

Agnieszka Reichel^{1,2}

POZYTYWNA PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

POSITIVE COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

¹ Centrum Terapii Nerwic w Mosznej

² Gabinet prywatny

**positive cognitive-behavioral psychotherapy
third wave**

Streszczenie

W ciągu ostatnich dekad widać pojawiające się nowe nurty psychoterapii poznawczo-behawioralnej (ang. cognitive-behavioural therapy — CBT). Należą one do trzeciej, a nawet czwartej fali. Artykuł zwraca uwagę na istniejące kierunki CBT, główny nacisk kładąc na pozytywną terapię poznawczo-behawioralną (ang. positive cognitive-behavioural therapy — P-CBT). W tym podejściu (nazywanym też czwartofalowym) punkt ciężkości zostaje przeniesiony z psychopatologii na mocne strony i zasoby klienta. Od zrozumienia mechanizmów powstawania dysfunkcji poznawczo-behawioralnych przechodzimy do skoncentrowania się na procesach powstawania funkcjonalnych przekonań. Głównym punktem odniesienia staje się w nim analiza celu, a nie analiza problemu. Oprócz techniki „strzałki w dół” eksplorującej negatywne przekonania, pojawia się „strzałka w górę”, która koncentruje się na wydobywaniu pozytywnych przekonań klienta. W artykule zostają również opisane elementy P-CBT, takie jak: relacja terapeutyczna, konceptualizacja, analiza celu, własna obserwacja, zmiana procesów poznawczych, zmiana zachowań, zmiana emocji, zadania domowe oraz informacje zwrotne.

Druga część artykułu ukazuje jedno z pierwszych badań porównujących klasyczną terapię poznawczo-behawioralną z terapią P-CBT, która jest obecnie przedmiotem badania na Uniwersytecie w Maastricht. Autorami badań są: Nicole Geschwind, Emke Bosgraff, Fredrike Bannink oraz Frenk Peters. Badanie było przeprowadzone wśród pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi. W artykule zostały ukazane sposoby przeprowadzenia badania oraz jego rezultaty.

Summary

Over the past decades, we have been seeing new trends of emerging cognitive-behavioural psychotherapy (CBT), which fall into the third or even fourth wave. The field of psychotherapy is undoubtedly developing dynamically. This article draws attention to the existing CBT directions, placing the main emphasis on positive cognitive-behavioural therapy (P-CBT). In this new approach (also called the fourth wave), the focus is shifted from psychopathology to the strengths and resources of the client. From understanding the mechanisms of cognitive-behavioural dysfunction we move to focusing on the processes of formation of functional beliefs. Analysing the problem is not the main reference point – its place is taken by goal analysis. In addition to the “down arrow” technique, “up arrow” appears. The article also describes elements of P-CBT such as therapeutic relationship, con-

ceptualization, goal analysis, own observations, change of cognitive processes, change of behaviour, change of emotions, homework, and feedback.

The second part of the article shows one of the first studies comparing classical cognitive-behavioural therapy with P-CBT, the latter of which is currently being studied at the University of Maastricht. The authors of the research are: Nicole Geschwind, Emke Bosgraff, Fredrike Bannink, and Frenk Peters. The study was conducted among patients diagnosed with depressive disorder. The article presents the methods of the study and its results.

Fala fali nierówna, ale w końcu zlobią jeden brzeg

Terapia poznawczo-behawioralna nie jest jednolitym paradygmatem, co oznacza, że z czasem ulega zmianie, jest wzbogacana o nowe podejścia i techniki. Pierwotnym źródłem, od którego zaczął się rozwój dzisiejszych fal jest podejście behawioralne. Polega ono na zastosowaniu zasad uczenia się w celu wypracowania metod, które mają wpływać na zmianę zachowania [1]. W latach 70. klasyczna terapia behawioralna ewoluowała do klasycznej postaci CBT — koncentrującej się na roli dysfunkcyjnych wzorców myślenia, emocji i zachowania [2]. Od około 30 lat rozwija się „trzecia fala” [3].

Początkowo metafora „fal” wzbudzała kontrowersje — kojarzyła się z czymś, co „zmywa” poprzednie podejścia terapeutyczne [4]. Jednak S. Hayes i G. Hofmann zwrócili uwagę, że nowe fale zlewają się ze starymi, tworząc pewną nową jakość, tym samym zmieniając brzeg. W „trzeciej fali” nastąpiła głównie zmiana w założeniach orientacyjnych CBT. Dodatkowo pojawił się zestaw nowych podejść behawioralnych i poznawczych opartych na koncepcjach kontekstualnych, koncentrujących się bardziej na stosunku osób do myśli i emocji, a nie na ich treści. Głównymi podejściami są: mindfulness, psychoterapia akceptacji i zaangażowania (ang. acceptance and commitment therapy — ACT) czy psychoterapia dialektyczno-behawioralna (ang. *dialectical behaviour therapy* — DBT).

Po kilkunastu latach rozwijania się nowych podejść, widać jak dzisiejszy „brzeg” psychoterapii CBT uległ zmianie. Nie ma wątpliwości, iż koncepty „trzeciej fali” są obecnie stałą częścią i współgrają z tradycyjną terapią CBT. Wyniki badań pokazują skuteczność zarówno ACT, DBT, jak i mindfulness [5]. Trzecia fala nie kładzie już takiego nacisku na protokołach opracowanych dla poszczególnych zaburzeń, większy nacisk kładzie na sam proces [6, 7]. Z tego względu zaczęły pojawiać się modele transdiagnostyczne.

Nowoczesne podejścia CBT są bardziej otwarte na różne spojrzenia: humanistyczne, egzystencjalne i analityczne. Współczesny rozwój CBT odbiega od procedur, szkół skoncentrowanych na znaczeniu myśli, natomiast stara się połączyć różne fale CBT w poszukiwaniu spójnych procesów zmian [2].

Obecnie na Uniwersytecie w Maastricht badane jest nowe podejście nazwane pozytywną psychoterapią poznawczo-behawioralną. Poniższy artykuł przedstawia krótko jego główne założenia oraz pierwsze wyniki badania.

Wstęp

Rozwój nowych nurtów terapeutycznych umożliwia terapeutom korzystanie z szerokiego wyboru technik, które może odpowiednio dopasować do danego klienta. Dzięki temu mini-

malizuje się doświadczanie ograniczeń, które niosą ze sobą różne teorie. Terapia poznawczo-behawioralna w wielu przypadkach jest źródłem znacznej poprawy w funkcjonowaniu klienta. Badania jakościowe pokazują, że osoby uzyskują poprawę dzięki wprowadzonym technikom terapeutycznym, np. w zaburzeniach nastroju poprzez zwiększenie świadomości klienta w odniesieniu do rozumienia mechanizmów nimi rządzących [8]. Około 60% osób leczonych według założeń klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej pokazuje polepszenie swojego stanu, a 30% remisję [9]. Liczby te mogą świadczyć o wciąż istniejącej przestrzeni na ulepszenie technik terapeutycznych. Tu powstają pytania: co można zrobić, żeby jeszcze większa liczba osób mogła korzystać z CBT? Jakie jeszcze techniki wpłyną na zmianę i pomogą w rozwoju klienta? Jakie podejście jest najmniej intruzywne, a jakie pomoże uzyskać mniej nawrotów? Jak terapeuta może dotrzeć lepiej do zasobów klienta i zwiększyć jego poczucie skuteczności? Czy terapia może działać szybciej, przy mniejszych kosztach? I, co również istotne, czy terapia może być bardziej przyjemna dla samego terapeuty?

Pozytywna psychoterapia poznawczo-behawioralna

Tradycyjna psychoterapia poznawczo-behawioralna kładzie główny nacisk na pracę z dysfunkcjonalnymi przekonaniami, które wpływają na zachowanie. Natomiast pozytywna psychoterapia poznawczo-behawioralna skupia się na zasobach, mocnych stronach klienta oraz przekonaniach, które aktywizują pożądane zachowania.

P-CBT bazuje na dwóch podejściach: terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu oraz na psychologii pozytywnej [10]. Klient skupia się na danym momencie, na tym, co w danej chwili jest korzystne dla jego rozwoju [11]. Centralnym punktem jest to, co pomoże przy rozwiązaniu problemu, czyli cel, a nie sama analiza problemu. Klienci mówią o tym, czego chcą, co chcieliby osiągnąć. Ma w tym pomagać również zachęcenie do opisywania swojej przyszłości, a nie tylko koncentracja na teraźniejszości i przeszłości w kontekście szukania wzorców powstawania negatywnych schematów i przekonań.

Gassman i Grawe [12] pokazali, iż terapeuci odnoszący sukcesy w swojej pracy, od samego początku relacji z klientem, skupiają się na jego mocnych stronach i starają się mu je pokazać. Bannink podaje dwa argumenty [11], które wskazują, iż ustrukturalizowane odnoszenie się do pozytywnych emocji może w znaczący sposób wpłynąć na leczenie depresji. Pierwszy powołuje się na fakt, iż osoby cierpiące na umiarkowane zaburzenia depresyjne mają problemy w odcinaniu się od negatywnych emocji [13]. Fredrickson pisze, iż wprowadzanie pozytywnych emocji wpływa na „zwalczanie” emocji negatywnych oraz częstsze stosowanie strategii zaradczych [14]. Drugi argument dotyczy badań, których wyniki unaoczniają, iż klasyczna CBT przynosi pozytywne efekty w leczeniu negatywnego afektu, ale niewystarczająco uaktywnia afekt pozytywny [15]. W świetle tych dwóch argumentów psychoterapia w ogólnym znaczeniu, jak i tradycyjna CBT mogłyby znacząco skorzystać z pracy z pozytywnymi emocjami oraz na procesie stymulacji pozytywnych doznań.

Podstawowe założenia P-CBT

P-CBT bazuje na technikach klasycznej CBT, ale używa ich tak, aby klient mógł uświadomić sobie swoje mocne strony, zasoby, cechy, przekonania, które poprawiają jego funkcjonowanie [11]. Poniżej zostały przedstawione najważniejsze techniki P-CBT. Łączą je ustrukturalizowane założenia dotyczące kładzenia nacisku na pozytywne emocje, zachowania i schematy myślenia.

Relacja terapeutyczna — zarówno w klasycznej, jak i w pozytywnej CBT jest to istotny element procesu zdrowienia klienta. Od pierwszych spotkań psychoterapeuta kładzie nacisk na bezpieczną i sprzyjającą atmosferę. Pytania w P-CBT, które pojawiają się przy nawiązywaniu relacji, mają jednak koncentrować się na zaletach i silnych stronach klienta. Klient będzie odnosić się do swoich problemów. P-CBT nie unika tematów związanych z problemami klienta (które naturalnie pojawiają się w trakcie rozmowy), ale też nie skupia się na nich i nie dopytuje o szczegóły.

Konceptualizacja — P-CBT bazuje na doświadczeniach klienta [16]. Konceptualizacja odbywa się z położeniem nacisku nie tylko na problemy, ale też na jego zasoby i odporność. Kuyken, Padesky i Dudley [17] piszą, iż CBT ma dwa główne cele: uwalnianie klientów od cierpienia oraz budowanie ich odporności psychicznej. Dlatego pomijanie w konceptualizacji silnych stron odbiera terapeutę ważne narzędzie pracy.

Analiza celu — analiza problemu nie jest pomijana, jednak szczególny nacisk jest kładziony na analizę celu. Hawton i in. [18] piszą, iż tworzenie celów bazuje na klasycznym CBT. Terapeuci P-CBT używają techniki SMART (specific, measurable, achievable, relevant, time-bound) — cel musi być dobrze określony, pozytywnie skonstruowany, specyficzny, szczegółowy, umiejscowiony w czasie, mierzalny. Ważne jest, aby klient był bardziej skoncentrowany na tym, do czego dąży, niż na tym, od czego chce odejść. Bannink proponuje, że aby to osiągnąć nie trzeba poświęcać wiele czasu na drogę, która ma zostać pokonana, lecz skoncentrować się na rozmowach, które ukażą, co w danych sytuacjach było pomocne w osiągnięciu celu. Ma to lepiej zlokalizować mechanizmy pozytywnych zmian.

Własna obserwacja i analiza funkcjonowania — w klasycznej CBT stosuje się technikę polegającą na analizie sytuacji, myśli i emocji (tzw. technika ABC) w kontekście symptomów i problematycznych sytuacji. Terapeuci P-CBT przyglądają się myślom, emocjom i sytuacjom w kontekście silnych stron, które pojawiają się poza schematycznymi, problematycznymi sytuacjami. To właśnie one mają poszerzyć obraz danej osoby, jej silnych stron i zasobów. Bannink pisze, iż w klasycznym CBT pozytywne konsekwencje dysfunkcjonalnego zachowania muszą zostać podważone, a zostają podkreślone negatywne konsekwencje [16]. Sytuacje wyjątkowe (poza dotychczasowymi schematami) mają również swoje pozytywne konsekwencje, ale w P-CBT nie są one podważane, wręcz przeciwnie, zostają podkreślone.

Zmiana procesów poznawczych, emocji i zachowania — jedną z podstawowych zasad pozytywnej CBT jest to, że problem nie jest widziany jako stały i niezmienny. To, jak jest interpretowany, zależy od uwagi, która jest mu poświęcona. Klienci zachęceni są przez terapeutów do używania narracji wspierającej siebie, ma to wpływać na spoglądanie na siebie w bardziej pozytywnym świetle, oraz do analizy sprzyjających zachowań i identyfikowania pozytywnych emocji, a także sposobów myślenia.

Bannink podaje kilka sposobów pracy nad sposobem myślenia, analizy i zachowania, m.in. przekierowanie uwagi z problemów na zasoby, na przyszłość i pomocne schematy. Wykorzystywana jest technika „strzałki w górę” [16], klient jest zachęcany do szukania przekonań kluczowych o sobie, o innych i o świecie — takich, które pomagają mu dobrze funkcjonować w określonych sytuacjach. Jest to przeciwstawne do techniki „strzałki w dół”, w której klient szuka negatywnych przekonań. Klienci również analizują swoje zachowania w kontekście pomocnych i silnych stron, które zostały wykorzystane w różnego rodzaju sytuacjach. Według pozytywnej CBT szybsza zmiana jest możliwa, kiedy osoba skupia uwagę na swoim celu i przyszłości i jest zachęcana do podejmowania określonych zachowań w tym kierunku, tzw. małych kroków („baby steps”). Przeszłość jest ważna, ponieważ ukształtowała to, co się dzisiaj dzieje z osobą, ale nie jest pożądane, aby klient przez przeszłość i wyuczone schematy interpretował przyszłość.

Zadania domowe — w pozytywnej CBT zadania domowe stosowane są tylko wtedy, kiedy klient uzna, że są mu przydatne i potrzebne. Zmiana przekonań, zachowania i emocji najczęściej ma miejsce na samych sesjach, więc nie musi się ona odbywać między sesjami za sprawą zadań domowych.

Informacje zwrotne — na koniec każdej sesji klient jest zachęcany do podzielenia się swoimi refleksjami. Sprawia to, że nabywa on poczucia sprawczości i uświadamia sobie postęp, jaki zaszedł w trakcie sesji. Często używana jest Session Rating Scale [19] — narzędzie typu papier/ołówek służące do oceny sesji przez klienta.

Sesje kontrolne i rola terapeuty — sesje kontrolne umawiane są po to, aby klient mógł zobaczyć swoje postępy w terapii. W przypadku, kiedy ich nie widać należy przeanalizować sytuację. Klient sam decyduje, kiedy chce, aby odbyła się kolejna sesja, sam mówi, o tym, ile potrzebuje czasu między sesjami. P-CBT wychodzi z założenia, że to klient jest ekspertem, terapeuta jest zawsze krok za nim. Terapeuta zadaje pytania, a klient szuka na nie odpowiedzi. Jest to znacząca różnica w stosunku do klasycznego CBT, w której terapeuta występuje w roli eksperta.

Badania

Bennink, Bosgraaf, Geschwind i Peeters z Amsterdamu oraz Uniwersytetu w Maastricht w lutym 2020 roku opisali procedurę, przebieg i wyniki badania dotyczącego pozytywnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej [11]. Autorzy podają dwa główne argumenty, dlaczego skupili się na pozytywnych emocjach. Po pierwsze — u osób chorujących na depresję widoczny jest deficyt pozytywnych emocji. Po drugie — badania poświęcone tradycyjnej CBT pokazują, iż jej techniki używane do pracy z negatywnym afektem są satysfakcjonujące, jednak niewystarczające do zbudowania pozytywnego stanu emocjonalnego [20].

W poniższej części przedstawiono założenia, przebieg badania oraz jego rezultaty. Badanie miało charakter jakościowy¹.

¹ Trzon podejścia stanowią 2 artykuły — z 2018 i 2020 roku. Nowszych badań w tym zakresie w momencie pisania artykułu nie ma. Inne podejścia „trzeciofalowe” rozwijają się już od około 30 lat i z tego okresu też jest bogatsza literatura.

Dwunastu uczestników badania wzięło udział w procesie psychoterapeutycznym. Każdy z nich miał postawioną diagnozę depresji o łagodnym nasileniu. Badani wzięli udział w ośmiu sesjach psychoterapeutycznych przydzielonych w losowej kolejności (najpierw tradycyjna CBT, potem P-CBT lub odwrotnie). Tradycyjna CBT bazowała na skróconym protokole leczenia depresji Bockting i Huibers [21], pozytywna CBT oparta była na założeniach „Practicing positive CBT” [10]. Po skończonym procesie terapeutycznym przeprowadzono wywiad z uczestnikami badania.

Celem badania i wywiadu było zweryfikowanie i uzyskanie odpowiedzi na następujące pytanie: jak osoby cierpiące na depresję doświadczają P-CBT? Skupiono się na czterech obszarach: a) oczekiwania klienta wobec P-CBT; b) preferencje klienta dotyczące klasycznej CBT lub P-CBT; c) co decydowało o preferencji klienta; d) mechanizm rządzący zmianą w P-CBT.

Oczekiwania klienta wobec P-CBT

Pojawiły się trzy główne typy odpowiedzi: 1) sceptyczne — osoby badane zakładały, że P-CBT nie pomoże w leczeniu depresji; 2) umniejszanie — badani odnosili się do niejasności technik P-CBT; 3) pozytywne — uczestnicy mieli pozytywne oczekiwania odnośnie do wyników psychoterapii.

Preferencje wyboru CBT lub P-CBT

Z dwunastu uczestników dziewięciu wybrało P-CBT. Wśród nich ośmiu uznało, że idealnym rozwiązaniem byłoby połączenie obu podejść, a jedna osoba była zwolennikiem samej P-CBT. Pozostałe trzy osoby uznały obie terapie za takie same i nie widziały między nimi różnicy. Warto podkreślić, iż sekwencja podejmowania terapii w omawianych podejściach miała duże znaczenie. Sześć osób zaczęło od P-CBT, kolejnych sześć od klasycznej CBT. Cztery osoby z pierwszej grupy (początek P-CBT) stwierdziły, iż wolałyby zacząć od klasycznej CBT. Natomiast pozostałe dwie osoby z tej grupy uznały za niekorzystne skupianie się na swoich problemach po tym, jak pracowały nad swoimi pozytywnymi stronami. Te osoby uważały, że lepiej byłoby najpierw rozmawiać o swoich problemach, szczególnie w początkowym ciężkim okresie choroby.

Powód wyboru P-CBT oraz mechanizmy zmiany

Analiza wywiadów z uczestnikami badania sugeruje, iż ważną przyczyną wyboru P-CBT było skupienie się na pozytywnych emocjach. Cztery czynniki, które zdają się mieć ważną rolę w wyborze P-CBT według przeprowadzonego badania: dobre samopoczucie i poczucie wzmocnienia, znaczący wpływ z korzystania z techniki „strzałka w górę” (która ma na celu dotarcie do pozytywnych przekonań), uczenie się i docenianie „małych kroków” (ang. baby steps) oraz ponowne odkrywanie swojego optymizmu i mocnych stron.

Wnioski

Czy można mówić o zgodności oraz możliwości współlistnienia klasycznej CBT i P-CBT? Uczestnicy badania różnie odnosili się do tego stwierdzenia. Część z nich twierdziła, że była bardzo zadowolona z połączenia obu podejść, np. badani w życiu codziennym wybierali techniki w zależności od sytuacji, z którą mieli do czynienia — czasami stosowali analizę strukturalną negatywnych myśli (klasyczna CBT), a w innych momentach skupiali się na swoich pozytywnych stronach i zasobach (P-CBT). Osoby, które zaczęły od P-CBT częściej uważały, że obie techniki interferują. Przeskok z pozytywnego podejścia do klasycznej CBT spowodował w nich zbyt duże wahania nastroju.

Większość respondentów preferowała jednak P-CBT. Jakościowe analizy przeprowadzonego badania wskazują, iż pozytywne emocje odgrywały w tym kluczową rolę. Co ciekawe, nie zawsze P-CBT uważane było przez osoby badane za łatwe i przyjemne, w szczególności na początku terapii. To, co według badanych czyniło ten rodzaj terapii przyjemnym, było skoncentrowanie się na mocnych stronach i na schematach, które prawidłowo funkcjonowały w ich życiu. W efekcie skrócił się czas poświęcany negatywnym emocjom, myślom, zachowaniom i ich wpływowi na codzienne funkcjonowanie.

Zmiana negatywnego afektu jest bardziej widoczna w P-CBT niż w klasycznej CBT [22]. Duża część badanych uznała klasyczną CBT jako wnikliwą, jednak niektórzy z nich uznali, że skupianie się na problemach i negatywnych schematach jest trudne emocjonalnie i przynoszące efekt odwrotny niż zamierzano osiągnąć. Miało to wpływ na częstsze przerywanie terapii przez klientów [8, 23].

Badanie pokazuje, iż ustrukturalizowane koncentrowanie się na pozytywnych emocjach, zasobach i lepszych momentach jest obiecującą techniką w pracy psychoterapeutycznej z klientami ze zdiagnozowaną depresją. Mimo iż początkowe przekonania względem P-CBT były sceptyczne, to na koniec właśnie ta forma terapii była preferowana przez większość badanych. Część respondentów dodałaby elementy tradycyjnej CBT, ponieważ uznali za istotne, aby być świadomym sedna problemu. Samo doświadczanie pozytywnych emocji podczas sesji terapeutycznych określali w kategorii wyzwania, jednak w ostateczności przyjemnego i przynoszącego pożądane efekty [11].

Podsumowanie

Pozytywna terapia poznawczo-behawioralna, zwana również „czwartofalową” jest połączeniem klasycznej CBT z psychologią pozytywną i terapią skupioną na rozwiązaniu. Główne założenia dotyczą skoncentrowania się na zasobach klienta, na tym, co może on osiągnąć, a nie na jego psychopatologii. Pozytywne CBT jednak nie pomija sytuacji problematycznych. Terapeuta powinien do nich nawiązywać, ale się na nich nie koncentrować. Następuje zmiana kierunku z sytuacji problemowych w stronę mocnych stron i rozwiązań. P-CBT pokazuje nowe techniki oddziaływania na klientów. Im większym zakresem technik posługuje się terapeuta, tym większej liczbie osób jest w stanie pomóc, dopasowując je do danego klienta, w zgodzie z jego stylem funkcjonowania.

Jak widać terapia poznawczo-behawioralna nie jest jednolitą dziedziną. Wciąż są tworzone i rozwijane nowe podejścia: terapia behawioralna, poznawczo-behawioralna,

pojawiają się nowe fale. Powstają modele transdiagnostyczne, jak np. model Fairburna, na którym opiera się praca z osobami z zaburzeniami odżywiania. A nawet, jak pokazuje powyższy artykuł, na horyzoncie pojawia się nowa „czwarta fala”.

Piśmiennictwo

1. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ i wsp. The efficacy of cognitive behavioural therapy: a review of meta-analyses. *Cogn. Ther. Res.* 2012; 36: 427–40.
2. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive-behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* 2017; 16(3): 245–246.
3. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behav. Ther.* 2004; 35: 639–665.
4. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness — based therapy: new wave or old hat? *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28: 1–16.
5. Khoury B, Lecomte T, Fortin G i wsp. Mindfulness-based therapy; a comprehensive meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2013; 33: 763–771.
6. Klepac RK, Ronan GF, Andrasik F i wsp. Guidelines for cognitive behavioural training within doctoral psychology programs in the United States — report of the inter-organizational task force on cognitive and behavioural psychology doctoral education. *Behav. Ther.* 2012; 43: 687–697.
7. Hayes SC, Hofmann SG, red. *Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy.* Oakland: New Harbinger, 2017.
8. Barnes M, Sherlock S, Thomas L, Kessler D, Kuyken W, Owen-Smith A, Lewis G, Wiles N, Turner K. No pain, no gain: depressed clients' experiences of cognitive behavioural therapy. *Br. J. Clin. Psychol.* 2013; 52(4): 347–364.
9. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A metaanalysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12: 137–148.
10. Bannink FP. *Practicing Positive CBT. From reducing distress to building success.* Oxford: Wiley; 2012.
11. Geschwind N, Bosgraaf E, Bannink F, Peeters F. Positivity pays off: clients' perspectives on positive compared with traditional cognitive behavioral therapy for depression. *Psychother. Theory Res. Pract.* 2000; 57(3). DOI: 10.1037/pst0000288.
12. Gassman D, Grawe K. General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clin. Psychol. Ther.* 2006; 13: 1–11.
13. Gotlib IH, Krasnoperova E, Yue DN, Joormann, J. Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *J. Abn. Psych.* 2004; 113: 127–135.
14. Fredrickson BL, Mancuso RA, Branigan C, Tugade MM. The undoing effect of positive emotions. *Mot. Emot.* 2000; 24: 237–258.
15. Dunn BD, Widnall E, Reed N. i wsp. . Evaluating Augmented Depression Therapy (ADepT): study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot Feasibility Stud.* 5, 63 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0438-1>.
16. Bannink F. Positive cognitive gedragstherapie, *Tijd. Psych.* 2018; 44(1); 17.

17. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative case conceptualization. New York: Guilford; 2009.
18. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 1995.
19. Duncan B, Miller S, Sparks J, Claud D, Reynolds L, Brown J i wsp. The Session Rating Scale: preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure. *J. Brief Ther.* 2003; 3: 3–12.
20. Dunn BD. Augmenting cognitive behavioural therapy to build positive mood in depression. W: Gruber J, red. *Oxford handbook of positive emotion and psychopathology* Oxford University Press; 2019, s. 539–560.
21. Bockting C, Huibers M. Protocollaire behandeling van patiënten met een depressieve stoornis [Protocol-based treatment of patients with major depressive disorder]. W: Keijsers G, van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, red. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* [Protocol-based treatments in adults with psychological complaints]. Amsterdam: Boom; 2011, s. 251–288.
22. Geschwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Beh. Res. Ther.* 2019; 116: 119–130.
23. Kahlon S, Neal A, Patterson TG. Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cogn. Beh. Ther.* 2014; 7, e8, DOI: <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000075>

Adres: agnieszka@pydynowska.com