

David H. Barlow  
Shannon Sauer-Zavala  
Todd J. Farchione  
Heather Murray Latin  
Kristen K. Ellard  
Jacqueline R. Bullis  
Kate H. Bentley  
Hannah T. Boettcher  
Clair Cassiello-Robbins

UJEDNOLICONY  
PROTOKÓŁ  
LECZENIA

# Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych

Poradnik



**Transdiagnostyczna  
terapia poznawczo-behawioralna  
zaburzeń emocjonalnych**

David H. Barlow  
Shannon Sauer-Zavala  
Todd J. Farchione  
Heather Murray Latin  
Kristen K. Ellard  
Jacqueline R. Bullis  
Kate H. Bentley  
Hannah T. Boettcher  
Clair Cassiello-Robbins

# Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych

Poradnik

Przekład: Agnieszka Pałynyczko-Ćwiklińska



Sopot 2020

# Spis treści

O autorach .....	7
O serii .....	9
Podziękowania .....	13
<b>Rozdział 1</b>	
Czym są zaburzenia emocjonalne? .....	15
<b>Rozdział 2</b>	
Informacje na temat tego programu terapeutycznego .....	27
<b>Rozdział 3</b>	
Uczenie się obserwowania swoich przeżyć .....	35
<b>Rozdział 4</b>	
Wyznaczenie celów i wzmocnienie motywacji .....	51
<b>Rozdział 5</b>	
Rozumienie emocji: czym jest emocja? .....	65
<b>Rozdział 6</b>	
Rozumienie emocji: model ARC .....	81
<b>Rozdział 7</b>	
Uważna świadomość emocji .....	91
<b>Rozdział 8</b>	
Elastyczność poznawcza .....	109
<b>Rozdział 9</b>	
Przeciwdziałanie zachowaniom emocjonalnym .....	129

**Rozdział 10**

Rozpoznawanie doznań fizycznych i mierzenie się z nimi ..... 147

**Rozdział 11**

Zastosowanie teorii w praktyce: ekspozycja na emocje ..... 163

**Rozdział 12**

Rola leków w terapii zaburzeń emocjonalnych ..... 177

**Rozdział 13**

Dalsze postępy: docenienie osiągnięć i widoki na przyszłość ..... 191

**Aneks 1**

Sprawdź swoją wiedzę – prawidłowe odpowiedzi ..... 205

**Aneks 2**

Przykłady wypełnionych formularzy ..... 207

**Aneks 3**

Słowniczek najważniejszych pojęć ..... 233

## O serii

Jednym z największych problemów, z jakimi muszą się mierzyć osoby cierpiące na różnego rodzaju zaburzenia i choroby, jest znalezienie najlepszej dostępnej terapii. Każdy z nas zna kogoś, kto kiedyś leczył się u jednego renomowanego specjalisty, po czym od innego usłyszał, że postawiona diagnoza była nietrafna lub że zalecane leczenie było niewłaściwe, a nawet szkodliwe. Większość pacjentów i członków ich rodzin radzi sobie z tym, czytając wszelkie dostępne publikacje na temat danej choroby, szukając informacji w internecie lub gorączkowo rozpytując wśród znajomych o podobne doświadczenia. Rządy i instytucje odpowiedzialne za kształtowanie polityki zdrowotnej również zdają sobie sprawę z tego, że ludzie w potrzebie nie zawsze otrzymują najlepszą możliwą pomoc – zjawisko to jest określane jako **zróżnicowanie praktyk w opiece zdrowotnej**.

Owo zróżnicowanie próbuje się obecnie zmniejszyć, wprowadzając do funkcjonujących na świecie systemów opieki zdrowotnej **praktyki oparte na dowodach naukowych**. W naszym wspólnym interesie leży to, aby pacjenci zmagający się z różnymi problemami mogli korzystać z najnowocześniejszej i najskuteczniejszej pomocy. Decydenci odpowiedzialni za politykę zdrowotną dostrzegli również, że odbiorcy usług medycznych powinni mieć jak najszerszy dostęp do informacji, aby móc podejmować – wspólnie z leczącymi ich specjalistami – świadome decyzje na rzecz poprawy swojego zdrowia fizycznego i psychicznego. Seria<sup>1</sup>, do której

---

<sup>1</sup> Treatments That Work to seria książek przedstawiających programy terapeutyczne podane weryfikacji w badaniach naukowych. Nakładem Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego ukazały się już komplety (podręcznik terapeuty i poradnik pacjenta)

należy niniejsza książka, służy właśnie temu celowi. Przystępnym językiem opisujemy najnowsze i najskuteczniejsze metody terapii konkretnych problemów. Każdy program terapeutyczny, który został opisany w ramach serii, poddano badaniom empirycznym spełniającym najwyższe standardy określone przez naukowy komitet doradczy. Osoby poszukujące pomocy dla siebie lub dla swoich bliskich mogą mieć pewność, że specjaliści, którym interwencje te są znane, oferują najlepszą możliwą pomoc. Oczywiście tylko specjalista w zakresie opieki zdrowotnej może podjąć decyzję o tym, jakie interwencje powinny być włączone do programu leczenia danego pacjenta.

Ujednolicone transdiagnostyczne modele terapii zaburzeń, które wykazują wspólne objawy i reagują na te same protokoły leczenia – oto wiodące obecnie programy terapeutyczne. Przemawiają za nimi dowody naukowe, ponieważ poparto je najnowszymi badaniami i pozytywnie oceniono w próbach klinicznych. Coraz lepiej rozumiemy charakter zaburzeń psychicznych, a wraz z pogłębianiem wiedzy na ten temat odkrywamy, że wiele grup pokrewnych zaburzeń wykazuje ważne cechy wspólne, jeśli chodzi o problemy behawioralne i funkcjonowanie mózgu. Zgodnie z podejściem wiodących terapeutów i autorów podręcznika *DSM-5* obecnie rozpatrujemy te zaburzenia lub problemy jako powiązane ze sobą, umieszczamy je na „spektrum”. A to dlatego, że u większości osób zmagających się z jednym zaburzeniem lub problemem można rozpoznać też inne problemy lub zaburzenia współistniejące. Osoby z diagnozą zaburzenia panicznego mogą zmagać się także z fobią społeczną i depresją – są to zaburzenia emocjonalne. Osoby nadużywające narkotyków często nadużywają też alkoholu i palą papierosy – są to różne postacie uzależnienia.

---

dotyczące przedłużonej ekspozycji w terapii PTSD dorosłych i nastolatków, poznawczo-behawioralnej terapii dorosłych z ADHD, ekspozycji i powstrzymania reakcji w terapii dorosłych cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, poznawczo-behawioralnej terapii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży oraz poznawczo-behawioralnej terapii przewlekłego bólu (przyp. red.).



Programy terapeutyczne prezentowane w ramach naszej serii mają charakter **ujednolicony**, ponieważ obejmują zintegrowany zestaw procedur terapeutycznych skutecznych w przypadku całej grupy zaburzeń, takich jak zaburzenia emocjonalne czy uzależnienia. Są to także programy **transdiagnostyczne**, ponieważ stworzono je z myślą o efektywnej pracy nad wszystkimi zaburzeniami z danej grupy (np. zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami odżywiania czy uzależnieniami), które mogą współwystępować u jednej osoby. Praca oparta na jednym zestawie zasad terapeutycznych jest łatwiejsza i efektywniejsza dla ciebie i dla twojego terapeuty; pozwala kompleksowo i skutecznie zająć się wszystkimi twoimi trudnościami.

Poradnik jest poświęcony zaburzeniom emocjonalnym. Do tej grupy należą wszystkie zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju (depresyjne), takie jak zaburzenie paniczne z objawami lub bez objawów agorafobii, fobia społeczna, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne i depresja. Program terapeutyczny opracowano także z myślą o pokrewnych zaburzeniach, których przyczyną są trudności w radzeniu sobie z silnymi emocjami, takich jak hipochondria, dysocjacja (poczucie nierealności), nadużywanie alkoholu lub innych substancji i samookaleczanie. Cechą ich wszystkich jest przeżywanie intensywnych emocji, które utrudniają funkcjonowanie i czerpanie satysfakcji z życia. Natomiast na ogół nie zalecamy stosowania niniejszego programu w przypadku fobii specyficznych, gdy fobia stanowi jedyny problem i nie towarzyszą jej inne zaburzenia emocjonalne. Tylko lekarz lub terapeuta może przeprowadzić diagnozę i stwierdzić, co ci dolega, a także dobrać odpowiednią dla ciebie metodę terapii.

*David H. Barlow*  
*redaktor serii Treatments That Work*  
*Boston, Massachusetts*



# Czym są zaburzenia emocjonalne?

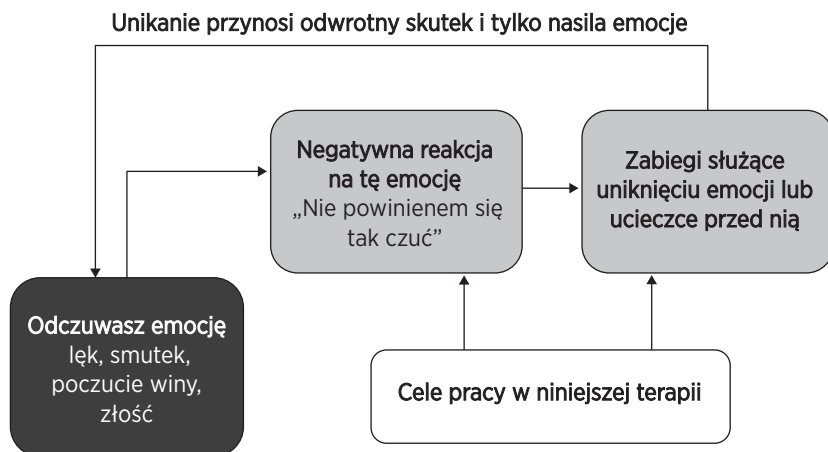
## Cele

- Omówienie zakresu objawów, których leczeniu służy ten program terapeutyczny.
- Ustalenie, czy jest to program odpowiedni dla ciebie.

## Na czym polegają zaburzenia emocjonalne?

Niniejszy poradnik powstał z myślą o osobach, które zmagają się z intensywnymi emocjami, takimi jak lęk, smutek, złość i poczucie winy. **Zaburzenie emocjonalne** rozważamy wtedy, gdy emocje są tak przytłaczające, że utrudniają codzienne funkcjonowanie. Na przykład głęboki smutek może utrudniać podtrzymywanie kontaktów z przyjaciółmi, a czasem nawet wstanie z łóżka. Odczuwanie lęku w szkole lub w pracy może uniemożliwiać ukończenie ważnych zadań. Być może czytasz tę książkę właśnie dlatego, że emocje w znaczący sposób zakłócają twoje funkcjonowanie. Przeżycia emocjonalne wpływają na nasze życie na różne sposoby, ale trzy cechy z nimi związane zwykle powtarzają się we wszystkich zaburzeniach emocjonalnych, co pokazuje rycina 1.1.

1. **Częste silne emocje.** Osoby cierpiące na zaburzenia emocjonalne często odczuwają silne emocje. Jest to biologicznie uwarunkowana wrażliwość



**Rycina 1.1.** Funkcjonalny model zaburzeń emocjonalnych

Źródło: opracowanie własne.

- emocjonalna – niektórzy ludzie po prostu są tak „zaprogramowani”, że doświadczają intensywniejszych emocji w reakcji na różne sytuacje życiowe. Trzeba jednak zaznaczyć, że odczuwanie silnych emocji nie oznacza automatycznie, iż uznamy je za przytłaczające i zakłócające nasze funkcjonowanie. Ważne jest bowiem to, jak na nie reagujemy.
- 2. Negatywne reakcje na emocje.** Osoby cierpiące na zaburzenia emocjonalne mają skłonność do negatywnego postrzegania swoich emocji. Są dla siebie bardzo surowe w związku z tym, że reagują w określony sposób, na przykład myślą: „Nie powinnam się tak czuć” czy „Denerwowanie się z takiego powodu jest oznaką słabości”. Do tego wiążą silne emocje z negatywnymi rezultatami i mogą dojść do takich wniosków, jak: „Wszyscy będą mnie oceniać z powodu odczuwania lęku”, „Jeśli wpadnę w złość, zrobię coś, czego będę żałować”, „Jeśli pozwolę sobie na smutek, pogrążę się w nim tak bardzo, że nie będę w stanie przestać się smucić”. Czasami szczególnie przykry jest jeden komponent przeżycia emocjonalnego. Na przykład u niektórych osób duży dyskomfort wywołują doznania fizyczne powiązane z emocjami, takie

jak przyspieszone bicie serca, pocenie się czy motyle w brzuchu. Dla innych najtrudniejsze są natrętne, niechciane myśli. Zdarza się i tak, że ktoś negatywnie reaguje na emocje pozytywne (np. „Jeśli pozwolę sobie na ekscytację, przeżyję o wiele większe rozczarowanie, gdy coś się nie uda”).

3. **Unikanie emocji.** Ponieważ osoby cierpiące na zaburzenia emocjonalne negatywnie odbierają własne emocje, starają się ich unikać. Problem z unikaniem polega na tym, że ono wcale dobrze nam nie służy. Starania na rzecz odsunięcia emocji od siebie mogą na krótką metę poprawić twoje samopoczucie, ale na dłuższą metę prowadzą do jeszcze częstszego przeżywania jeszcze silniejszych emocji. Przypomina to trochę wpadnięcie w ruchome piaski – im bardziej się szarpiesz, tym bardziej się pograżasz. Do tego unikanie różnych zajęć czy sytuacji, które mogą wzbudzać emocje, bardzo ogranicza twoje życie. Być może trudno ci czerpać radość z codziennych zajęć, takich jak chodzenie do pracy, spędzanie czasu z przyjaciółmi czy robienie czegoś dla zabawy.

Niniejszy poradnik powstał po to, by pomóc ci zmienić sposób reagowania na emocje. Będziemy cię prosić o podchodzenie do własnych emocji z większą akceptacją zamiast postrzegać je jako coś, czego należy unikać. Być może spodziewasz się czegoś przeciwnego – może masz nadzieję, że dzięki terapii **pozbędziesz** się przytłaczających uczuć. Z tego poradnika dowiesz się jednak, że emocje – nawet te, które uważamy za negatywne – pełnią ważną funkcję, a wypieranie ich nie tylko nie pomaga, lecz przynosi skutek przeciwny do zamierzonego. Dopuszczanie emocji do siebie i skuteczniejsze reagowanie na nie może początkowo być trudne, ale stopniowo, dzięki praktyce, stanie się łatwiejsze.

Aby wstępnie ocenić, czy niniejszy program terapeutyczny jest odpowiedni dla ciebie, zapoznaj się z historiami osób, które leczyły się w naszej klinice.

## Amira

Amira miała dwadzieścia cztery lata i była na ostatnim roku studiów, gdy zgłosiła się do naszej kliniki z powodu wielu problemów, z jakimi się zmagала. Przede wszystkim przez większość czasu (90% dnia) zamartwiała się sytuacją finansową rodziny, tym, czy zdoła ukończyć studia, stanem swojego zdrowia i swoim bezpieczeństwem. Próbuując radzić sobie z zamartwianiem się, często odkładała naukę na później i spędzała całe popołudnia w internecie. Unikała szczególnie ważnego projektu, który musiała skończyć, żeby obronić się w terminie. Miała ogromne poczucie winy w związku z tym, że nie robi żadnych postępów w projekcie, ale nie była w stanie się za niego zabrać. Do tego Amira wspomniała o przymusie sprawdzania (objawiającym się np. częstymi wizytami u lekarza, wyszukiwaniem w internecie informacji na temat różnych objawów), a także o unikaniu zatłoczonych miejsc publicznych z obawy przed atakiem terrorystycznym. Zachowania te chwilowo poprawiały jej samopoczucie, ale niepokój zawsze wracał, gdy pojawiały się nowe sytuacje i objawy. Oprócz zamartwiania się Amirze dokuczały też poczucie nerwowości, trudności z koncentracją, drażliwość, spięte mięśnie.

Dziewczynie trudno było nawiązywać przyjaźnie, kiedy w związku z podjęciem studiów przeprowadziła się w nowe miejsce. Martwiła się, że znajomi z uczelni uznają ją za dziwaczkę, więc unikała spotkań towarzyskich. Kilka razy wybrała się do pobliskiego kościoła, ale zawsze siadała z tyłu i wychodziła tuż po zakończeniu mszy, aby uniknąć rozmów z innymi wiernymi. Amira wspomniała także, iż na zajęciach powstrzymuje się od zadawania pytań z obawy, że profesorowie zaczną żałować przyjęcia jej na studia. Na koniec stwierdziła, że wszystkie opisane trudności ją przytłaczają i że czuje się naprawdę przygnębiona. Nie miała nadziei na rozwiązanie swoich problemów, przestała też uprawiać hobby – porzuciła jogę, jazdę na rowerze, haftowanie. Uważała, że skoro nie wywiązuje się z uczelnianych obowiązków, to nie zasługuje na „przyjemności”.

## Kevin

Kevin to pięćdziesięcioośmioletni mężczyzna, który od dwudziestu lat jest żonaty, ma dwójkę nastoletnich dzieci i dwudziestopięcioletnie doświadczenie w pracy jako prawnik. Zgłosił się do naszej kliniki ze względu na intensywne napady paniki, które obejmowały przyspieszenie tętna, duszności, zawroty głowy, częsty ucisk w gardle, nudności i pocenie się. Pierwszy napad paniki mężczyzna przeżył na autostradzie, gdy jechał do pracy. Natychmiast zjechał na pobocze i wysiadł z samochodu. Nigdy wcześniej czegoś takiego nie doświadczył i był przerażony, że mógłby stracić panowanie nad autem. Zadzwoił do żony, żeby po niego przyjechała. Potem Kevin regularnie miał napady paniki. Większość z nich pojawiała się nagle i niespodziewanie, ale mężczyzna zauważył, że najczęściej zdarzają się w sytuacjach, w których czuł się, jakby był w pułapce. Kevin stale martwił się tym, że będzie miał kolejny atak, dlatego zmienił swoje zachowanie, by ich unikać. Na przykład przestał korzystać z autostrady. Zaczął jeździć do pracy bocznymi drogami, przez co dojazd wydłużył się o 30–45 minut. Wychodził wcześniej z biura, żeby uniknąć korków. Zaczął unikać też innych sytuacji – latania samolotem, jazdy windą, wizyt w sklepach i centrach handlowych, teatrach; generalnie unikał tłumów. Nigdy nie wychodził z domu bez telefonu komórkowego (żeby móc wezwać pomoc, gdyby coś mu się stało) i doraźnie działającego leku przeciwłękowego. Wprawdzie Kevin rzadko zażywał ów lek, ale twierdził, że samo spojrzenie na opakowanie wystarczy, by od razu poczuł się pewniej i nabrał poczucia, iż sobie poradzi. Mężczyzna próbował różnych metod, aby „pozbyć się” napadów paniki, w tym relaksacji, hipnozy, nawet leków na receptę. Żadna jednak mu nie pomogła. Kevin nie mógł się oprzeć wrażeniu, że z jego mózgiem coś jest nie tak, był też przekonany, że objawy, których doświadcza, świadczą o jego słabości.

## Marco

Marco to czterdziestojednoletni strażak, od ośmiu lat żonaty. Niedługo po tym, gdy na dyżurze zdarzył się wypadek, w którym jeden z jego

kolegów został poważnie ranny, mężczyzna zaczął mieć koszmary senne. Zazwyczaj dotyczyły one tego, że Marco nie jest w stanie pomóc koledze w czasie pożaru, i uniemożliwiały ponowne zapadnięcie w sen. W efekcie mężczyzna przez większość dnia czuł się zmęczony i był półprzytomny, ale odwlekał moment udania się na spoczynek, ponieważ łóżko zaczęło mu się kojarzyć z czymś okropnym. Dodatkowo Marco zauważył, że w ciągu dnia często rozpraszają go natrętne myśli na temat poszkodowanego kolegi. Wspomnienia te pojawiały się niespodziewanie nawet wtedy, gdy mężczyzna próbował się odprężyć, przez co miał nerwy jak postronki. Żona próbowała go wspierać. Pytała, o czym myśli, ale on wołał o tym nie rozmawiać z obawy, że rozmowa jeszcze bardziej wyprowadzi go z równowagi. Mniej więcej w tym samym czasie jego żona zauważyła, że Marco stał się bardziej porywczy. Często był rozdrażniony, puszczały mu nerwy, warczał na nią z błahych powodów. Pewnego dnia przestraszył go pies, który nagle wpadł do domu. Marco nawrzeszczał na zwierzę, kazał psu trzymać się od niego z daleka, a potem czuł się winny, że tak się zachował. Kiedy żona poruszyła temat jego wybuchowego zachowania, przyznał, że wszystko go drażni i że czuje się ciągle podenerwowany, ale stwierdził, że w domu trudno się odprężyć. Mężczyzna zauważył także, iż przestały go interesować rzeczy, które dawniej on i żona robili z przyjaciółmi, takie jak wyjścia do kina lub na obiad do restauracji.

Za namową żony Marco zdecydował się spotkać z terapeutą. Przyznał, że od czasu pożaru, w którym jego kolega doznał obrażeń, wszystko stało się trudniejsze. Mężczyznę frustrowały własne objawy. Zastanawiał się przede wszystkim nad tym, dlaczego teraz czuł się tak zestresowany na co dzień, choć dawniej dobrze sobie radził, nawet kiedy w pracy zdarzały się o wiele trudniejsze sytuacje. Zaczął mieć samokrytyczne myśli i pytał siebie: „Dlaczego nie mogę się pozbierać?”.

## **Rachel**

Rachel ma trzydzieści trzy lata, jest mężatką, ma dwuletnią córeczkę, którą opiekuje się w domu. Opisała siebie jako sztywną osobę, która

lubi przestrzegać reguł i trzymać się rutyny. Stwierdziła, że właściwie od zawsze czuła dyskomfort, gdy coś szło niezgodnie z planem. Ale od czasu narodzin córki nawet drobne odstępstwa od rutyny wywoływały u niej przytłaczający lęk. Na przykład gdy Rachel złożyła pranie, ale nie miała czasu od razu odłożyć rzeczy na miejsce, pojawiało się poczucie, że zaraz stanie się coś strasznego. Natrętne myśli wskazywały, że córeczka, mąż albo rodzice kobiety ulegną jakiemuś wypadkowi. Aby uniknąć tych myśli, Rachel ze wszystkich sił starała się trzymać wyznaczonego planu dnia i wpadała w złość, gdy coś stawało temu na przeszkodzie (np. gdy mąż musiał zostać dłużej w pracy). Kiedy owe myśli już się pojawiły, pocierała „kamyk na zmartwienia”, który nosiła w kieszeni, licząc przy tym deski na podłodze w salonie. Działania te dawały Rachel poczucie, że robi coś, by chronić swoich bliskich. Były źródłem frustracji, ponieważ zajmowały jej coraz więcej czasu, ale „na wszelki wypadek”, gdyby jednak pomagały zadbać o bezpieczeństwo rodziny, wołała z nich nie rezygnować.

Każda z opisanych osób doświadcza innych objawów. Wszystkie jednak łączy to, że silne emocje nie pozwalają im żyć tak, jak by chciały. Negatywne reakcje na odczuwane emocje zmuszają je do podejmowania działań, których osoby te wcale nie chcą podejmować, a które – jak wyjaśnimy – chwilowo poprawiają im samopoczucie (np. unikanie spotkań ze znajomymi z roku, niejeżdżenie autostradą, atakowanie żony, sztywne trzymanie się rutyny), lecz na dłuższą metę powodują jeszcze więcej problemów.

## **Jakie zaburzenia leczy ten program terapeutyczny?**

Nasz program terapeutyczny powstał z myślą o osobach takich jak Amira, Kevin, Marco i Rachel. Skupiając się na negatywnych, polegających na unikaniu reakcjach na silne emocje, może pomóc ludziom zmagającym się z różnorodnymi problemami. Istnieje kilka typów zaburzeń, które można zaliczyć do zaburzeń emocjonalnych i w których przypadku nasz program



jest wskazany. Przypomnijmy, że o zaburzeniu emocjonalnym mówimy wtedy, gdy sposób reagowania na silne emocje zaczyna sterować życiem osoby. Do takich zaburzeń należą zaburzenia lękowe, takie jak zaburzenie paniczne, zaburzenie lękowe uogólnione, fobia społeczna, a także zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Powszechnym zaburzeniem emocjonalnym jest również depresja. W tabeli 1.1 znajdziesz krótką charakterystykę kategorii diagnostycznych, które cechują trudności w reagowaniu na silne emocje.

**Tabela 1.1.** Zaburzenia emocjonalne

Diagnoza	Opis zaburzenia emocjonalnego
Zaburzenie paniczne	Osoby z tą diagnozą doświadczają napadów paniki, czyli nagłych ataków silnego strachu, któremu towarzyszą nieprzyjemne doznania fizyczne (np. przyspieszone bicie serca, pocenie się, zawroty głowy, zadyszka). Napad paniki wywołuje skrajny dystres, dlatego osoba stara się go uniknąć za wszelką cenę. Unikanie może polegać na trzymaniu się z dala od wszystkich miejsc, w których mogłoby dojść do napadu paniki, na rezygnacji z korzystania z komunikacji miejskiej czy na niepicciu napojów z kofeiną. Unikanie pewnych sytuacji ze względu na możliwość wystąpienia napadu paniki nazywamy agorafobią.
Zaburzenie lękowe uogólnione	Osoby z tą diagnozą nieustannie zamartwiają się różnymi rzeczami (np. możliwym spóźnieniem, sprawami finansowymi, zdrowiem własnym lub bliskich, kwestiami społecznymi, szkołą czy pracą). Zamartwianie się zwykle dotyczy przyszłości i jest nieproporcjonalnie intensywne w stosunku do powagi tematu. Kiedy osoba już znacznie się martwić, trudno jest jej przestać. Osoby z tą diagnozą często robią różne rzeczy, żeby poczuć się lepiej, na przykład dzwonią do bliskich, by się upewnić, że nic im nie jest, wielokrotnie sprawdzają stan konta bankowego, nazbyt skrupulatnie przygotowują się do zadań albo odkładają je na później, poszukują informacji w internecie. Niestety wszystkie te zachowania poprawiają samopoczucie jedynie na krótki czas.
Fobia społeczna (społeczne zaburzenie lękowe)	Osoby z tą diagnozą odczuwają lęk w sytuacjach, w których mogą być obserwowane lub oceniane przez innych. Żeby uniknąć niepokoju, mogą unikać sytuacji, w których uczestniczą inni ludzie (np. przyjęcie, jądanie w pracowniczej stołówce) lub w których musiałyby wypowiadać się publicznie (np. zajęcia wymagające zabrania głosu na forum grupy). Starają się też niwelować lęk, unikając kontaktu wzrokowego lub rozmawiając tylko na takie tematy, na których dobrze się znają. Takie zachowania pozwalają chwilowo poczuć się lepiej, ale wzmacniają przekonanie o tym, że będzie się ocenianym przez innych.
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	Zaburzenie to cechują natrętne myśli (obsesje), które często wydają się absurdalne (np. „Zarażę się HIV, jeśli dotknę tej klamki”), lecz wywołują bardzo silny dystres. Nierzadko osoby z tą diagnozą angażują się w zachowania

	(kompulsje) mające zneutralizować owe myśli. Kompulsje mogą być czasochłonne i utrudniać funkcjonowanie (np. wielokrotne mycie rąk), ale osoba z nich nie rezygnuje, ponieważ choć na chwilę pozwalają złagodzić dystres wywołany obsesjami. Niestety reagowanie na natrętne myśli w taki sposób, jak gdyby były prawdą (angażowanie się w kompulsje), zwiększa prawdopodobieństwo, że w przyszłości one powrócą.
Zaburzenie stresowe pourazowe	Zaburzenie to może rozwinąć się u osób, które przeżyły traumatyczne zdarzenie (jak napaść, walka zbrojna, przemoc). Cechują je natrętne powracające wspomnienia owego zdarzenia, które wywołują silny dystres. Dlatego osoby z tą diagnozą unikają bodźców wyzwalających (osób, sytuacji i czynności, które przypominają o traumie). Niekiedy podejmują też działania, które pomagają ogólnie poczuć się bezpiecznie (np. opracowują strategię wyjścia, zawsze stoją przodem do drzwi). Niestety zachowywanie się tak, jak gdyby nadal groziło im niebezpieczeństwo, jedynie nasila dystres.
Depresja (większe zaburzenie depresyjne, uporczywe zaburzenie depresyjne)	Osobom z depresją towarzyszą smutek i poczucie braku nadziei. Często brakuje im energii i motywacji, by robić to, co kiedyś sprawiało im przyjemność. Choć wykazano, że podjęcie pewnej aktywności pomaga w przypadku depresji, to osobom z depresją bardzo trudno zostawić najgorsze za sobą. Wycofują się więc ze wszystkiego, odwołując plany i unikając ważnych zadań. Na krótką metę unikanie przynosi ulgę, ale z badań wynika, że w dłuższej perspektywie nasila objawy depresyjne.
Zaburzenie osobowości typu borderline (graniczne)	Osoby z tą diagnozą bardzo intensywnie odczuwają wszystkie swoje emocje – często są opisywane jako humorzaste, ponieważ doświadczają bardzo szybkich zmian emocji. Aby radzić sobie z negatywnymi uczuciami, angażują się w rozmaite działania, które chwilowo poprawiają samopoczucie, ale na dłuższą metę powodują jeszcze więcej problemów. Działania te obejmują: wszczynanie kłótni z najbliższymi, przesadne poszukiwanie zapewnień w związku, objadanie się, stosowanie substancji odurzających, ryzykowne zachowania seksualne, a nawet celowe zadawanie sobie bólu (np. cięcie się, przypalanie).
Zaburzenia odżywiania	W tym przypadku źródłem negatywnych emocji jest niezadowolenie z własnej sylwetki lub wagi albo przesadne nimi zaabsorbowanie. Żeby uniknąć lęku przed przybraniem na wadze, osoba cierpiąca na anoreksję (jadłowstręt psychiczny) ogranicza przyjmowanie pokarmu lub za dużo ćwiczy. Kiedy osoba z bulimią (żarłocznością psychiczną) czuje się szczególnie zestresowana, objada się, zwykle aż do uczucia odrętwienia. Gdy epizod objadania się kończy, wówczas czuje się winna i kompensuje wcześniejsze działanie poprzez oczyszczanie organizmu.
Zachowania autodestrukcyjne	Zachowania te nie stanowią odrębnej kategorii diagnostycznej, ale często służą odczuciu ulgi od negatywnych emocji. Obejmują samookaleczanie (np. cięcie się, celowe przypalanie ciała), nadużywanie alkoholu lub innych substancji odurzających, werbalne atakowanie innych osób oraz inne nierozważne działania (np. ryzykowny seks, rozrzutność). Doraźnie pozwalają oderwać myśli od emocji, ale na dłuższą metę przynoszą negatywne konsekwencje (i jeszcze więcej negatywnych emocji).

Źródło: opracowanie własne.

Być może masz już za sobą wizytę u specjalisty i postawiono ci diagnozę lub nawet kilka. Bardzo często bowiem się zdarza, że u jednej osoby w tym samym czasie występuje więcej niż jedno zaburzenie. Ma to związek z tym, że za zaburzeniami emocjonalnymi (oraz powiązаныmi z nimi problemami, jak samookaleczanie i nadużywanie środków odurzających) stoi jeden proces: negatywne reagowanie na silne emocje. Jest to ważny powód, dla którego opracowaliśmy ten program terapeutyczny. Skupiając się na negatywnych, polegających na unikaniu reakcjach na emocje, program ten pomoże ci uporać się z objawami, których doświadczasz, niezależnie od tego, jaką diagnozę ci postawiono.

Nawet jeśli nie zdiagnozowano u ciebie żadnego z zaburzeń wymienionych w tabeli 1.1, nadal możesz skorzystać z udziału w proponowanej przez nas terapii. Jeżeli emocje (lub strategie, które stosujesz, by nad nimi zapanować) nie pozwalają ci żyć tak, jak chcesz, to zapewne przydadzą ci się umiejętności opisane w niniejszym poradniku. W przypadku niektórych ludzi silne emocje oddziałują na niemal wszystkie sfery życia, podczas gdy inni mają problem z emocjami tylko w jednym czy dwóch kontekstach (np. wystąpienia publiczne, bliski związek). Uważamy, że opanowanie zdrowych sposobów reagowania na uczucia może przynieść korzyść każdemu. Uczenie się akceptowania pojawiających się emocji pomaga coraz lepiej sobie z nimi radzić.

## **Czy ten program terapeutyczny jest dla ciebie odpowiedni?**

Odpowiedz na poniższe pytania, aby rozważyć, jak twoje doświadczenia odnoszą się do przedmiotu naszego programu terapeutycznego.

- Czy często przeżywasz silne emocje w jednej lub większej liczbie sytuacji życiowych?  
 Tak    Nie

- Czy emocje wywołują u Ciebie poczucie dyskomfortu lub uważasz je za oznakę słabości?  
 Tak    Nie
- Czy robisz wszystko, co w Twojej mocy, byle tylko uniknąć odczuwania pewnych emocji? Czy przez to nie możesz żyć tak, jak chcesz?  
 Tak    Nie

Jeśli co najmniej jedna z Twoich odpowiedzi jest twierdząca, to program opisany w tym poradniku może Ci pomóc lepiej panować nad emocjami. Choć wydaje się to sprzeczne z intuicją, to gdy zaakceptujesz intensywne emocje i wielokrotnie stawisz im czoła, one stopniowo staną się łatwiejsze do opanowania. Z kolei dalsze ich unikanie sprawi, że będą pojawiały się częściej (i zyskają na intensywności), coraz bardziej ograniczając Twoje życie.

## Podsumowanie

Proponowany przez nas program terapeutyczny powstał z myślą o osobach, które zmagają się z trudnymi, niechcianymi lub przytłaczającymi emocjami. Jak sama nazwa wskazuje, ludzie cierpiący na zaburzenia emocjonalne doświadczają intensywnych emocji. Mają również skłonność do negatywnego postrzegania uczuć oraz często próbują ich uniknąć lub odsunąć je od siebie. W tym rozdziale na przykładzie czworga pacjentów pokazaliśmy, w jaki sposób emocje mogą zakłócać codzienne funkcjonowanie. Zaburzenia emocjonalne obejmują wiele różnych kategorii diagnostycznych, między innymi: rozmaite zaburzenia lękowe (fobia społeczna, zaburzenie paniczne, zaburzenie lękowe uogólnione), zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenie stresowe pourazowe oraz zaburzenia depresyjne. Nasz program terapeutyczny powstał w celu bezpośredniej pracy nad przytłaczającymi przeżyciami emocjonalnymi, leżącymi u podstaw wszystkich tych zaburzeń.

W rozdziale 2 przedstawimy ogólny zarys ujednoliczonego protokołu terapii zaburzeń emocjonalnych. Jego lektura pomoże ci zdecydować, czy ten program terapeutyczny jest dla ciebie właściwy.