

ANDRZEJ ŚLIWERSKI

Uniwersytet Łódzki  
Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii  
Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej  
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12  
e-mail: andrzej.sliwerski@uni.lodz.pl

## TRZY GENERACJE TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH – ROZWÓJ I ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

**Abstrakt.** Teorie poznawczo-behawioralne są jednymi z najmłodszych koncepcji w psychologii klinicznej. Ulegają one ciągłym przemianom, co rodzi wiele nieporozumień i błędnych interpretacji. Niektórzy autorzy uważają, że jest to koncepcja „mało spójna”, a kwestie osobowości schodzą na dalszy plan, „gdyż jest to bardziej psychologia zachowań, procesów i struktur poznawczych niż psychologia człowieka” (Sęk, 2005, s. 106). Historia rozwoju koncepcji poznawczych pozwala zrozumieć jej założenia, aktualne miejsce w psychopatologii oraz obecny stan wiedzy. Podział na tzw. trzy generacje koncepcji poznawczo-behawioralnych pozwala oddzielić stereotypy dotyczące tej koncepcji od jej właściwego obrazu. W artykule opisano aktualny stan teorii poznawczych z uwzględnieniem najnowszej generacji koncepcji poznawczo-behawioralnych, obejmujących: *terapię poznawczą opartą na uważności* (MBCT), *terapię akceptacji i zaangażowania* (ACT), jak również *terapię schematów* (SFT).

**Słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, generacje koncepcji poznawczo-behawioralnych, koncepcje oparte na uważności.

### 1. WPROWADZENIE

Nazwa psychologia poznawcza zarezerwowana jest dla subdyscypliny naukowej psychologii, która zajmuje się pamięcią, uwagą, spostrzeganiem i językiem. Za datę jej powstania uznaje się 11 września 1956 r., kiedy to odbyło się interdyscyplinarne sympozjum naukowe poświęcone teorii informacji w Massachusetts Institute of Technology (MIT) (por. Popiel, Pragłowska, 2008; Stachowski, Dobroczyński, 2008). Niezależnie od rozwoju tego działu psychologii (który również powstał jako zaprzeczenie teorii behawioralnych) „rozwickły się dziedziny kliniczne: koncepcja poznawcza zaburzeń i psychoterapia poznawcza” (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 12), stworzona przez Aarona Becka i Alberta Ellisa.

Podwaliny pod te koncepcje pochodziły z praktyki klinicznej i rozwijane były niezależnie od psychologii naukowej. Współistnienie obu tych dziedzin psychologii może rodzić pewne nieporozumienia terminologiczne. Dość często są one różnicowane poprzez zastosowanie nazwy psychologia poznawcza do subdyscypliny naukowej psychologii, a nazwy poznawczo-behawioralna do koncepcji klinicznej. Taki jednak podział w nazewnictwie nie do końca odpowiada temu, co można znaleźć w literaturze przedmiotu.

Jak stwierdza Kokoszka (2009, s. 21), „występują liczne kontrowersje, nawet w odniesieniu do nazwy podejścia. Istotne konsekwencje ma fakt stosowania w nazwie terapii poznawczo/behawioralnej łącznika «-» bądź spójnika «i»”. W pierwszym przypadku chodzi bowiem o terapię poznawczą wykorzystującą techniki behawioralne, a w drugim – o dwie odmienne od siebie terapie. Ponadto, warto zwrócić uwagę na kolejność podawania składowych nazwy, ponieważ spotyka się również określenia „terapia behawioralno-poznawcza” (np. Grzesiuk, 2005). Beck celowo nazywa swoją koncepcję poznawczą, by oddzielić ją od podejść behawioralnych. Jak sam stwierdza, „terapeuta poznawczy dostosowuje swoje oddziaływania do specyficznych potrzeb danego pacjenta w określonym czasie. Dlatego też, może prowadzić terapię poznawczą pomimo włączania do niej technik behawioralnych czy też abreakcyjnych (służących rozładowywaniu emocji)” (Beck i in., 1979, s. 117). Oznacza to, że techniki behawioralne są wykorzystywane w terapii poznawczej, ale ich podstawowym celem jest wywołanie zmiany poznawczej (weryfikacja myśli i przekonań). Beck żąda więc niezależności terapii poznawczej od behawioralnej, ponieważ mimo że wykorzystuje ona techniki behawioralne, cel ich zastosowania znacząco się różni.

Termin poznawczo-behawioralna w odniesieniu do koncepcji psychopatologicznej jest już bardzo mocno zakorzeniony w literaturze przedmiotu. Poza książkami Becka bardzo rzadko spotyka się samodzielną nazwę „terapia poznawcza”. Jak stwierdzają Popiel i Pragłowska (2008, s. 5), dwuczłonowa nazwa ma „swoje uzasadnienie we wspólnym podłożu teoretycznym obu koncepcji: założeniu, że procesy uczenia się determinują zachowania (terapia behawioralna), nabywanie oraz utrwalanie przekonań i sposobu widzenia świata (terapia poznawcza)”. Warto pamiętać, że koncepcje poznawcze powstawały w opozycji do teorii behawioralnych. Aaron Beck ukończył szkolenie w Filadelfijskim Instytucie Psychoanalitycznym, zamiłowanie do empirycznego poszukiwania dowodów założeń terapeutycznych zbliżyło go jednak do środowisk behawioralnych. Poszukiwał on bowiem dowodów popierających słuszność założeń psychoanalitycznych, a zamiast tego – stworzył terapię poznawczą (por. Weishaar, 2007). Okres, w którym Beck tworzył swoją koncepcję psychopatologiczną przypada na czas, gdy teorie behawioralne przeżywały wewnętrzny kryzys. W 1973 r. został zaproszony na spotkanie Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Terapii Behawioralnej (*Association for Advancement of Behavior Therapy*). Od tego czasu koncepcja poznawcza zaczęła zyskiwać coraz większe uznanie w kręgach behawioralnych.

Cały czas „panują różne opinie na temat tego, czy terapie poznawcze należy uważać za naturalny etap ewolucji terapii behawioralnych (Wilson, 1978), czy też za całkowite odejście od istniejących modeli (Mahoney, 1977)” (Weishaar, 2007, s. 55). Kokoszka uważa, że „trudno jest ustalić precyzyjną granicę między terapią behawioralną z jednej strony a terapią poznawczą/poznawczo-behawioralną z drugiej” (Kokoszka, 2009, s. 26–30). Proponuje więc ujmowanie tych nurtów na kontinuum: „od zbliżonego do terapii behawioralnej, podejścia skupionego na zmianie zachowania i wysoce sformalizowanych procedurach terapeutycznych, tzw. modyfikacji poznawczo-behawioralnych (np. Meichenbaum, 1977) do stosunkowo mało ustrukturyzowanego, konstruktywistycznego, które koncentruje się na pomocy w konstruowaniu bardziej korzystnych sposobów myślenia (Guidano, Liotti, 1983)” (Kokoszka, 2009, s. 26). Taki podział, mimo że jest jak najbardziej słuszny, nie ułatwia systematyzacji podejść z tego nurtu. Zastosowanie samej nazwy „poznawczo-behawioralna” rodzi bowiem wiele nieporozumień. Przykładem może być praca Juczyńskiego (1995) *Zespół presuicydalny w ujęciu poznawczo-behawioralnym*, w której autor opisuje koncepcję poczucia własnej skuteczności Bandury. Według większości podziałów, teoria ta ma bardziej charakter neobehawioralny niż poznawczy. Nazwanie jej terminem „poznawczo-behawioralna” nie jest jednak przy obecnych klasyfikacjach błędem. Trudno bowiem uznać, że Bandura czy też Rotter są takimi samymi neobehawiorystami jak Skinner czy Tolman.

## 2. TRZY GENERACJE TEORII POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH

W celu uporządkowania koncepcji z nurtu poznawczego, zaproponowano podział na tzw. trzy generacje teorii poznawczo-behawioralnych (Hayes, 2004; Kegan, 2009). Pierwszą generację stanowią terapie behawioralne oparte na paradygmacie bodziec-reakcja z analizą behawioralną, warunkowaniem klasycznym i instrumentalnym. Zaliczają się więc do niej klasyczna terapia behawioralna i jej modyfikacje w postaci teorii Rottera i Bandury. Druga generacja to podejścia, w których dominującą rolę pełnią nieracjonalne myśli, patologiczne schematy poznawcze oraz błędne przetwarzanie informacji. „W drugiej fali terapii poznawczo-behawioralnych niepożądane myśli są osłabiane bądź eliminowane za pomocą ich identyfikacji, korygowania, testowania i dyskusji” (Hayes, 2004, s. 3). Do tego nurtu zalicza się koncepcje Meichenbauma, Becka, Ellisa i zreformułowaną teorię wyuczonej bezradności Seligmana. Trzecia generacja terapii poznawczo-behawioralnych skupia się na funkcji stanów psychologicznych i na kontekstach, w jakich one występują, a nie tylko na ich formie. Do tego nurtu zaliczamy ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*); DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) i MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). Poniżej w krótki sposób zostaną opisane wybrane koncepcje z każdej z tych generacji.

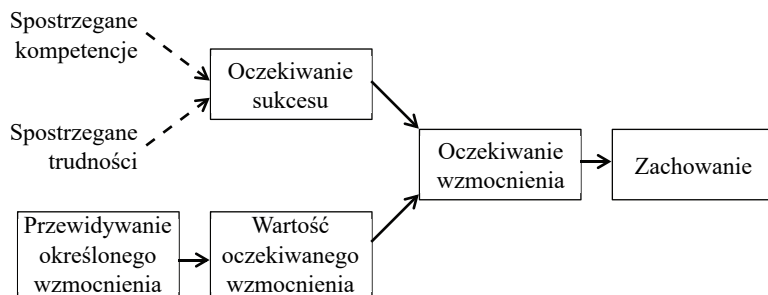
## 2.1. Pierwsza generacja terapii poznawczo-behawioralnych

Pierwsza generacja terapii poznawczo-behawioralnych (CBT) skupiona była na uzupełnianiu czystych teorii behawioralnych o komponenty poznawcze. Przykładowo Bandura uznał, że wzmocnienie ma wpływ na zachowanie tylko wtedy, kiedy osoba wierzy, że zachowanie i wzmocnienie są ze sobą skorelowane. „Zachowanie, które zostało pozytywnie wzmocnione, nie będzie powtarzane, jeśli jednostka wierzy (na podstawie innych informacji), że to samo działanie w przyszłości nie przyniesie żadnych korzyści” (Bandura, 1977, s. 192). Kolejną modyfikacją teorii warunkowania instrumentalnego było stwierdzenie, że wzmocnienie, postrzegane jako nagradzające, jest o wiele silniejsze niż to, które nie zostało w taki sposób ocenione. Te wszystkie prawidłowości dotyczą oczekiwań związanych z wynikiem danego zachowania (*outcome expectations*). Zdaniem Bandury, na wystąpienie (bądź nie) określonego zachowania ma wpływ nie tylko oczekiwanie pozytywnego rezultatu, ale również przewidywanie czy jednostka jest w stanie wykonać dane działanie (*efficacy expectations*).

Koncepcja Rottera była bardzo zbliżona do teorii poczucia własnej skuteczności Bandury. Rotter uznał, że jego teoria „opisuje zgeneralizowane poczucie, występujące w większości sytuacji, które odnosi się do tego, czy jednostka posiada, bądź też nie, wpływ na to, co jej się przytrafia” (Battle, Rotter, 1963, s. 482). W ten sposób wyróżnił on wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie kontroli wzmocnień. „Kiedy wzmocnienie jest spostrzegane jako konsekwencja własnych działań, mówi się, że zachodzi sytuacja, która sprzyja powstaniu poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli wzmocnień” (Sęk, 2005, s. 111). Jeśli natomiast za wzmocnienia odpowiadają czynniki zewnętrzne – szczęście, szansa, wiara, wpływ innych ludzi – mówimy o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wzmocnień.

Teorie Rottera i Bandury są często opisywane jako dwa odrębne konstrukty (por. Sęk, 2005), a w większości prac teoria umiejscowienia kontroli jest pomijana (por. Kokoszka, 2009; Popiel, Pragłowska, 2008; Weishaar, 2007). Koncepcja Rottera powstała jednak ponad 20 lat wcześniej niż koncepcja Bandury. Po dokładniejszej analizie obie te teorie wydają się bardzo do siebie zbliżone. „Zarówno poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1977) jak i teoria oczekiwań (Rotter, 1954) zakładają, że ludzie przewidują swój poziom wykonania danego zadania” (Kirsch, 1985, s. 825–826). Mówiąc wprost, istnieje niewielka różnica między przekonaniem, że osiągnięcie sukcesu jest uzależnione od własnych działań (teoria przewidywania Rottera) a przekonaniem o posiadaniu umiejętności potrzebnych do wykonania tego zadania (teoria poczucia skuteczności). Zauważmy, że w teorii Bandury mamy dwa typy oczekiwań: oczekiwanie własnej skuteczności oraz oczekiwanie, że dane zachowanie (które można wykonać dobrze lub źle) doprowadzi do pożądanego rezultatu (czy – jak określał to sam autor – do wzmocnienia). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli Rottera oznacza

natomiast oczekiwanie, że przyszłe wzmocnienia są uzależnione od działań danej osoby. Kirsch, podsumowując swoją analizę porównawczą stwierdza, że „różnica pomiędzy obiema teoriami wydaje się być tylko i wyłącznie semantyczna” (Kirsch, 1985 s. 826). Można więc pokusić się o stwierdzenie za tym autorem, że obie te teorie opisują to samo zjawisko. Rysunek 1 stanowi graficznie ujęcie zbieżność obu teorii.



**Rysunek 1.** Model integrujący teorię poczucia skuteczności Bandury (Bandura 1977) i teorię społecznego uczenia się Rottera (Rotter 1954)

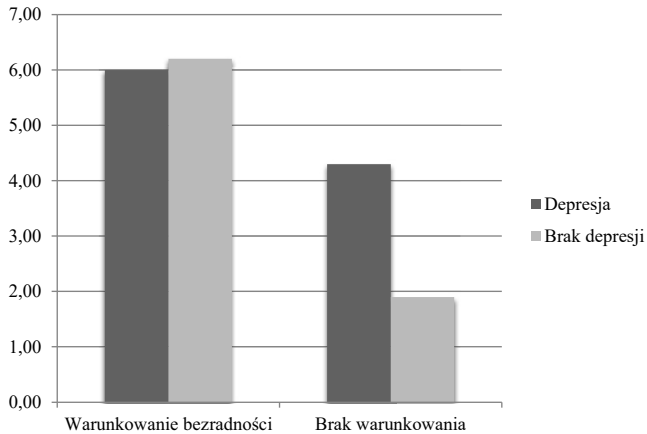
**Źródło:** opracowanie na podst. Kirsch (1985).

Wewnętrzne przekonanie o wpływie na uzyskiwanie wzmocnień bardzo wyraźnie zostało zaakcentowane w teorii wyuczzonej bezradności Seligmana. Wyuczona bezradność to „stan charakteryzujący się oczekiwaniem na przykre wydarzenia i przekonaniem, że nie można zrobić nic, by im zapobiec. Prowadzi do wykształcenia postawy biernej, deficytów poznawczych i innych symptomów przypominających depresję” (Seligman i in., 2003, s. 763).

Plan większości badań dotyczących wyuczzonej bezradności był oparty na schemacie zaprojektowanym przez Hiroto i Seligmana (1975). Po doświadczeniu nierozwiązywalnego problemu badani musieli zmierzyć się z kolejnym zadaniem, które można było rozwiązać. Osoby w pierwszej fazie procedury narażone na dźwięk niemożliwy do uniknięcia, o wiele gorzej radziły sobie z rozszyfrowywaniem anagramów słownych. Podobną zależność uzyskano wtedy, gdy w pierwszej fazie uczestnicy otrzymali zadanie umysłowe niemożliwe do rozwiązania, a potem mieli za pomocą przycisku wyłączać nieprzyjemny dźwięk. Okazało się, że wyuczona bezradność może być generalizowana na zadania o zupełnie innym charakterze.

Aby sprawdzić zależność między depresją a wyuczoną bezradnością przeprowadzono badanie o identycznym planie badawczym z udziałem osób depresyjnych i niedepresyjnych. Zapytano badanych pod koniec eksperymentu, czy mieli wrażenie, że bez względu na to, co by robili, i tak nie zdołaliby rozwiązać postawionego przed nimi zadania. Wyniki odpowiedzi na to pytanie zostały przedstawione na rys. 2. Przy warunkowaniu bezradności, grupa osób zdrowych

i depresyjnych identycznie oceniała możliwość rozwiązania zadania w drugiej fazie eksperymentu (im wyższy wynik, tym większe przeświadczenie, że zadania nie da się rozwiązać). Natomiast, gdy w pierwszej fazie eksperymentu nie indukowano wyuczonej bezradności, osoby depresyjne istotnie gorzej oceniały swoje możliwości, niż osoby zdrowe (Miller, Seligman, 1975). Wyniki wykonania zadania były zbliżone do subiektywnej oceny badanych.

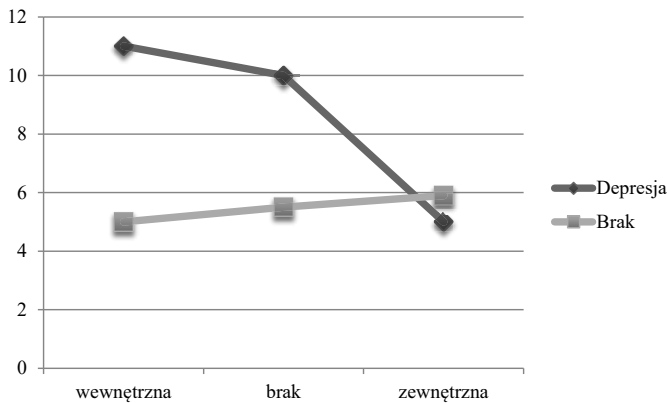


**Rysunek 2.** Subiektywna ocena osób badanych pod względem możliwości rozwiązania zadania w grupach z depresją i bez

**Źródło:** opracowanie na podst. Miller, Seligman (1975).

Pierwotna teoria Seligmana miała wyraźnie charakter neobehawioralny. Wyuczona bezradność jest stanem, w którym uzyskiwanie wzmocnień jest zupełnie niezależne od zachowania jednostki. Wraz z rozwojem koncepcji poznawczych, ta teoria również zaczęła ewoluować. Krokiem, który zapewnił jej miejsce wśród teorii poznawczo-behawioralnych było połączenie jej z teorią atrybucji. W pierwszym eksperymencie, w którym pojawił się ten konstrukt uznano, że wewnętrzna atrybucja porażki może pełnić funkcję mediatora (Klein i in., 1976). Grupa badawcza została podzielona na 5 podgrup różniących się warunkami sesji treningowej: (a) problem możliwy do rozwiązania; (b) grupa kontrolna, która czekała na ustawienie aparatury; (c) nierozwiązywalny problem bez instrukcji dotyczącej atrybucji porażki; (d) nierozwiązywalny problem z wewnętrzną atrybucją porażki; (e) nierozwiązywalny problem z zewnętrzną atrybucją porażki. Problem do rozwiązania polegał na odgadnięciu czterech właściwych kryteriów doboru kart (wielkość; kolor; typ i obramowanie liter) na podstawie uzyskiwanych informacji zwrotnych. W grupach, w których problem był nierozwiązywalny, badacz odpowiadał w trakcie treningu w sposób losowy, co uniemożliwiało odgadnięcie właściwych kryteriów. Po takim treningu, badani mieli za zadanie odczytać anagramy

– analogiczne do badania Hiroto i Seligmana (1975). Wyniki były zbieżne z eksperymentami wcześniejszymi (Hiroto, Seligman, 1975; Miller, Seligman, 1975). Na uwagę zasługuje procedura dotycząca indukowania atrybucji przyczyn porażki. Dwie grupy dostawały bowiem dodatkową instrukcję. Przed wykonaniem sesji treningowej prezentowano im wykres, który przedstawiał, jaki procent uczestników poprzedniego badania stanowili ci, którzy wykonali wszystkie zadania. Grupa z indukowaną atrybucją wewnętrzną dowiadywała się, że 55% osób rozwiązało wszystkie 4 problemy, 30% trzy problemy, 5% dwa, 9% jeden i zaledwie 1% nie wykonało żadnego zadania dobrze. Wykres był podsumowany zdaniem, że większość uczestników powinna poprawnie rozwiązać przynajmniej trzy problemy. W grupie z atrybucją zewnętrzną wykres wyglądał odwrotnie: 1% stanowili ci, którzy rozwiązali trzy zadania, 2% dwa zadania, 7% jedno, a aż 90% nie rozwiązało żadnego zadania. Tutaj zdanie pod wykresem informowało, że dla większości badanych prezentowane badanie okazało się bardzo trudne. Należy w tym miejscu przypomnieć, iż badani z grupy z nierozwiązywalnym problemem byli informowani o braku poprawnie rozwiązanych zadań.



**Rysunek 3.** Liczba porażek po warunkowaniu wyuczonych bezradności wśród osób z depresją i bez niej, gdy do nierozwiązywalnego zadania dodawano instrukcję atrybuującą przyczyn porażki

**Źródło:** opracowanie na podst. Klein i in. (1976).

Osoby niedepresyjne w procedurze atrybucyjnej wykonały to zadanie na tym samym poziomie bez względu na to, jaką instrukcję otrzymały. Z kolei deficyty osób depresyjnych, które ujawniły się we wszystkich dotychczasowych badaniach, zostały zniwelowane w grupie z atrybucją zewnętrzną (por. rys. 3). Ponieważ nie ma istotnej różnicy wśród osób depresyjnych między grupą z instrukcją o atrybucji wewnętrznej a grupą bez tej instrukcji, ważne wydają się informacje uzyskane wprost od badanych. Osoby badane pytano, w jakim stopniu ich sukces bądź porażka uzależnione były od trudności zadania. Pacjenci

depresyjni, za wyjątkiem grupy z atrybucją zewnętrzną, byli zgodni, że nie miała znaczenia trudność zadania. Oznacza to, że osoby depresyjne, które nie oglądały wykresów prezentujących trudność wykonania zadania, również stosowały atrybucję wewnętrzną (Klein i in., 1976).

Atrybucyjny model bezradności pozwala o wiele precyzyjniej przewidzieć, kiedy i w jakiej sytuacji jednostka zareaguje symptomami depresji (Abramson i in., 1978). Jeśli bowiem dana osoba doświadcza nieprzyjemnej sytuacji i ma poczucie, że nie może zrobić nic, aby jej uniknąć, nie oznacza to jeszcze, że zareaguje poczuciem bezradności. Wszystko uzależnione jest od atrybucji przyczyn danej sytuacji (por. tabela 1.). Atrybucja wewnętrzna oznacza, że winę za zaistniałą sytuację osoba bierze na siebie. Ponadto ma ona wrażenie, że inni poradziłoby sobie z nią o wiele lepiej. Sytuacja odwrotna ma miejsce, gdy przyczyny zlokalizowane są na zewnątrz. Wówczas za swoje położenie obwinia się innych lub uznaje się, że w takiej sytuacji inni również nie daliby sobie rady. Aby powstało poczucie wyuczonej bezradności, poza wewnętrznym umiejscowieniem przyczyn porażki muszą wystąpić dodatkowe warunki. Ważne jest to, czy osoba uważa, że przyczyny jej położenia są stabilne w czasie – czyli występują i będą występowały nadal, czy też niestabilne w czasie – czyli obecne tylko w danym momencie. Trzecim wymiarem, na podstawie którego osoby umiejscawiają przyczyny swoich niepowodzeń, jest uznanie, czy dane zdarzenie jest natury globalnej (dotyczy wielu sfer życia), czy też ma charakter specyficzny (aktualny tylko w danej sytuacji).

**Tabela 1.** Wymiary stylów wyjaśniania na przykładzie kobiety, z którą zerwał chłopak

Wymiary	Wewnętrzne		Zewnętrzne	
	stabilne	niestabilne	stabilne	niestabilne
Globalne	Nie jestem atrakcyjna	Czasami zanudzam mężczyzn	Mężczyźni nie lubią inteligentnych kobiet	Mężczyźni odrzucają
Specyficzne	Nie jestem atrakcyjna dla niego	Zanudzałam go moimi rozmowami	Przy inteligentnych kobietach on czuje się zagrożony	On nie potrafi wchodzić w związku

**Źródło:** opracowanie na podst. Abramson i in. (1978).

Autorzy atrybucyjnej teorii wyuczonej bezradności wprowadzili również pojęcie „istotnych osób”. Według nich, „to nie jest pocieszenie dla odnoszącego porażki studenta matematyki, że inni nie są w stanie rozwiązać skomplikowanych zadań. Dla niego najważniejsze jest to, że jego koledzy ze studiów, czyli «istotne dla niego osoby» sobie z tymi zadaniami radzą” (Abramson i in., 1978, s. 53).

Warto podkreślić, iż wewnętrzna, globalna i stabilna atrybucja przyczyn porażek stwarza warunki do wystąpienia depresji (Seligman i in., 1979). Taki styl atrybucyjny został nazwany „pesymistycznym stylem wyjaśniania”. Autorzy



stwierdzili również, że ten negatywny styl myślenia prowadzi do podtypu depresji nazywanej „depresją z brakiem nadziei” (por. Abramson i in., 1978), w której jednostka uważa, że obecne i przyszłe działania nie są w stanie zmienić czegokolwiek, co objawia się pasywnością i obniżonym nastrojem.

Teoria wyuczonej bezradności przeszła ogromną ewolucję. Jej pierwotna wersja zakładała, iż niekontrolowane wydarzenia prowadzą do symptomów depresyjnych. Było to błędne założenie, ponieważ wiele wydarzeń życiowych ma taki właśnie charakter. Teoria ta nie pozwalała wyjaśnić, dlaczego w przebiegu depresji pojawia się obniżone poczucie własnej wartości. Jak bowiem brak wpływu na zdarzenie miałoby to poczucie zaniżyć? Skoro zadania, które wykonywały osoby badane były niemożliwe do wykonania, to dlaczego uczestnicy przypisywali sobie odpowiedzialność za tę porażkę? Najważniejsze jest to, że początkowa teoria nie wyjaśniała intensywności oraz chroniczności depresji. Nie tłumaczyła również, czemu porażka doświadczona w jednym obszarze (np. w zadaniu matematycznym) była generalizowana na cały obraz siebie. Zamiana teorii wyuczonej bezradności na atrybucyjną teorię wyuczonej bezradności wpłynęła na sposób opisu procesów obecnych w depresji. Przestała ona bowiem koncentrować się na procesach zachodzących w trakcie epizodu depresyjnego, a zaczęła badać podatność na jej wystąpienie.

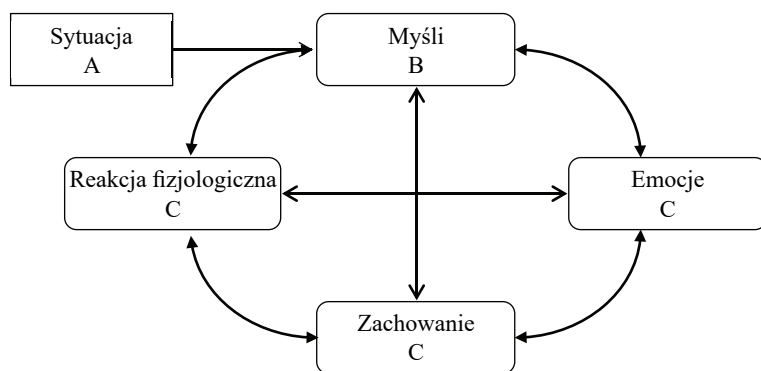
Wiele badań potwierdza założenia atrybucyjnej teorii wyuczonej bezradności (Metalsky i in., 1982; Raps i in., 1982; Peterson, Seligman, 1984) oraz wskazuje na stabilność stylów atrybucyjnych w czasie (Nolen-Hoeksema i in., 1986; Burns, Seligman, 1989).

## 2.2. Druga generacja terapii poznawczo-behawioralnych

Zgodnie z najnowszym podziałem, podejście poznawcze to zarówno druga, jak i trzecia generacja koncepcji poznawczo-behawioralnych. Nadejście drugiej fali spowodowane było trzema czynnikami, które „przyspieszyły zmianę paradygmatów terapii behawioralnej w stronę teorii poznawczych: postępy w psychologii poznawczej, pojawienie się procedur samokontroli i powstanie terapii poznawczych, w czym niezależnie od siebie mieli udział Ellis, Beck i Meichenbaum” (Weishaar, 2007, s. 55). Trzeba też zauważyć, że koncepcje neobehawioralne coraz bardziej otwierały się na wewnętrzny świat myśli i emocji człowieka. Przykładem jest opisywana wyżej zreformułowana teoria atrybucji Seligmana.

Terapie drugiej fali oparte są na modelu ABC, stworzonym przez Ellisa, w którym aktywizujące wydarzenia A (*Activating Event*) nie są bezpośrednią przyczyną emocjonalnych konsekwencji C (*Emotional Consequence*). Odpowiedzialne są za nie interpretacje B (*Belief System about A*), które osoba sama nadaje wydarzeniu A (Ellis, 1974). Koncepcja Ellisa ewoluowała przez wiele lat, co ma swoje odzwierciedlenie w zmianach nazw. W 1955 r. powstała terapia racjonalna

(RT), która w 1961 r. przekształciła się w terapię racjonalno-emotywną (RET), aby pod koniec lat 90 stać się racjonalno-emotywną terapią behawioralną (REBT). Ellis chciał, aby zmiana nazwy odzwierciedlała jej najważniejsze aspekty – zależność między przekonaniem, zachowaniem, emocjami i reakcjami fizjologicznymi (por. rys. 4). Jak sam stwierdza, racjonalność w nazwie odnosi się przede wszystkim do aspektu poznawczego. „Jeśli miałbym przemianować REBT, to nazwałbym ją poznawczo-emotywną zamiast racjonalno-emotywną terapią, ale obecnie jest już na to zdecydowanie za późno. Terapia poznawcza Becka i terapia poznawczo-behawioralna Meichenbauma są na tyle rozpoznawalne, iż nie odróżniałyby się nazwą od REBT” (Ellis, 1999, s. 154).



**Rysunek 4.** Model ABC Alberta Ellisa

**Źródło:** opracowanie na podst. Pragłowska, Popiel (2007).

Ewolucja teorii REBT nie została odnotowana przez polskie podręczniki akademickie. W większości z nich przeczytamy bowiem, że „terapeuta poznawczy nie oddziałuje wprost na emocje, ale na nieracjonalne przekonania, których cechą są uproszczenia i nadmierne uogólnienia. Pokazuje, na czym polega ich nieracjonalność i zachęca do zmiany przekonań na racjonalne” (Sęk, 2005, s. 113). To zdanie wystarczy zestawić z wypowiedzią twórcy REBT: „woli ona [terapia – przyp. A.Ś.], gdy pacjenci dokonują głębokich filozoficznych zmian, a nie tylko zastępują nieracjonalne przekonania i automatyczne negatywne myśli bardziej rozsądnymi. Terapia nie promuje tzw. pozytywnego myślenia czy zastępowania myśli negatywnych optymistycznymi, które mogą czasem okazać się zbyt krótkowzroczne” (Ellis, MacLaren, 2011, s. 22). Na zmianę filozoficzną składa się tu bezwarunkowa akceptacja siebie, innych i trudnych sytuacji, które mogą się przydarzyć (Ellis, 2008).

Za niekwestionowanego twórcę terapii poznawczej uznaje się Aarona Becka. Zauważył on, wbrew panującej wówczas opinii, że „osoby cierpiące na depresję nie dążą do niepowodzenia, lecz zniekształcają rzeczywistość, przyjmując negatywny obraz siebie i odmawiając sobie prawa do szczęścia” (Weishaar, 2007,

s. 38). Swoją koncepcję depresji oparł na trzech filarach: triadzie poznawczej, kluczowych schematach oraz na zniekształceniach poznawczych (Beck i in., 1979). Zdaniem Becka, depresja jest wynikiem uruchomienia wzajemnie ze sobą sprzężonych dysfunkcjonalnych przekonań, interpretacji i wspomnień, które aktywują powiązany z nimi afekt, motywację i zachowanie. Jeśli dana osoba pomyśli, że inni nie chcą się z nią kontaktować, odczuje dokładnie takie same emocje jak przy rzeczywistym odrzuceniu (np. smutek lub złość). Negatywne przekonania warunkują również zaburzenia motywacji. Jeśli bowiem cały czas przewiduje się porażki i dostrzega przeszkody na drodze do celu, motywacja, by go osiągnąć, gwałtownie spada. Teoria Becka tłumaczy także nadmierną zależność od innych osób czy też symptomy fizjologiczne. Należy jednak podkreślić, że triada poznawcza nie jest uznawana za przyczynę wystąpienia depresji. Sam Beck uważał, że jest to równie absurdalne, jak twierdzenie, że omamy wywołują psychozę (Hauga i in., 1991, s. 215).

Zarówno triada poznawcza, jak i zniekształcenia w myśleniu traktowane są jako rezultat procesów poznawczych, które odbywają się na głębszym poziomie. Ich źródłem są schematy poznawcze, zawierające informacje o *self*, zakodowane w okresie dzieciństwa. Jeżeli zaktywizowany zostanie schemat – większa liczba informacji zaczyna być tendencyjnie przez niego odbierana. Zniekształcenia poznawcze pozwalają dopasować bodźce do aktywnego schematu, który uzewnętrznia się w triadzie poznawczej. Negatywny obraz siebie, świata i przyszłości nie jest jednak tym samym, co schemat kluczowy. Schemat poznawczy przyczynowo prowadzi do depresji, której objawem, wraz z negatywnym stanem emocjonalnym i obniżoną motywacją, jest triada poznawcza.

Teoria Becka jest więc nie tylko opisem funkcjonowania osób cierpiących na depresję, ale również zwartą koncepcją pokazującą mechanizmy kształtowania się tego zaburzenia. Sposoby powstawania negatywnych schematów oraz metody radzenia sobie z nimi ujęte zostały w koncepcji Younga – terapii skoncentrowanej na schematach (*Schema Focused Therapy* – SFT). Nurt ten opiera się na założeniu, że schematy dezadaptacyjne „wyrastają z wczesnych toksycznych doświadczeń, w których potrzeby młodego człowieka nie znajdowały żadnego zaspokojenia” (Rafaelli i in., 2011, s. 18). Gdy już powstaną, są bardzo stabilnym i sztywnym elementem wpływającym na odbiór rzeczywistości, który ma tendencję do rozwijania się w ciągu całego życia. Według Younga (1999), schematy mają swoją ściśle określoną charakterystykę. Po pierwsze, są one bezwarunkowymi przekonaniami lub uczuciami dotyczącymi siebie lub otoczenia i przyjmowane są przez jednostkę *a priori* jako obowiązująca prawda. Po drugie, mają one tendencję do samopotwierdzania się, przez co są odporne na zmiany. Schematy te kształtują się w dzieciństwie i są wynikiem prawdziwych doświadczeń. Zapewniają więc bezpieczeństwo i możliwość kontroli nad otoczeniem. Ostrzegają przed tym, co już raz nastąpiło w naszym życiu (np. odrzuceniem, deprywacją emocjonalną itp.). Dzięki tym wszystkim cechom

odgrywają ważną rolę w kształtowaniu sposobu myślenia, odczuwania, zachowania się i wchodzenia w relacje z innymi.

Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb może się objawiać powstaniem jednego z 18 schematów, które Young podzielił na 5 domen (por. tabela 2). Każdej domenie przyporządkowano odpowiednie potrzeby: bezpiecznego przywiązania; autonomii i kompetencji; realistycznych granic i samokontroli; swobodnego okazywania potrzeb i uczuć oraz spontaniczności i zabawy (Young i in., 2003).

**Tabela 2.** Schematy wyróżnione w teorii Yonga w podziale na podstawowe domeny

Schemat	Procesy schematów		
	poddanie się	unikanie	kompensacja
1	2	3	4
<b>Domena I: Rozłączanie i odrzucanie</b>			
1. Porzucenie/brak stabilności	Wybór partnerów i przyjaciół, którzy są niedostępni lub nieprzewidywalni	Unikanie bliskich relacji z powodu lęku przed opuszczeniem	Odpychanie partnerów i bliskich swoją zaborczością i kontrolowaniem
2. Nieufność	Wybieranie nielojalnych przyjaciół lub partnerów	Unikanie zaangażowania w relacje osobiste lub zawodowe	Oszukiwanie, wykorzystywanie innych, zachowanie nadmiernie ufne
3. Deprywacja emocjonalna	Wybór chłodnych partnerów, zniechęcanie innych do ciepłych zachowań	Wycofanie, izolacja, unikanie bliskich relacji	Bycie bardzo wymagającym, żeby wszystkie potrzeby były zaspokojone
4. Ułomność/wstyd	Wybieranie krytycznych partnerów i przyjaciół, poniżanie się	Unikanie dzielenia się „wstydlivymi” myślami, potrzebami czy uczuciami z powodu lęku przed odsłonięciem	Zachowanie się w sposób krytyczny i karzący wobec innych. Perfekcjonizm
5. Izolacja społeczna	Bycie w grupie ale na samym obrzeżu, nie w pełni przynależenie	Unikanie kontaktów, spędzanie czasu samemu	Stworzenie „fasady” żeby być w grupie, jednak nadal czucie się innym
<b>Domena II: Ograniczenie autonomii</b>			
6. Zależność/brak kompetencji	Prośnienie o pomoc we wszystkim, sprawdzanie decyzji, wybieranie nadmiernie ochraniających partnerów, którzy się wszystkim zajmą	Odraczanie decyzji, unikanie niezależności czy podejmowania normalnych, dorosłych obowiązków	Demonstrowanie nadmiernej niezależności, nawet gdy prośba o pomoc byłaby zdrowa i normalna

1	2	3	4
<b>Domena II: Ograniczenie autonomii</b>			
7. Kruchość, wrażliwość	Zamartwianie się nadchodzącymi nieszczęściami, poszukiwanie zapewnień u innych	Fobiczne unikanie „zagrożających” sytuacji	Używanie rytuałów i myślenia magicznego, niebezpieczna jazda, ignorowanie niebezpieczeństw
8. Rozmycie granic	Naśladuje zachowanie bliskich. Zachowuje bliskość z drugą osobą. Nie wykształca oddzielnej tożsamości z unikalnymi preferencjami	Unikanie relacji z osobami podkreślającymi indywidualność	Nadmierna autonomia
9. Porażka	Pracowanie poniżej standardów, porównywanie się na swoją niekorzyść z innymi	Unikanie nowych albo trudnych zadań, unikanie wytyczania sobie celów zawodowych adekwatnych do swoich zdolności	Umnieszanie osiągnięć innych, próba osiągnięcia innych wygórowanych standardów
<b>Domena III: Zachwianie granic</b>			
10. Uprzywilejowanie/ dominacja	Związki, w których nie ma równości, zachowania samolubne, pomijanie cudzych potrzeb i uczuć, zachowania wyższościowe	Unikanie sytuacji, w których nie mogę zabłysnąć	Dawanie innym drogich prezentów, dawanie dotacji organizacjom charytatywnym.
11. Niewystarczająca samokontrola/ samodyscyplina	Wykonywanie zadań, które są nudne. Utrata kontroli nad zachowaniami, nadmierne objadanie się, picie, hazard	Osoba taka nie pracuje, bywa wyrzucana ze szkoły, nie stawia sobie celów zawodowych	Osoba wkłada duży wysiłek, żeby skończyć projekt. Podejmuje próby samokontroli
<b>Domena IV: Ukierunkowanie na innych</b>			
12. Podporządkowanie	Pozwalanie innym na podejmowanie decyzji i kontrolowanie sytuacji	Unikanie sytuacji, w których mogłoby dojść do konfliktu z innymi	Zachowania bierno-agresywne lub buntownicze
13. Samopoświęcenie	Robienie wielu rzeczy dla innych, zbyt mało dla siebie	Unikanie sytuacji wymagających dawania lub brania od innych	Dawanie tak mało od siebie innym jak to jest tylko możliwe
14. Poszukiwanie aprobaty/uznania	Zachowanie w celu wywołania uznania wśród innych	Unikanie sytuacji, w których trzeba byłoby zyskiwać aprobatę innych	Prowokowanie dezaprobaty lub stanie na uboczu z dala od innych

Tabela 2.cd.

1	2	3	4
Domena V: Nadmierna czujność i zahamowanie			
15. Pesymizm	Rezygnacja ze starania się, oczekiwanie na najgorsze	Unikanie trudnych wyzwań i zagrożenia (również poprzez używki)	Nadmierny optymizm, który spada w miarę upływu czasu wywołujący wrażenie labilności
16. Zahamowanie emocjonalne	Koncentracja na zdrowym rozsądku, płytkość emocjonalna, nieokazywanie spontanicznych uczuć czy zachowań	Unikanie sytuacji gdzie wymagana jest ekspresja (np. taniec)	Odhamowanie, impulsywność (używanie substancji psychoaktywnych)
17. Bezlitosne normy	Spędzanie nadmiernej ilości czasu na próbach bycia perfekcyjnym	Unikanie podejmowania wyzwań lub ich odkładanie	W ogóle nie zwraca uwagę na standardy, robi wszystko niedbale
18. Skłonność do wymierzania kar	Samoobwinianie się, przyjmowanie nadmiernej odpowiedzialności	Unikanie odpowiedzialności	Wybacza wszystkie przewinienia

**Źródło:** opracowanie na podst. Yonug i in. (2003).

Tak zarysowana teoria niewiele różni się od teorii stworzonej przez Becka. Jednakże jej najważniejszym elementem są procesy funkcjonowania dezadaptacyjnych schematów. Każdy organizm może reagować na zagrożenie na trzy sposoby: walką, ucieczką lub zastygnięciem. Podobne reakcje możemy zaobserwować w przypadku schematów (Young i in., 2003). Pierwsza z nich to reakcja poddania się schematowi (*surrender*), co polega na uznaniu, że doświadczenia kształtujące schemat są czymś naturalnym i trzeba się z nimi pogodzić. Jeśli posłużymy się przykładem schematu porażki, jest to uznanie, że nic w życiu nie wychodzi i lepiej podejmować działania, które są dobrze znane. Drugi sposób radzenia sobie ze schematem to unikanie (*avoidance*). W schemacie porażki będzie to polegało na unikaniu wszelkich możliwych niepowodzeń i wycofywaniu się z działań, które mogą je spowodować. Ostatni sposób – odpowiednik walki – to kompensacja (*overcompensation*). Jest to perfekcyjne dbanie o wszelkie detale, nadmierna staranność oraz chęć, by wykonywana praca została bardzo dobrze oceniona.

Teoria Younga tłumaczy, dlaczego osoby, które miały podobne doświadczenia życiowe (np. rodzina alkoholowa) i mają wykształcone identyczne schematy, mogą zachowywać się w zupełnie odmienny sposób. SFT znalazło swoje zastosowanie w terapii zaburzeń osobowości, w szczególności osobowości typu *borderline*. Badania wykazują, że trzyletnia terapia SFT jest skuteczniejsza niż trwająca

tyle samo psychodynamiczna terapia, skoncentrowana na przeniesieniu (Giesen-Bloo i in., 2006). Również w tym podejściu pacjenci lepiej oceniają relację z terapeutą, która jest jednym z ważniejszych czynników terapeutycznych (Spinhoven i in., 2007). SFT, po odnotowaniu wysokiej skuteczności dla zaburzenia osobowości typu *borderline*, doczekało się oddzielnego protokołu terapeutycznego tylko dla tego typu zaburzenia (Arntz, van Genderen, 2009). Jest to teoria z pogranicza drugiej i trzeciej fali psychoterapii poznawczych, ponieważ główny nacisk kładzie na struktury poznawcze, a nie na zachodzące w nich procesy. Techniki terapeutyczne są jednak bliższe trzeciej fali, w której najważniejszym elementem jest doświadczanie i praca oparta na emocjach.

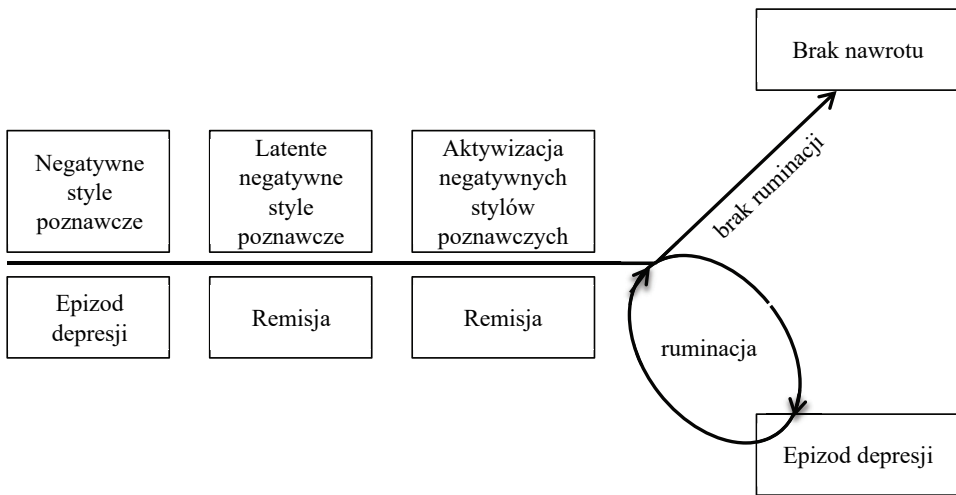
### 2.3. Trzecia generacja terapii poznawczo-behawioralnych

Teoria Younga oraz badania empiryczne weryfikujące założenia teorii Becka sprawiły, że zainteresowanie badaczy przekierowane zostało na zachodzące procesy poznawcze. Ich treść traciła stopniowo znaczenie.

Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) miała swój początek w poszukiwaniach metody pozwalającej obniżyć liczbę nawrotów zaburzeń depresyjnych. Badania pokazywały, że po 15 miesiącach od zakończenia terapii u 32% osób wystąpiły symptomy rezydualne, które u większości (76% osób) doprowadziły do ponownego epizodu depresji (Paykel i in., 1995). Co więcej, osoby w remisji nie różniły się poziomem negatywnych myśli, atrybucji czy też przekonań od osób, które nigdy nie chorowały na depresję (por. Segal, Ingram, 1994). Takie wyniki wzbudzały wątpliwości, czy czynniki poznawcze mogą przyczynowo prowadzić do depresji. Ze względu na fakt, iż schematy kluczowe są latentne, w badaniach nad skutecznością terapii zaczęto stosować procedurę primingu. Porównywano w nich osoby w remisji z osobami, które nigdy nie chorowały na depresję korzystając z procedury wzbudzania negatywnego nastroju. Pierwszy taki eksperyment przeprowadzony przez Teasdale i Denta (1987; za: Segal, Ingram, 1994) wykazał, że gdy wzbudzono negatywny nastrój, osoby w remisji ujawniały negatywne style myślenia zbliżone do tych, które mają osoby z depresją. Tym samym uaktywnia się cały szereg depresyjnych sposobów przetwarzania informacji, który pogłębiając smutek uruchamia błędne koło prowadzące do nawrotu depresji. W trakcie serii kolejnych badań wykazano, że symptomy depresyjne są wywoływane (re)aktywacją negatywnych struktur poznawczych.

Twórcy MBCT stwierdzili, że najważniejszym czynnikiem nawrotu nie jest sama podatność poznawcza, ale ruminacyjny styl myślenia, który po aktywizacji negatywnych schematów poznawczych uruchamia błędne koło prowadzące do depresji (por. rys. 5). Opracowując metodę zapobiegania nawrotom zaburzenia depresyjnego Segal, Williams i Teasdale szukali sposobu na powstrzymanie tendencji do ruminacji. W ten sposób połączyli swoją pracę z programem redukcji

stresu Kabata-Zinna (2003), tworząc tym samym ośmiosesyjny protokół terapii poznawczej opartej na uważności (MBCT). Uczy on doświadczania bieżącego momentu bez dokonywania jakiegokolwiek ewaluacji oraz dystansowania się do pojawiających się w świadomości myśli automatycznych. W świetle wyników badań dotyczących nawrotu depresji jest to bardzo ważna umiejętność. Podczas gdy „większość ludzi może być zdolna do zlekceważenia sporadycznego smutnego nastroju, u osób po przebytych epizodach depresyjnym niewielkie obniżenie nastroju może wywołać dużą i potencjalnie niszczącą zmianę we wzorach myślenia” (Segal i in., 2009, s. 26–27).



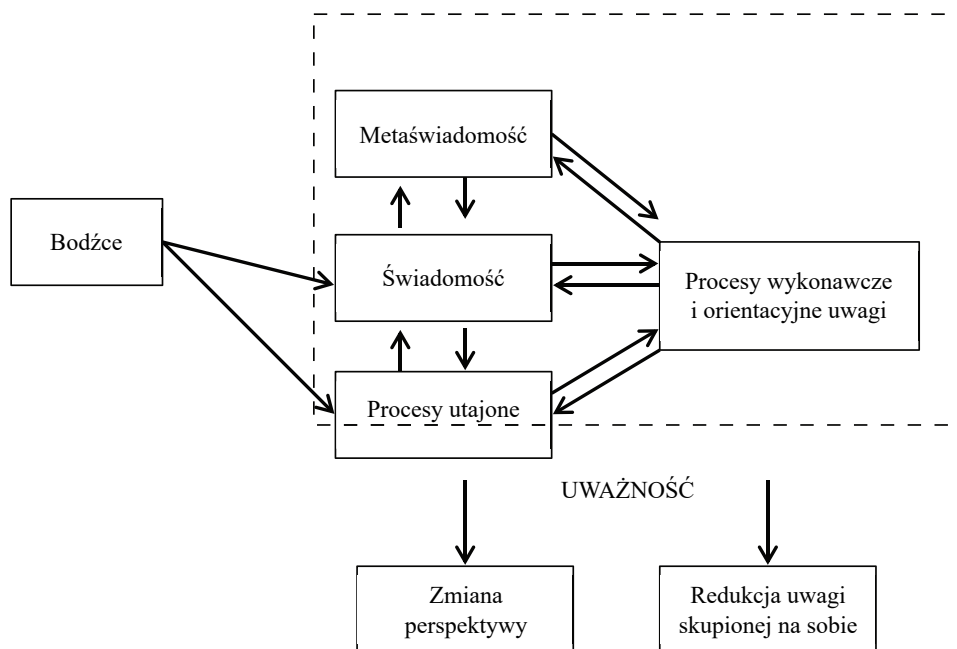
**Rysunek 5.** Schemat powstawania nawrotów depresji

**Źródło:** opracowanie własne na podst. na podst. Segal i in. (2009).

Warto zastanowić się nad mechanizmem poznawczym funkcjonowania uważności, ponieważ jako stan umysłu, jest ona w stanie zahamować ruminacyjny styl myślenia i tym samym powstrzymać nawrót zaburzenia depresyjnego. Zgodnie z modelem stworzonym przez Jankowskiego i Holasa (2009), świadomość składa się z trzech podstawowych komponentów: świadomości podstawowej, utajonych procesów monitorujących oraz metaświadomości (por. rys. 6). Pierwsza z nich – świadomość podstawowa – obejmuje wszelkie doznania percepcyjne, emocje oraz automatyczne procesy myślowe. Procesy monitorujące są odpowiedzialne za detekcję niepożądanych treści oraz, w razie konieczności, blokowanie im dostępu do świadomości. Aby detekcja ta przebiegała sprawnie, każdy bodziec kategoryzowany jest jako „przyjemny/nieprzyjemny” lub „bezpieczny/zagrażający”. Metaświadomość – kolejny komponent świadomości – odpowiada za odzwierciedlanie treści świadomości podczas reakcji na silny bodziec wewnętrzny lub zewnętrzny, dzięki czemu osoba staje się świadoma faktu,



że czegoś doświadcza. Metaświadomość różni się jednak od świadomości podstawowej. Widać to wyraźnie na płaszczyźnie temporalnej oraz translacyjnej. Jeśli w trakcie czytania książki zorientujemy się, że zamiast czytać rozmyślamy o czymś zupełnie innym, to sam moment zdania sobie sprawy z tego, co się dzieje w naszym strumieniu świadomości, jest właśnie efektem procesów metaświadomych. Jest to objaw o charakterze temporalnym, ponieważ kierujemy naszą uwagę na to, co się dzieje w naszej świadomości kilka chwil wcześniej. Różnice o charakterze translacyjnym objawiają się w trakcie oceny tego, co się przed chwilą odczuwało. Idealnym przykładem powyższego procesu jest chęć uniknięcia emocji bądź myśli obecnych w strumieniu świadomości (np. reakcja na myśli natrętne bądź lęk). Można powiedzieć, że procesy utajone, poprzez uznanie bodźców za niepożądane, aktywują metaświadomą analizę dążącą do zmiany tego stanu. W ten sposób treści obecne w świadomości podstawowej różnią się od treści metaświadomości. Uwaga, zgodnie z tym modelem, charakteryzuje się: „(1) zredukowaną liczbą dysocjacji (zarówno temporalnych, jak i translacyjnych) pomiędzy świadomością i metaświadomością, (2) bardziej klarowną świadomością podstawową, (3) zredukowanym wpływem utajonych procesów ewaluacyjnych na aktywizowanie procesów poznawczych wyższego rzędu” (Jankowski, Holas, 2009, s. 61).



**Rysunek 6.** Teoretyczny model uważności, określający mechanizmy poznawcze leżące u jej podłoża

**Źródło:** opracowanie na podst. Jankowski, Holas (2009).

Rosnąca liczba badań empirycznych potwierdza trafność opisanego modelu. Osoby, które przeszły trening uważności, wykazywały większą łatwość do nieangażowania procesów uwagi w analizę bodźców znaczących emocjonalnie, czego efektem było zmniejszenie dysocjacji między świadomością podstawową a metaświadomością. W tym samym badaniu zarówno grupa uczestnicząca w treningu relaksacyjnym, jak i grupa znajdująca się na liście oczekujących, nie wykazały zmian (Ortner i in., 2007). Jednak największe znaczenie dla weryfikacji modelu funkcjonowania uważności mają badania z wykorzystaniem neuroobrazowania mózgu. Wykazano już, że indukowany smutek zmienia pobudzenie w przyśrodkowej korze przedczołowej (*medial prefrontal cortex*), korze oczodołowo-czołowej (*orbitofrontal cortex*) oraz w korze zakrętu obręczy (*cingulate cortex*) (por. tabela 3). Jeśli dodatkowo aktywowany jest obszar bruzdy skroniowej górnej (wraz z obszarem Wernickego *superior temporal sulcus*), możemy mówić o obszarach ściśle związanych z pamięcią autobiograficzną i myśleniem autoreferencyjnym (Cavanna, Trimble, 2006). Badanie Farb i in. (2010) pokazało, że uczestnicy treningu uważności charakteryzowali się mniejszą aktywnością w obszarach odpowiedzialnych za ruminacyjne przetwarzanie danych, czyli w przedklinku (*precuneus*), w tylnym zakręcie obręczy (*posterior cingulate*), lewostronnej korze przedczołowej, wieczku (*frontal operculum*) oraz bruzdzie skroniowej górnej (*superior temporal sulcus*), powiązanej z obszarem Wernickego. Zwiększyło się natomiast pobudzenie obszaru jąder podstawnych (*basal ganglia*), wyspy (*insula*) oraz przyśrodkowej kory przedczołowej (*medial prefrontal cortex*), czyli obszarów odpowiedzialnych za uwagę introceptywną (Critchley i in., 2004). Takie wyniki jednoznacznie pokazują, że trening uważności prowadzi do zmiany sposobu regulacji afektu, a nie do blokowania ekspresji emocji. Ponadto, zmiany aktywacji w wymienionych obszarach mózgu były istotnie skorelowane z symptomami depresji, mierzonymi za pomocą skali depresji Becka (BDI).

Opisywane obszary mózgu, które pod wpływem treningu uważności zmieniają swoją aktywność, a czasem nawet i plastyczność połączeń między neuronami, są odpowiedzialne za przetwarzanie informacji autoreferencyjnych, uwagę introceptywną, reakcję emocjonalną i pamięć. Badania wyraźnie potwierdzają zmniejszenie ruminacyjnego stylu myślenia pod wpływem uważności (Deyo i in., 2009; Chambers i in., 2008). Nawet wtedy, gdy kontrolowano symptomy depresyjne i lękowe, uważność obniżała ruminacyjny styl myślenia. Efekt wpływu obliczany współczynnikiem  $d$  Cohena dla tej zależności wynosił  $d = 0,80$  (Ramel i in., 2004). Taka zmiana regulacji stanów emocjonalnych wpływa również na zmniejszenie facylitacji dla bodźców negatywnych i zmniejszenie hamowania dla bodźców pozytywnych (De Raedt i in., 2012). Co więcej, w wyniku treningu uważności obserwuje się zmianę w obrębie pamięci. Zmniejsza się bowiem ilość nadmiernych generalizacji, które ustępują miejsca bardziej specyficznym wspomnieniom autobiograficznym (Williams i in., 2000).

**Tabela 3.** Zmiany w aktywacji poszczególnych obszarów w mózgu w trakcie odczuwania smutku, wyróżnione na podstawie fMRI u osób bez i po treningu uważności

Aktywność obszarów mózgu w trakcie odczuwania smutku	Aktywność obszarów mózgu w trakcie odczuwania smutku po przebytych treningu uważności
Zmniejszenie pobudzenia	
Wyspa (P) Boczna kora przedczołowa (P) Brzuszna część przedniego zakrętu obręczy (P) Kora oczodołowo-czołowa	Przedklinek (P) Tylne zakręcie obręczy Bocznej korze przedczołowej (L) Wieżko (L) Bruzda skroniowa górna (L)
Zwiększenie pobudzenia	
Bruzda skroniowa górna (L) Boczna kora przedczołowa (L) Zakręt skroniowy środkowy (L) Przedklinek (P)	Wyspa (P) Przyśrodkowa kora przedczołowa (P) Jądra podstawne

P – prawa półkula, L – lewa półkula.

**Źródło:** opracowanie na podst. Jaracz (2004), Farb i in. (2010).

Terapię poznawczą, opartą na uważności, mimo że została stworzona jako protokół do zapobiegania występowaniu nawrotów depresji, zaimplementowano do pracy z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Dopiero Hayes w swojej koncepcji terapii akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) stworzył pełen model funkcjonowania poznawczego człowieka. Według niego, jedną z przyczyn występowania problemów psychicznych jest chęć unikania wszelkich nieprzyjemnych stanów. Dzięki zdolności do przewidywania przyszłości oraz planowania własnych działań, człowiek może unikać wielu zagrożeń. „Język i racjonalne myślenie są przydatne w tak wielu kontekstach, że łatwo o ich nadużycie w obszarach, gdzie nie są ani potrzebne, ani użyteczne” (Luoma i in., 2007, s. 9). Jeśli zostaną zastosowane do stanów emocjonalnych (smutek, lęk itp.) lub umysłowych (np. myśl natrętna), sprawią, że te doświadczenia wewnętrzne staną się bardziej centralne, widoczne i będą coraz mocniej wpływać na codzienne funkcjonowanie. Dochodzi wówczas do ich intensyfikacji. Nasila to aktywność procesów myślowych, planujących, w jaki sposób można się tych stanów pozbyć. Taki proces został nazwany psychologiczną sztywnością (*psychological inflexibility*). Składa się na nią 6 elementów (por. rys. 7).



**Rysunek 7.** Model powstawania psychopatologii, której centralnym punktem jest psychologiczna sztywność.

**Źródło:** opracowanie na podst. Hayes i in. (2006).

Są to:

- Unikanie doświadczania (*experiential avoidance*) – to chęć kontrolowania lub zastąpienia formy, częstotliwości albo intensywności wewnętrznego doświadczania (myśli, emocji, odczuć czy też wspomnień). Wynika ona z naturalnej tendencji do oceniania, przewidywania i unikania zdarzeń. Wymaga często poświęcenia ogromnej energii, aby poprawić swoje samopoczucie, nawet kosztem porzucenia własnych celów życiowych.

- Fuzja poznawcza (*cognitive fusion*) – oznacza nieróżnicowanie treści poznawczych od rzeczywistości. Jeśli myśli i interpretacje dotyczące siebie i świata są uznawane za bezwarunkowo prawdziwe, warunkują one określoną reakcję. Z kolei myślenie nie jest wiernym obrazem rzeczywistości, ale jedynie czynnością, która bardzo często jest wykonywana w sposób automatyczny.

- Skupienie na przeszłości i przyszłości (*dominance of the conceptualized past and future*) – ocenianie, przewidywanie oraz fuzja poznawcza doprowadzają do chęci uniknięcia negatywnych odczuć związanych z bieżącą chwilą. Umysł zajmuje się więc planowaniem, przewidywaniem lub wspomnianiem, które uniemożliwiają doświadczanie bieżącego momentu.

- Przywiązanie do wizji siebie (*attachment to the conceptualized Self*) – wszelkie doświadczenia, szczególnie te, które są związane z osobami z najbliższego otoczenia, kształtują przekonania dotyczące siebie. Rodzice, przyjaciele, szkoła mogą wpływać na wizję siebie jako osoby nieważnej, gorszej, bezwartościowej itp. Takie przekonania mogą warunkować chęć udowodnienia sobie bądź innym, że jest zupełnie inaczej lub też prowadzić do unikania sytuacji, które mogłyby je potwierdzać.

- Brak klarownych celów (*lack of values clarity*) – głównym celem działań jest unikanie przykrych doświadczeń lub unikanie aktywacji negatywnych przekonań dotyczących siebie. Wówczas działanie zgodne z własnymi celami żywymi staje się niemożliwe. Większość osób cierpiących na zaburzenia afektywne potrafi określić swoje cele życiowe (bycie szczęśliwym, rozwijanie kariery zawodowej itd.), ale psychologiczna sztywność sprawia, że skupiają się na celach negatywnych (nie byciu smutnym, unikaniu porażek itd.).

- Stagnacja lub impulsywność (*inaction or impulsivity*) – pięć powyższych elementów wywołuje impulsywną reakcję na myśl/emocję albo zahamowanie wszelkiego działania.

Tak stworzony model łączy ze sobą tradycyjne teorie poznawczo-behawioralne z filozofią uważności. Dla sześciu procesów odpowiedzialnych za powstawanie psychopatologii stworzono alternatywy. Ich centralnym elementem jest psychologiczna elastyczność (*psychological flexibility*), czyli umiejętność doświadczenia bieżącego momentu bez jego ewaluacji oraz podejmowanie działań, które służą osiągnięciu osobistych wartości. Hayes uważa, że to nie zniekształcone myśli wywołują problem klienta, ale stosunek, jaki do nich prezentuje (Hayes, 2004). Właśnie dlatego jednym z podstawowych procesów prowadzących do zdrowia jest dystansowanie się do własnych procesów poznawczych (*cognitive defusion*). Oznacza to traktowanie myśli jako pewnych symboli, które nie są tożsame z tym, co symbolizują. Tak jak obraz jedzenia nie jest w stanie zaspokoić głodu, podobnie wyobrażenie katastrofy nie może wyrządzić krzywdy. W odróżnieniu od klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, terapeuta ACT nie koncentruje się na dyskusji z myślami automatycznymi, ponieważ sprawia to, że klient skupia się właśnie na tych myślach. Natomiast dzięki nabieraniu dystansu do nich, uczy się oddzielać symbol (myśl, wyobrażenie, wspomnienie) od tego, co symbolizuje – czyli od rzeczywistości.

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) jest przykładem połączenia terapii poznawczo-behawioralnej, skupiającej się na treściach poznawczych, z nurtami skoncentrowanymi na przetwarzaniu emocjonalnym i kontekstualizmie. Obecnie teorie poznawcze stanowią jedną z najważniejszych grup teorii z zakresu psychologii klinicznej. Początkowo stworzone zostały jako metoda leczenia zaburzeń depresyjnych, ale ich zakres rozszerzono na tendencje samobójcze, zaburzenia lękowe, osobowości oraz na schizofrenię (Beck, Dozois, 2011).

### 3. PODSUMOWANIE

Celem artykułu było przedstawienie historii rozwoju koncepcji poznawczych w psychologii klinicznej. Bazując na teoriach neobehawioralnych i teorii uczenia się, Beck stworzył koncepcję, w której procesy poznawcze odgrywają wiodącą rolę w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych. Teorie terapii poznawczych przeszły dużą ewolucję, ale wszystkie oparte są na wspólnych założeniach. Podstawowym elementem funkcjonowania psychologicznego są struktury poznawcze, odpowiedzialne za interpretację bieżących doświadczeń. Nadawane znaczenia mają charakter subiektywny, a poszczególne osoby mają predyspozycje do tworzenia specyficznych, błędnych konstruktów poznawczych. „Psychopatologia jest rezultatem skonstruowanych dezadaptacyjnych znaczeń i znaczeń odnoszących się do samego siebie (*self*), kontekstu środowiskowego i przyszłości” (Alford, Beck, 2005). Zgodnie z najnowszym paradygmatem badań w ramach modelu podatność-stres (Alloy, Riskind, 2006) uznaje się, że część struktur poznawczych pozostaje przez większość czasu w stanie latentnym. Dopiero sytuacje kryzysowe aktywują negatywne przekonania, doprowadzając do negatywnego przetwarzania informacji dotyczących siebie, co przyczynia się do wystąpienia objawów zaburzenia (por. Riskind, Alloy, 2006).

Teorie poznawcze drugiej i trzeciej generacji opierają się na wspólnym modelu osobowości, w którym „procesy poznawcze, afektywne i motywacyjne są determinowane przez indiosynkratyczne struktury lub schematy stanowiące podstawowe elementy osobowości” (Alford, Beck, 2005). Schematy poznawcze kształtowane są w dzieciństwie w toku różnych doświadczeń. Są więc zarówno świadomymi, jak i nieświadomymi strukturami znaczeń, które w momencie powstania mają charakter adaptacyjny.

Koncepcje poznawcze wyróżniły więc spójną teorię osobowości, wychodząc daleko poza psychologię zachowań, procesów i struktur poznawczych. Różnice w podejściu poszczególnych generacji dotyczyły przede wszystkim tego, czemu poświęcano najwięcej uwagi. W terapiach drugiej generacji najważniejszym elementem jest restrukturyzacja poznawcza, podczas której dochodzi do dyskusji z myślami automatycznymi, następuje podważanie wiary w nie oraz nabieranie dystansu do przekonań kluczowych. W terapiach trzeciej generacji znaczenia nabierają dodatkowo procesy poznawcze i mechanizmy kierujące przetwarzaniem informacji dotyczących siebie. Uwzględniają one jednak wszystkie założenia wcześniejszych generacji.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson L. Y., Seligman M. E., Teasdale J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49–74.
- Alford B. A., Beck A. T. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Alloy L. B., Riskind J. H. (red.) (2006). *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Arntz A., van Genderen H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
- Battle E. S., Rotter J. B. (1963). Children's feelings of personal control as related to social class and ethnic group. *Journal of Personality*, 31 (4), 482–490.
- Beck A. T., Dozois D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *The Annual Review of Medicine*, 62, 397–409.
- Beck A. T., Rush J. A., Shaw B. F., Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Burns M. O., Seligman M. E. (1989). Explanatory style across the life span: Evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (3), 471–477.
- Cavanna A. E., Trimble M. R. (2006). The precuneus: A review of its functional anatomy and behavioural correlates. *Brain*, 129, 564–583.
- Chambers R., Lo B. C. Y., Allen N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303–322.
- Critchley H. D., Wiens S., Rotshtein P., Öhman A., Dolan R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7 (2), 189–195.
- De Raedt R., Baert S., Demeyer I., Goeleven E., Raes A., Visser A., Wylmans M., Jansen E., Schacht R., Van Aalderen J. R., Speckens A. (2012). Changes in Attentional Processing of Emotional Information Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in People with a History of Depression: Towards an Open Attention for all Emotional Experiences. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 612–620.
- Deyo M., Wilson K. A., Ong J., Koopman C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *Explore*, 5 (5), 265–271.
- Ellis A. (1974). Experience and rationality: The making of a rational-emotive therapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11 (3), 194–198.
- Ellis A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36 (2), 154–159.
- Ellis A. (2008). *Jak zadbać o własne szczęście*. Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Ellis A., MacLaren C. (2011). *Terapia racjonalno-emotywna. Podręcznik*. Gliwice: Helion.
- Farb N. A. S., Anderson A. K., Mayberg H., Bean J., McKeon D., Segal Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10 (1), 25–33.
- Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., Kremers I., Nadort M., Arntz A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (6), 649–658.
- Grzesiuk L. (red.). (2005). *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.

- Haaga D. A., Dyck M. J., Ernst D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110 (2), 215–236.
- Hayes S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. Mindfulness, Acceptance, and Relationship. [W:] S. C. Hayes, V. M. Follette, M. M. Linehan (red.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (s. 1–29). New York: The 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, 1–25.
- Hiroto D. S., Seligman M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31 (2), 311–327.
- Jankowski T., Holas P. (2009). Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii. *Studia Psychologiczne*, 47 (4), 59–79.
- Jaracz J. (2004). Neuroanatomia depresji w świetle czynnościowych badań neuroobrazowych. *Psychiatria*, 1 (2), 73–79.
- Juczyński Z. (1995). Zespół presuicydalny w ujęciu poznawczo-behawioralnym. [W:] B. Hołyst, M. Staniaszek (red.), *Samobójstwo. Materiały z I Konferencji Suicydologicznej w Łodzi w dniach 24–25.11.1995 r.* (s. 64–77). Warszawa–Łódź: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Keegan E. (2009). *The Future of CBT. Do We Really Need to Shave Our Heads? Wystąpienie zaprezentowane na Cognitive-Behavioral Therapy: In Search of Effective Methods of Treatment*, Warsaw: Poland.
- Kirsch I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 824–830.
- Klein D. C., Fencil-Morse E., Seligman M. E. (1976). Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33 (5), 508–516.
- Kokoszka A. (2009). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Podstawowe zasady i przykłady z praktyki klinicznej z opisami Arthura Freemana, Franka Dattilia i Tullia Scrimalego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Luoma J. B., Hayes S. C., Walser R. D. (2007). *Learning ACT. An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Metalsky G. I., Abramson L. Y., Seligman M. E., Semmel A., Peterson C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (3), 612–617.
- Miller W. R., Seligman M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (3), 228–238.
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J. S., Seligman M. E. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (2), 435–442.
- Ortner C. N. M., Kilner S. J., Zelazo P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, 31, 271–283.
- Paykel E. S., Ramana R., Cooper Z., Hayhurst H., Kerr J., Barocka A. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171–1180.
- Peterson C., Seligman M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91 (3), 347–374.
- Popiel A., Pragłowska E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Rafaelli E., Bernstein D. P., Young J. E. (2011). *Psychoterapia skoncentrowana na schematach*. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP.



- Ramel W., Goldin P. R., Carmona P. E., McQuaid J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (4), 433–455.
- Raps C. S., Peterson C., Reinhard K. E., Abramson L. Y., Seligman M. E. (1982). Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (2), 102–108.
- Riskind J. H., Alloy L. B. (2006). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders: Theory and Research Design/Methodology. [W:] L. B. Alloy, J. H. Riskind (red.), *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders* (s. 1–29). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Rotter J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Segal Z. V., Ingram R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14 (7), 663–695.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. (2009). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Seligman M. E., Abramson L. Y., Semmel A., von Baeyer C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (3), 242–247.
- Seligman M. E., Walker E. F., Rosenhan D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sęk H. (2005). *Kierunki behawioralne i podejście poznawcze w psychologii klinicznej*. [W:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 105–118). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Spinhoven P., Giesen-Bloo J., van Dyck R., Kooiman K., Arntz A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 104–115.
- Stachowski R., Dobroczyński B. (2008). *Historia psychologii – od Wundta do czasów najnowszych*. [W:] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 73–136). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Weishaar M. E. (2007). *Aaron T. Beck*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Williams J. M. G., Teasdale J. D., Segal Z. V., Soulsby J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150–155.
- Young J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. (2003). *Schema Therapy a Practitioner's Guide*. New York, London: The Guilford Press.

ANDRZEJ ŚLIWERSKI

### THREE WAVES OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY – DEVELOPMENTAL AND THEORETICAL ASSUMPTIONS

**Abstract.** Cognitive behavior theories are among the youngest paradigms in clinical psychology. They are subjected to constant modifications, which raises a lot of misunderstandings and misinterpretations. Some authors argue that this concept is inconsistent and personality traits recede into the background. They claim that cognitive theory is more the psychology of behavior, cognitive processes and structures than the psychology of human being (Sęk, 2005). The history of cognitive

ideas development allows us to understand their assumptions, their current place in psychopathology, and the current state of knowledge. The division into the so-called three “waves” of the cognitive behavior theories renders it possible to separate stereotypes about this theory from its proper image. The article describes the current state of the cognitive behavior theories, with account given to the latest generation, which includes: *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) as well as *Schema Focused Therapy* (SFT).

**Keywords:** cognitive behavior therapy, waves of cognitive behavior theories, mindfulness based theories.