

Przekonania na temat emocji jako konstrukt transdiagnostyczny

Konceptualizacja w nurcie terapii poznawczo-behawioralnych

Monika J. Sawicka*

*Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Studia Doktoranckie Psychologii, Uniwersytet Gdański
0000-0001-6603-5415*

STRESZCZENIE

Cel

Celem artykułu jest omówienie zagadnienia przekonań na temat emocji w kontekście procesu regulacji emocjonalnej oraz konceptualizacji w różnych podejściach terapii poznawczo-behawioralnych.

Tezy

Postawiono tezę, że przekonania na temat emocji są konstruktem transdiagnostycznym, to znaczy, że ich występowanie nie jest ograniczone do określonych kategorii nozologicznych i wpływają one na podtrzymywanie objawów kilku klas zaburzeń oraz są mierzalne zarówno w populacjach klinicznych, jak i nieklinicznych.

Konkluzja

Analiza wyników badań dotyczących rozpowszechnienia negatywnych przekonań o emocjach w różnych grupach pozwala na uznanie ich transdiagnostycznego charakteru. W pierwszej części zaprezentowano wyczerpującą definicję zjawiska oraz potencjalne źródła jego powstawania w ramach koncepcji poznawczej oraz teorii uczenia się. Omówiono czynniki pośredniczące w związku przekonań o emocjach z dobrostanem, ze szczególnym uwzględnieniem strategii unikania. W ramach podsumowania tych zależności zaproponowano ogólny model poglądowy. W drugiej części przedstawiono procedury terapeutyczne, z obszaru terapii poznawczo-behawioralnej, jako podejścia o udowodnionej naukowo

* Adres do korespondencji: Monika Sawicka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Katedra Psychologii Klinicznej, Rozwoju i Edukacji, ul. Prawocheńskiego 13, 10-447 Olsztyn, e-mail: monika.sawicka@uwm.edu.pl.

skuteczności. Zastosowanie opisanych metod może pozwolić, w sposób bezpośredni lub pośredni poprzez czynniki podtrzymujące, na dokonanie zmiany w zakresie przekonań na temat emocji i wpłynąć na zmniejszenie cierpienia psychicznego i fizycznego.

Słowa kluczowe: przekonania na temat emocji, regulacja emocji, psychoterapia, dobrostan

WPROWADZENIE

Emocje są zjawiskiem wielowymiarowym, reakcją organizmu, która manifestuje się poprzez systemy doświadczeniowe, behawioralne i fizjologiczne (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, Gross, 2005). Mechanizmy ich powstawania wyjaśnia się zazwyczaj z dwóch perspektyw: ewolucyjnej i społecznej. Pierwsza traktuje emocje jako sprzyjające adaptacji tendencje behawioralne (Barrett, 2012). Druga kładzie nacisk na warstwę znaczeniową i procesy pośredniczące w pojawianiu się emocji (Scherer, 2009). W obydwu perspektywach elementem centralnym jest poznawcza ocena bieżących lub antycypowanych zdarzeń. Z kolei różnice indywidualne w teź ocenie i sposobie reagowania wymienia się jako czynniki wyjaśniające powstawanie i utrzymywanie się problemów ze zdrowiem psychicznym (Scherer, 2009). Badanie mechanizmów prowadzących do rozwoju zaburzeń, a zwłaszcza procesu regulacji emocji, ma szczególne znaczenie ze względu na ich ogromne koszty społeczne i gospodarcze (König, König, Konnopka, 2020). Punktem wyjścia dla dalszych rozważań dotyczących procesu regulacji emocjonalnej jest rozszerzenie definicji emocji o teorię metapoznawczą (Leahy, 2002), w której przyjmuje się, że emocje, podobnie jak inne bodźce, mogą stać się przedmiotem oceny poznawczej. Daje to przestrzeń do szerszej zakrojonych działań terapeutycznych.

Proces regulacji emocji jest zjawiskiem wieloaspektowym. Gdy jest zaburzony, odgrywa kluczową rolę w rozwoju psychopatologii (Kaufman, Xia, Fosco, Yaptangco, Skidmore, Crowell, 2015). Można go zdefiniować jako zdolność, po pierwsze, do identyfikacji, rozumienia i akceptacji emocji, a po drugie, w zależności od kontekstu, elastycznego zarządzania kontrolą emocjonalną (Kaufman i in., 2015). Regulowanie emocji ma na celu modyfikację siły i czasu ich trwania, tak aby adekwatnie odpowiedzieć na pojawiające się wymagania środowiska (Gross, 2002). W badaniach wskazuje się dwie adaptacyjne strategie regulacyjne: reinterpretację poznawczą i akceptację (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Tak więc trudności w tym zakresie będą wynikać albo ze sztywności poznawczej, albo braku akceptacji emocji i jej następstw, co zwykle przejawia się ich unikaniem (Campbell-Sills, Barlow, Brown, Hofmann, 2006). Problemy w efektywnym radzeniu sobie z emocjami występują wśród pacjentów z różnych grup klinicznych, w tym z zaburzeniem osobowości typu borderline, obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości, anoreksją czy przewlekłym bólem (Bowers, Wroe, Pincus, 2017; Lynch, 2018). Dotykają zatem pacjentów zarówno z niską, jak i nadmierną kontrolą emocji. Osoby z niedostateczną kontrolą często początkowo wkładają dużo wysiłku w tłumienie emocji, jednocześnie uniemożliwiając sobie ich adekwatne rozładowanie (Linehan, 1993), co może prowadzić do impulsywnych i niebezpiecznych zachowań (Linehan, 1993). Jednak nadmierna kontrola ma również

poważne skutki dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Lynch, 2018). Osoby nią dotknięte często cierpią w ukryciu, gdyż na zewnątrz wydają się funkcjonować prawidłowo, ciężko pracują i starannie wykonują swoje obowiązki zawodowe, wyznaczają wysokie standardy i poświęcają swoje dobro dla innych (Lynch, 2018).

Potencjalnym motywem hamowania i tłumienia emocji, czy to w przebiegu nadmiernej, czy niedostatecznej kontroli, może być przekonanie o słuszności tego rodzaju strategii (Hong, Kangas, 2021). Człowiek może wierzyć, że emocje są z różnych powodów czymś niewłaściwym lub zagrażającym i działać tak, by ich nie doświadczać i nie okazywać na zewnątrz (Bowers i in., 2017). Taki system wierzeń określamy przekonaniem na temat emocji. Mechanizmy ich powstawania i konsekwencje omawiane są w ramach poszczególnych kategorii diagnostycznych czy modeli terapeutycznych. Istnieją jednak przesłanki do traktowania ich jako konstruktu niespecyficznego dla pojedynczych zaburzeń. W niniejszym artykule zaproponowano szersze i bardziej zintegrowane podejście do zagadnienia przekonania na temat emocji, które w przestrzeni akademickiej jest stosunkowo mało znane, a w Polsce nie zostało dotychczas opisane.

Praca składa się z dwóch części. W pierwszej omówiono zagadnienie przekonania na temat emocji jako konstruktu transdiagnostycznego, występującego poza granicami określonymi przez kategorie nozologiczne, wpływającego na podtrzymywanie objawów kilku klas zaburzeń oraz mierzalnego zarówno w populacjach klinicznych, jak i nieklinicznych (Mansell, Harvey, Watkins, Shafran, 2009). Zaprezentowano także czynniki pośredniczące w związku między przekonaniem na temat emocji a zdrowiem psychicznym i fizycznym w odniesieniu do badań, a następnie w formie modelu poglądowego. W drugiej części przedstawiono różne formy psychoterapii poznawczo-behawioralnych, które w swojej konceptualizacji bardziej lub mniej bezpośrednio odzwierciedlają zaproponowany model poglądowy. Nakreślono także rolę przekonania na temat emocji, czynników podtrzymujących objawy oraz zarys metod oddziaływania.

PRZEKONANIA NA TEMAT EMOCJI JAKO KONSTRUKT TRANSDIAGNOSTYCZNY

Czym są przekonania na temat emocji?

Zgodnie z przyjętą metapoznawczą koncepcją emocji są one nie tylko wynikiem oceny, lecz także jej przedmiotem (Leahy, 2002). Ewaluacja zdarzeń emocjonalnych, której człowiek dokonuje przez całe życie, prowadzi do wyrobienia określonych, bardziej lub mniej świadomych, poglądów na ich temat, które określamy mianem przekonania na temat emocji. Można je podzielić na przekonania dotyczące: a) samej natury emocji, b) oceny osobistych kompetencji do ich regulowania (Becerra, Preece, Gross, 2020) oraz c) rozumienia emocji jako elementu tożsamości (Linehan, 2016a).

Poglądy dotyczące natury emocji obejmują z jednej strony przekonania o tym, że emocje są czymś nieakceptowalnym, oznaką słabości, prowadzą do przegranej, negatywnej oceny przez innych, są czymś złym, niszczycielskim (Rimes, Chalder, 2010), a z drugiej, że są potrzebne i pomagają w osiągnięciu osobistych celów.

Przykładem takiego przekonania może być bezpośrednio stwierdzenie „Emocje są oznaką słabości” lub – uwzględniając ocenę społeczną – „Jeśli okażę smutek, ludzie pomyślą, że jestem słaby”.

Przekonania na temat własnych kompetencji do regulowania emocji dotyczą przede wszystkim oceny możliwości ich kontrolowania oraz antycypowanych konsekwencji braku kontroli (De Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, Gross, 2013). Konsekwencje mogą być bardziej specyficzne, np. „Kiedy zacznę się złościć, nie przestanę krzyczeć” lub mniej specyficzne, np. „Negatywne emocje będą we mnie narastać aż nie wytrzymam i stracę kontrolę”. Z kolei pozytywne przekonanie co do własnych kompetencji odnosi się do poczucia, że nawet w sytuacji trudnej osoba będzie panować nad ekspresją emocji oraz działać i podejmować decyzje pomimo ich wzbudzenia.

Spostrzeganie emocji jako elementu tożsamości omawiane jest w kontekście terapii dialektyczno-behawioralnej (Linehan, 2016a). Stanowi element konceptualizacji głównie zaburzenia osobowości z pogranicza i dotyczy przede wszystkim silnych emocji negatywnych (Linehan, 2016a). Przykładami takich przekonań mogą być twierdzenia: „Moje emocje to ja” lub „Bez mojego gniewu nic nie wskóram”.

Potencjalne źródła przekonań na temat emocji

Genezy przekonań na temat nieakceptowalności emocji należy upatrywać w środowisku rodzinnym, które wspierało supresję emocjonalną, a ekspresja spotykała się z karą lub nie przynosiła żadnej uwagi (Rimes, Chalder, 2010). Prezentowane w dalszej części modele pracy z zakresu terapii poznawczo-behawioralnych (CBT) dostarczają wyjaśnień genezy tych przekonań, jak np. *unieważniające środowisko* opisane przez Linehan (1993). Jednak, niezależnie od nazewnictwa, ich powstawanie i utrwalanie możemy wyjaśnić, posiłkując się teoriami uczenia się, jak chociażby dwuczynnikową teorią Mowrera (1960). Zakłada ona, że reakcje na bodźce formują się w pierwszej kolejności na zasadzie warunkowania klasycznego (bodziec pierwotnie neutralny nabywa właściwości uruchamiania reakcji odruchowej), a następnie, na drodze warunkowania instrumentalnego, zostają podtrzymywane głównie przez wzmocnienia negatywne dające poczucie ulgi. Dla przykładu osoby, które mają negatywne przekonania na temat emocji, mogły skojarzyć złość z krzykiem rodzica, który wywołał silną reakcję awersyjną, a następnie poprzez unikanie rodzica, gdy jest zły, na zasadzie ulgi utwierdzić się w przekonaniu, że „złość jest zagrażająca”.

Z kolei analiza przekonań na temat emocji z perspektywy poznawczej pozwala dostrzec, że przyjmują one formę zdań warunkowych lub pewnych prawd życiowych. Przykładem mogą być pozycje narzędzia do badania przekonań na temat nieakceptowalności emocji (tabela 1, s. 21) (Sawicka, Sawicki, Bieleninik, Bidzan [w przygotowaniu]). Spośród różnych rodzajów przekonań opisywanych w ramach koncepcji schematu poznawczego (Popiel, Pragłowska, 2009) najbliższe im do przekonań pośredniczących i zasad. Będą odnosić się zatem do głębiej zakorzenionych, podstawowych przekonań na temat siebie, świata i innych ludzi. Co również istotne, w ich treści można odnaleźć szereg zniekształceń poznawczych,

czyli swego rodzaju błędów we wnioskowaniu, które prowadzą do niezgodnych z rzeczywistością konkluzji, a te w konsekwencji powodują lub wzmacniają negatywne reakcje emocjonalne i behawioralne (Popiel, Pragłowska, 2009).

Tabela 1

Odniesienie przekonań o emocjach do przekonań kluczowych i zniekształceń poznawczych – opracowanie własne

Wybrane pozycje ze Skali przekonań o emocjach (BES-PL)	
Jeśli w towarzystwie innych ludzi stracę kontrolę nad swoimi emocjami, to będą gorzej o mnie myśleć.	<i>Potencjalne przekonania kluczowe</i> Ja: nieważny, słaby Inni: odrzucający, oceniający
To głupie mieć przygnębiające myśli. Nie powinienem poddawać się negatywnym emocjom.	<i>Zniekształcenia poznawcze</i> Etykietowanie Imperatywy

Metody oceny nasilenia przekonań na temat emocji

Istnieje niewiele narzędzi do pomiaru przekonań na temat emocji, szczególnie tych w krótkiej formie i o zadowalających właściwościach psychometrycznych, które umożliwiłyby badania na szerszą skalę. Brakuje również narzędzi zaadaptowanych do polskich warunków, choć w przygotowaniu jest polska wersja *Skali przekonań o emocjach* (BES-PL; *Beliefs about Emotions Scale-Polish*, Sawicka i in. [w przygotowaniu]), która ma obiecującą rzetelność i trafność w polskich próbach, a w wersji oryginalnej wykazała wysoką wrażliwość na zmiany w procesie terapeutycznym (Rimes, Chalder, 2010). Poza skalą BES w badaniach wykorzystuje się również *Kwestionariusz przekonań dotyczących emocji* EBQ (oryginalnie *Emotion Beliefs Questionnaire*) (Becerra i in., 2020), *Kwestionariusz przekonań o emocjach* BAEQ (tłumaczenie własne, oryginalnie *Beliefs about Emotions Questionnaire*) lub *Skalę schematów emocjonalnych* LESS (*Leahy Emotional Schema Scale*) (Leahy, 2002). Zarówno EBQ, jak i LESS dostępne są w polskiej wersji językowej (Larionow, Mudło-Głagolska, 2022; Leahy, Tirch, Napolitano, 2014), jednak brakuje informacji o ich właściwościach psychometrycznych i procedurze przygotowania. Poza wskazanymi narzędziami praktycy, psychologowie i psychoterapeuci chcący ocenić, czy pacjent podziela negatywne przekonania na temat emocji, mogą skorzystać z listy „mitów na temat emocji” (Leahy i in., 2014; Linehan, 2016a).

Przekonania na temat emocji jako konstrukct transdiagnostyczny

W paradygmacie poznawczo-behawioralnym dynamicznie rozwija się podejście bazujące na terapii zaburzonych procesów psychologicznych, które stanowi uzupełnienie protokołów terapeutycznych celowanych w konkretne problemy. Procesy

te nazywamy inaczej transdiagnostycznymi, ponieważ są niespecyficzne dla pojedynczego rozpoznania klinicznego, a ich zakłócenia obserwujemy również w populacjach nieklinicznych, w których stanowią czynnik ryzyka rozwoju psychopatologii. Zważywszy, że procesy te podatne są na modyfikacje w toku terapii, opracowano szeroki wachlarz protokołów skonceptualizowanych jako transdiagnostyczne (Barlow, Farchione, Bullis, Gallagher, Murray-Latin, Sauer-Zavala, Cassiello-Robbins, 2017; Leahy i in., 2014). Zaletą tego podejścia jest jego integracyjność (Mansell i in., 2009) i większe możliwości aplikacyjne, chociażby w postaci programów profilaktycznych (García-Escalera, Valiente, Sandín, Ehrenreich-May, Prieto, Chorot., 2020). Spośród sklasyfikowanych procesów transdiagnostycznych (Harvey, Watkins, Mansell, 2004) przekonaniom na temat emocji najbliższej do kategorii *pozytywnych i negatywnych metapoznawczych przekonań*. By dany konstrukt został sklasyfikowany jako transdiagnostyczny, musi zachodzić poza granicami diagnostycznymi pojedynczego rozpoznania (Mansell i in., 2009).

Badania dostarczają wielu dowodów na to, że negatywne przekonania na temat emocji są obecne u osób z szerokiego spektrum zaburzeń zarówno psychicznych, jak i somatycznych (Edwards, Wupperman, 2019). Podzielają je pacjenci cierpiący z powodu depresji (Leahy, 2002), zaburzeń osobowości typu borderline (Linehan, 1993) oraz innych zaburzeń osobowości (Leahy, Napolitano, 2006), zespołu przewlekłego zmęczenia (Rimes, Chalder, 2010), czy fibrobialgii (Bowers i in., 2017). Przekonania te częściej dzielają osoby z grup klinicznych niż osoby zdrowe (Rimes, Chalder, 2010). Badania dowodzą, że poza obecnością negatywnych przekonań na temat emocji w obrazie różnych zaburzeń psychicznych są one powiązane z cierpieniem psychicznym, przede wszystkim z depresją, lękiem i stresem (Becerra, 2020; Rimes, Chalder, 2010; Sydenham, Beardwood, Rimes, 2017), a także z nasileniem objawów zaburzenia osobowości borderline (Manser, 2012) w populacjach nieklinicznych. Uwzględniając wyniki przedstawionych badań, należy stwierdzić, że przekonania na temat emocji mają charakter transdiagnostyczny.

Czynniki pośredniczące w relacji przekonań o emocjach ze zdrowiem

Badania jednoznacznie wskazują na istnienie związku między przekonaniem na temat emocji a zdrowiem psychicznym, jednak istnieją przesłanki świadczące, że związek ten nie jest bezpośredni. Wyniki badań przeprowadzonych w grupach klinicznych i nieklinicznych pokazują, że najczęstszą negatywną konsekwencją przekonań na temat emocji są różne formy unikania. Są one jednocześnie czynnikiem pośredniczącym między przekonaniem a pogorszonym zdrowiem psychicznym (Bowers i in., 2018; Sydenham i in., 2017). Mechanizm spostrzegania emocji jako zdarzenia (Leahy, 2002) i jego negatywna ewaluacja będąca wynikiem historii uczenia się (ocena zdarzenia emocjonalnego jako zagrażającego) będzie sprzyjała unikowym tendencjom behawioralnym (Rimes, Chalder, 2010).

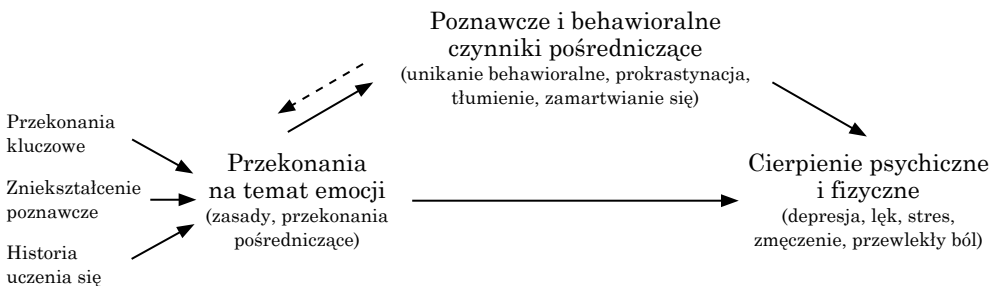
Negatywne przekonania na temat emocji związane są z ich tłumieniem w przebiegu zaburzeń lękowych (Campbell-Sills, 2006) oraz z nasilonym zamartwianiem, które jest formą unikania poznawczego (Mennin, Heimberg, Turk, Fresco, 2002). Pozytywny związek tych przekonań z zamartwianiem występuje

również w populacji osób z zaburzeniem osobowości typu borderline i innymi zaburzeniami osobowości (Leahy, Napolitano, 2006). Wskazuje się, że spozrzeganie emocji jako zagrażających oraz ich unikanie może wyjaśniać współwystępowanie objawów zaburzeń odżywiania i uzależnień z cechami osobowości z pogranicza (Leahy, 2002; Linehan, 1993).

Badania wskazują na pośredniczącą rolę unikania w związku przekonań na temat emocji z cierpieniem psychicznym (Sydenham i in., 2017) oraz nieadaptacyjnymi strategiami regulacji emocji (np. ruminowaniem) (Trincas, Bilotta, Mancini, 2016). Wskazuje się również, że osoby z silnymi negatywnymi przekonaniami o emocjach w wyniku supresji emocjonalnej i nierozładowanego pobudzenia fizjologicznego mogą doświadczać nasilonego cierpienia fizycznego (Bowers i in., 2017).

Przekonania o nieakceptowalności doświadczania i ekspresji emocjonalnej mogą być rozumiane jako forma zbyt wysokich standardów osobistych i przeszczeń do realizacji perfekcjonistycznych dążeń (Schmidt, Treasure, 2006). Podobnie w przypadku przekonań o niskich kompetencjach kontroli emocjonalnej „emocjonalny perfekcjonizm” może służyć kompensowaniu postrzeganych deficytów i chronić przed ich konsekwencjami (Linehan, 1993). Z powodu nadmiernego przywiązywania wagi do szczegółów, lęku przed popełnieniem błędu, negatywnej ewaluacji własnych osiągnięć w stosunku do normy (Young, Klosko, Weishaar, 2006), poświęcania wiele czasu na czynności lub ich unikanie w postaci prokrastynacji (Yosopov, 2020), perfekcjonizm prowadzi do problemów zarówno ze zdrowiem psychicznym, jak i fizycznym (Rimes, Chalder, 2010).

W ramach ogólnej syntezy roboczej mechanizmów powstawania i podtrzymywania negatywnych przekonań na temat emocji oraz dalszych ich konsekwencji zaprojektowano model poglądowy (rysunek 1). Jego celem nie jest wyczerpujące przedstawienie zależności, ale raczej prezentacja ogólnego obrazu, który znajdzie potwierdzenie w dalej przedstawionych modelach i podejściach terapeutycznych. Czynniki pośredniczące stanowią szczególnie istotny element modelu, gdyż: a) jak wspomniano, przyjmują różnorakie formy zmiennych behawioralnych i poznawczych, b) mają charakter podtrzymujący cierpienie psychiczne i gorszy dobrostan psychofizyczny, c) oddziaływanie terapeutyczne na jeden czynnik może wywoływać zmianę w sferze przekonań i zwrotnie wpływać na inne czynniki (Rimes, Chalder, 2010).



Rysunek 1. Poglądowy model przekonań na temat emocji.

Źródło: opracowanie własne.

PRZEKONANIA NA TEMAT EMOCJI I CZYNNIKI JE PODTRZYMUJĄCE W RÓŻNYCH UJĘCIACH TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH

Psychologiczna koncepcja procesów transdiagnostycznych rozwija się w ostatnich latach, co znajduje odzwierciedlenie w podejściu terapeutycznym (Hayes, Hofmann, 2018). Procesy te są uwzględnione przy tworzeniu konceptualizacji, czyli dynamicznego obrazu problemu pacjenta, która służy do opracowania zindywidualizowanego programu pracy terapeutycznej. Obecnie nie tylko powstają nowe modele terapii, od początku skupione na oddziaływaniach na procesy transdiagnostyczne, lecz także weryfikowana jest skuteczność protokołów, nakierowanych na pracę z pacjentami z konkretnym rozpoznaniem, w innych kontekstach. Takie podejście pozwala na skorzystanie z bogactwa już opracowanych i sprawdzonych empirycznie technik.

Poniżej zostaną zaprezentowane modele terapeutyczne używane transdiagnostycznie, odnoszące się bezpośrednio do pracy nad przekonaniami na temat emocji lub pośrednio poprzez oddziaływania na procesy związane z tymi przekonaniami, które już opisano.

Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)

DBT powstało w celu pomocy osobom ze znaczną dysregulacją emocjonalną, np. w zaburzeniu osobowości z pogranicza (Linehan, 1993). Program obejmuje indywidualny kontakt terapeutyczny w formie spotkań i treningu telefonicznego oraz grupowy trening umiejętności, a punktem wyjścia są zasady behawioryzmu, filozofia dialektyczna oraz zasady akceptacji wywodzące się z nauki Zen (Linehan, 1993). DBT przyjmuje założenie o przewlekłej dysregulacji emocji jako głównym problemie w utrzymywaniu się psychopatologii i prezentuje systemowy model emocji zakładający, że zmiana w obrębie któregoś z podsystemów może zmienić działanie całego systemu. W tym podejściu przekonania na temat emocji nazywane są „mitami na temat emocji” i można je odnieść do podsystemów: a) zewnętrznych i wewnętrznych zdarzeń, które mogą służyć jako sygnały emocjonalne, jeśli zwróci się na nie uwagę oraz b) oceny i interpretacji tych sygnałów (Linehan, 2016b). „Mity” obejmują zarówno błędne przekonania na temat natury emocji, jak i przekonania, że skrajne emocje są niezbędne lub stanowią istotny element tożsamości, co implikuje, że nie należy podejmować prób ich regulacji. Przykładami „mitów” są twierdzenia: „Wyjawienie innym swojego złego samopoczucia jest oznaką słabości”, „Negatywne uczucia są złe i destrukcyjne”, „Moje emocje to ja” (Linehan, 2016a). Opierając się na ogólnych zasadach poznawczo-behawioralnych, które zakładają weryfikację założeń (przekonań, zasad) poprzez spostrzegane konsekwencje zmiany zachowania, możemy przypuszczać, że zastosowanie pełnego treningu umiejętności regulacji emocji może pośrednio przyczynić się do redukcji dysfunkcyjnych przekonań. Pierwsza faza tego treningu odnosi się bezpośrednio do ich modyfikacji (zarzucenia „mitów”). Jej celem jest nabycie umiejętności identyfikowania, nazywania oraz rozumienia funkcji emocji i rozpoznawania przeszkód w ich zmianie, głównie w drodze

psychoedukacji (Linehan, 2016b). Zapoznanie klienta z modelem emocji pozwala mu zrozumieć zwrotny wpływ interpretacji zdarzenia pobudzającego na zwiększenie nasilenia emocji (Linehan, 2016a). Przykładowo, osoby, które będą spostrzegały gniew jako emocję, której nie da się zatrzymać, lub będą negatywnie oceniać własne możliwości jego redukcji lub będzie on rozumiany jako trwała właściwość ich tożsamości, rzadziej będą podejmowały próby jego regulacji, narażając się na konsekwencje towarzyszące nierozładowanemu pobudzeniu, w postaci chociażby dolegliwości somatycznych.

Radykalnie otwarta terapia dialektyczno-behawioralna (RO-DBT)

RO-DBT jest nowym i stosunkowo mało znanym podejściem terapeutycznym, a na jego temat nie ma publikacji polskojęzycznych. Jest ono jednak obiecujące, m.in. ze względu na swój transdiagnostyczny charakter w obszarze zaburzeń związanych z nadmierną kontrolą, takich jak osobowość obsesyjno-kompulsyjna, paranoidalna i unikająca, anoreksja, autyzm czy zaburzenia lękowe odporne na inne formy terapii (Lynch, 2018). Jak wskazuje sama nazwa, odnosi się ono do koncepcji dialektyczno-behawioralnych, jednak czerpie również z innych nurtów terapeutycznych i dokonań psychologii ogólnej (Lynch, 2018). Istotą podejścia jest radykalna otwartość, która ma charakteryzować sposób myślenia i zachowania zarówno terapeuty, jak i docelowo pacjenta. Zakłada, że do osiągnięcia pozytywnego dobrostanu emocjonalnego potrzeba otwartości, elastyczności i społecznych więzi. W proponowanym przez RO-DBT biospołecznym modelu zaburzeń z nadmierną kontrolą negatywnych przekonań na temat emocji upatrywać możemy w systemie prawd i zasad, które nabyte zostały w drodze wychowania. Jednym z przykładów może być stwierdzenie „Nigdy nie okazuj słabości” (Lynch, 2018). Model wyjaśnia, że owe zasady powstały w wyniku karania zachowań związanych z ekspresją emocjonalną i nagradzania samopoświęcenia oraz tolerancji bólu i dyskomfortu (Lynch, 2018). Poza działaniami spójnymi z prezentowanym już podejściem Linehan RO-DBT proponuje trening w zakresie sygnalizowania społecznego, polegającego na adekwatnym okazywaniu odczuwanych emocji poprzez gesty, mimikę, słowa czy ton wypowiedzi. Brak tej umiejętności jest przyczyną maskowania uczuć, unikania ich odczuwania, nadmiernej tolerancji na stres i sztywności, która uniemożliwia adaptację do zmieniającego się środowiska (Lynch, 2018).

Terapia ukierunkowana na schematy emocjonalne (EST)

Terapia ukierunkowana na schematy emocjonalne (EST) jest formą transdiagnostycznej terapii poznawczo-behawioralnej (Leahy i in., 2014). EST wychodzi z założenia, że bolesne emocje są uniwersalne, powstały w drodze ewolucji i służą adaptacji, a ukryte przekonania i schematy emocjonalne decydują o wygaszeniu lub dalszej ich eskalacji. Z kolei strategie nastawione na unikanie emocji (tłumienie, neutralizowanie, ignorowanie, eliminacja) zwrotnie potwierdzają negatywne

przekonania na ich temat. Podejście opiera się na metapoznawczym modelu emocji i używa terminu „mitów” z DBT, jednak rozumie je jako fragment szerszego konstruktów, tj. schematów emocjonalnych. Odnoszą się one nie tylko do poznawczego aspektu tworzenia pojęcia czy oceny, lecz także do wewnętrznych dyspozycji czy tendencji behawioralnych oraz strategii interpersonalnych służących radzeniu sobie z emocjami (Leahy, 2002). Model schematów emocjonalnych zakłada dwie podstawowe ścieżki, którymi przebiega zdarzenie emocjonalne po tym, gdy emocja zostanie zauważona (Leahy i in., 2014). Pierwsza z nich prowadzi poprzez nazwanie emocji i uznanie ich za normalne zjawisko, a skutkuje nauką, uprawnieniem doświadczenia, ekspresją i akceptacją. Druga natomiast, na drodze negatywnych interpretacji, unikania i braku akceptacji dla emocji, prowadzi do zachowań ryzykownych, utraty kontroli, ruminacji, zamartwiania się, utrwalonego wzorca unikania i obwiniania innych (Leahy i in., 2014). Ta ścieżka w sposób obrazowy przedstawia mechanizm rozwoju i utrzymywania się objawów psychopatologicznych. EST proponuje wiele różnych metod terapeutycznych, w tym część bezpośrednio nakierowanych na „mity”. Obejmują one psychoedukację oraz zapoznanie z modelem powstawania emocji w ramach oceny zdarzeń (podobnie jak u Linehan), naukę obserwacji i opisywania emocji, rozpoznawanie „mitów”, ich źródeł (rozumienie kontekstu, w którym powstały przekonania), weryfikację słuszności negatywnych przekonań na temat emocji poprzez działanie przeciwne do tego, które normalnie dyktują uczucia lub w ramach zaplanowanych eksperymentów (Leahy i in., 2014).

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

Terapia ACT wskazywana jest jako istotne podejście terapeutyczne w ramach opracowań dotyczących przekonań na temat emocji (Rimes, Chalder, 2010), pomimo że sama bezpośrednio się do nich nie odnosi. Podstawowym założeniem tego podejścia jest uniwersalność cierpienia ludzkiego, które wynika z posługiwania się językiem (Hayes, Strosahl, Wilson, Kapera, 2013). ACT zwraca uwagę, że gdy uczucia i myśli zaczynają odgrywać najważniejszą rolę w życiu, wtedy pojawia się zniechęcenie i ucieczka od odczuwania czegokolwiek (Hayes i in., 2013). Jako procesy kluczowe w nasilaniu się cierpienia wskazuje fuzję poznawczą oraz unikanie doświadczenia. Fuzja poznawcza to mechanizm, w ramach którego dochodzi do „nadmiernej wiary” we własne doświadczenia poznawcze. Ma negatywne następstwa adaptacyjne, gdyż skutkuje korzystaniem ze sztywnego zbioru strategii przystosowawczych oraz prowadzi do ignorowania bezpośredniego doświadczenia i braku podatności na wpływy środowiskowe (Hayes i in., 2013). Unikanie doświadczenia z kolei rozumiane jest jako przeciwieństwo akceptacji psychologicznej (Hayes i in., 2013) i potencjalnie pełni funkcję podtrzymującą negatywne przekonania na temat emocji (Rimes, Chalder, 2010). Unikanie doświadczenia jest konsekwencją fuzji poznawczej, dokonuje się poprzez próby tłumienia, kontrolowania i eliminacji doświadczeń, a jego podstawowym celem jest uniknięcie cierpienia (Hayes i in., 2013). Odnosi się do różnych składowych doświadczenia, w tym myśli, uczuć czy doznań fizjologicznych (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, Watson,

2011). Badania wskazują na jego funkcję pośredniczącą między przekonaniem na temat emocji a zdrowiem psychicznym (Trincas, 2016). ACT proponuje metody nakierowane na przeciwdziałanie unikaniu doświadczenia, koncentrujące się na kultywowaniu i treningu akceptacji oraz zaangażowanym działaniu zgodnym z wartościami danej osoby i pomimo dyskomfortu (Hayes i in., 2013).

Transdiagnostyczna terapia zaburzeń emocjonalnych Barlowa

Protokół transdiagnostyczny Barlowa, nazywany również „ujednoliconą procedurą” (*Unified Protocol*) został opracowany do leczenia negatywnych procesów afektywnych leżących u podstaw kilku kategorii diagnostycznych i wyjaśnienia współwystępowania różnych zaburzeń emocjonalnych (Barlow i in., 2017). Koncentrując się na deficytach w regulacji emocji, łączy elementy terapii ACT i DBT. Nie proponuje pojedynczego modułu czy techniki, która miałaby bezpośrednio oddziaływać na negatywne przekonania na temat emocji, pozwala jednak podważać je pośrednio, poprzez przeciwstawianie się unikaniu, w ramach technik ekspozycyjnych. Ogółem protokół składa się z pięciu modułów, z których każdy przyczynia się do rozwijania akceptacji i otworzenia się na doświadczenie emocjonalne poprzez: 1) rozumienie emocji i rozwijanie uważnej świadomości, 2) zwiększanie elastyczności poznawczej, 3) redukcję zachowań napędzanych emocjami (w tym przede wszystkim przeciwdziałanie unikaniu), 4) zwiększanie tolerancji na doznania fizyczne związane z emocjami oraz 5) eksponowanie się na sytuacje życiowe budzące emocje (Barlow i in., 2017). Obecnie ujednolicona procedura staje się pierwszym wyborem w przypadku pacjentów spełniających kryteria dla kilku zaburzeń lub gdy występują trudności diagnostyczne, przy jednoczesnej potrzebie szybkiego wprowadzenia oddziaływań (Barlow i in., 2017). Co więcej, wstępne wyniki badań wskazują na użyteczność jej zastosowania w grupie nieklinicznej, w formie programu profilaktycznego dla młodzieży (García-Escalera i in., 2020).

PODSUMOWANIE

W artykule przedstawione zostało stosunkowo nowe zjawisko, nieopisane dotychczas w literaturze polskiej, przekonania na temat emocji w kontekście procesu ich regulacji. Jest to tym bardziej znaczące, że według licznych badań negatywne przekonania na temat emocji, ich nieakceptowalności w odczuwaniu i ekspresji, odgrywają istotną rolę w powstawaniu, rozwoju i utrzymywaniu się wielu problemów zdrowotnych. Zarówno źródła formowania się tych przekonań oraz ich powszechność wśród pacjentów z różnych grup klinicznych, a także związek z objawami depresji, lęku, stresu i zmęczenia w grupach nieklinicznych stanowią przesłankę do rozumienia ich jako konstruktu transdiagnostycznego.

Zaproponowany model pogładowy dotyczący przekonań na temat emocji, uwzględniający przyczyny i konsekwencje oraz szeroki zakres czynników pośredniczących w związku tych przekonań z cierpieniem psychicznym, może

inspirować do dalszych rozważań nad zjawiskiem. Wskazane jest, aby przyszłe badania prowadzone były na różnych populacjach klinicznych i nieklinicznych oraz w sposób systematyczny, z uwzględnieniem nie tylko szerokiego zakresu czynników podtrzymujących, lecz także mnogości pojęć używanych w poszczególnych modelach terapeutycznych. Dla praktyki terapeutycznej cenne byłoby, gdyby przyszłe projekty miały charakter podłużny. Umożliwiłoby to weryfikację mechanizmu, odkrycie moderatorów zmiany, jak również dalszą weryfikację założeń o zwrotnym wpływie zmiany terapeutycznej w obrębie czynników pośredniczących i podtrzymujących na nasilenie negatywnych przekonań na temat emocji i dalszej zmiany w obrębie innych czynników podtrzymujących.

Tezę o transdiagnostycznym charakterze przekonań o emocjach dodatkowo wspiera ujęcie ich w różnych modelach terapii poznawczo-behawioralnej, których skrótowy opis przedstawiony został w drugiej części pracy. Poza wymiarem teoretycznym opis metod może stanowić cenne źródło informacji dla czytelników i czytelniczek praktykujących psychoterapię.

BIBLIOGRAFIA

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
- Barrett, L. F. (2012). Emotions are real. *Emotion*, 12(3), 413. DOI: 10.1037/a0027555.
- Becerra, R., Preece, D. A., Gross, J. J. (2020). Becerra, R., Preece, D. A., Gross, J. J. (2020). Assessing beliefs about emotions: Development and validation of the Emotion Beliefs Questionnaire. *PLOS ONE*, 15(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0231395.
- Bowers, H., Wroe, A. L., Pincus, T. (2017). 'Isn't it ironic?' Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 36(5), 1121–1128. DOI: 10.1007/s10067-017-3590-0.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587. DOI: 10.1037/1528-3542.6.4.587.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Dweck, C. S., Gross, J. J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(6), 497–505. DOI: 10.1080/01973533.2013.840632.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692. DOI: 10.1037/a0023242.

- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: an initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461–473. DOI: 10.1016/j.beth.2019.08.003.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. DOI: 10.1017/S0048577201393198.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press, USA.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Kapera, M. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hong, E. J., Kangas, M. (2022). The Relationship between Beliefs about Emotions and Emotion Regulation: A Systematic Review. *Behaviour Change*, 39(4), 205–234. DOI: 10.1017/bec.2021.23.
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443–455. DOI: 10.1007/s10862-015-9529-3.
- König, H., König, H. H., Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. DOI: 10.1017/S2045796019000180.
- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K. (2022). The Polish translation of the Emotion Beliefs Questionnaire (EBQ): copy of questionnaire and scoring instructions. DOI: 10.31234/osf.io/2k54b.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177–190. DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80048-7.
- Leahy, R. L., Napolitano, L. (2006). Do metacognitive beliefs about worry differ across the personality disorders. W: *Meetings of Anxiety Disorders Association of America, Miami, FL*.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2016a). *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT): trening umiejętności: materiały i ćwiczenia dla pacjentów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linehan, M. M. (2016b). *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT): trening umiejętności. Podręcznik terapeutyczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.6.
- Manser, R., Cooper, M., Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 235–246. DOI: 10.1002/cpp.745.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175. DOI: 10.1037/1528-3542.5.2.175.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90. DOI: 10.1093/clipsy.9.1.85.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc. DOI: 10.1037/10802-000.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna – teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Rimes, K. A., Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 285–292. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.014.
- Sawicka, M. J., Sawicki, A. J., Bieleninik, Ł., Bidzan, M. [w przygotowaniu]. The Beliefs about Emotions Scale: Polish adaptation and its relation to experiential avoidance and mental health. Two cross-sectional studies on the Polish sample.
- Scherer, K. R. (2009). The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1307–1351. DOI: 10.1080/02699930902928969.
- Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366. DOI: 10.1348/014466505X53902.
- Sydenham, M., Beardwood, J., Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 73–78. DOI: 10.1017/S1352465816000199.
- Trincas, R., Bilotta, E., Mancini, F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology*, 7(13), 1682. DOI: 10.4236/psych.2016.713159.
- Yosopov, L. (2020). *The Relationship between Perfectionism and Procrastination: Examining Trait and Cognitive Conceptualizations, and the Mediating Roles of Fear of Failure and Overgeneralization of Failure*. Electronic Thesis and Dissertation Repository. 7267. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7267>.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York London: Guilford Press.