

Jakub Grzegorzółka<sup>1,2,3</sup>, Warren Mansell<sup>3</sup>

## How do we help people regain control over their lives? An introduction to method of levels therapy

Jak pomagać ludziom w odzyskaniu kontroli nad własnym życiem?  
Wprowadzenie do terapii metodą poziomów

<sup>1</sup> Restore Control Ltd, Leeds, United Kingdom

<sup>2</sup> Northpoint Wellbeing Ltd, Leeds, United Kingdom

<sup>3</sup> Division of Psychology and Mental Health, The University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Correspondence: Jakub Grzegorzółka, Division of Psychology and Mental Health, The University of Manchester, Oxford Road, Manchester, M13 9PL, United Kingdom, tel.: +44 7539 438 320, e-mail: jakub.grzegorzolka@gmail.com

<sup>1</sup> Restore Control Ltd, Leeds, United Kingdom

<sup>2</sup> Northpoint Wellbeing Ltd, Leeds, United Kingdom

<sup>3</sup> Division of Psychology and Mental Health, The University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Adres do korespondencji: Jakub Grzegorzółka, Division of Psychology and Mental Health, The University of Manchester, Oxford Road, Manchester, M13 9PL, United Kingdom, tel.: +44 7539 438 320, e-mail: jakub.grzegorzolka@gmail.com

### Abstract

There are many different approaches to psychotherapy. Research indicates comparable effectiveness of various therapies, despite having different theoretical assumptions and using different therapeutic methods. In recent years, many researchers have attempted to understand such results by investigating specific and common factors in psychotherapy. It has been suggested that further developments in the field should aim to investigate factors underlying mental health problems and the principles informing the process of change in psychotherapy. In the current article, we will present perceptual control theory as a scientifically grounded approach that integrates theory and practice. Transdiagnostic principles explain the sources of emotional distress and the process of psychological change in psychotherapy. The main aim of the article is to introduce method of levels therapy, which has been created as a direct application of perceptual control theory principles. Description of the process of therapy is accompanied by clinical examples.

**Keywords:** psychotherapy, method of levels, perceptual control theory, transdiagnostic therapy

### Streszczenie

W świecie psychoterapii istnieje wiele nurtów. Mimo odmiennych założeń teoretycznych i metod pracy z pacjentem badania wykazują jednak porównywalną skuteczność różnych terapii. Na przestrzeni ostatnich lat podjęto liczne próby zrozumienia takiego stanu rzeczy – badano specyficzne lub wspólne czynniki leczące. Sugeruje się, że dalsze badania powinny się skupiać na zrozumieniu czynników stojących za powstawaniem problemów natury psychologicznej i czynników wpływających na proces zmiany w psychoterapii. W niniejszej pracy przedstawiamy teorię kontroli percepcyjnej (*perceptual control theory*), która – jako naukowo uzasadniona teoria – umożliwia integrację wiedzy i praktyki. Wyjaśnione przez nas reguły transdiagnostyczne pozwolą zrozumieć zarówno proces powstawania objawów emocjonalnych, jak i proces zmiany w psychoterapii. Głównym celem artykułu jest przedstawienie wprowadzenia do terapii metodą poziomów (*method of levels therapy*), która została stworzona jako bezpośrednie zastosowanie założeń teorii kontroli percepcyjnej. Opisowi procedur terapeutycznych towarzyszą przykłady kliniczne.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, terapia metodą poziomów, teoria kontroli percepcyjnej, terapia transdiagnostyczna

## INTRODUCTION

Many competing psychotherapy approaches have been created to address the rapidly growing prevalence of psychological problems. In Poland, similarly to other countries, the most popular are psychoanalytic/psychodynamic, existential/humanistic, and cognitive-behavioural approaches (Suszek et al., 2017). Each of them is supported by scientific evidence indicating its effectiveness (e.g. Elliott et al., 2013; Hofmann and Smits, 2008; Shedler, 2010).

Different approaches to therapy use different therapeutic methods and are based on distinctive and often contradicting assumptions. However, research suggests that various therapies have comparable effectiveness (e.g. Barth et al., 2016; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997). Additionally, despite the growing knowledge on psychopathology and the development of many new therapy techniques, we are not observing an increase in the effectiveness of psychotherapy (e.g. Cuijpers et al., 2010; Wampold et al., 1997). There is no evidence to suggest that current methods will soon result in a significant improvement or allow for a better understanding of the involved therapeutic factors.

In this article, we present the current knowledge about therapeutic factors, and provide the rationale for the need to unify all research and practice. We describe the fundamental principles of the perceptual control theory (PCT), which explains transdiagnostic mechanisms standing behind mental health problems. The main aim of the article is to describe the method of levels therapy (MOL), which has been emerging as a promising, scientifically grounded, and transdiagnostic approach to psychological treatment. We present the aims of this therapy, the goals of MOL therapists, and we describe clinical examples.

## FACTORS INFLUENCING THERAPY EFFECTIVENESS

Most research aimed at defining specific therapeutic factors draws upon a disorder-specific approach. Disorder classification systems such as the ICD-11 (World Health Organization, 2018) or DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) allow for the grouping of various symptoms commonly occurring together to create diagnostic criteria for various disorders. Research is conducted to identify the best treatment methods for various conditions, which are further manualised into step-by-step treatment protocols. There are many examples of research providing evidence for the effectiveness of the disorder-specific approach (e.g. Hofmann and Smits, 2008).

Unfortunately, a growing number of disorders and treatment options available have created further challenges when it comes to effective clinical decision-making. Classification systems define over 300 mental health disorders. A high level of comorbidity and overlapping of various conditions (e.g. Kasprzak and Kiejna, 2010) makes it practically

## WSTĘP

W odpowiedzi na coraz częstsze występowanie problemów emocjonalnych powstało wiele konkurencyjnych podejść psychoterapeutycznych. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, dominują podejścia psychoanalityczne/psychodynamiczne, humanistyczno-egzystencjonalne i poznawczo-behawioralne (Suszek et al., 2017). Istnieje wiele badań naukowych wykazujących skuteczność każdej z wymienionych terapii (np. Elliott et al., 2013; Hofmann i Smits, 2008; Shedler, 2010).

Poszczególne nurty terapeutyczne wykorzystują odmienne metody pracy z pacjentem oraz są oparte na odrębnych, a często nawet sprzecznych, założeniach teoretycznych. Badania wykazują jednak porównywalną efektywność różnych podejść psychoterapeutycznych (np. Barth et al., 2016; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997). Co więcej, mimo szybko rosnącej wiedzy o psychopatologii i powstawania coraz to nowych technik terapeutycznych nie obserwujemy wzrostu skuteczności psychoterapii (np. Cuijpers et al., 2010; Wampold et al., 1997). Nie ma też wystarczających dowodów na to, że rozwój psychoterapii zmierza w kierunku zdecydowanej poprawy skuteczności lub zdefiniowania czynników, które na tę poprawę wpływają.

W niniejszej pracy przedstawiamy obecny stan wiedzy o czynnikach leczących w psychoterapii i uzasadniamy potrzebę ujednoczenia zarówno metod terapeutycznych, jak i badań naukowych. Opisujemy podstawowe założenia teorii kontroli percepcyjnej (*perceptual control theory*, PCT), która pozwala na zrozumienie transdiagnostycznych mechanizmów stojących za powstawaniem trudności natury psychologicznej. Głównym celem artykułu jest omówienie terapii metodą poziomów (*method of levels*, MOL), która jawi się jako obiecujące i naukowo uzasadnione podejście do leczenia transdiagnostycznego. Prezentujemy kluczowe zamierzenia terapii i cele terapeutów MOL oraz przedstawiamy przykłady kliniczne.

## CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA SKUTECZNOŚĆ TERAPII

Próby zdefiniowania specyficznych czynników terapeutycznych opierają się na modelu diagnostycznym (*disorder-specific approach*). Systemy klasyfikacji zaburzeń/chorób, przykładowo ICD-11 (World Health Organization, 2018) i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), pozwalają na grupowanie jednocześnie pojawiających się objawów i tworzą kryteria diagnostyczne. Prowadzone badania skupiają się na wyłonieniu najlepszych metod leczenia każdego z zaburzeń. Następnie metody te są opisywane krok po kroku w podręcznikach i protokołach terapeutycznych. W literaturze naukowej można znaleźć dowody na skuteczność podejścia diagnostycznego (np. Hofmann i Smits, 2008).

Rosnąca liczba diagnozowalnych zaburzeń i dostępnych metod leczenia stała się niestety przyczyną trudności we właściwym doborze terapii. Systemy klasyfikacyjne definiują obecnie ponad 300 zaburzeń psychicznych.

impossible to define treatment parameters that would fulfil every patient's individual needs.

In response to comparable effectiveness of various therapies and the above-described limitations of the disorder-specific model, a trend has emerged in literature suggesting that common factors are responsible for clinical improvements (Luborsky et al., 2002; Messer and Wampold, 2002). For example, multiple studies suggest a positive influence of the therapeutic relationship on therapy outcomes (e.g. Kelley et al., 2014). Another example is exposure therapy, which is usually used in the treatment of anxiety disorders. It has been suggested that the mechanism of exposure could explain the effectiveness of other therapeutic methods based on the underlying transdiagnostic processes (Carey, 2011). The ongoing debate about whether common factors or specific factors are responsible for therapy effectiveness remains unresolved. The research available to date has been correlational, and it contains many methodological limitations (Cuijpers et al., 2019). It does not provide sufficient evidence to claim that various therapeutic factors directly influence therapy outcomes, and it does not explain the mechanism standing behind effective therapy (Cuijpers et al., 2019). It has been suggested that neither looking for specific factors nor common factors will move the field forward. Thus, further work should focus on understanding the mechanisms that inform the process of change in psychotherapy (Kazdin, 2009; Mulder et al., 2017).

## THE INTEGRATED PROCESS OF CHANGE

There is a growing literature that highlights the importance of working on integrating various theoretical models. Instead of looking for new treatment methods, research should focus on exploring the underlying causes for the development and maintenance of psychological problems, and understanding the fundamental factors influencing the process of change (Kazdin, 2009; Mansell, 2005; Marken and Carey, 2015). Only by unifying the knowledge and focusing on the fundamental factors standing in the centre of effective psychotherapy will it be possible to identify transdiagnostic treatment methods. Suggestions have been made that many cognitive and behavioural factors involved in the onset and maintenance of mental health problems could be integrated into one shared core process (Mansell and McEvoy, 2017; Patel et al., 2015). Recent literature (e.g. Alsawy et al., 2014) puts forward the perceptual control theory as a unified theory that helps to integrate theory, research, and practice in psychotherapy and many other fields.

## THE PERCEPTUAL CONTROL THEORY

PCT was initially developed by William T. Powers who had a background in engineering and physics. Powers presented a model explaining the functioning of humans and all living things, based on the three main processes: control, conflict, and reorganisation (Powers, 1973/2005).

Wysokie współwystępowanie i pokrywanie się problemów (np. Kasprzak i Kiejna, 2010) sprawiają, że praktycznie niemożliwe jest zdefiniowanie parametrów leczenia, które pozwoliłoby na zaspokojenie potrzeb każdego pacjenta.

W odpowiedzi na powyższe ograniczenia i porównywalną efektywność różnych terapii powstał w piśmiennictwie nowy trend – sugerujący, że skuteczność różnych terapii jest efektem działania wspólnych czynników (*common factors*) (Luborsky et al., 2002; Messer i Wampold, 2002). Wiele badań naukowych wskazuje przykładowo na pozytywny wpływ więzi terapeutycznej na efektywność terapii (np. Kelley et al., 2014). Innym przykładem jest terapia ekspozycyjna (*exposure*), zazwyczaj stosowana w leczeniu zaburzeń lękowych – w podejściu transdiagnostycznym sugeruje się, że ekspozycja jako czynnik wspólny może wyjaśniać efektywność także innych technik terapeutycznych (np. Carey, 2011).

Pytanie o to, jakie czynniki – wspólne czy może specyficzne dla każdej z terapii – wpływają na efektywność, pozostaje otwarte. Dotychczasowe badania są badaniami korelacyjnymi i cechują się wieloma metodologicznymi nieścisłościami (Cuijpers et al., 2019). Nie możemy zatem uznać, że potwierdzają bezpośredni wpływ różnych czynników na skuteczność terapii lub dokładnie opisują mechanizmy owej skuteczności (Cuijpers et al., 2019). Sugeruje się, że ani jedno, ani drugie podejście nie wpłynie na dalszy rozwój terapii, a przyszłe prace powinny skupić się na zrozumieniu mechanizmów stojących za procesem zmiany w psychoterapii (Kazdin, 2009; Mulder et al., 2017).

## ZINTEGROWANY PROCES ZMIANY W PSYCHOTERAPII

W literaturze coraz częściej możemy przeczytać o tym, jak ważna jest praca nad integracją różnych ścieżek teoretycznych. Zamiast poszukiwania nowych metod leczenia powinniśmy skoncentrować się na badaniu czynników stojących za powstawaniem i utrzymywaniem się problemów psychicznych oraz na zrozumieniu podstawowych czynników zaangażowanych w proces zmiany (Kazdin, 2009; Mansell, 2005; Marken i Carey, 2015). Tylko przez ujednoczenie wiedzy i skupienie uwagi na czynnikach znajdujących się w centrum efektywnej psychoterapii możliwa będzie identyfikacja skutecznych metod leczenia transdiagnostycznego. Sugeruje się, że wiele czynników poznawczych i behawioralnych wpływających na powstawanie i utrzymywanie się trudności psychicznych można sprowadzić do wspólnego rdzennego procesu (Mansell i McEvoy, 2017; Patel et al., 2015). W literaturze naukowej ostatnich lat (np. Alsawy et al., 2014) coraz częściej pojawia się teoria kontroli percepcyjnej, używana jako wzorzec pozwalający na integrację wiedzy teoretycznej, badań oraz praktyki w świecie psychoterapii i nie tylko.

## TEORIA KONTROLI PERCEPCYJNEJ

Teorię PCT ukształtował William T. Powers, zajmujący się fizyką oraz inżynierią. Przedstawił on model, który opisuje

## Control

PCT explains human behaviour as the control of perception (Powers, 1973/2005). It is not the behaviour itself the person controls, but the perceptual input that is the outcome or consequence of the behaviour. Providing a specific description of the desired settings for any person to “be in control” is impossible because of the individual differences in preferred states.

The maintenance of control occurs by the mechanism known as the negative feedback loop. Negative feedback happens continuously, through a comparison of preferred states to current states. The occurrence of any “error,” i.e. a difference between current and preferred states, results in action taken to reduce that error and restore control. The process of perceiving, comparing, and acting happens continuously; sometimes, we might be fully aware of it, but at other times it happens automatically in the background without our conscious effort.

Maintaining control happens at many different levels of a personal hierarchy of goals. The most important goals, known as higher-level goals (e.g. *to be happy*), are at the top of the hierarchy. To achieve these higher-level goals, multiple goals at the levels below might need to be met (e.g. *being healthy, having a job, being active, having friends*). Thus, the higher-level goals set reference values for the levels below; these levels set reference values for levels below them, and this pattern continues. The bottom of the hierarchy involves sensory/perceptual signals (e.g. feelings, sensations, images) that are needed to achieve the levels above.

## Conflict

With the complexity of various goals and preferences people try to control, naturally, some incompatibilities occur. Occasionally, taking action to achieve one goal might result in moving further away from achieving another goal. Such a situation is seen by PCT as conflict, i.e. wanting to achieve two opposite goals at the same time. When in conflict, a person might experience some unpleasant symptoms at the level of perception (e.g. feeling sad). The intensity of such symptoms might increase when the conflict remains unresolved. Chronic goal conflict is theorised to generate psychological distress and be the underlying cause for mental health disorders (Carey, 2008; Mansell, 2005; Powers, 1973/2005).

## Reorganisation

According to PCT, conflicts are resolved through a process known as reorganisation (Powers, 1973/2005). It is not a learned skill, but rather a learning processes each human is born with that underlies any learning and development. This mechanism allows us to learn fundamental skills such as walking and talking, and informs the development of more complex abilities, e.g. problem solving or using imagination.

funkcjonowanie człowieka i wszystkich żywych istot/organozizmów w odniesieniu do trzech głównych procesów: kontroli, konfliktu, reorganizacji (Powers, 1973/2005).

## Kontrola

PCT opisuje ludzkie zachowania jako kontrolę percepcji (Powers, 1973/2005). Człowiek nie kontroluje zachowań samych w sobie, ale parametry percepcyjne będące wynikiem zachowań. Nie da się oszacować pożądanych wartości lub warunków, które pozwolą każdej osobie na osiągnięcie poczucia kontroli, ponieważ są one różne dla każdego człowieka.

Za utrzymywanie równowagi wewnętrznej odpowiada mechanizm samoregulacyjny znany jako pętla ujemnego sprzężenia zwrotnego (*negative feedback loop*). Sprzężenie zwrotne działa nieustannie przez porównywanie stanów faktycznych z pożądanymi. Pojawienie się „błędu”, czyli sytuacji powodującej odchylenie się faktycznego stanu rzeczy od stanu preferowanego/referencyjnego, skutkuje podjęciem działań niwelujących to odchylenie, a więc przywracających równowagę i poczucie kontroli. Procesy obserwacji, porównywania i podejmowania działań trwają nieustannie; raz odbywa się to przy naszej pełnej świadomości, a innym razem – automatycznie, bez naszej świadomej ingerencji.

Utrzymywanie kontroli dotyczy wielu poziomów osobistej hierarchii celów i wartości. Najważniejsze cele życiowe określane są jako cele wyższego stopnia (np. *być szczęśliwym*) i znajdują się na najwyższych poziomach hierarchii celów. Warunkiem koniecznym ich osiągnięcia jest osiągnięcie celów znajdujących się na niższych poziomach (np. *być zdrowym, mieć pracę, być fizycznie aktywnym, mieć przyjaciół*). Dlatego też cele usytuowane na szczycie hierarchii tworzą wartości referencyjne dla poziomów poniżej, które z kolei tworzą wartości referencyjne dla poziomów jeszcze niższych. Na najniższych poziomach znajdują się sygnały sensoryczne/percepcyjne (uczucia, doznania, wyobrażenia) potrzebne do osiągnięcia celów stojących wyżej w hierarchii.

## Konflikt

Ze względu na różnorodność i złożoność celów i preferencji, które pomagają ludziom w utrzymywaniu poczucia równowagi, pojawiać się może wiele niezgodności. Czasami podjęcie działań prowadzących do osiągnięcia jednego celu może skutkować oddaleniem się od innego celu. PCT definiuje taką sytuację jako konflikt – chęć jednoczesnego osiągnięcia dwóch sprzecznych celów. Obecność wewnętrznego konfliktu sprawia, że na poziomie percepcji występują różne nieprzyjemne objawy (np. smutek). Gdy konflikt pozostaje nierozwiązany, zwiększa się intensywność tych odczuć. Uważa się, że chroniczny konflikt jest powodem cierpienia psychologicznego i podstawowym źródłem zaburzeń psychicznych (Carey, 2008; Mansell, 2005; Powers, 1973/2005).

Reorganisation is an in-built mechanism of trial-and-error changes in the hierarchy (Powers, 1973/2005; Powers et al., 1960a, 1960b). It creates a random change in the hierarchy aimed at restoring control. If this specific change results in problem resolution, the change is maintained. However, if the change does not improve the situation, another random change is generated. The first solution considered in the process of reorganisation is not necessarily the best solution in the long-term, especially in the case of a chronic goal conflict at higher levels of the hierarchy. It helps restore control at the time and at the given level of awareness (Powers et al., 1960b). Examples of such arbitrary solutions might include alcohol and drug use, problem avoidance, emotional and thought suppression, seeking reassurance, or distraction. These strategies improve the symptoms because they reduce error and restore the person's sense of control. The unpleasant symptoms would persist and intensify in situations where the involved conflict remains unresolved despite various attempts.

According to PCT, the process of change is non-linear and unpredictable. There are examples in the literature supporting such a postulate (Hayes et al., 2007). Despite being based on random changes, reorganisation can be extremely effective, as shown by research and computer simulations (Marken and Powers, 1989; Powers, 2008).

## APPLYING THEORY INTO PRACTICE

From PCT's point of view, research and clinical practice should focus on 'how' to help the person produce effective psychological change, and not necessarily offer a specific technique or solution of 'what' to do to achieve this. Any solution would need to be generated by the client, hence why it will differ from person to person. The above principles of psychological functioning as described by PCT, also explain why some people might experience psychological distress. The conceptualisation of any mental health problem from a PCT perspective is based on the same transdiagnostic principles. Each person experiencing psychological distress is assumed to be experiencing a chronic goal conflict that they are unable to resolve. Their attention is focused on the distressing symptoms and other experiences at lower levels rather than the higher-order goals generating the conflict. These higher-level goals set reference values for the levels below. Therefore, effective psychotherapy from a PCT point of view should help the client shift their awareness towards the goal conflict, and assist them to become aware of the involved higher level-goals (Carey, 2008; Carey et al., 2015). The aim is to shift the process of reorganisation to a higher level, so that a personally satisfying solution allows for a restoration of control.

## METHOD OF LEVELS

MOL is a transdiagnostic approach to therapy which has been shaped by the principles of PCT. MOL has stripped

## Reorganizacja

Według PCT za rozwiązywanie konfliktów wewnętrznych odpowiada mechanizm znany jako reorganizacja (Powers, 1973/2005). Nie jest to umiejętność, którą musimy posiadać, a raczej wrodzony proces będący podstawą naturalnego rozwoju człowieka. Pozwala on nam nauczyć się podstawowych czynności, takich jak chodzenie lub mówienie, a zarazem jest podstawą do zdobycia umiejętności pozwalających na dalszy rozwój, takich jak rozwiązywanie problemów czy używanie wyobraźni.

Reorganizacja to wbudowany mechanizm zmian w hierarchii celów, oparty na metodzie prób i błędów (Powers, 1973/2005; Powers et al., 1960a, 1960b). W celu przywrócenia kontroli reorganizacja wytwarza losową zmianę w hierarchii. Gdy zmiana powoduje rozwiązanie problemu, nowy sposób działania się utrzymuje. Gdy jednak zmiana nie skutkuje poprawą sytuacji, generowana jest inna losowa zmiana. Pierwsze rozwiązanie niekoniecznie przynosi długotrwałe efekty, szczególnie w przypadku chronicznego konfliktu na wyższych poziomach hierarchii. Rozwiązanie to przywraca poczucie kontroli w danym momencie i dokładnie tam, gdzie skupiona jest uwaga (Powers et al., 1960b). Przykładami powierzchownych rozwiązań są używanie alkoholu lub narkotyków, unikanie problemów, tłumienie myśli i emocji, szukanie zapewnień u innych, próby rozproszenia uwagi. Zachowania te pomagają zmniejszyć odczuwane objawy. Niwelowane jest odchylenie od referencyjnego stanu rzeczy, co przywraca poczucie kontroli. Dopiero z czasem, gdy pomimo starań wewnętrzny konflikt pozostaje nierozwiązany, objawy się nasilają.

Zgodnie z PCT proces zmiany jest zjawiskiem nieliniowym i niemożliwym do przewidzenia. W literaturze znaleźć można przykłady, które to potwierdzają (Hayes et al., 2007). Mimo że proces reorganizacji opiera się na losowych zmianach, jest niezwykle skuteczny, co pokazały badania i symulacje komputerowe (Marken i Powers, 1989; Powers, 2008).

## ZASTOSOWANIE TEORII W PRAKTYCE

Z perspektywy PCT badania i praktyka kliniczna powinny być ukierunkowane na to, *jak* pracować z pacjentem, aby wpłynąć na proces zmiany psychologicznej, i niekoniecznie skupiać się na określonych technikach lub rozwiązaniach, *co* zrobić, aby to osiągnąć. Wszelkie rozwiązania powinny generować sam pacjent, a więc będą one różne dla każdej osoby. Powyższy opis funkcjonowania człowieka, oparty na PCT, jest także podstawą do zrozumienia, dlaczego ludzie doświadczają objawów natury psychologicznej. Konceptualizacja przypadku z punktu widzenia PCT zawsze opiera się na jednakowych, transdiagnostycznych regułach. Każda osoba doświadczająca problemów emocjonalnych cierpi, ponieważ utknęła w chronicznym konflikcie, którego nie jest w stanie rozwiązać. Uwaga skupiona jest wtedy na nieprzyjemnych objawach lub innych niższych poziomach hierarchii, a nie na poziomach wyższych – generujących konflikt. To właśnie cele wyższego stopnia ustawiają

the complex array of principles, rules, or techniques offered by other therapeutic approaches into the minimal principles that play an important role in the process of psychological change from a PCT perspective. A detailed description of MOL has been presented elsewhere (np. Carey et al., 2015; Mansell et al., 2012), but we provide the essential introduction here. An MOL therapist has two main goals in mind: (1) to help the client talk about the problem, and (2) to enquire about disruptions.

### Goal 1: Talking about the problem

The first goal in MOL is to help the client speak openly about the problem they are experiencing. In everyday life, people “filter” what information they provide to others to avoid any difficult or personally revealing subjects. It would be important that a client attending MOL therapy felt comfortable to talk about any issue they were experiencing without the need to be selective. This is particularly important because it might help the person direct their awareness into the areas of the hierarchy generating the conflict. Filtering out any sensitive or unpleasant topics, feelings, or sensations, might result in a superficial discussion that leaves the client’s awareness at the lower levels of their personal hierarchy.

An MOL therapist will spend the majority of the session expressing genuine interest in the person’s problem. With curiosity, they continue to ask about various details of the problem. Such *curious questioning* should be free of any assumptions or bias. The therapist does not plan each session’s content and does not suggest the topics. Instead, they initiate such discussions by asking their client what they would like to talk about. The therapist does not analyse the client or direct the conversation towards a specific solution or principle they want their client to understand. In fact, there is no need for the therapist to understand the client’s problem fully. As long as the client is able to freely speak about the relevant conflicting goals, it does not matter whether they explicitly describe the problem or rely on more abstract terms to describe it (e.g. using imagination).

### Goal 2: Asking about disruptions

The second goal of MOL is to enquire about disruptions. Disruption is a brief change in a person’s focus of awareness which usually is visible as a change in speech, body language, or facial expressions. Examples might include looking away, smiling, shaking the head, pausing, shrugging, frowning, speaking louder, changing the topic or making comments. Some of these changes might be obvious and easy to spot, but others are subtle and much more difficult to notice. This is why MOL therapists pay particularly close attention to the client’s reactions.

Enquiring about disruptions by the MOL therapist involves asking direct questions about the change, e.g. “What is making you shake your head?”, or asking directly about the background

parameters for goals found below. So, in agreement with PCT, an effective psychotherapy should help the patient focus attention on internal conflicts and on related values and higher-order goals (Carey, 2008; Carey et al., 2015). The aim of therapy is to transfer the reorganizational processes to a higher level, so that the person could independently find satisfying solutions, which would allow for internal balance.

## TERAPIA METODĄ POZIOMÓW

Terapia MOL jest podejściem transdiagnostycznym ukształtowanym na podstawie PCT. Reguły, zasady lub techniki proponowane przez inne nurty terapeutyczne zostały w terapii MOL uproszczone do kilku podstawowych założeń, które według PCT odgrywają ważną rolę w procesie zmiany. Niniejszy artykuł stanowi wprowadzenie do terapii MOL, której szczegółowy opis jest dostępny w piśmiennictwie zagranicznym (np. Carey et al., 2015; Mansell et al., 2012). Terapeuta MOL ma 2 główne cele – są to (1) rozmowa o problemie i (2) pytanie o zakłócenia.

### Cel 1: rozmowa o problemie

Pierwszym celem terapii MOL jest szczerza rozmowa o doświadczanym problemie. W życiu codziennym ludzie często dokonują selekcji i unikają osobistych lub nieprzyjemnych tematów. Ważne, by osoba uczęszczająca na terapię MOL czuła się komfortowo i była w stanie rozmawiać o swoich trudnościach bez konieczności selekcji informacji. Jest to szczególnie istotny aspekt terapii, ponieważ umożliwia przeniesienie uwagi pacjenta w kierunku obszarów, w których powstaje konflikt. Pomijanie wrażliwych lub nieprzyjemnych tematów, odczuć czy emocji może sprowadzić rozmowę do powierzchownej pogawędki, przez co uwaga pacjenta pozostanie na niższych poziomach osobistej hierarchii.

Większość czasu w trakcie sesji terapeutycznej MOL spędzają na wyrażaniu szczerzego zainteresowania problemami pacjentów. Z zaciekawieniem dopytują o szczegóły problemu (*curious questioning*), stawiając się na pozycji wolnej od założeń, uprzedzeń i stronniczości. Terapeuta nie planuje przebiegu spotkań ani nie proponuje tematów, które powinny zostać przedyskutowane – raczej inicjuje rozmowę, pytając, o czym sam pacjent chciałby porozmawiać. Ponadto terapeuta MOL nie analizuje pacjenta i nie próbuje nakierować go na żadne konkretne rozwiązania lub zasady. W istocie nie ma nawet potrzeby, żeby w pełni rozumiał omawiane trudności. Jeśli pacjent ma możliwość szczerzej rozmowy, nie jest ważne, czy opíše swój problem bezpośrednio, czy też używając sposobów abstrakcyjnych (np. opartych na wyobraźni).

### Cel 2: pytanie o zakłócenia

Drugi cel terapii MOL to pytanie o zakłócenia (*disruptions*). Zakłóceniem nazywamy moment, w którym następuje zmiana uwagi danej osoby, co często widoczne jest jako

thought, e.g. “What has popped into your mind just now?”. Such questions are asked in the moment and often involve interrupting the client. Waiting until they finish the sentence might result in the fleeting thought being lost.

The aim of asking about disruptions is to help the person become aware of their relevant background thoughts which are at a higher level. If the brought up thought has no relevance to the problem, it is dismissed, and the conversation is directed back to the previously discussed problem. However, if at any point disruption results in a better understanding of the problem by means of becoming aware of higher-level goals (and any involved goal conflict), the conversation continues at this level.

A novice MOL therapist can practice spotting disruptions by watching TV interviews with politicians or even enquiring about disruptions when speaking to others. For instance, asking a work colleague about why they are smiling while talking about a project would result in a background thought about important personal goals (e.g. enjoying working with people) being brought more fully into their awareness.

## THE COURSE OF THERAPY

In summary, an MOL therapist helps the person speak about the problem whilst paying close attention to any disruptions and asking about them as necessary. Subsequently, depending on the relevance of the corresponding thoughts, they either direct the conversation back or continue exploring the problem at the new level of understanding. Such process continues until the person reaches a new perspective.

PCT principles also inform other aspects of therapy. The therapist does not assume to know the required treatment parameters and instead allows their clients to fully control the sessions’ quantity, frequency, and duration (within any external constraints). This is supported by the scientific literature suggesting the importance of control for the client’s experience of therapy. Client-led appointment scheduling empowers clients to make their own decisions and positively impacts on the efficiency of therapy (Carey and Mullan, 2007; Carey and Spratt, 2009; Carey et al., 2013; Griffiths et al., 2019).

It is important to note that MOL therapists do not diagnose their clients. MOL is a transdiagnostic approach where the same principles are followed to work with people experiencing various difficulties. It does not mean that each session looks the same or that each person is treated in the same way. From PCT’s point of view, every client is treated as someone unique, having personally important goals and values that are only known to them. Below, we will describe two clinical cases to demonstrate how the course of MOL therapy might look.

### Laura

Laura signed up for therapy to work on anxiety that she has been experiencing when attending meetings at work.

zmiana w sposobie wypowiedzania się, mowie ciała lub mimice twarzy – przykładowo odwrócenie wzroku, uśmiech, kręcenie głową, pauza w wypowiedzi, wzruszanie ramionami, marszczenie brwi, głośniejsze mówienie, zmiana tematu czy komentowanie. Niektóre przeskoki są oczywiste i łatwo zauważalne, inne mogą być subtelne i trudne do spostrzeżenia przez terapeutę. Dlatego też terapeuta MOL szczególnie skupia się na reakcjach pacjenta.

Wyłapywaniu zakłóceń służy zadawanie bezpośrednich pytań o zmianę: „Co spowodowało, że zaczęłaś kręcić głową?“, a także *o myśli w tle*: „Co przed chwilą przyszło ci do głowy?“. Pytania zadawane są natychmiast, a terapeuta często zmuszony jest przerwać pacjentowi – czekanie na przerwę lub koniec wypowiedzi najprawdopodobniej spowoduje stratę ulotnej myśli.

Wychwylenie zakłócenia ma na celu nakierowanie uwagi pacjenta na myśli o dyskutowanym problemie, znajdujące się na wyższych poziomach hierarchii. Jeżeli wyłapana myśl nie ma żadnego związku z tematem dyskusji, zostaje odrzucona przez ukierunkowanie rozmowy na poprzednio dyskutowany temat. Jednak gdy zauważone zakłócenie wiąże się z przeniesieniem tematu rozmowy na powiązane cele wyższego stopnia (i konflikty), a więc także z lepszym zrozumieniem problemu, rozmowa kontynuowana jest na nowym poziomie.

Początkujący terapeuta MOL może ćwiczyć wychwytywanie zakłóceń, oglądając wywiady telewizyjne z politykami lub dopytując o zakłócenia dostrzeżone u znajomych. Na przykład zapytanie współpracownika, dlaczego uśmiechnął się podczas dyskusji na temat projektu, może skutkować przeniesieniem ulotnej myśli o ważnych osobistych celach (choćby o tym, jak bardzo rozmówca lubi pracować z ludźmi) do centrum jego uwagi.

## PRZEBIEG TERAPII MOL

Terapeuta MOL pomaga pacjentowi rozmawiać o trudnościach i koncentruje się na wychwytywaniu zakłóceń. Następnie – w zależności od tego, czy wyłapane myśli są powiązane z tematem dyskusji – wraca do poprzedniego tematu albo kontynuuje rozmowę na nowym poziomie. Opisany proces jest kontynuowany do momentu, gdy dana osoba osiągnie nowe spojrzenie na problem.

Inne aspekty terapii także są warunkowane przez PCT. Psychoterapeuta nigdy nie zakłada, że wie, jak powinny wyglądać parametry terapii. Daje pacjentom pełną kontrolę nad liczbą, częstotliwością i czasem trwania spotkań – oczywiście w ramach ograniczeń zewnętrznych. W literaturze podkreśla się, że poczucie kontroli to ważny czynnik wpływający na sposób doświadczania terapii. Planowanie spotkań oparte na potrzebach pacjenta (*client-led appointment scheduling*) nie tylko pozwala uczestnikowi terapii na podejmowanie własnych decyzji, ale również pozytywnie wpływa na wydajność usług terapeutycznych (Carey i Mullan, 2007; Carey i Spratt, 2009; Carey et al., 2013; Griffiths et al., 2019).

The dialogues below present excerpts from a few meetings that were crucial for her process of change. In the first meeting, the discussion was quickly directed towards the factors that were affecting her sense of control:

*Laura: Then my heart beats fast, and I start to sweat.*  
*Therapist: What bothers you about that?*  
*Laura: That I feel like something bad is happening... that I'm going to pass out... [frowns]*  
*Therapist: What just came to your mind?*  
*Laura: I pictured myself passing out...*  
*Therapist: Would you like to describe this image?*

Further questioning allowed for an exploration of the image of passing out from various perspectives, until another disruption occurred, opening up a discussion about Laura's internal goals:

*Laura: Then I try to get back in control, hold my breath, stay safe [shakes her head]*  
*Therapist: What made you shake your head?*  
*Laura: Because I don't think it's a safety issue.*  
*Therapist: No?*  
*Laura: No... yes... I mean, the very thought makes me feel embarrassed...*  
*Therapist: Are you able to describe what the embarrassment is about?*

The conversation continued at this level, allowing Laura to explore further how she experiences embarrassment. One of the disruptions also allowed for an exploration of a memory from primary school when she lost consciousness during an assembly. The meeting ended with a new perspective:

*Laura: I never thought about it that way.*  
*Therapist: What do you have in mind?*  
*Laura: I'm talking about that memory... that it influenced me so much...*

At this stage, Laura felt tired and asked to end the session earlier. She returned for her next session three days later:

*Laura: I want to get back to our last conversation...*  
*Therapist: What exactly caught your attention?*  
*Laura: That embarrassment... that I keep trying not to make a fool of myself... [smiling nervously]*  
*Therapist: What made you smile just now?*  
*Laura: Because I even think about it now... that I will do something stupid.*  
*Therapist: You mean in the session?*  
*Laura: [nods]*  
*Therapist: What would happen if you did do something stupid?*

The further conversation allowed Laura to confront the scenario wherein she does something stupid. After some time, she returned to exploring her worries about work:

Warto zauważyć, że terapeuta MOL nie diagnozuje pacjenta. MOL jest terapią transdiagnozy, której zasady używane są do pracy z osobami mającymi różne trudności. Nie oznacza to jednak, że każda sesja terapeutyczna wygląda tak samo lub że pacjenci traktowani są w identyczny sposób. Z perspektywy PCT każdy pacjent postrzegany jest jako ktoś wyjątkowy i niepowtarzalny, mający cele i wartości znane tylko sobie. Przyjrzyjmy się więc, na podstawie 2 przykładów klinicznych, jak przebiega terapia MOL.

## Laura

Laura zapisała się na terapię w związku ze stanami lękowymi, których doświadczała na spotkaniach w pracy. Poniższe dialogi przedstawiają różne momenty z kilku sesji, kluczowych w procesie zmiany. Po rozpoczęciu pierwszej sesji rozmowa szybko zesłała na różne czynniki, które powodują utratę kontroli:

*Laura: Wtedy serce bije mi szybko i zaczynam się pocić.*  
*Terapeuta: Co ci w tym przeszkadza?*  
*Laura: Bo czuję się tak, jakby działo się coś złego... Czuję, że zemdleję... [marszczy brwi]*  
*Terapeuta: Co przyszło ci przed chwilą do głowy?*  
*Laura: Wyobraziłam sobie, jak mdleję...*  
*Terapeuta: Czy chciałabyś opisać ten obraz?*

Następne pytania umożliwiły zbadanie wyobrażenia o omdleniu z rozmaitych perspektyw, aż nastąpiło kolejne zakłócenie, pozwalające na dalszą eksplorację wewnętrznych celów Laury:

*Laura: Próbuję przywrócić kontrolę, utrzymać oddech, zachować bezpieczeństwo. [kręci głową]*  
*Terapeuta: Co spowodowało, że zaczęłaś kręcić głową?*  
*Laura: Bo to chyba nie jest kwestia bezpieczeństwa.*  
*Terapeuta: Nie?*  
*Laura: Nie... tak... to znaczy na samą myśl bierze mnie jakiś wstyd...*  
*Terapeuta: Czy jesteś w stanie opisać, o co chodzi z tym wstydem?*

Odtąd rozmowa odbywała się na nowym poziomie, dzięki czemu Laura mogła zbadać, jak odczuwa wstyd. Jedno z zakłóceń pozwoliło także na rozmowę o zdarzeniu ze szkoły podstawowej, gdy Laura straciła przytomność w czasie apelu. Spotkanie skończyło się w momencie, gdy pojawiła się nowa perspektywa:

*Laura: Nigdy o tym nie myślałam w ten sposób.*  
*Terapeuta: Co masz na myśli?*  
*Laura: Mówię o tym wspomnieniu... że tak na mnie wpłynęło...*

Laura poczuła się zmęczona i poprosiła o wcześniejsze zakończenie sesji, ale już trzy dni później wyraziła chęć kolejnego spotkania:



Laura: *It's different at work... [takes a breath]*

Therapist: *In what way is it different?*

Laura: *Because at work I can't show any weaknesses.*

Later in the same session, Laura examined her expectations about what kind of self-image she is trying to create at work. She also discussed her higher-level goals about achieving professional success, until a new perspective emerged:

Laura: *I keep trying to move closer towards that vision.*

Therapist: *And how close are you already?*

Laura: *Actually, quite close... [making a hand gesture]*

Therapist: *Are you trying to show something with your hands?*

Laura: *When I look at it now... somehow I am getting further away... by avoiding it...*

The further conversation about avoidance resulted in the discussion shifting directly towards the internal conflict:

Laura: *Leaving the meeting helps me feel safe...*

Therapist: *What, then, bothers you about leaving?*

Laura: *Because it ruins my image in the group...*

Therapist: *What do you think is more important?*

Laura: *I don't know anymore. I leave not to embarrass myself, but the opposite is true. This is not the way to become successful.*

At this stage, Laura started to realise that the avoidance strategy was no longer working. Leaving in the middle of each meeting resulted in getting further away from her important personal goals. The subsequent stages of therapy gave Laura a chance to explore her higher-level goals concerning her career. Further conflicts at a higher level of the hierarchy also emerged:

Laura: *So, I should stop avoiding. Otherwise, I will never be successful..., but if I don't leave the meeting, I'll embarrass myself...*

Therapist: *What's happening in your mind right now?*

Laura: *Some sort of a contradiction...*

Therapist: *Does being successful and embarrassing yourself not go well together?*

Laura: *Not really... but maybe that's better?*

Therapist: *Better?*

Laura: *In the long-term... Avoidance is worse because it hinders my development. So maybe it's better to embarrass myself? But just thinking about it makes me feel hot...*

The above internal conflict was explored from various angles. In MOL therapy, the person's awareness is maintained on the internal conflict because it increases the chances for a successful reorganisation. For example, in one session, Laura described the change in her approach:

Laura: *I've managed to stay at the meeting once. It was hard, but I guess it helped me realise that this is not the end of the world.*

Laura: *Chcę wrócić do naszej ostatniej rozmowy...*

Terapeuta: *Co dokładnie przykuło twoją uwagę?*

Laura: *Ten wstyd... To, że ciągle próbuję się nie ośmieszyć... [nerwowo się uśmiecha]*

Terapeuta: *Co spowodowało ten uśmiech?*

Laura: *Bo nawet teraz myślę, że zrobię coś głupiego.*

Terapeuta: *Podczas naszego spotkania?*

Laura: *[przytakuje]*

Terapeuta: *Co by się stało, gdybyś zrobiła coś głupiego?*

Dalsza rozmowa pozwoliła Laurze na zmierzenie się ze scenariuszem, w którym robi coś głupiego. Z czasem rozmowa wróciła do tematu spotkań w pracy:

Laura: *W pracy jest inaczej... [bierze oddech]*

Terapeuta: *W jakim sensie inaczej?*

Laura: *Bo w pracy nie mogę pokazywać słabości.*

W następnej części spotkania Laura przebadła swoje oczekiwania i określiła, jaki obraz siebie próbuje budować w pracy. Przedyskutowano także cele wyższego stopnia związane z osiągnięciem sukcesu zawodowego – i wtedy pojawiły się kolejne przemyślenia:

Laura: *Ciągle próbuję zmierzać w kierunku tej wizji.*

Terapeuta: *I jak blisko już jesteś?*

Laura: *W sumie nawet blisko... [gestykuluje]*

Terapeuta: *Coś próbujesz pokazywać rękami?*

Laura: *Jak teraz patrzę... to jakoś się oddalam... przez to unikanie...*

Rozmowa o unikaniu pozwoliła nakierować dyskusję bezpośrednio na wewnętrzny konflikt:

Laura: *Wychodzenie ze spotkania [w pracy] pomaga mi czuć się bezpiecznie...*

Terapeuta: *Co w takim razie ci w tym przeszkadza?*

Laura: *To psuje mi opinię w grupie...*

Terapeuta: *Co według ciebie jest ważniejsze?*

Laura: *Już nie wiem. Wychodzę, żeby się nie ośmieszyć, ale jest odwrotnie. W ten sposób nie osiągnę sukcesu.*

Na tym etapie Laura zaczęła zdawać sobie sprawę, że strategia unikania przestała przynosić rezultaty, a wychodzenie w połowie każdego spotkania skutkowało oddaleniem się od ważnych celów. Późniejsze etapy terapii umożliwiły rozmowę o innych celach wyższego stopnia związanych z sukcesem zawodowym. Pojawiły się następne konflikty na wyższych poziomach hierarchii:

Laura: *Czyli powinnam przestać unikać. Inaczej nigdy nie osiągnę sukcesu... Ale jak nie wyjdę ze spotkania, to się ośmieszę...*

Terapeuta: *Co się dzieje teraz w twojej głowie?*

Laura: *Jakaś sprzeczność...*

Terapeuta: *Czy ośmieszenie i sukces nie idą w parze?*

*Therapist: What exactly did you realise?*

*Laura: Even if I pass out or do something stupid, people will still like me... and I can still be successful!*

In the weeks that followed, Laura continued to experiment with not avoiding social situations, which brought about further changes. The therapy lasted three months. Laura was planning her sessions' frequency based on her needs, and took part in seven sessions in total. Over time, she noticed that her anxiety subsided. At this stage, she decided to end therapy.

### Robert

Robert signed up for therapy after noticing he felt down and unmotivated. From the beginning of the first session, he was struggling to put his problem into words. The therapist continued to follow the MOL goals. Curious questioning is the therapist's goal, even if the client does not know what to talk about in the meeting:

*Robert: I don't know where to start.*

*Therapist: Do you not know what the problem is?*

*Robert: Not really...*

*Therapist: Does it bother you that you don't know?*

Robert was unable to provide many details. At one point, the hand movement picked up by the therapist allowed for a more abstract understanding of the problems:

*Therapist: What made you move your hand like that?*

*Robert: It feels like there is a big wall between me and my life.*

The therapist continued with curious questioning: "How high is this wall?," "How far are you standing from this wall?," "What is it made of?," "What's on the other side of the wall." Keeping Robert's awareness at this perceptual level resulted in a shift in his point of view:

*Robert: I think this wall is made of my problems. [laughs]*

*Therapist: What made you laugh?*

*Robert: Because now I know why it is so thick and heavy! Each of my problems is like a huge brick. It's a no-win situation.*

*Therapist: No-win?*

*Robert: When I'm standing in front of the wall, it's so hard for me. When I pick one problem, it's also hard.*

Further exploration of the internal conflict at the level of imagination, over time, resulted in the conversation moving towards a less abstract way of thinking:

*Robert: I can't hide from my responsibilities. I will have to face the wall somehow. [shakes his head]*

*Therapist: How do you feel about that?*

*Robert: I feel frightened... [looks up] but I start feeling a strange lightness at the very thought of getting rid of that wall.*

*Laura: Raczej nie... ale może to i lepiej?*

*Terapeuta: Lepiej?*

*Laura: Na dłuższą metę... Unikanie jest gorsze, bo zatrzymuje mój rozwój. Więc może lepiej się ośmieszyć? Ale już na samą myśl mi gorąco...*

Powyższy konflikt wewnętrzny z czasem został przedyskutowany z różnych punktów widzenia. W terapii MOL, poprzez utrzymanie uwagi na konflikcie wewnętrznym, zwiększane są szanse na skuteczną reorganizację. W trakcie jednej z sesji Laura opisała zmianę podejścia:

*Laura: Udało mi się raz zostać w pokoju podczas spotkania. Było ciężko, ale chyba zrozumiałam, że to nie koniec świata.*

*Terapeuta: Co dokładnie rozumiałaś?*

*Laura: Nawet jak zemdleję lub zrobię coś głupiego, ludzie dalej będą mnie lubić... a ja dalej mogę osiągnąć sukces!*

W kolejnych tygodniach Laura nadal eksperymentowała z nieunikaniem sytuacji społecznych, co spowodowało dalsze zmiany. Terapia trwała 3 miesiące, podczas których Laura, planując częstotliwość spotkań zgodnie z własnymi potrzebami, wzięła udział w 7 sesjach. Z czasem zauważyła, że lęki się zmniejszyły, i podjęła decyzję o zakończeniu terapii.

### Robert

Robert zgłosił się na terapię, gdy zaobserwował u siebie obniżony nastrój i brak motywacji. Podczas pierwszej sesji miał trudności z opisaniem swojego problemu. Terapeuta wciąż jednak trzymał się celów MOL. Zadawanie pytań z zaciekawieniem jest celem terapeuty nawet wtedy, gdy pacjent nie wie, o czym chce rozmawiać:

*Robert: Nie wiem, gdzie powinniśmy zacząć.*

*Terapeuta: Nie wiesz, w czym tkwi problem?*

*Robert: Chyba nie...*

*Terapeuta: Czy przeszkadza ci to, że nie wiesz?*

Mężczyzna nie był w stanie podać wielu szczegółów. W pewnym momencie ruch ręką wychwycony przez terapeutę pozwolił na bardziej abstrakcyjne zrozumienie problemu:

*Terapeuta: Co spowodowało, że poruszyłeś ręką w ten sposób?*

*Robert: Czuję się tak, jakby między mną a moimi życiem stała wielka ściana.*

Terapeuta z zaciekawieniem zadawał kolejne pytania: „Jak wysoka jest ta ściana?,” „Jak daleko od niej stoisz?,” „Z czego jest zrobiona?,” „Co znajduje się po drugiej stronie ściany?,”. Utrzymanie uwagi Roberta na tym poziomie percepcyjnym wpłynęło na zmianę punktu widzenia:

*Robert: Ta ściana jest chyba zrobiona z moich problemów. [śmieje się]*

*Terapeuta: Co cię rozśmieszyło?*

*Therapist: Lightness, even though every brick is very heavy?*  
*Robert: I think there are a few smaller bricks. I just need to focus on one problem at a time.*

At the end of the first meeting, Robert decided to use each subsequent session to talk about a different problem in order to work on unpicking his “wall” gradually. The therapist allowed him to decide on the therapy parameters, giving him full control over each session’s content and frequency. In one of them, Robert returned to the picture of the wall:

*Robert: I think I just removed another brick off the wall. [laughs]*

*Therapist: And what does the wall look like now?*

*Robert: It’s not that big anymore... and it has a few holes!*

*Therapist: And do you see anything else?*

*Robert: I can see the light through the hole!*

Throughout the therapy, Robert spoke about many problems, including the excessive workload in his job, difficulties in his marriage, missing his deceased father, and lack of time to engage with his hobbies. The therapist assisted Robert in exploring each topic using MOL’s two main goals. Over time, each of these discussions shifted towards higher-level goals and the related internal conflicts, which increased the chance of a successful reorganisation. In his last meeting, Robert described the change he had experienced:

*Robert: I feel so much better... But I don’t know exactly how it happened.*

*Therapist: Do you need to know?*

*Robert: Not really... What’s important is that the wall is smaller. I can jump over it. [laughs]*

*Therapist: What’s on the other side?*

*Robert: We’ll see! But I feel optimistic about it! I might need to take a break from therapy and explore what’s on the other side.*

At the client’s request, the therapy ended. Throughout four months of therapy, Robert attended eight meetings. The therapist reassured him that if needed, he could return to therapy.

## EFFECTIVENESS OF MOL

As a transdiagnostic therapy, MOL is directed at the core processes standing in the centre of effective psychotherapy (Higginson et al., 2011); thus, at times, it might resemble other therapy approaches. For example, the client-led approach to therapeutic conversations might resemble Carl Rogers’ person-centred therapy. Curious questioning used by MOL therapists could be compared to Socratic questioning in CBT. Such similarities are accidental because MOL was not created based on other therapies and does not use specific therapy techniques. Everything that MOL therapists do is informed by principles of human functioning described by PCT. The two main goals of MOL are also

*Robert: Już wiem, dlaczego jest taka gruba i ciężka! Każdy problem to jedna wielka cegła. Sytuacja bez wyjścia!*

*Terapeuta: Bez wyjścia?*

*Robert: Jak stoję przed ścianą, jest mi ciężko. Jak wybiorę jeden problem, też mi ciężko.*

Dalsza eksploracja wewnętrznego konfliktu na poziomie wyobraźni pozwoliła z czasem przejść na mniej abstrakcyjny sposób myślenia:

*Robert: Nie mogę chować się przed swoimi obowiązkami. Trzeba się będzie jakoś z tą ścianą zmierzyć. [kręci głową]*

*Terapeuta: Jak się z tym czujesz?*

*Robert: Pojawia się strach, ale... [podnosi wzrok] na samą myśl o pozbyciu się ściany czuję dziwną lekkość.*

*Terapeuta: Lekkość, mimo że każda cegła jest ciężka?*

*Robert: Chyba jest kilka mniejszych cegiełek. Muszę tylko zająć się każdym swoim problemem pojedynczo.*

Pod koniec pierwszego spotkania Robert zdecydował, że na każdej następnej sesji chce rozmawiać o innym problemie, tak aby stopniowo „rozpracowywać swoją ścianę”. Terapeuta pozwolił pacjentowi decydować o parametrach terapii, dając mu pełną kontrolę nad omawianymi tematami i częstotliwością spotkań. W trakcie jednej z sesji Robert wrócił do obrazu ściany:

*Robert: Chyba właśnie zdjęłem kolejną cegłę ze ściany. [śmieje się]*

*Terapeuta: I jak ta ściana teraz wygląda?*

*Robert: Już nie jest taka wielka... i ma kilka dziur!*

*Terapeuta: Coś jeszcze dostrzegasz?*

*Robert: Przez dziurę widzę światło!*

W toku terapii Robert mówił o nadmiarze obowiązków w pracy, trudnościach w małżeństwie, tęsknocie za zmarłym ojcem czy braku czasu na własne zainteresowania. Terapeuta asystował mu w zbadaniu kolejnych tematów, dążąc do osiągnięcia dwóch głównych celów MOL. Z czasem każda z rozmów przybierała formę rozmowy o celach wyższego stopnia i powiązanych konfliktach wewnętrznych, co zwiększało szansę na skuteczną reorganizację. Podczas ostatniego spotkania Robert opisał zauważone przez siebie zmiany:

*Robert: Czuję się dużo lepiej... Ale nie wiem dokładnie, jak to się stało.*

*Terapeuta: Potrzebujesz tej wiedzy?*

*Robert: W sumie nie... Ważne, że ściana jest mniejsza. Mogę przez nią przeskoczyć. [śmieje się]*

*Terapeuta: Co jest po drugiej stronie?*

*Robert: To się okaże, ale odczuwam pozytywną reakcję! Chyba zrobię sobie przerwę od terapii i zbadam, co jest po drugiej stronie.*

Na życzenie pacjenta terapia zakończyła się po 4 miesiącach. W sumie Robert wziął udział w 8 spotkaniach.

a direct application of PCT. Therefore, despite many similarities, MOL is a distinctive approach both from the theoretical point of view and from how the therapists approach the process of helping their clients.

Research conducted by Macintyre et al. (2021) compared MOL to six different therapeutic approaches. The MOL therapist turned out to use significantly more of both open and closed questions, enquired significantly more often about the client's non-verbal behaviours, and allowed the client to spend significantly more time talking in the session. Despite its distinctiveness, MOL therapy is sufficiently flexible that it can be used not only as a stand-alone treatment, but can also be incorporated into currently existing approaches. Examples might include the use of MOL as a transdiagnostic approach to CBT (Mansell et al., 2012) or as a framework describing the principles for counselling and other forms of psychotherapy (Carey et al., 2015).

MOL therapy has been created as a direct application of PCT, which is a computational, mathematically specified theory (Mansell and Huddy, 2018). There are many computer simulations modelling various behaviours from PCT's point of view (e.g. Marken, 2005; Powers, 1978) which have high replicability (e.g. Mansell and Huddy, 2018; Marken and Mansell, 2013). The applicability of PCT to various domains is being more widely recognised, including robotics (Young, 2017), neuroscience (Yin, 2014), education (Carey, 2012) or sociology (McClelland and Fararo, 2006).

PCT-informed research is also being conducted in the psychotherapy field. For example, research by Healey et al. (2017) has shown that people who are given control over the process of exposure achieve better results. In another study, a group of people taking part in expressive writing about conflicting life goals showed significant emotional improvement as compared to the control group (Kelly et al., 2012). Such research further confirms the utility of the assumptions standing behind PCT and MOL, whereas keeping the person's awareness on the goal conflict is the active ingredient in the process of change. Another study utilised the PCT principles to create a conversational computer program helping people resolve problems (Gaffney et al., 2014). The literature investigating the transdiagnostic use of MOL is growing, with many promising findings of its use in various settings and applications. It has been shown to produce positive clinical outcomes as compared to treatment as usual (Bird et al., 2020) or treatment using other comparable psychological interventions (Carey et al., 2013). The use of MOL in routine mental health practice has been found to reduce psychological distress, with reported moderate to strong effect sizes (Carey, 2005; Carey and Mullan, 2007, 2008; Carey et al., 2009, 2013). For example, clients attending a local medical practice for six months to receive MOL therapy at their own frequency experienced psychological improvement with a large effect size (effect size 0.80) between the first and last meetings (Carey and Mullan, 2008). Another study has presented a comparable effect size of MOL (effect size 1.45) as compared to studies investigating

Terapeuta zapewnił go, że może wrócić do terapii, gdy pojawi się taka potrzeba.

## EFEKTYWNOŚĆ MOL

Ze względu na podejście transdiagnostyczne, ukierunkowane na rdzenny proces stojący w centrum efektywnych psychoterapii (Higginson *et al.*, 2011), terapia MOL przypominać może inne metody terapeutyczne. Na przykład prowadzenie rozmowy oparte na potrzebach pacjenta może przypominać psychoterapię Carla Rogersa, czyli terapię zorientowaną na osobę. Z kolei zadawanie pytań z zaciekawieniem może być kojarzone z dialogiem sokratejskim stosowanym w terapii poznawczo-behavioralnej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT). Są to podobieństwa przypadkowe, ponieważ terapia MOL nie została stworzona na podstawie innych terapii i sama w sobie nie używa technik terapeutycznych. Wszystko, co robi terapeuta MOL, bazuje na założeniach, które z perspektywy teorii kontroli percepcyjnej wpływają na funkcjonowanie człowieka. Dwa główne cele MOL wynikają bezpośrednio z PCT. Dlatego też, mimo podobieństw do innych terapii, MOL jest metodą odmienną zarówno z teoretycznego punktu widzenia, jak i pod względem podejścia terapeuty do postępowania z pacjentem.

Badanie, które przeprowadzili Macintyre i wsp. (2021), wykazało, że w porównaniu z 6 innymi terapiami w terapii MOL częściej używa się zarówno otwartych, jak i zamkniętych pytań, częściej bierze się pod uwagę zachowania niewerbalne, a także pozwala się pacjentom na znacznie dłuższe wypowiedzi. Mimo swojej odrębności terapia MOL jest na tyle elastyczna, że może być stosowana i samodzielnie, i jako dodatek do innych podejść. Przykładem może być użycie MOL jako transdiagnostycznego podejścia do terapii CBT (Mansell *et al.*, 2012) lub jako źródła reguł w innych podejściach terapeutycznych (Carey *et al.*, 2015).

Terapię MOL stworzono na podstawie teorii PCT, która opiera się na modelach matematycznych (Mansell i Huddy, 2018). Powstało wiele symulacji komputerowych modelujących różne zachowania z punktu widzenia PCT (np. Marken, 2005; Powers, 1978) – symulacje te zostały wielokrotnie zreplikowane (np. Mansell i Huddy, 2018; Marken i Mansell, 2013). PCT znajduje coraz szersze zastosowanie w wielu dziedzinach, m.in. w robotyce (Young, 2017), neuronauce (Yin, 2014), edukacji (Carey, 2012) czy socjologii (McClelland i Fararo, 2006).

Wzorce i zasady teorii PCT cieszą się coraz większym zainteresowaniem również w psychoterapii. Przykładowo Healey i wsp. (2017) wykazali w swoim badaniu, że pacjenci mający kontrolę nad procesem ekspozycji osiągają lepsze rezultaty w leczeniu fobii. Dowiedziono też, że u osób stosujących technikę ekspresywnego pisania, które miały możliwość skupienia uwagi na sprzecznych myślach o celach życiowych, wystąpiła znacząca poprawa objawów psychologicznych w porównaniu z grupą kontrolną (Kelly *et al.*, 2012). Potwierdzono więc prawdziwość tezy PCT i MOL, że aktywnym czynnikiem leżącym u podstaw zmian psychologicznych

other commonly used therapies, but with a higher efficiency ratio (Carey et al., 2013). Most studies investigating MOL are consistent with its principles, therefore they assume a transdiagnostic approach. In the above studies, no diagnosis or screening criteria were applied. Therefore, patients reported a range of mental health problems including depression, generalised anxiety disorder, social anxiety, panic disorder, agoraphobia, anger issues, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, learning difficulties, substance use, eating disorders, bereavement, and relationship problems. Positive attempts have also been made to use MOL as a brief low-intensity approach (Bird et al., 2020; Grzegorzolka et al., 2019). It has also been successfully applied in secondary care settings to support people experiencing more complex mental health problems (e.g. psychosis), including inpatient contexts (Griffiths et al., 2019; Tai 2016). Emerging work is applying for MOL in schools, prisons, and as a counter-radicalisation approach (Mansell, 2018).

Even though the currently available evidence from the above-described trials and case studies is promising, there is a need for larger-scale trials (Alsawy et al., 2014). Only with further research might we be able to specify the effectiveness and limitations for the use of MOL for various mental health problems. The current research in the field is aimed at understanding the process of psychological change from a PCT perspective (e.g. Grzegorzolka and Mansell, 2019; Mansell and Huddy, 2018, 2020; Mount, 2020). These studies support a non-linear, random, and unpredictable process of change.

#### More about PCT:

- Powers WT: Behavior: The Control of Perception. Aldine, Chicago 1973/2005.

#### More about MOL:

- Carey TA, Mansell W, Tai SJ: Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels Approach. Routledge, London 2015.
- Mansell W, Carey TA, Tai SJ: A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy: Distinctive Features. Routledge, London 2012.

#### Websites:

- <http://www.methodoflevels.com.au>
- <http://www.pctweb.org>
- <http://www.livingcontrolsystems.com>

#### Conflict of interest

*Authors have no direct conflict of interest with respect to this publication, but declare employment with organisations that have both financial and non-financial interests in the subject and materials discussed within this manuscript.*

#### Acknowledgements

*We would like to thank all colleagues who shared their ideas about the translation of PCT terms and definitions.*

jest utrzymywanie uwagi na konflikcie celów. W innym badaniu, bazując na mechanizmie zmiany proponowanym przez PCT, stworzono konwersacyjny program komputerowy pomagający rozwiązywać problemy (Gaffney et al., 2014).

Jak wynika z piśmiennictwa naukowego, transdiagnostyczne stosowanie terapii MOL jest coraz częściej związane z obiecującymi wynikami w różnych kontekstach klinicznych i nie tylko. Przedstawiono pozytywne rezultaty MOL w porównaniu zarówno z leczeniem standardowym (Bird et al., 2020), jak i z leczeniem innymi metodami (Carey et al., 2013). Rutynowe wykorzystanie MOL w podstawowej opiece zdrowotnej doprowadziło do redukcji objawów psychicznych ze statystycznie średnią lub dużą wielkością efektu (Carey, 2005; Carey i Mullan, 2007, 2008; Carey et al., 2009, 2013). Na przykład pacjenci przychodni lekarskiej, którzy przez 6 miesięcy dobierali częstotliwość spotkań MOL do własnych potrzeb, doświadczyli poprawy emocjonalnej z dużą wielkością efektu (0,80) między pierwszym a ostatnim spotkaniem (Carey i Mullan, 2008). W innym badaniu okazało się, że wielkość efektu terapii MOL (1,45) jest zbliżona do wielkości efektu powszechnie stosowanych terapii, ale MOL pozwala uzyskać wyższy wskaźnik wydajności usług (Carey et al., 2013). Autorzy większości przywołanych badań, zgodnie z założeniami MOL, obierają podejście transdiagnostyczne. Badania wymienione powyżej prowadzone były bez procedur diagnostycznych lub kryteriów przesiewowych, dlatego uwzględniły szeroki zakres trudności psychologicznych zgłaszanych przez pacjentów: depresję, zaburzenia lękowe uogólnione, fobię społeczną, lęk napadowy (paniczny), agorafobię, problemy z gniewem/złością, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zespół stresu pourazowego, trudności w uczeniu się, nadużywanie substancji odurzających, zaburzenia odżywiania, żalobę czy problemy z relacjami w związku. Podjęto też obiecujące próby użycia MOL w ramach terapii „niskiej intensywności” (Bird et al., 2020; Grzegorzolka et al., 2019), a także w klinikach zajmujących się specjalistycznym leczeniem poważniejszych problemów psychicznych (np. zaburzeń psychotycznych), włącznie z leczeniem szpitalnym (Griffiths et al., 2019; Tai, 2016). Pojawiają się ponadto próby użycia MOL w szkołach i więzieniach jako metody przeciwdziałania radykalizacji (Mansell, 2018).

Pomimo dowodów empirycznych płynących z prac naukowych i opisów przypadków niezbędne są badania na większą skalę (Alsawy et al., 2014). Tylko dalsze prace umożliwią sprecyzowanie skuteczności terapii MOL i jej ograniczeń w leczeniu problemów psychicznych. Obecnie prowadzone badania mają na celu również zrozumienie procesu zmiany psychologicznej z perspektywy PCT (np. Grzegorzolka i Mansell, 2019; Mansell i Huddy, 2018, 2020; Mount, 2020) i promują spojrzenie na zmianę jako zjawisko nieliniowe, przypadkowe i niemożliwe do przewidzenia.

#### Więcej na temat PCT:

- Powers WT: Behavior: The Control of Perception. Aldine, Chicago 1973/2005.

## References / Piśmiennictwo

- Alsawy S, Mansell W, Carey TA et al.: Science and practice of transdiagnostic CBT: a Perceptual Control Theory (PCT) approach. *Int J Cogn Ther* 2014; 7: 334–359.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington 2013.
- Barth J, Munder T, Gerger H et al.: Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2016; 14: 229–243.
- Bird T, Tai S, Hamilton A et al.: Method of Levels: findings of a pilot randomised controlled trial in primary care. 2020. [online] DOI: 10.13140/RG.2.2.27827.66080.
- Carey TA: Can patients specify treatment parameters? A preliminary investigation. *Clin Psychol Psychother* 2005; 12: 326–335.
- Carey TA: Conflict, as the Achilles heel of perceptual control, offers a unifying approach to the formulation of psychological problems. *Couns Psychol Rev* 2008; 23: 5–16.
- Carey TA: Control in the Classroom: An Adventure in Learning and Achievement. Living Control Systems Publishing, Hayward 2012.
- Carey TA: Exposure and reorganization: the what and how of effective psychotherapy. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 236–248.
- Carey TA, Mullan RJ: Evaluating the method of levels. *Couns Psychol Q* 2008; 21: 247–256.
- Carey TA, Mullan RJ: Patients taking the lead. A naturalistic investigation of a patient led approach to treatment in primary care. *Couns Psychol Q* 2007; 20: 27–40.
- Carey TA, Spratt MB: When is enough enough? Structuring the organization of treatment to maximize patient choice and control. *Cogn Behav Therap* 2009; 2: 211–226.
- Carey TA, Carey M, Mullan RJ et al.: Assessing the statistical and personal significance of the method of levels. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 311–324.
- Carey TA, Mansell W, Tai SJ: Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels Approach. Routledge, London 2015.
- Carey TA, Tai SJ, Stiles WB: Effective and efficient: using patient-led appointment scheduling in routine mental health practice in remote Australia. *Prof Psychol Res Pr* 2013; 44: 405–414.
- Cuijpers P, Li J, Hofmann SG et al.: Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 768–778.
- Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH: The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 207–231.
- Elliott R, Greenberg LS, Watson J et al.: Research on humanistic-experiential psychotherapies. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6<sup>th</sup> ed., John Wiley & Sons, Hoboken 2013: 495–538.
- Gaffney H, Mansell W, Edwards R et al.: Manage Your Life Online (MYLO): a pilot trial of a conversational computer-based intervention for problem solving in a student sample. *Behav Cogn Psychother* 2014; 42: 731–746.
- Griffiths R, Mansell W, Edge D et al.: 'It was me answering my own questions': experiences of method of levels therapy amongst people with first-episode psychosis. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28: 721–734.
- Grzegorzka J, Mansell W: A test of the feasibility of a visualization method to show the depth and duration of awareness during Method of Levels therapy. *Cogn Behav Therap* 2019; 12: e34.
- Grzegorzka J, McEvoy P, Mansell W: Use of the method of levels therapy as a low-intensity intervention to work with people experiencing sleep difficulties. *J Cogn Psychother* 2019; 33: 140–156.
- Hayes AM, Laurenceau JP, Feldman G et al.: Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 715–723.
- Healey A, Mansell W, Tai S: An experimental test of the role of control in spider fear. *J Anxiety Disord* 2017; 49: 12–20.
- Higginson S, Mansell W, Wood AM: An integrative mechanistic account of psychological distress, therapeutic change and recovery: the perceptual control theory approach. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 249–259.

## Więcej na temat terapii MOL:

- Carey TA, Mansell W, Tai SJ: Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels Approach. Routledge, London 2015.
- Mansell W, Carey TA, Tai SJ: A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy: Distinctive Features. Routledge, London 2012.

## Strony internetowe:

- <http://www.methodoflevels.com.au>  
<http://www.pctweb.org>  
<http://www.livingcontrolsystems.com>

## Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają bezpośredniego konfliktu interesów w odniesieniu do niniejszej publikacji, ale deklarują zatrudnienie w organizacjach, których interesy finansowe i pozafinansowe są związane z tematem i materiałami omawianymi w tekście.*

## Podziękowania

*Dziękujemy wszystkim osobom, których cenne spostrzeżenia przyczyniły się do powstania właściwego nazewnictwa i definicji PCT.*

- Hofmann SG, Smits JA: Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 621–632.
- Kasprzak M, Kiejna A: [Comorbidity of mental disorders – epidemiological data]. *Psychiatria* 2010; 7: 1–10.
- Kazdin AE: Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009; 19: 418–428.
- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L et al.: The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014; 9: e94207.
- Kelly RE, Wood AM, Shearman K et al.: Encouraging acceptance of ambivalence using the expressive writing paradigm. *Psychol Psychother* 2012; 85: 220–228.
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L et al.: The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clin Psychol (New York)* 2002; 9: 2–12.
- Macintyre VG, Ward JP, Shariff A et al.: Distinctiveness of Method of Levels: A Proof of Principle Study. [Manuscript in preparation] School of Health Sciences, University of Manchester, 2021.
- Mansell W: Control theory and psychopathology: an integrative approach. *Psychol Psychother* 2005; 78: 141–178.
- Mansell W: The Latest Developments in Applying PCT to Real World Issues. Conference talk at the International Association of Perceptual Control Theory Annual Conference, Northwestern University, Chicago 2018. Available from: <https://youtu.be/flsEpmiHJaQ>.
- Mansell W, Huddy V: The assessment and modeling of perceptual control: a transformation in research methodology to address the replication crisis. *Rev Gen Psychol* 2018; 22: 305–320.
- Mansell W, Huddy V: Why do we need computational models of psychological change and recovery, and how should they be designed and tested? *Front Psychiatry* 2020; 11: 624.
- Mansell W, McEvoy PM: A test of the core process account of psychopathology in a heterogeneous clinical sample of anxiety and depression: a case of the blind men and the elephant? *J Anxiety Disord* 2017; 46: 4–10.
- Mansell W, Carey TA, Tai SJ: A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy: Distinctive Features. Routledge, London 2012.

- Marken RS: Optical trajectories and the informational basis of fly ball catching. *J Exp Psychol Hum Percept Perform* 2005; 31: 330–634.
- Marken RS, Carey TA: Understanding the change process involved in solving psychological problems: a model-based approach to understanding how psychotherapy works. *Clin Psychol Psychother* 2015; 22: 580–590.
- Marken RS, Mansell W: Perceptual control as a unifying concept in psychology. *Rev Gen Psychol* 2013; 17: 190–195.
- Marken RS, Powers WT: Random-walk chemotaxis: Trial and error as a control process. *Behav Neurosci* 1989; 103: 1348–1355.
- McClelland KA, Fararo TJ (eds.): *Purpose, Meaning, and Action: Control Systems Theories in Sociology*. Palgrave Macmillan, New York 2006.
- Messer SB, Wampold BE: Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clin Psychol (New York)* 2002; 9: 21–25.
- Mount A: *The Change Process: Clients' Perspectives and Understanding of Change During Psychological Therapy*. Doctoral dissertation, University of East London, 2020.
- Mulder R, Murray G, Rucklidge J: Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 953–962.
- Patel T, Mansell W, Veale D: The cognitive behavioural processes questionnaire: a preliminary analysis within student, mixed clinical and community samples and the identification of a core transdiagnostic process. *Cognit Ther Res* 2015; 39: 193–203.
- Powers WT: *Behavior: The Control of Perception*. Aldine, Chicago 1973/2005.
- Powers WT: *Living Control Systems III: The Fact of Control*. Benchmark, Escondido 2008.
- Powers WT: Quantitative analysis of purposive systems: some spade-work at the foundations of scientific psychology. *Psychol Rev* 1978; 85: 417–435.
- Powers WT, Clark RK, McFarland RL: A general feedback theory of human behavior: part I. *Percept Mot Skills* 1960a; 11: 71–88.
- Powers WT, Clark RK, McFarland RL: A general feedback theory of human behavior: part II. *Percept Mot Skills* 1960b; 11: 309–323.
- Shedler J: The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010; 65: 98–109.
- Suszek H, Grzesiuk L, Styła R et al.: Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania. *Psychiatria* 2017; 14: 90–100.
- Tai SJ: An introduction to using the method of levels (MOL) therapy to work with people experiencing psychosis. *Am J Psychother* 2016; 70: 125–148.
- Wampold BE, Mondin GW, Moody M et al.: A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "all must have prizes." *Psychol Bull* 1997; 122: 203–215.
- World Health Organization: *The ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision*. World Health Organization, 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [cited: 12 January 2020].
- Yin HH: Action, time and the basal ganglia. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2014; 369: 20120473.
- Young R: A general architecture for robotics systems: a perception-based approach to artificial life. *Artif Life* 2017; 23: 236–286.