

## Terapia akceptacji i zaangażowania w leczeniu zaburzeń lękowych w relacji do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej

### Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety disorders in relation to classical cognitive-behavioural therapy

Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska  
Adres do korespondencji: Jacek Legierski, al. Krasińskiego 30/2, 30-101 Kraków, tel.: +48 606 732 579, e-mail: jacek.legierski@gmail.com

**Streszczenie** Terapia akceptacji i zaangażowania to podejście powstałe na gruncie postskinnerowskiej analizy zachowania, należące do trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnych, które w ostatnich dwóch dekadach coraz bardziej zyskują na popularności. Celem artykułu jest przedstawienie podstaw teoretycznych oraz zastosowania terapii akceptacji i zaangażowania w leczeniu zaburzeń lękowych w relacji do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, zgodnej z ogólnym modelem poznawczym (Beck i Haigh, 2014). W tekście zaprezentowano podstawę teoretyczną analizowanego podejścia, czyli teorię ram relacyjnych (*relational frame theory*), oraz jej implikacje dla rozumienia reakcji lękowej. Przedstawiono również przykładowy opis reakcji lękowej oparty na języku teorii ram relacyjnych. Omówione zostały ogólne założenia terapii akceptacji i zaangażowania, model zaburzeń psychicznych stosowany w tym nurcie, podstawowe techniki i strategie, z których korzysta się w leczeniu zaburzeń lękowych, a także zarys protokołu leczenia wraz z technikami terapeutycznymi pomocnymi na poszczególnych etapach. Zebrano też wnioski z metaanaliz badań nad skutecznością terapii akceptacji i zaangażowania w leczeniu różnych zaburzeń lękowych. Omówiono podobieństwa i różnice między podejściem do terapii zaburzeń lękowych w klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej oraz w terapii akceptacji i zaangażowania. Uwzględniono ponadto wskazówki ułatwiające praktyczne zastosowanie technik akceptacji i zaangażowania oraz podstawy teoretyczne pomocne w integracji tego podejścia z klasyczną terapią poznawczo-behawioralną.

**Słowa kluczowe:** terapia akceptacji i zaangażowania, terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia lękowe

**Abstract** Acceptance and commitment therapy is an approach arising on the basis of post-Skinnerian behaviour analysis, belonging to the third wave of cognitive-behavioural therapies which have become increasingly popular within the last two decades. The aim of the article is to present the theoretical basis and the application of the acceptance and commitment therapy in treating anxiety disorders as compared to the classical cognitive-behavioural therapy consistent with the general cognitive model (Beck and Haigh, 2014). The text introduces the theoretical basis for the analysed approach, that is the relational frame theory and its implications for the understanding of anxiety reactions. An exemplary description of an anxiety reaction based on the language of the relational frame theory is also presented. The general assumptions of the acceptance and commitment therapy are discussed, as well as the model of mental disorders used in this strand of therapy, its basic techniques and strategies used in the treatment of anxiety disorders, and an outline of the treatment protocol together with the therapeutic techniques helpful at each stage. The conclusions of the meta-analyses of studies on the effectiveness of the acceptance and commitment therapy in the treatment of various anxiety disorders are gathered here, as well. The similarities and differences between the approach to the therapy of anxiety disorders in the classical cognitive-behavioural therapy and the acceptance and commitment therapy are discussed. Furthermore, guidelines have been included to facilitate the practical application of acceptance and commitment techniques, as well as the theoretical basis conducive for the integration of this approach with the classical cognitive-behavioural therapy.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioural therapy, anxiety disorders

Zaburzenia lękowe to najbardziej rozpowszechniona kategoria zaburzeń psychicznych. Zgodnie z różnymi danymi amerykańskimi dotyczą 28,8–33,7% populacji (Bandelow i Michaelis, 2015; Kessler *et al.*, 2005), są też najczęstszą przyczyną korzystania z usług ośrodków zdrowia psychicznego (Narrow *et al.*, 2002). Co więcej, zazwyczaj mają charakter chroniczny i wiążą się z poważnym upośledzeniem funkcjonowania. Mimo że skuteczność tradycyjnej terapii poznawczo-behavioralnej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT) jako metody leczenia zaburzeń lękowych została potwierdzona w przypadku zaburzenia lękowego z napadami paniki, zespołu lęku uogólnionego, fobii społecznej, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, fobii specyficznych czy zespołu stresu pourazowego (za: Arch *et al.*, 2012), dla części pacjentów tradycyjne metody poznawczo-behavioralne okazują się trudne do zaakceptowania. Dotyczyć to może zwłaszcza ćwiczeń ekspozycyjnych, związanych z wysokim dyskomfortem (Becker *et al.*, 2004). Około 25% pacjentów rezygnuje z terapii w trakcie ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, a kolejne 5–22% odmawia wykonywania ekspozycji (za: Twohig *et al.*, 2010a). Dlatego istotne wydaje się dalsze rozwijanie sposobów leczenia lęku, które pozwoliłyby na zwiększenie skuteczności terapii i na objęcie nią osób odmawiających uczestnictwa w klasycznej CBT.

## PODSTAWY TEORETYCZNE TERAPII AKCEPTACJI I ZAANGAŻOWANIA

Odpowiedzią na powyższe potrzeby miała być trzecia fala CBT, do której należą takie podejścia, jak terapia dialektyczno-behavioralna, terapia oparta na uważności oraz właśnie terapia akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT) (Springer, 2012).

ACT powstała w nurcie postskinnerowskiej analizy behavioralnej, na bazie teorii ram relacyjnych (*relational frame theory*, RFT) (Blackledge, 2003). Teoria ta zakłada, że ludzie jako organizmy posługujące się językiem uczą się w sposób jakościowo różny od innych zwierząt. Efektem nauki nie jest stworzenie prostych zależności między kilkoma bodźcami, ale cały układ powiązanych ze sobą bodźców (Blackledge, 2003). Za bodźce uznaje się zarówno myśli, emocje, zachowania, jak i właściwości bodźców zewnętrznych. Przykładowe układy relacji to: koordynacja (w polskim wydaniu podręcznika do ACT tłumaczoną jako „równoważność bodźców”; por. Hayes *et al.*, 2013), przyczynowość i hierarchiczna relacja zawierania się bodźców. Koordynacja jest relacją, w której bodźce, ich cechy lub funkcje powiązane są na zasadzie identyczności albo podobieństwa. Przyczynowość wskazuje na inny związek między bodźcami: jeden z nich rozpoznajemy jako przyczynę drugiego. Z kolei hierarchiczność zakłada, że pewne bodźce zawierają się w innych. Za sprawą powiązań pewne bodźce mogą wspólnie pełnić określone funkcje – w przypadku napadu paniki bicie serca i zawroty głowy mogą prowadzić do takiego samego lęku i prób uspokojenia się jak podobne bodźce zapowiadające omdlenie. Człowiek reaguje nie na każdy bodziec z osobna, ale właśnie na specyficzny układ powiązań

między nimi, co w RFT nazywane jest reagowaniem relacyjnym (*relational responding*) (Blackledge, 2003). Reagowanie relacyjne nie dotyczy wyłącznie bodźców, z którymi mieliśmy bezpośredni kontakt, bywa bowiem zapośredniczone przez język. Na podstawie relacji między dwoma bodźcami możemy powiązać z nimi trzeci bodziec, o ile znamy jego relację z jednym z nich. Przykładowo: możemy zacząć bać się węży, choć nigdy nie spotkaliśmy węża ani nikt nie powiedział nam otwarcie, iż trzeba się go obawiać. Wystarczy, że znamy związek między strachem a niebezpieczeństwem (koordynacja: boimy się niebezpieczeństwa) i wężem a niebezpieczeństwem (koordynacja: węże są niebezpieczne). Nazywane jest to relacyjnym reagowaniem pochodnym (*derived relational responding*) (Blackledge, 2003). Mogą zatem powstać relacje między bodźcami, z którymi nigdy się nie spotkaliśmy i które nie zostały bezpośrednio wzmocnione werbalnie. Stąd właśnie bierze się lęk u osoby, która nigdy nie spotkała węża, ale przebywa w lesie (hierarchiczna relacja między „ja” a „las”) i dostrzeżenie, że coś szybko poruszyło się w poszyciu (powiązanie koordynacyjne między szybkim ruchem a wężem), oczywiście jeśli wie, iż w lesie mogą występować węże (hierarchiczna relacja: las zawiera węża).

Ważną implikacją RFT dla praktyki psychoterapeutycznej jest to, że zmiana zachowania powinna zakładać zmiany relacji między elementami układu. Dlatego ACT, w przeciwieństwie do tradycyjnej CBT, obejmuje przekształcenie funkcji poszczególnych bodźców, a nie ich treści.

## ACT – PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA

Podejście oparte na akceptacji i zaangażowaniu zakłada, że podłożem psychopatologii jest również wspomniana tendencja do tworzenia relacji między właściwościami świata zewnętrznego a słowami i symbolicznymi znaczeniami, które w konsekwencji zlewają się w jedno (*fuse*) i zyskują identyczne funkcje. Oznacza to, iż reagujemy na wyuczone relacje między bodźcami i dlatego możemy traktować przyspieszone bicie serca jako zawał, a myśl o zagrożeniu – jako faktyczne zagrożenie. Swoje zachowanie podporządkowujemy wówczas dążeniu do usunięcia myśli o zagrożeniu (Hayes *et al.*, 2013). To z kolei prowadzi do koncentracji na kontrolowaniu języka i reagowaniu nań (werbalizacja, myśli, katastrofizacja). W efekcie zmniejsza się zdolność do elastycznego reagowania na bodźce zewnętrzne i ograniczane są wartościowe aktywności (Arch i Craske, 2008), ponieważ – jak twierdzą twórcy tego podejścia – „kiedy zachowanie podlega regułom werbalnym, ludzie często śledzą zmiany w otoczeniu z mniejszą dokładnością niż zwierzęta” (Hayes *et al.*, 2013, s. 83). Wzrost elastyczności i osłabienie dążenia do kontrolowania własnych myśli i odczuć wewnętrznych to główne cele ACT (Springer, 2012).

Teoria ACT zakłada, że czynnikami podtrzymującymi sztywność psychologiczną, a co za tym idzie – psychopatologię, są (za: Springer, 2012):

- fuzja z myślami (*fusion with thoughts*) – traktowanie myśli tak, jakby były identyczne z doświadczeniami lub wydarzeniami, które opisują;

- ocenianie doświadczeń (*evaluation of experiences*) – zakładanie, że ocena doświadczeń nie tyle jest opinią o doświadczeniu, ile dosłownie oddaje rzeczywistość;
- unikanie doświadczeń (*experiential avoidance*) – unikanie doświadczeń, które wywołują nieprzyjemne myśli lub uczucia;
- uzasadnianie zachowań (*reason-giving for behavior*) – tworzenie uzasadnień, dlaczego ktoś nie zachowuje się w sposób zgodny z wybranym, cenionym kierunkiem.

Dlatego do zwiększenia elastyczności mają prowadzić: akceptacja, wybór i podejmowanie działań (za: Springer, 2012). Akceptacja polega na rezygnacji z walki z wewnętrznymi doświadczeniami i pozwoleniu im, żeby po prostu były. Wybór, o którym tu mowa, jest aktem wskazania własnych wartości i zgodnego z nimi kierunku życia. Ostatni czynnik to podjęcie działań adekwatnych do zidentyfikowanych wcześniej wartości i obranego kierunku życia.

Jak widać, centralnym elementem modelu psychopatologii w ACT jest unikanie doświadczeń i związana z nim sztywność zachowań, wyrażająca się dążeniem do kontrolowania i ograniczania nieprzyjemnych przeżyć. W przypadku pracy z zaburzeniami lękowymi terapeuci akceptacji i zaangażowania nie dążą więc do redukcji lęku do konkretnego poziomu, ale do zwiększenia elastyczności w jego regulowaniu. Skupiają się na zmianie odpowiedzi behawioralnej na lęk, choćby poprzez redukcję unikania czy zwiększenie zaangażowania w wartościowe aktywności pomimo lęku (Codd *et al.*, 2011). Celem terapii jest nie to, „żeby pacjent czuł się lepiej, ale żeby czuł lepiej” (za: Springer, 2012).

### MODEL ZABURZEŃ LĘKOWYCH W ACT

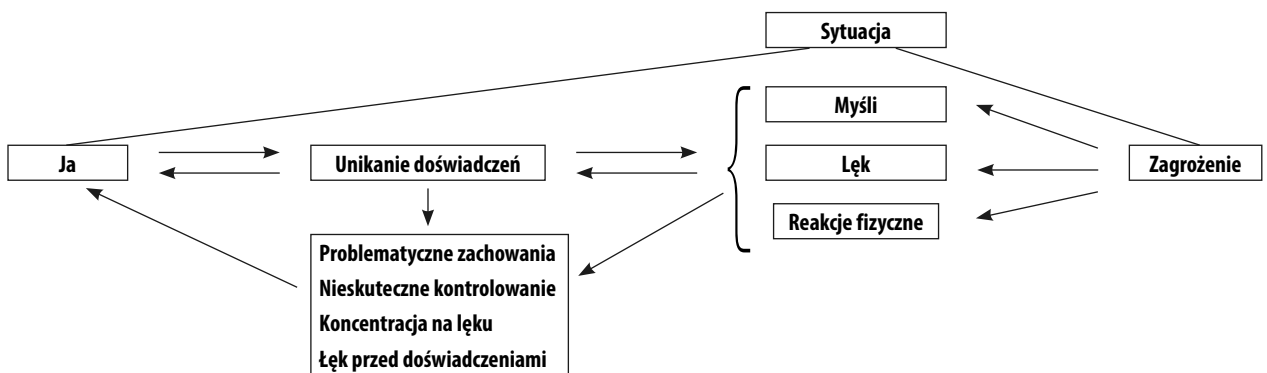
Zgodnie z modelem lęku wykorzystywanym w ACT jednostka uczy się reagować lękiem na pewne bodźce zewnętrzne, a w myśl RFT reakcja ta występuje w pewnym układzie, w którym poszczególne bodźce towarzyszą doświadczaniu lęku i w efekcie przyjmują podobne funkcje jak bodziec zewnętrzny. W przyszłości obecność bodźców związanych z owym układem może wywoływać lęk (Roemer *et al.*, 2005). Bodźcami mogą być wówczas zarówno towarzyszące lękowi myśli, jak i reakcje fizyczne oraz zachowania. To z kolei może skłonić jednostkę do prób unikania i kontrolowania

bodźców, czyli myśli, emocji i zachowań, co nazwano unikaniem doświadczeń. Ponieważ kontrolowanie własnych reakcji emocjonalnych i myślowych jest trudne, może to prowadzić do paradoksalnego efektu zwiększenia częstości występowania tych doświadczeń i nasilenia objawów. Unikanie emocjonalne nie pozwala zarazem na osłabienie relacji między zagrażającym bodźcem zewnętrznym a lękiem i innymi doświadczeniami wewnętrznymi. Próby panowania nad lękiem prowadzą zaś do kłopotliwych zachowań i rezygnacji z wartościowych aktywności (Roemer *et al.*, 2005). Model ten przedstawiono na ryc. 1.

### STRATEGIE I TECHNIKI ACT W LECZENIU LĘKU

Podstawowymi strategiami wykorzystywanymi w ACT w celu zwiększenia elastyczności są: akceptacja, oddzielenie, „ja” jako kontekst, kontakt z chwilą obecną, wartościowanie oraz podejmowanie działań (za: Springer, 2012).

- Akceptacja oznacza chęć doświadczania wewnętrznych stanów niezależnie od tego, czy są odczuwane jako przyjemne czy nieprzyjemne.
- Oddzielenie zakłada naukę postrzegania myśli z neutralnej perspektywy zamiast reagowania na nie tak, jakby były prawdziwe.
- „Ja” jako kontekst (lub inaczej „ja” obserwujące) polega na rozpoznawaniu „ja” jako kontekstu, w którym pojawiają się wewnętrzne doświadczenia w danym miejscu i czasie („ja” tutaj i teraz) (Hayes *et al.*, 2013, s. 126). „Ja” jako kontekst to perspektywa, z której obserwujemy wszystkie swoje doznania i właściwości świata zewnętrznego. Dlatego jesteśmy w stanie przyjrzeć się jakiemuś przedmiotowi, np. jabłku, zobaczyć jego właściwości, a następnie zaobserwować sam akt obserwowania – jego kontekst (miejsce i czas) oraz towarzyszące mu doznania (np. chęć spróbowania owocu, wspomnienia i naszą wiedzę na temat jabłek) (Hayes *et al.*, 2013).
- Kontakt z chwilą obecną oznacza zdolność do uczestnictwa w wydarzeniach tu i teraz w sposób otwarty i nieoceniający.
- Wartościowanie to określenie, co jest ważne, ażeby żyć w taki sposób, w jaki się chce.
- Podejmowanie działań oznacza elastyczne podążanie w stronę celów zgodnych z wybranymi wartościami.



292 Ryc. 1. Model lęku w ACT (na podstawie: Roemer *et al.*, 2005)

Technikami wykorzystywanymi w terapii ACT są: psychoedukacja, metafory, które pomagają pacjentom zrozumieć koncepcje akceptacji i rozdzielania, ćwiczenia doświadczeniowe, ekspozycje wyobrażeniowe, techniki uważności oraz ćwiczenia polegające na zaangażowaniu w wartościowe zachowania (por. Hayes, 2008; Springer, 2012).

Jak się wydaje, same techniki ACT nie różnią się od tych stosowanych w tradycyjnej CBT, jednak – jak wspomiano wcześniej – służą nie redukowaniu lęku, ale bardziej elastycznemu regulowaniu go. Używane są zatem w celu lepszego odczuwania doświadczeń wewnętrznych i redukcji ich unikania. Podczas gdy CBT wykorzystuje swoje techniki do bardziej bezpośredniego kontrolowania poziomu lęku, ACT stara się poprawić jakość życia pacjenta poprzez otwarcie go na doświadczenia i osłabienie tendencji do unikania doświadczeń wewnętrznych w życiu codziennym. Z tego względu ACT można uznać za mniej konfrontacyjny i mniej awersyjny sposób leczenia (Springer, 2012).

## PROTOKÓŁ ACT DLA ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Sesje ACT są prowadzone w sposób ustrukturyzowany. Na początku omawia się pracę domową i dokonuje przeglądu wydarzeń z ostatniego tygodnia. Następnie prezentowany jest nowy materiał. Na końcu ustala się zadanie domowe oraz ćwiczenia behawioralne. Ćwiczenia te mają służyć nie redukcji lęku, lecz wskazaniu możliwości zaangażowania się w wartościową aktywność (Twohig *et al.*, 2010a).

Przedstawiony tutaj przykładowy protokół leczenia zaburzeń lękowych został przygotowany na podstawie protokołu leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i jego adaptacji wykorzystywanej w leczeniu innych zaburzeń lękowych (Codd *et al.*, 2011; Twohig *et al.*, 2010a).

- **Sesja pierwsza.** Po standardowej ocenie objawów pacjenta następuje wprowadzenie do leczenia i ustalenie kontraktu. Podczas pierwszej sesji terapeuta za pomocą pytań na temat sposobów radzenia sobie z lękiem i efektów ich stosowania stara się wprowadzić pacjenta w stan „kreatywnej beznadziejności” (*creative hopelessness*) – celem jest pokazanie, że dotychczasowe sposoby kontrolowania lęku prowadziły tylko do dalszej walki z lękiem.
- **Sesja druga.** Terapeuta przedstawia metaforę „człowieka w dziurze”, który za pomocą łopaty próbuje wykopac się tej z dziury, ale w efekcie dziura się tylko powiększa. Metafora ma ilustrować próby kontrolowania lęku czy – w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – obsesji. Pokazuje, że starając się kontrolować swoje doznania wewnętrzne, pacjent w istocie pogłębia problem i coraz bardziej skupia się na swoich wysiłkach, rezygnując z uczestnictwa w wartościowych aktywnościach.
- **Sesje trzecia i czwarta.** Wprowadzane są ćwiczenia, które mają ukazać pacjentowi nieskuteczność kontrolowania doznań wewnętrznych i zwiększyć ich akceptację. Stosuje się takie ćwiczenia, jak celowe niemyślenie o czymś lub walka z kartką, która leży na kolanach, bez jej dotykania. Kartka symbolizuje lęk albo inne niechciane

doznania wewnętrzne, a walka z nią – próbę ich kontrolowania. Terapeuta przedstawia także metaforę dwóch skal, z których jedna jest trudna do regulowania, a drugą da się kontrolować. Pierwsza symbolizuje poziom lęku, druga – chęć odczuwania go. Pacjent otrzymuje informację, że leczenie nie będzie miało wpływu na pierwszą skalę, ale może mieć wpływ na drugą, co pozwoli mu na zaangażowanie się w wartościowe aktywności (podczas gdy próba kontroli lęku prowadziłyby do wycofania się).

- **Sesja piąta i szósta.** Celem jest zmiana psychologicznej funkcji lęku, obsesji czy reakcji fizycznych związanych z lękiem – z bodźca zagrażającego na „po prostu kolejne doznania wewnętrzne”. W tym celu wykorzystuje się ćwiczenia oparte na oddzielaniu, skupieniu na chwili obecnej oraz „ja” obserwującym.

Przykładem ćwiczenia oddzielającego może być wypowiedzanie natrętnej myśli w zabawny sposób, aby zobaczyć, że treść myśli da się oddzielić od zachowania, zamiast uruchamiać dotychczasowe reakcje na myśl natrętą. Innym ćwiczeniem jest zastosowanie metafory wyobrażeniowej, w której doznania wewnętrzne (myśli, uczucia i wrażenia zmysłowe) są pasażerami autobusu prowadzonego przez pacjenta. Część doznań może się wydawać straszna – mogą to być pasażerowie, którzy grożą kierowcy śmiercią, jeśli nie pojedzie tam, gdzie chcą, lub się nie zatrzyma. Metafora ta ma pokazać pacjentowi, że jeśli wybierze pożądaną przez owych pasażerów kierunek, nie znajdzie się tam, gdzie by chciał, a oni i tak nie wysiądą. Natomiast jeśli skieruje autobus w pożądanym przez siebie kierunku (angażując się w wartościowe aktywności), to owszem, pasażerowie mogą być niezadowoleni (może nastąpić intensyfikacja doznań wewnętrznych), ale w końcu to pacjent jest kierowcą i on kontroluje, dokąd autobus zmierza.

Ćwiczenie skupienia na chwili obecnej polega na obserwowaniu swoich doznań wewnętrznych i zauważaniu ich bez prób kontrolowania lub zatrzymywania.

Ćwiczenie „ja” jako kontekstu ma pomóc pacjentowi w oddzieleniu samego siebie od własnych wewnętrznych doświadczeń poprzez odczuwanie „ja” jako czegoś więcej, jako obserwatora. W tym celu wykorzystuje się metaforę szachownicy: pionki są doświadczeniami wewnętrznymi, a pacjent – szachownicą. Ma to pomóc w zrozumieniu, że wewnętrzne doświadczenia mogą się pojawiać, nie robiąc pacjentowi krzywdy, tak jak pionki na szachownicy nie robią krzywdy planszy.

- **Sesje siódma i ósma.** Ostatnie sesje poświęcone są dyskusji na temat wartości istotnych dla uczestnika terapii i możliwości zaangażowania się w życie zgodne z nimi, a także zapobieganiu nawrotom oraz uczeniu pacjenta, jak może stosować akceptację i zaangażowanie w codziennym życiu.

Przedstawiony protokół jest w zasadzie zarysem leczenia, więc poszczególne etapy nie muszą być realizowane w trakcie wskazanej liczby sesji – należy je traktować raczej jako fazy terapii.

## SKUTECZNOŚĆ ACT W ZABURZENIACH LĘKOWYCH

Wyniki metaanaliz randomizowanych badań nad ACT wskazują na ogólną efektywność tej formy terapii, ale nie są jednoznaczne, jeżeli chodzi o poziom skuteczności (A-tjak *et al.*, 2015; Hacker *et al.*, 2016; Öst, 2014). Średnie wielkości efektów wahają się od wysokich ( $g = 0,82$ ) w przypadku porównań z warunkiem kontrolnym pasywnym (lista oczekujących), przez umiarkowane dla porównań z psychologicznym placebo ( $g = 0,51$ ) i standardowym leczeniem (*treatment as usual*) ( $g = 0,64$ ), do niskich lub braku efektu w porównaniu z CBT (A-tjak *et al.*, 2015).

Wydaje się, iż skuteczność ACT jest różna także w zakresie różnych zaburzeń lękowych (co może być argumentem przeciwko tezie o transdiagnostyczności omawianego podejścia). Terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu działa stosunkowo najlepiej w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego (Öst, 2014). Nieco gorsze efekty uzyskuje się za pomocą ACT w przypadku fobii społecznej, fobii specyficznej, takiej jak lęk przed rozwiązywaniem zadań matematycznych (Zettle, 2003), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (Bluett *et al.*, 2014; Twhog *et al.*, 2010a, 2010b) oraz mieszanych zaburzeń lękowych (Öst, 2014). Öst (2014), posługując się kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (American Psychological Association, APA) (por. Silverman i Hinshaw, 2008), klasyfikuje ACT jako prawdopodobnie skuteczne leczenie zaburzenia lękowego uogólnionego oraz możliwe skuteczne leczenie pozostałych wymienionych wyżej zaburzeń.

Dotychczasowe badania nad efektywnością ACT w zaburzeniach lękowych wydają się niewystarczające do wyciągnięcia jednoznacznych wniosków – ze względu na niewielką liczbę badań, których wyniki nadawały się do ujęcia w metaanalizach. Ogólnym wnioskiem z przytoczonych metaanaliz może więc być to, że potwierdzenie skuteczności ACT w leczeniu zaburzeń lękowych wymaga dalszych randomizowanych badań na próbach klinicznych (A-Tjak *et al.*, 2015; Hacker *et al.*, 2016; Öst, 2014).

### PORÓWNANIE ACT I CBT

Nie przedstawiono dotąd przekonujących dowodów na to, że proces leczenia zaburzeń lękowych w tradycyjnej CBT i w ACT opiera się na różnych mechanizmach (Arch i Craske, 2008). Według teorii ACT poznawcza restrukturyzacja, która jest podstawową strategią CBT w leczeniu lęku, może prowadzić do podtrzymywania ruminaacji i zwiększania wysiłków ukierunkowanych na pozbycie się lękowych myśli. Zarazem wskazuje się jednak, że monitorowanie i podważanie własnych myśli może prowadzić do oddzielenia ich zarówno od rzeczywistości zewnętrznej, jak i od „ja”. Ponadto stosowanie technik oddzielania – kiedy instruuje się pacjentów, aby „odpuszczali myśli” – również może być w niektórych przypadkach odczytywane jako zachęcenie do wypierania myśli (Arch i Craske, 2008).

Można zatem, używając języka pojęciowego ACT, stwierdzić, że zarówno oddzielanie, jak i restrukturyzacja poznawcza prowadzą potencjalnie do wypierania myśli i do redukcji unikania doświadczeń. Co więcej, odnosząc się do teorii poznawczej, można uznać, iż oddzielanie, podobnie jak restrukturyzacja poznawcza, prowadzi do modyfikacji przekonań poprzez obserwację i ponowną ocenę własnych doświadczeń wewnętrznych.

Również pozorną różnicą między ACT a tradycyjną CBT może być podejście do objawów emocjonalnych. ACT ma zwiększać akceptację lęku i jego objawów, redukując tendencję do ich kontrolowania, która zgodnie z tą teorią prowadzi do podtrzymania problemów lękowych (Arch i Craske, 2008). Z kolei CBT za pomocą poznawczej restrukturyzacji, psychoedukacji, samoobserwacji i technik relaksacyjnych ma zwiększać poczucie kontroli i przewidywalności objawów. Oba wskazane dążenia mogą być jednak zbieżne: pacjent stosujący akceptację i zgadzający się na odczuwanie lęku może zyskać większe poczucie kontroli i lepiej rozumieć własne reakcje emocjonalne, a poznawcza restrukturyzacja przekonań na temat objawów lęku i uzyskanie wiedzy na ich temat mogą prowadzić do akceptacji. Tym bardziej że techniki ekspozycyjne są uznawane za wartościowe w świetle obu teorii (Hofmann *et al.*, 2010) – choć ich stosowanie w obu podejściach nieco się różni i ma odmienne cele. Dlatego wydawać się może, że obie formy terapii korzystają w leczeniu zaburzeń lękowych z podobnych mechanizmów, mimo iż podchodzą do zagadnienia z przeciwnych stron (Hofmann i Asmundson, 2008).

Obecnie brakuje niestety badań, które w przekonujący sposób odpowiadałyby na pytanie, czy ACT i tradycyjna CBT korzystają w terapii zaburzeń lękowych ze zbliżonych mechanizmów (Arch i Craske, 2008; Wolitzky-Taylor *et al.*, 2012).

### ZASTOSOWANIE TECHNIK ACT W CBT

Z perspektywy CBT terapia akceptacji i zaangażowania oferuje atrakcyjne i wartościowe podejście do zaburzeń lękowych oraz skuteczne techniki, które – jak się wydaje na podstawie aktualnego stanu wiedzy – mogą być wykorzystywane w CBT bez zarzutu o stosowanie terapii eklektycznej. Próba łączenia klasycznej CBT z technikami wywodzącymi się m.in. z ACT została już zresztą podjęta w koncepcji terapii schematów emocjonalnych (Leahy, 2015).

Podejście oparte na zaangażowaniu i akceptacji może być szczególnie wartościowe dla pacjentów, których rozbudowane strategie unikania nie pozwalają na skuteczne zastosowanie tradycyjnych technik poznawczych. Mowa tu przykładowo o osobach, które konfrontowane z dezadaptacyjnymi myślami reagują silnym dyskomfortem i odmawiają stosowania technik CBT albo wykorzystują techniki poznawcze jako kolejny sposób na unikanie i kontrolowanie lęku poprzez werbalizację.

Na omawianym podejściu skorzystać mogą również pacjenci bardzo skoncentrowani na własnych procesach

poznawczych. Dzięki technikom oddzielenia, akceptacji i „ja” jako kontekstu mogą oni uzyskać decentrację poznawczą i dystans do swoich przekonań.

ACT może być też skuteczna w pracy z pacjentami lękowymi mającymi rozbudowaną strategię kompensacyjną kontroli. Wprowadzenie technik ACT może pomóc tym osobom osłabić kontrolę i w efekcie zwiększyć zdolność do modyfikacji własnych przekonań na temat lęku, co z kolei powinno doprowadzić do redukcji nasilenia objawów.

## PODSUMOWANIE

ACT, jako podejście wywodzące się z tradycji analizy behawioralnej, stara się zobiektywizować procesy wewnętrzne, wskazując na ich funkcje w wywoływaniu lęku i zmieniając te funkcje na drodze bezpośredniego uczenia się. Jednak rezultat zastosowania ACT jest podobny jak w CBT, opartej na teorii poznawczej. Być może dzieje się tak dlatego, że podstawa teoretyczna ACT, czyli teoria ram relacyjnych, ma wiele punktów wspólnych z ogólnym modelem poznawczym (Beck i Haigh, 2014) – z tą różnicą, iż relacje między systemami przetwarzania informacji w umyśle zostały zamienione na werbalne relacje między bodźcami. W przypadku schematu poznawczego sieć powiązań między elementami również może sprawiać, że aktywacja jednego komponentu (poznawczego, emocjonalnego lub behawioralnego) wywołą aktywację całego schematu. Tak jak w RFT niektóre bodźce mogą przejmować funkcję innych i decydować o podtrzymaniu układu relacji (por. Blackledge, 2003).

Wydaje się zatem, że pomimo różnych teoretycznych dotyczących powstawania i podtrzymywania zaburzeń lękowych ACT odwołuje się do podobnych mechanizmów jak tradycyjna CBT. Dlatego można zaryzykować stwierdzenie, iż terapię akceptacji i zaangażowania należałoby uznać nie tyle za oddzielne podejście, ile za rozwinięcie i uzupełnienie tradycyjnej terapii poznawczo-behavioralnej.

### Konflikt interesów

*Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Piśmiennictwo

Arch JJ, Craske MG: Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: different treatments, similar mechanisms? *Clin Psychol (New York)* 2008; 15: 263–279.

Arch JJ, Eifert GH, Davies C et al.: Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 750–765.

A-Tjak JG, Davis ML, Morina N et al.: A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 30–36.

Bandelow B, Michaelis S: Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17: 327–335.

Beck AT, Haigh EA: Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 1–24.

Becker CB, Zayfert C, Anderson E: A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther* 2004; 42: 277–292.

Blackledge JT: An introduction to relational frame theory: basics and applications. *Behav Anal Today* 2003; 3: 421–433.

Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL et al.: Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 612–624.

Codd RT, Twohig MP, Crosby JM et al.: Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *J Cogn Psychother* 2011; 25: 203–217.

Hacker T, Stone P, MacBeth A: Acceptance and commitment therapy – do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2016; 190: 551–565.

Hayes SC: Climbing our hills: a beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clin Psychol (New York)* 2008; 15: 286–295.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG et al.: *Terapia akceptacji i zaangażowania: proces i praktyka uważnej zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

Hofmann SG, Asmundson GJG: Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1–16.

Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A: The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 701–710.

Kessler RC, Berglund P, Demler O et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593–602.

Leahy RL: *Emotional Schema Therapy*. Guilford Press, New York, NY 2015.

Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al.: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 115–123.

Öst LG: The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2014; 61: 105–121.

Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K: Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 1083–1089.

Roemer L, Salters K, Raffa SD et al.: Fear and avoidance of internal experiences in GAD: preliminary tests of a conceptual model. *Cognit Ther Res* 2005; 29: 71–88.

Silverman WK, Hinshaw SP: The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: a 10-year update. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 1–7.

Springer JM: Acceptance and commitment therapy: part of the “third wave” in the behavioral tradition. *J Ment Health Couns* 2012; 34: 205–212.

Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC et al.: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010a; 78: 705–716.

Twohig MP, Whittall ML, Cox JM et al.: An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *Int J Behav Consult Ther* 2010b; 6: 67–83.

Wolitzky-Taylor KB, Arch JJ, Rosenfield D et al.: Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: a comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 786–799.

Zettle RD: Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychol Rec* 2003; 53: 197–215.