

## Konceptualizacija primera in načrtovanje terapije

*Tjaš Debeljak in Tina Vardič*

*Za načrtovanje in izvedbo terapije sprejemanja in predanosti (ACT) je ključna ustrezna konceptualizacija primera, ki omogoča funkcionalno analizo klientovih trenutnih težav, ki jih nato vključimo v okvir modela psihološke fleksibilnosti. Terapevt klienta razume v interakciji z različnimi okolji in v okviru osebnih kontekstov, saj se klientovi problemi in tudi rešitve pojavijo v interakciji z njegovim okoljem. Pri ACT-u so v ospredju posameznikove vrednote, h katerim se terapevt in klient vračata skozi celotno terapijo. Pri konceptualizaciji primera moramo opredeliti zunanje in notranje dogodke, ki so privedli do oslabitve določenih psiholoških procesov, kateri ACT-procesi vzdržujejo trenutno stanje ter kako močni so drugi procesi, ki bi nam lahko pomagali izboljšati stanje. Za konceptualizacijo primera se lahko uporablja več metod: metodo Hexaflex, metodo Želva, metode Psy-Flex in ACT-svetovalec. Poleg intervjuja terapevt za zbiranje informacij lahko uporabi AAQ-vprašalnik sprejemanja in akcije, s katerim meri klientovo psihološko fleksibilnost.*

**Ključne besede:** konceptualizacija primera, psihološka fleksibilnost, vrednote, Hexaflex

### Intervju pri terapiji ACT in zbiranje informacij o klientu

V ACT-u je konceptualizacija primera opredeljena kot sposobnost funkcionalne analize klientovih trenutnih težav, ki ji sledi vključitev le-teh v okvir modela psihološke fleksibilnosti. Pri analizi klientovih dejanskih težav lahko

naletimo na več ovir. Pogosto klienti sami ne bodo povsem prepričani, kaj jih teži, ali pa tega ne bodo pripravljene deliti s terapevtom. V tem primeru se mora terapevt zateči k vsem metodam, ki jih ima na voljo. Hayes, Strosahl in Wilson (2012) pravijo, da sta najlažje dostopni orodji za ugotavljanje klientovih težav terapevtu vedno na voljo: ušesa in oči. S pozornim poslušanjem lahko že iz klientovega govora razberemo, v čem res leži težava. Pri tem ne gre zgolj za pozorno poslušanje vsebine klientovega govora, temveč osredotočanje na ritem govora, premore, jakost, višino, intonacijo, tresljaje glasu itd. Tudi če se klient sam zavestno še ne zaveda, kaj ga najbolj ovira pri vsakdanjem funkcioniranju, bomo lahko s poslušanjem hitro ugotovili, katera področja in teme so zanj bolj neprijetne oziroma občutljive. Ti verbalni znaki nam pomagajo pri načrtovanju nadaljnje obravnave in izbiri ustreznih intervencij. Podobno velja za terapevtovo uporabo oči. S pozornim opazovanjem klienta lahko razbere veliko informacij, ki jih klient sam ne ponudi z govorom. Z opazovanjem klientove telesne govorice lahko ugotovimo, katera področja življenja in katere situacije so zanj najbolj stresne in kako na njegovo doživljanje vpliva spopadanje s temi stresorji. Klient bo na primer verbalno brez težav opisoval nek dogodek, ki se mu je pripetil, ob tem pa si bo grizel ustnice, povešal pogled, stiskal pesti itd. Telesna govorica nam torej v takem trenutku razkrije precej več kot sama vsebina govora. Način pristopanja do klienta se lahko v različnih okoljih nekoliko razlikuje. V tem prispevku smo se osredotočili zgolj na klinično in terapevtsko uporabo ACT-a (Hayes idr., 2012; Dahl, Plumb, Stewart in Lundgren, 2009).

V procesu konceptualizacije lahko prihaja do velikih razlik od primera do primera. Sam proces in trajanje le-tega sta odvisna od okolja in klienta. Najbolj klinično zanesljive rezultate bi lahko dobili s standardizacijo procesa konceptualizacije, a zaradi spremenljivih okoliščin to ne bi bilo smiselno. Idealno bi bilo, da bi si lahko za ta proces vzeli nekaj ur, a včasih morajo terapevti oblikovati učinkovito konceptualizacijo v zelo kratkem času. Prav tako lahko postopek in čas variirata pri obravnavi nenormativne populacije ali pri obravnavi mlajših otrok. Ne glede na okoliščine bomo dobili klinično bolj zanesljive rezultate, če lahko klientove značilnosti funkcioniranja in morebitne težave umestimo v širši kontekst, ki zajema klientovo družinsko zgodovino ter kulturno in socialno okolje. Prav tako je zelo pomembno, da se s klientom pogovorimo o dogodkih pred pojavitvijo trenutnega problematičnega vedenja ter o posledicah le-tega (Hayes idr., 2012).

Model psihološke fleksibilnosti predstavlja kontekstualni pristop k razumevanju klientov. To pomeni, da poskušamo klienta razumeti v interakciji z različnimi okolji in v okviru osebnih kontekstov. Klientove težave in rešitve

zanje naj se ne bi pojavljale zgolj v »organizmu«, temveč so v interakciji z njegovim okoljem. Pri ACT-u so v ospredju posameznikove vrednote, ki pa so močno pogojene s kulturnim kontekstom. Model psihološke fleksibilnosti je kulturno prilagodljiv, saj dopušča, da vanj vključimo značilnosti specifične kulture. To je boljše kot nekateri modeli, ki se v celoti prilagodijo neki kulturi (namesto da bi vključili zgolj nekaj njenih elementov), saj lahko določene kulture v veliki meri normalizirajo kulturne značilnosti, ki so psihološko nezdrave (Hayes idr., 2012).

Za uspešno izvedbo konceptualizacije primera in posledično terapevtske intervencije je torej pomembno, da temeljito zberemo vse relevantne informacije o klientu. To najpogosteje naredimo v obliki intervjuja. Pri izvedbi intervjuja moramo biti pozorni na že prej omenjene verbalne in telesne znake, ki so bogat vir informacij o posameznikovem funkcioniranju. ACT-intervjuji so običajno krajši od klasičnih metod zbiranja informacij, saj se osredotočajo samo na majhno število funkcijsko relevantnih spremenljivk. Pri ACT-intervjuju se osredotočimo na dve glavni vprašanji: »Kakšno življenje bi si klient najraje ustvaril in živel?« ter »Kateri so psihološki in/ali okoljski procesi, ki so ovirali oz. onemogočili ustvarjanje takšnega življenja?«. Intervju običajno zavzame celotno prvo srečanje v procesu psihoterapije, saj si je treba ustvariti zelo podrobno sliko klientovega življenja. Lahko ga izvedemo tudi kot hitro oceno v ambulanti, kar pa lahko vzame samo nekaj minut. V intervju moramo vključiti vsa pomembna področja klientovega življenja. Treba je ugotoviti, kakšne ima socialne odnose, kako se vede pri delu in kakšne odnose ima s sodelavci, kako se razume s partnerjem, otroci in prijatelji, kako se posveča svoji duhovnosti, ali telovadi, kadi, pije, uporablja droge, se prekomerno najeda ... Vprašanj je mnogo in vsa nam lahko dajo pomemben vpogled v klientovo življenje. Specifična vprašanja izberemo na podlagi predhodnih pogovorov in opažanj, ni potrebno vključiti vseh. Terapevt pri intervjuju uporablja tradicionalne metode, kot so povzemanje, povpraševanje, reflektiranje, soočanje itd. Klientove besede poskušamo reorganizirati in mu jih na glas ponoviti, da bi dosegli, da na situacijo pogleda z drugačnega zornega kota (Hayes idr., 2012). Kljub temu Dahl idr. (2009) predlagajo, da ni tako pomembno, da se s klientom pogovarjamo o problemih iz vsakdanjega življenja. Menijo, da se večina teh problemov tako ali tako manifestira v terapevtskem prostoru, tako da lahko takrat opazujemo klientove procese psihološke fleksibilnosti. Pravijo, da se pravo delo ACT-a zgodi med terapijo in ne v drugih okoljih.

## **Funkcionalna analiza vedenja in povpraševanje o vrednotah**

Funkcionalna analiza vedenja zasleduje iste naravne terapevtove cilje, torej pomaga razumeti, zakaj posamezniki trpijo, pomaga predvideti, kako se bodo posamezniki z določenimi motnjami oziroma problemom odzvali, ter pove, kako lahko pomagamo, torej kaj lahko spremenimo, da bo takšen posameznik deloval bolje (Hayes idr., 2012).

S funkcionalno analizo vedenja lahko bolje razumemo klientovo vedenje. Funkcionalna analiza v okviru modela psihološke fleksibilnosti osvetli funkcionalne probleme, ki so specifični za določen klientov problem. Če želi terapevt izvesti funkcionalno analizo, potrebuje informacije o klientovem vedenju in vrednotah, skratka razumeti mora kontekst klientovih problemov. Terapevt mora klienta vprašati po časovnici problema, da izve, ali gre za stalen problem ali se je pojavil na novo. Medtem ko klient razlaga o svoji stiski in težavah, povezanih z njo, dobi boljši vpogled v to, kar v nadaljevanju olajša ACT-terapijo. Nadalje lahko terapevt s poizvedovanjem o klientovih mislih, čustvih, telesnih občutkih in spominih na tak način vidi, ali so ti procesi povezani. Ob tem pa mora biti terapevt pozoren na lasten kontratransfer. Kontratransfer lahko terapevt uporabi tudi tako, da razišče, kako se klient počuti ob nekaterih terapevtovih čustvih. Če terapevt na primer občuti žalost, lahko preveri, kako bo to vplivalo na klienta (Hayes idr., 2012).

Pri izvajanju terapije ACT je pomembno, da terapevt pozna življenjski kontekst klienta, torej kako se klient vede in kakšne vrednote ima sicer. Klientove vrednote se navadno oceni na začetku terapevtskega procesa, in sicer mora terapevt raziskati, kako se klient vsakodnevno vede, zlasti v povezavi s tem, kar ga še posebej teži. Terapevt tako lahko povpraša, kako se klient razume s svojim partnerjem, ali je opustil kakšne hobije, kakšne so razmere v službi in kako se razume s sodelavci. Odgovore klienta nato terapevt parafrazira v kontekstu klientovih vrednot (Hayes idr., 2012).

Terapevt lahko preveri klientove vrednote tudi po določenih korakih. Klientu najprej razloži, kaj je preverjanje vrednot, nato klient reši vprašalnik oziroma delovni list za določanje vrednot, s katerim se preveri vrednostni sistem. Označene vrednote so referenčna točka skozi celoten terapevtski proces, zato mora terapevt še dodatno preveriti, ali so res jasno zabeležene. Pri tem terapevt skupaj s klientom loči vrednote od ciljev in hkrati opredeli vrednote kot smernice in ne kot cilje. Ko klient opredeli svoje vrednote, jih rangira po pomembnosti, pri čemer mora biti terapevt pozoren, da ne projicira lastnih lestvic vrednot na klienta in da se zaveda, kaj je za klienta bolj pomembno. Ko klient izpolni delovni list, ga skupaj s terapevtom

pregledata in terapevt pri tem pove, kakšne so smernice za nadaljnje delo (Hayes idr., 2012).

### Ocenjevanje procesov psihološke fleksibilnosti

Za izvajanje in razumevanje ACT-a je ključno poznavanje modela psihološke fleksibilnosti. Model ima šest temeljnih procesov, ki vplivajo na posameznikovo prilagodljivost in fleksibilnost. V primeru, da je posameznik manj psihološko fleksibilen, so ti procesi odgovorni za njegovo trpljenje. Temeljni procesi psihološke fleksibilnosti so: tukaj in sedaj, sprejemanje, defuzija, vrednote, jaz kot kontekst in predana aktivnost (Hayes idr., 2012)

Z ocenjevanjem procesov psihološke fleksibilnosti dobi terapevt pomembne podatke za konceptualizacijo primera in izvedbo terapije. Terapevt med kliničnim intervjujem za vsak proces oceni, ali ima klient nizko, srednjo ali visoko psihološko fleksibilnost, nakar lahko te ugotovitve integrira v konceptualizacijo primera (Hayes idr., 2012).

- **Tukaj in sedaj**  
Primanjkljaj zavedanja sedanjega trenutka prepoznamo, če klient živi v prihodnosti, kar se kaže skozi tesnobo, ali pa ruminira o preteklosti, pri čemer pa lahko pozabi na sedanost. Značilne so lahko tudi težave pri vzdrževanju pozornosti in disociacija. Klient ne posveča pozornosti sedanjemu trenutku in je večino časa na »avtopilotu« (Hayes idr., 2012).
- **Sprejemanje**  
Primanjkljaj sprejemanja se lahko kaže kot izogibanje notranjemu doživljanju (čustvom, mislim, telesnim občutkom) ali pa zunanjim situacijam. Npr. klient z anksioznostjo skuša na različne načine pobegniti pred neprijetnimi občutki (z alkoholom, pretiranim delom), obenem pa se izogiba številnim situacijam, kjer bi lahko doživel anksioznost (npr. kino, večje trgovine). Klient ima lahko tudi težave pri sprejemanju situacij takšnih, kot so, pa naj je to smrt, ločitev ali bolezen (Hayes idr., 2012).
- **Defuzija**  
Terapevt pri ocenjevanju procesa defuzije skuša identificirati specifične primere zlivanja z mislimi. Ponavljajoče in kategorične evaluacije so primeri motenj v tem procesu (npr. »Nikoli mi ne bo uspelo«, »Nekaj je narobe z mano«, »Nihče me ne mara«). Klient se ne zaveda, da so lahko dejanja ločena od misli in da ga misli ne definirajo (Hayes idr., 2012).

- **Vrednote**  
Vrednote lahko pomagajo klientu izbirati med več alternativami in najti lastni smisel za življenje. Primanjkljaj pri tem psihološkem procesu prepoznamo, če klient ne ve, kaj hoče, se ne zaveda svojih vrednot in ne zna osmisliti svojega življenja (Hayes idr., 2012).
- **Jaz kot kontekst**  
Klient ima težave pri ohranjanju samozavedanja in prisotnostjo v socialni, fizični in psihološki sedanjosti, nima občutka samega sebe in se lahko ne zaveda, da je povezan z drugimi (Hayes idr., 2012). Primer je lahko pretirana identifikacija z zgodbo o sebi, zaradi česar klient ne vidi drugih možnosti v življenju (»Sem zguba. Že starši me niso imeli radi, kako bi lahko pričakoval, da bi me imel rad nekdo drug. Celo življenje bom sam.«). Lahko so prisotne tudi težave pri prevzemanju perspektive, ki se kažejo v nezmožnosti vživljanja v perspektivo druge osebe ali pa v nezmožnosti videti sebe z različnih perspektiv.
- **Predana aktivnost**  
Predana aktivnost se nanaša na delovanje klienta, skladno z njegovimi vrednotami. Ta proces namreč ne sloni na obljubi, ampak na konkretni zavezanosti k dejanjem, in klient, ki ima primanjkljaje pri tem procesu, svojim ciljem in vrednotam ne bo sledil z dejanji (Hayes idr., 2012). Primer so lahko klienti, ki so zelo pasivni in imajo težave pri doseganju ciljev. Primanjkljaj tega procesa se lahko kaže tudi v impulzivnosti in ponavljajočem izogibanju.

## Metode konceptualizacije primerov

Konceptualizacija primera v ACT-u je neke vrste razširitev klasičnega modela psihološke fleksibilnosti. Pri konceptualizaciji moramo opredeliti tri temeljne stvari, in sicer zunanje in notranje dogodke, ki so privedli do oslabilve določenih psiholoških procesov in to oslajljeno stanje še naprej vzdržujejo, kateri ACT-procesi vzdržujejo *status quo* ter kako močni so drugi procesi, ki bi nam lahko pomagali izboljšati stanje. Opredeliti je torej treba šibke procese, ugotoviti, kateri izmed njih v največji meri povzročajo negativno stanje ter s katerimi močnejšimi procesi bi lahko dosegli spremembo pri šibkejših. Vse te ugotovitve moramo umestiti v posameznikov širši kontekst (družinski, kulturni, socialni, osebni ...). Moč psiholoških procesov in njihovo stanje ugotavljamo z različnimi metodami. Ko dobimo oceno procesov in jo umestimo v kontekst, lahko pričnemo z načrtovanjem ustrezne obravnave. Pri

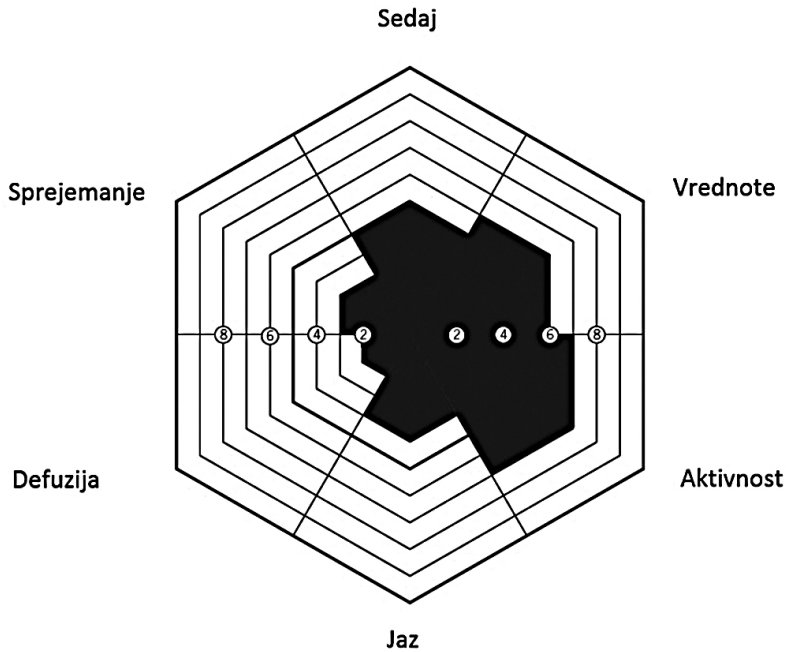
konceptualizaciji primerov si lahko pomagamo z različnimi metodami, ki ta postopek standardizirajo in pospešijo. Metode se med seboj razlikujejo. To je področje, ki se hitro razvija, zato se pogosto pojavljajo tudi nove metode in nove različice starejših (Hayes idr., 2012). V procesu konceptualizacije pogosto ugotovimo tudi, kaj klienti najbolj cenijo in vrednotijo v procesu psihoterapije ter kaj jih pri tem ovira. To znanje lahko kasneje učinkovito vključimo v načrtovanje intervencij, ki so klientu blizu (Dahl idr., 2009).

Model psihološke fleksibilnosti je precej poenostavil proces ocenjevanja, saj je opredelil temeljne dimenzije psihološke fleksibilnosti, ki naj bi predstavljali osrednji del človekovega delovanja in vedenjskih sprememb (Hayes idr., 2012). Zdravo emocionalno vedenje naj ne bi bilo možno brez ustreznega delovanja vseh šestih procesov, ki so povezani s psihološko fleksibilnostjo. Te procese pogosto vizualno prikažemo na heksagonu (Stoddard in Afari, 2014). Ena izmed glavnih metod za konceptualizacijo primerov se imenuje orodje za konceptualizacijo primerov Heksagon. V okviru heksagona opredelimo posameznikova močna in šibka področja ter ugotavljamo, na katera področja bi se bilo vredno najbolj osredotočiti. Obstaja več različnih heksagonskih metod, najpogosteje pa se uporablja Hexaflex. Priljubljen je zaradi svoje enostavne uporabe in preglednosti. S to metodo lahko predstavimo trenutno stanje klientove psihološke fleksibilnosti in opazujemo njen razvoj skozi čas (Hayes idr., 2012).

Kot vidimo na Sliki 1, je heksagon razdeljen na šest glavnih področij, ki predstavljajo šest procesov psihološke fleksibilnosti. Koncentrične črte predstavljajo mero moči opazovanih procesov. Črt je deset in tista, ki je najbolj oddaljena od središča, predstavlja največjo raven moči, središče heksagona pa ima vrednost nič in predstavlja najšibkejšo moč procesov. Običajno polja pobarvamo, da je moč vsakega izmed procesov hitreje razvidna. Posamezne vrednosti lahko pridobimo npr. z uporabo Preglednice za ocenjevanje fleksibilnosti (Flexibility Rating Sheet) (Hayes idr., 2012). Ocene psihološke fleksibilnosti dopolnimo z vprašalniki in temeljitim intervjujem. S slike lahko razberemo, da ima v tem primeru oseba največ težav z defuzijo (vrednost 2) in sprejemanjem (vrednost 3). Njeno najmočnejše področje je predana aktivnost in v nekoliko manjši meri tudi vrednote. Ta slika je dober prvi vpogled, saj hitro vidimo težavna in močna področja ter njihovo morebitno interakcijo (Hayes idr., 2012).

Kot smo omenili, se pri konceptualizaciji primerov vprašamo tudi o notranjih in zunanjih dejavnikih, ki vplivajo na procese psihološke fleksibilnosti in so z njimi v interakciji. V tem primeru lahko Hexaflex preoblikujemo in

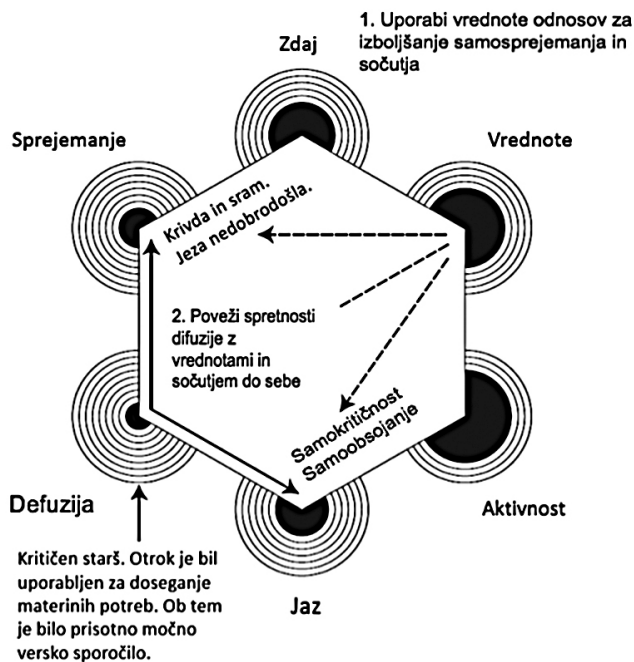




Slika 1. Primer metode Hexaflex konceptualizacije primera. Prilagojeno po *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (str. 130), S. C. Hayes, K. D. Strosahl in K. G. Wilson, 2012, New York: The Guilford Press. Prilagojeno z dovoljenjem avtorja.

vključimo dodatne informacije. To novo obliko metode Hexaflex, ki jo je razvil Takashi Muto, imenujemo Želva (Hayes idr., 2012). Vsak proces fleksibilnosti prikažemo z desetimi koncentričnimi krogi, ki izhajajo iz oglišč heksagona, moč pa spet prikažemo tako, da kroge pobarvamo. V heksagon vključimo ugotovitve o klientu, ki smo jih oblikovali na osnovi intervjuja in vprašalnikov, ter jih pripišemo k tistim procesom fleksibilnosti, za katere menimo, da so z njimi v interakciji (Slika 2). Na podlagi informacij v heksagonu razmislimo, kaj se med seboj povezuje in kje bi lahko izvedli potrebne intervencije. Kot vidimo na sliki, ta osnovni načrt obravnave prav tako pripišemo k modelu. V našem primeru lahko vidimo, da je terapevt šibko defuzijo pojasnil z zelo kritičnim staršem, ki je otroka uporabljal za doseganje lastnih želja, kar je vodilo do slabega sprejemanja sebe. V terapiji bo terapevt poskušal uporabiti močna področja (vrednote), da bi spodbudil sprejemanje in samospoštovanje (Hayes idr., 2012).





Slika 2. Želva oblika Hexflex metode konceptualizacije primerov. Prilagojeno po *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (str. 133), S. C. Hayes, K. D. Strosahl in K. G. Wilson, 2012, New York: The Guilford Press. Prilagojeno z dovoljenjem avtorja.

Ena od metod, ki jo prav tako lahko uporabimo za konceptualizacijo primerov, je metoda načrtovanja Psy-Flex. Pri tej metodi moramo procese psihološke fleksibilnosti razdeliti v tri osnovne odgovorne stile, pri čemer je vsak predstavljen z dvema osnovnima procesoma: osredotočen (sedanjost, jaz kot kontekst), odprt (sprejemanje, defuzija) in udeležen (vrednote, aktivnost). Z uporabo metode Psy-Flex poskušamo na pregleden način strniti veliko količino informacij, ki smo jih pridobili s kliničnim intervjujem. Vizualno je vsak odgovorni stil predstavljen kot lok, ki povezuje procesa, ki ga opredeljujeta. Terapevt klienta oceni na vsakem od procesov glede na odgovore, ki jih je podal med intervjujem, ter informacije, ki so bile zbrane s pomočjo vprašalnikov ali drugih metod. Ocena je podana na desetstopenjski lestvici, zraven pa uporabimo še opisno oceno (nizko, visoko). Pod vsak lok pripišemo najpomembnejša vprašanja glede konceptualizacije in načrtovanja obravnave za specifični odgovorni stil. Vprašanja terapevta usmerijo na pomembne

proces, ko izvaja intervencijo, ki se nanaša na določen odgovorni stil. Kasneje k vprašanjem pripišemo odgovore, ki jih pridobimo z intervjuji oz. vprašalniki med obravnavo. Primer vprašanj, ki se pojavljajo, je: »Na katera vprašanja se klient najbolj osredotoča, ali je bolj usmerjen na preteklost ali prihodnost?« Kasneje si terapevt pripiše, da je klient bolj osredotočen na prihodnost, saj ga je stalno strah, da bi se njegovi družini zgodilo kaj neprijetnega. Terapevt si lahko pripisuje tudi opombe, ki so namenjene njemu samemu ali njegovim kolegom, npr. »To bo težavna obravnava zaradi zelo slabe defuzije. Nujno jo ob vsakem srečanju ponovno preveri« (Hayes idr., 2012).

Četrta pogosto uporabljena metoda konceptualizacije primerov se imenuje ACT-svetovalec (angl. *ACT Advisor*). Uporablja se ga kot orodje za hitro ocenjevanje klienta v ambulantni. ACT-svetovalec je dober pripomoček za poučevanje klientov in spremljanje klientovih samoocen napredka v terapiji. Terapevt in/ali klient orodje uporabita tako, da podata oceno šestih procesov fleksibilnosti z uporabo mnemonične tehnike. Vsaka od črk ACT ADVISOR je del mnemonike: A (angl. *acceptance scale*), CT (angl. *commitment and taking action scale*), A (angl. *attention to present scale*), D (angl. *defusion score*), VI (angl. *values identification scale*), SO (angl. *self as observer scale*) ter R (angl. *resulting psychological flexibility scale*). Zadnja ocena predstavlja skupni rezultat psihološke fleksibilnosti, ki lahko zavzema vrednost od 0 do 60. To ocenjevanje običajno ponovimo večkrat med terapijo, da vidimo, kakšen je vpliv terapevtskega postopka in kako te spremembe zaznava klient. Tovrstno konceptualizacijo se lahko pregledno izdela v manj kot desetih minutah. Tudi pri tej metodi psihološke procese prikažemo na modelu heksagona z oceno moči od 0 do 10 (Hayes idr., 2012).

### Vprašalnik sprejemanja in akcije

Poleg intervjuja pri ocenjevanju psihološke fleksibilnosti klienta pogosto uporabimo tudi vprašalnike. Med najbolj uveljavljenimi je AAQ – Vprašalnik sprejemanja in akcije (angl. *Acceptance and Action Questionnaire*), ki so ga oblikovali Hayes idr. (2004). Trenutno je v uporabi nova verzija vprašalnika AAQ-II. Z vprašalnikom preučujemo sprejemanje, izkustveno izogibanje in psihološko nefleksibilnost. Psihometrične analize so pokazale, da AAQ-II meri isti konstrukt kot prejšnja verzija, pri čemer je novejša verzija bolj zanesljiva (Bond, 2011).

Hayes idr. (2004) so se pri oblikovanju prve verzije vprašalnika obrnili k osnovni teoriji terapije sprejemanja in predanosti. Oblikovali so 32 postavk, ki naj bi odražale visoko potrebo po emocionalnem in kognitivnem

nadzoru, izogibanje negativnim osebnim dogodkom, nesposobnost ustreznega ukrepanja v osebnem življenju ter negativno vrednotenje dogodkov in sebe. Polovica postavk je bila pozitivnih in polovica negativnih. Udeleženci so odgovore podali na sedemstopenjski Likertovi lestvici, pri čemer je 1 pomenilo »Nikoli ne drži« in 7 »Vedno drži«. Vprašalnik je vseboval postavke, kot so: »Sam nadzorujem svoje življenje« ter »Ne bojim se svojih čustev«. Vprašalnik so preizkusili na velikem številu udeležencev in ugotovili, da ga je potrebno skrajšati. Najprej so sestavili vprašalnik s šestnajstimi postavkami, potem pa so jih uspeli zmanjšati na devet. To je bila končna oblika vprašalnika. Tudi v tej verziji so uporabili sedemstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer so se štiri vprašanja točkovala obrnjeno. Postavke, ki so jih vključili v ta vprašalnik, so bile daljše in bolj podrobne kot tiste v prvi različici. Primer postavke bi bil: »V primeru težav lahko ukrepam, čeprav nisem prepričan, kaj bi bilo najbolje storiti«, »Ne bojim se lastnih čustev« ter »Ko se počutim depresivno ali anksiozno, ne morem poskrbeti za svoje obveznosti«. Že avtorji sami so predvidevali, da AAQ ne bo dovolj občutljiv za spremljanje učinka terapije sprejemanja in predanosti, saj se ACT osredotoča na specifične misli pri zelo specifičnih klientih, AAQ pa tega ni bil sposoben zaznati. Bolj primeren je bil za ugotavljanje neke splošne ravni psihološke nefleksibilnosti pri klientih (Hayes idr., 2004).

Učinkovitost vprašalnika AAQ je raziskovalce spodbudila k razvoju vrste različnih prilagojenih oblik vprašalnika, ki so uporabne za specifične populacije. Prilagojeni AAQ so uporabili pri delu s kadilci, pacientih z diabetesom, ljudmi s kronično bolečino, tinitusom in epilepsijo. Pokazalo se je, da so te različne oblike vprašalnika za specifične skupine zelo uporabne kot mediatorji pri ACT-intervencijah. Kljub številnim pozitivnim rezultatom pa so študije pokazale, da ima AAQ pogosto težave z notranjo zanesljivostjo. Raziskovalci so sklepali, da je to posledica prevelike zapletenosti postavk, ki sprašujejo preveč specifična vprašanja (Bond idr., 2011) kot prej omenjena postavka »Ko se počutim depresivno ali anksiozno, ne morem poskrbeti za svoje obveznosti«. Tu naletimo na težavo, ker se simptomi depresivnosti in anksioznosti lahko precej razlikujejo od človeka do človeka, prav tako pa si jih klienti sami različno razlagajo. Prav tako je beseda »obveznosti« zelo nejasna, saj lahko predstavlja vrsto različnih opravil, dogodkov ali vedenj. To je privedlo do začetka razvoja nove verzije vprašalnika. Pri izdelavi AAQ-II je sodelovalo 12 strokovnjakov iz različnih držav. Opredelili so 48 postavk, potem pa jih je manjša skupina strokovnjakov kategorizirala glede na jasnost in konstruktno veljavnost. Dodali so še eno postavko in vprašalnik z 49 postavkami testirali na velikem številu udeležencev. Izvedli so še tri dodatne

revizije in po vsaki prilagodili obliko vprašalnika. Končna verzija AAQ-II je sestavljena iz sedmih postavk, na katere udeleženci odgovarjajo na sedemstopenjski Likertovi lestvici. Vprašalnik zelo visoko korelira s prejšnjo različico, vendar je bolj zanesljiv. Visoko korelira s psihološko nefleksibilnostjo (kar je glavni predmet preučevanja), depresijo, anksioznostjo, stresom in distresom, kar pričakujemo tudi glede na teoretična izhodišča. Ugotovili so tudi, da AAQ-II longitudinalno dobro napoveduje odsotnost z delovnega mesta za eno leto vnaprej. Prav tako je dober napovednik za bodoče mentalno zdravje. Višja psihološka nefleksibilnost namreč visoko korelira z razvojem bolezni in negativnim mentalnim zdravjem (Bond idr., 2011).

## Literatura

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676 – 688.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I. in Lundgren, T. (2009). *The art & science of valuing in psychotherapy: helping clients discover, explore and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Kanada: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D. in McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. in Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*, Druga izdaja. New York: The Guilford Press.
- Stoddard, J. A. in Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises & metaphors in acceptance & commitment therapy*. Kanada: New Harbinger Publications.