dowolnym zagadnieniu, które pomoże naszym klientom poprawić ich życie, a także wesprze rozwój naszej dyscypliny naukowej.

Zdefiniowanie celów psychoterapii i interwencji psychologicznej

Początkowo celem interwencji terapii behawioralnej były często konkretne problemy lub etapy rozwojowe. Wraz z powstaniem *DSM* w centrum jej zainteresowania znalazły się zespoły objawów i zaburzenia psychiczne. Badacze kliniczni toczą długie i ożywione debaty na temat tego, jak najlepiej definiować i klasyfikować owe zaburzenia (np. Varga, 2011). Struktura *DSM-5* i *ICD-10* jest mocno zakorzeniona w modelu biomedycznym, który zakłada, że objawy zaburzeń psychicznych odzwierciedlają leżące u podstaw tych ostatnich utajone jednostki chorobowe. Wcześniejsze wersje owych klasyfikacji wywodziły się z teorii psychoanalitycznej, zgodnie z którą zaburzenia psychiczne wynikają z głęboko zakorzenionych konfliktów. Z kolei według współczesnych wersji głównymi przyczynami zaburzeń psychicznych są dysfunkcje procesów genetycznych, biologicznych, psychicznych i rozwojowych.

Zgodnie z podstawową definicją socjobiologiczną **zaburzenie psychiczne** jest „szkodliwą dysfunkcją” (Wakefield, 1992). Problem uważa się za dysfunkcję, ponieważ jego występowanie u danej osoby oznacza, że osoba ta nie może funkcjonować w naturalny sposób tak, jak to zostało zaprojektowane przez ewolucję; problem uważa się za szkodliwy, ponieważ jego konsekwencje są dla tej osoby negatywne, a społeczeństwo postrzega ową dysfunkcję negatywnie.

Jak należało się spodziewać, owa definicja spotkała się z krytyką, nie wiadomo bowiem, jak definiować i określać funkcje lub dysfunkcje zachowania (np. McNally, 2011). Niektórzy spośród pierwszych krytyków (np. Szasz, 1961) twierdzili, że zaburzenie psychiczne stanowi jedynie etykietkę, jaką społeczeństwo nadaje zwykłym ludzkim doświadczeniom, i że reprezentuje ono tylko arbitralną interpretację społeczną, pozbawioną funkcjonalnej wartości. To samo zjawisko, które w jednej kulturze lub w jednej epoce uważane jest za odbiegające od normy, w innej kulturze lub w innej epoce może być uznawane za normalne, a nawet pożądane.

Zgodnie z oficjalną definicją zamieszczoną w *DSM-5* „zaburzenie psychiczne jest zespołem objawów, który charakteryzuje się znaczącym klinicznie zniekształceniem

w obrębie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną albo rozwojową dysfunkcję, leżącą u podstaw psychicznego funkcjonowania” (American Psychiatric Association, 2015, s. 4). Choć definicja wskazuje w szczególności procesy psychiczne i rozwojowe jako możliwe podstawowe – obok biologicznych – przyczyny zaburzenia, psychiatria przez długi czas posługiwała się głównie modelem biomedycznym.

Podejście poznawczo-behawioralne najczęściej bazuje na modelu podatność – stres, który zakłada, że do powstania zaburzenia mogą prowadzić indywidualne czynniki podatności w połączeniu z konkretnymi czynnikami środowiskowymi lub ze stresorami. Perspektywa ta wprowadza decydujące rozróżnienie między czynnikami **wyzwalającymi** (spustowymi, to znaczy przyczyniającymi się do powstania problemu) a czynnikami **podtrzymującymi** (to znaczy odpowiedzialnymi za utrzymywanie się problemu; Hofmann, 2011). Owe dwie grupy czynników zazwyczaj nie są tożsame. W przeciwieństwie do innych teoretycznych modeli zaburzeń psychicznych CBT na ogół w większym stopniu zajmuje się czynnikami podtrzymującymi, ponieważ to na nie nakierowane są skuteczne terapie występujących trudności. Dlatego też z perspektywy poznawczo-behawioralnej klasyfikowanie ludzi na podstawie czynników podtrzymujących ma większe znaczenie niż klasyfikowanie ich na podstawie samej podatności, w takiej choćby postaci jak czynniki genetyczne czy obwody nerwowe w mózgu.

Nacisk na te kwestie jest zasadniczo zgodny z rozwojowym podejściem tradycji behawioralnej, niepodkreślającej roli podatności i stresorów, ale uznającej, że czynniki z przeszłości, które doprowadziły do powstania problemu, mogą się różnić od czynników środowiskowych, które ów problem podtrzymują. Analiza funkcjonalna skupia się na czynnikach podtrzymujących obecne zachowanie, ponieważ to właśnie one muszą ulec zmianie, aby zdrowie psychiczne danej osoby się poprawiło.

Cel klasyfikacji zaburzeń psychicznych

Zwolennicy *DSM* często podkreślają, że system klasyfikacji zaburzeń psychicznych, bez względu na to, jak nieprecyzyjny, jest jednak z kilku powodów konieczny. Po pierwsze, tworzy przestrzeń, w której obowiązuje wspólny język służący do opisywania osób z problemami psychicznymi. Ma to dużą wartość funkcjonalną, ponieważ upraszcza komunikację między praktykami i zapewnia system kodów dla

firm ubezpieczeniowych. Po drugie, taka klasyfikacja przyczynia się do rozwoju psychiatrii i psychologii klinicznej, grupując osoby z podobnymi problemami po to, by dało się identyfikować powtarzające się wzorce oraz izolować cechy, które odróżniają daną grupę od innych grup. Po trzecie, tego rodzaju informacje można wykorzystywać w celu doskonalenia istniejących metod terapeutycznych lub tworzenia nowych. Ten ostatni cel został ujęty w *DSM-5*: „Diagnoza zaburzenia psychicznego powinna być przydatna klinicznie: powinna pomagać klinicystom opracowywać prognozy, plany leczenia i ustalać możliwe skutki wdrożenia tych planów u danego pacjenta” (American Psychiatric Association, 2015, s. 4–5). Pomimo owych szczytnych celów *DSM-5* zawiera niewiele nowego czy odmiennego materiału niż ten, który został ujęty w poprzednich wydaniach tejże klasyfikacji, co wywołało w środowiskach medycznych i badawczych spore rozczarowanie.

Pomijając kwestie polityczne i finansowe (*DSM* to główne źródło dochodu American Psychiatric Association), z klasyfikacją tą wiąże się wiele problemów teoretycznych i koncepcyjnych. Na przykład dokonuje się w niej patologizacji normalności, stosując arbitralne punkty odcięcia; diagnoza stawiana na podstawie *DSM* opiera się jedynie na subiektywnej ocenie klinicysty, a nie na obiektywnych wskaźnikach; nadmierną wagę przykładana jest do objawów; kategorie uwzględniają heterogeniczne grupy jednostek i dużą liczbę kombinacji różnych objawów, które są podstawą tej samej diagnozy, zarazem większość klinicystów ucieka się do stawiania diagnoz z wykorzystaniem kategorii „inne określone / nieokreślone”, ponieważ większość klientów w rzeczywistości nie zalicza się do żadnej z kategorii diagnostycznych, które zostały ustalone na podstawie konsensusu między ekspertami (analiza zagadnienia – zob. Gornall, 2013).

Zdaje się, że jeden z największych problemów koncepcyjnych stanowi współwystępowanie zaburzeń (czyli obecność co najmniej dwóch zaburzeń u jednej osoby). Zjawisko to jest niespójne z podstawowym założeniem, że objawy zaburzenia odzwierciedlają występowanie ukrytej jednostki chorobowej. Gdyby zaburzenia były rzeczywiście oddzielnymi jednostkami chorobowymi, współwystępowanie powinno być w nozologii czymś wyjątkowym. Tymczasem zaburzenia zazwyczaj współwystępują ze sobą. Na przykład w *DSM-5* zakłada się, że wśród zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych dosłownie całą istotną kowariancję ukrytych zmiennej odpowiadających konstruktom depresji jednobiegunowej, zaburzenia lękowego uogólnionego, fobii społecznej, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, zaburzenia panicznego i agorafobii można wyjaśnić wymiarami wyższego rzędu

w postaci negatywnego i pozytywnego afektu; sugeruje to, że zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe powstają w wyniku oddziaływania wspólnych czynników psychospołecznych i biologicznych (genetycznych) stanowiących o podatności (Brown i Barlow, 2009).

Takie obserwacje posłużyły za punkt wyjścia podjętych starań na rzecz opracowania tak zwanych transdiagnostycznych (Norton, 2012) lub jednolitych (Barlow i in., 2020) protokołów terapii, które przecinają w poprzek kategorie diagnostyczne, aby dało się odnieść do podstawowych cech zaburzeń w celu opracowania bardziej oszczędnych i potencjalnie silniej oddziałujących form leczenia (Barlow, Allen i Choate, 2004). Ponadto tego typu podejście może przeciwdziałać problemowi w postaci szkolenia klinicystów w ramach protokołów CBT dotyczących konkretnych zaburzeń w sposób, który często prowadzi do nadmiernego upraszczania cierpienia ludzkiego, do nieelastyczności klinicysty i do rzadkiego stosowania praktyk opartych na dowodach naukowych (McHugh, Murray i Barlow, 2009).

Kryteria badawcze

Chcąc zaproponować rozwiązanie problemów nozologicznych dotyczących *DSM* (oraz *ICD-10*), amerykański National Institute of Mental Health wyszedł z inicjatywą sformułowania kryteriów badawczych Research Domain Criteria (RDoC), nowych ram klasyfikacji zaburzeń psychicznych na podstawie obserwowalnego zachowania i wskaźników neurobiologicznych (Insel i in., 2010). Inicjatywa ta jest próbą pchnięcia rozwoju psychiatrii naprzód poprzez stworzenie takiego systemu klasyfikacji, który zasadzałby się na koncepcji choroby psychicznej jako zaburzenia funkcjonowania mózgu. W przeciwieństwie do zaburzeń neurologicznych, którym towarzyszą widoczne gołym okiem zmiany, zaburzenia psychiczne uważane są za takie, którym towarzyszą odstępstwa od normy na poziomie obwodów nerwowych w mózgu (Insel i in., 2010). Zamiast bazować na wrażeniach klinicystów, które przekładają się na arbitralnie zdefiniowane kategorie obejmujące heterogeniczne i nakładające się na siebie grupy diagnostyczne, National Institute of Mental Health proponuje wykorzystać w celu definiowania i diagnozowania zaburzeń psychicznych odkrycia współczesnej nauki o mózgu (Insel i in., 2010).

Deklarowanym celem tego projektu jest opracowanie systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych na podstawie wymiarów biobehawioralnych przebiegających

w poprzek obecnych heterogenicznych kategorii *DSM*. Według założeń RDoC dysfunkcje w obrębie obwodów nerwowych można zidentyfikować za pomocą narzędzi neuronauki klinicznej, w tym badań elektrofizjologicznych, neuroobrazowania funkcjonalnego oraz nowych metod służących określeniu ilościowemu *in vivo*. Według dalszych założeń dane uzyskane z badań genetycznych i w dziedzinie neuronauki dostarczą biosygnatur, które uzupełnią objawy kliniczne i sygnały wykorzystywane w leczeniu klinicznym. Na przykład w przypadku zaburzeń lękowych specjalista przyszłości będzie korzystał z danych pochodzących z obrazowania funkcjonalnego lub strukturalnego, z sekwencjonowania genomu oraz z laboratoryjnych badań nad warunkowaniem lęku i wygaszaniem reakcji na lęk, aby określić rokowanie i dobrać odpowiednie leczenie (Insel i in., 2010). Konkretnym produktem inicjatywy RDoC jest matryca obejmująca różne poziomy (molekularny, behawioralny, poziom obwodów nerwowych, poziom objawów) analizy prowadzącej do zdefiniowania konstruktów stanowiących – jak się zakłada – podstawowe objawy zaburzeń psychicznych.

Podczas gdy neuronaukowcy zasadniczo przyklasnęli inicjatywie RDoC (Casey i in., 2013), inni specjaliści z różnych powodów ją skrytykowali – na przykład dlatego, że przykłada nadmierną wagę do pewnych rodzajów procesów biologicznych, ograniczając problemy zdrowia psychicznego do prostych zaburzeń funkcjonowania mózgu (Deacon, 2013; Miller, 2010). Jak dotąd RDoC charakteryzuje się ograniczoną użytecznością kliniczną, w zamierzeniu pomysłodawców bowiem ma przede wszystkim posuwać naprzód przyszłe badania, a nie ukierunkowywać decyzje kliniczne (Cuthbert i Kozak, 2012). Ponadto RDoC oraz *DSM* łączy wyraźne założenie teoretyczne, według którego problemy psychiczne („objawy”) wywołane są ukrytą chorobą. W przypadku *DSM* owe ukryte jednostki chorobowe mierzy się z wykorzystaniem doniesień dotyczących objawów i wrażeń klinicystów, podczas gdy w przypadku RDoC – za pomocą szczegółowych testów behawioralnych (np. testy genetyczne) oraz narzędzi biologicznych (np. neuroobrazowanie).

W stronę podstawowych wymiarów psychopatologii

W ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci zrobiono wiele na rzecz zidentyfikowania głównych wymiarów psychopatologii. Inicjatywa RDoC jest propozycją takiego właśnie wymiarowego systemu klasyfikacji. Podobnie psycholodzy zrewidowali wymiary psychopatologii. Na przykład w przypadku zaburzeń emocjonalnych wielu

autorów uznało dysregulację emocji za jeden z głównych problemów transdiagnostycznych (Barlow, Allen i Choate, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis, 2006; Hayes, Strosahl i Wilson, 1999; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer i Fang, 2012; Hofmann, Sawyer, Fang i Asnaani, 2012). Jest to całkowicie spójne ze współczesnymi badaniami dotyczącymi emocji, takimi jak model procesualny opisany przez Jamesa J. Grossa (1998). Procesualny model generowania emocji zakłada, że wskazówki związane z emocjami są przetwarzane w celu uruchomienia reakcji fizjologicznych, behawioralnych i doświadczeniowych oraz że owe reakcje są modulowane przez strategie regulacji emocjonalnej. W zależności od momentu, w którym dokonujemy takiej regulacji, strategie regulacyjne są skoncentrowane na czynnikach poprzedzających albo na reakcji. Strategie regulacji emocji skoncentrowane na czynnikach poprzedzających obejmują reinterpretację poznawczą, modyfikację sytuacji i ulokowanie uwagi oraz pojawiają się przed pełnym uruchomieniem reakcji emocjonalnej. Z kolei strategie regulacji emocji skoncentrowane na reakcji, jak choćby metody służące stłumieniu lub tolerowaniu tejże reakcji, są to próby zmiany ekspresji bądź doświadczenia emocji po zainicjowaniu reakcji emocjonalnej.

Istnieje znacznie więcej wymiarów patologii przecinających w poprzek zaburzenia zdefiniowane w *DSM*, jak choćby afekt negatywny, kontrola impulsów, kontrola uwagi, ruminacje i zamartwianie się, elastyczność poznawcza, samoświadomość czy motywacja oparta na „dążeniu do” – by wymienić tylko kilka. W miarę jak rosło znaczenie tych wymiarów w rozumieniu psychopatologii, stawało się jasne, że elastyczne stosowanie strategii najodpowiedniejszych w danym kontekście oraz w przypadku danego celu jest najbardziej adaptacyjną metodą służącą długofalowemu przystosowaniu (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal i Coifman, 2004). Wiele form psychopatologii wiąże się z reakcjami, które są oceniane negatywnie, takimi jak strach, smutek, złość czy dystres, które jednak wszystkie odgrywają w życiu pozytywną rolę. Żadna reakcja psychiczna – i żadna strategia postępowania z reakcją psychiczną – nie jest zawsze adaptacyjna lub zawsze nieadaptacyjna (Haines i in., 2016). Celem współczesnej CBT nie jest eliminowanie czy tłumienie uczuć, myśli, doznań i wspomnień, lecz pobudzanie bardziej pozytywnych trajektorii życiowych. Rozpoznanie, jak najlepiej oddziaływać na odpowiednie procesy, które sprzyjają pozytywnemu wzrostowi i rozwojowi, stanowi wyzwanie, przed jakim staje współczesna nauka o interwencjach, a także główny przedmiot zainteresowania w tej książce.

W stronę podstawowych procesów w CBT

Wydaje się, że fundamentalne pytanie dotyczące badań nad psychoterapią, sformułowane przez Hansa Jürgena Eysencka (1952), a następnie powtórzone przez Gordona Paula (1969), należy zadać ponownie. Nie będzie ono już dotyczyło tego, czy interwencja przynosi efekty w ujęciu ogólnym, ani też tego, jak podejmować skuteczne decyzje odpowiednie w danym kontekście. Na pierwsze z tych pytań odpowiedź została już udzielona, techniczny charakter drugiego zaś doprowadził do proliferacji metod, które trudno usystematyzować w sposób progresywny. Ponieważ zarówno podejście czysto objawowe, jak i podejście w większości techniczne nie doprowadziły do identyfikacji funkcjonalnie odrębnych jednostek, należy zrezygnować z nacisku na oba.

Ruch w kierunku RDoC obejmuje kluczowy element, który zdaje się pasować do bieżącego etapu ewolucji w obszarze psychoterapii. Podejście analiz sieciowych proponuje też inne, potencjalnie obiecujące ujęcie psychopatologii i leczenia (Hofmann, Curtiss i McNally, 2016). Zakłada ono, że przyczyną zaburzeń psychicznych nie są utajone jednostki chorobowe, lecz że zaburzenia te powstają z powodu sieci wzajemnie powiązanych ze sobą elementów. Skuteczna terapia może zmienić strukturę tej sieci z patologicznej na niepatologiczną poprzez działania nakierowane na podstawowe procesy. Podobnie jak w tradycyjnej analizie funkcjonalnej musimy zrozumieć związki przyczynowe między bodźcami a reakcjami, by zidentyfikować i obrać za cel podstawowe procesy psychopatologii oraz doprowadzić do zmiany odpowiednio w danym kontekście. Badania podłużne pozwalają klinicystom na opracowywanie celowanych i precyzyjnych wskaźników, dzięki którym można przewidzieć rozwój psychopatologii w czasie (np. Westin, Hayes i Anderson, 2008). Klinicyści mogą posługiwać się tymi wskaźnikami zmiany, stosując metody oparte na dowodach naukowych, oraz określać mediacyjną rolę zmiany w tych procesach (np. Hesser, Westin, Hayes i Andersson, 2009; Zettle, Rains i Hayes, 2011).

Łącząc strategię takie jak RDoC, analizę funkcjonalną, złożone podejście analiz sieciowych i badania podłużne, badacze przyczyniają się do postępu w zakresie określania głównych procesów zmiany w psychoterapii oraz interwencji psychologicznej (Hayes i in., 2006). Coraz lepsza znajomość komponentów wpływających na procesy celowane (np. Levin, Hildebrandt, Lillis i Hayes, 2012) stanowi dla badaczy podstawę dalszych działań. Chodzi o rozpoznanie, które z podstawowych

procesów biopsychospołecznych powinny stanowić obiekt oddziaływania u danego klienta mającego określony cel w określonej sytuacji, a następnie o identyfikację metod składowych, które z największym prawdopodobieństwem te procesy zmieniają.

Identyfikacja podstawowych procesów w psychoterapii poprowadzi psycho-terapeutów ku przyszłości. Skupienie się na tych procesach pozwoli nam uniknąć ograniczeń protokołów terapeutycznych opartych na sztywnym i arbitralnym systemie diagnostycznym oraz połączyć bezpośrednio terapię z teorią. Taka właśnie wizja stanowi inspirację tej książki – wizja stworzenia formy CBT w większym stopniu opartej na procesach oraz terapii opartej na dowodach naukowych. Ta idea łączy wiele istniejących już w tym obszarze nurtów oraz bazuje na mocnych stronach wielu tradycji i na pracy prowadzonej przez liczne pokolenia, składających się na podejście poznawcze i behawioralne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Przeł. Z. Pelc, J. Wciórka. Wrocław: Elsevier, Urban & Partner.
- American Psychiatric Association (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Przeł. P. S. Krawczyk. Wrocław: Edra, Urban & Partner.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholm, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. T. (2020). *Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych. Ujednolicony protokół leczenia. Podręcznik terapeutyczny*. Przeł. A. Pałynyczko-Ćwiklińska. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482–487.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271.
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: Progress in psychiatry research? *Nature Reviews: Neuroscience*, 14(11), 810–814.

- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18.
- Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Cuthbert, B. N., Kozak, M. J. (2013). Constructing constructs for psychopathology: The NIMH research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 928–937.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700–715.
- Gornall, J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *The BMJ*, 346, f3256.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237.
- Haines, S. J., Gleeson, J., Kuppens, P., Hollenstein, T., Ciarrochi, J., Labuschagne, I., Grace, C., Koval, P. (2016). The wisdom to know the difference: Strategy-situation fit in emotion regulation in daily life is associated with well-being. *Psychological Science*, 27(12), 1651–1659.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. M. (red.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C., Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 523–528.
- Hofmann, S. G. (2011). *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*. Oxford: Wiley.
- Hofmann, S. G. (2014a). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576–587.
- Hofmann, S. G. (red.). (2014b). *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (t. 1–3). Chichester: John Wiley & Sons.

- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199–212.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Hofmann, S. G., Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510–513.
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597–605.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409–416.
- Hofmann, S. G., Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751.
- Klepac, R. K. i in. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687–697.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–756.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946–995.
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Miller, G. A. (2010). Mistreating psychology in the decades of the brain. *Perspectives on Psychological Science*, 5(6), 716–743.

- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Ollendick, T. H., Muris, P., Essau, C. A. (2018). Evidence-based treatments: The debate. W: S. G. Hofmann (red.), *Clinical psychology: A global perspective* (s. 119–134). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. W: C. M. Franks (red.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (s. 29–62). New York: McGraw-Hill.
- Raimy, V. C. (red.). (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice Hall.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. H., Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (wyd. 2). London: Churchill Livingstone.
- Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317–338.
- Varga, S. (2011). Defining mental disorder: Exploring the ‘natural function’ approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 1.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373–388.
- Westin, V., Hayes, S. C., Andersson, G. (2008). Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1259–1265.
- World Health Organization (2008). *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10* (wyd. 10, t. 1–3). <https://www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/klasyfikacje> (dostęp: 3 grudnia 2019 r.).
- Zettle, R. D., Rains, J. C., Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265–283.