

100 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH CBT

Praktyczny przewodnik dla terapeutów
prowadzących terapię poznawczo-behawioralną

Struktura · Jasność · Skuteczność kliniczna

Niniejszy zbiór zawiera 100 zwięzłych protokołów klinicznych terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), pogrupowanych w dziesięć obszarów tematycznych. Każdy protokół został zapisany w jednolitym, przejrzystym formacie, aby ułatwić szybkie odnalezienie potrzebnej interwencji w trakcie planowania lub prowadzenia sesji.

Każdy protokół zawiera pięć stałych elementów:

Wskazanie. sytuacje kliniczne, w których dany protokół znajduje zastosowanie.

Cel. konkretny rezultat terapeutyczny, do którego dąży interwencja.

Struktura sesji. uporządkowane kroki ułatwiające prowadzenie spotkania.

Wskazówka kliniczna. praktyczna rada zwiększająca skuteczność interwencji.

Materiał ma charakter pomocniczy i edukacyjny - stanowi punkt odniesienia dla terapeutów posiadających odpowiednie przeszkolenie kliniczne. Nie zastępuje superwizji, indywidualnej konceptualizacji przypadku ani obowiązujących wytycznych klinicznych. Przed zastosowaniem technik wymagających specjalistycznego przygotowania (np. przedłużona ekspozycja, ERP, praca z traumą) zaleca się odpowiednie przeszkolenie i superwizję.

Spis treści

I. PODSTAWY I STRUKTURA SESJI CBT

1. Pierwsza sesja diagnostyczna i budowanie sojuszu terapeutycznego
2. Psychoedukacja na temat modelu CBT (model ABC)
3. Ustalanie celów terapii (cele SMART)
4. Standardowa struktura sesji CBT
5. Wprowadzenie zadania domowego (homework)
6. Przegląd zadania domowego na początku sesji
7. Skale i kwestionariusze monitorujące postęp
8. Formułowanie przypadku (case conceptualization)
9. Radzenie sobie z oporem klienta
10. Sesja podsumowująca i zakończenie terapii

II. DEPRESJA

11. Aktywacja behawioralna - wprowadzenie
12. Monitorowanie nastroju i aktywności (dzienniczek)
13. Planowanie przyjemnych aktywności
14. Identyfikacja automatycznych myśli negatywnych
15. Restrukturyzacja poznawcza - kwestionowanie myśli
16. Praca z zniekształceniami poznawczymi
17. Identyfikacja przekonań pośredniczących (reguły, założenia)
18. Praca z przekonaniem podstawowym (schematy)
19. Zapobieganie ruminacji
20. Profilaktyka nawrotu depresji

III. ZABURZENIE LĘKOWE UOGÓLNIONE (GAD)

21. Psychoedukacja o GAD i błędnym kole zamartwiania
22. Identyfikacja zamartwiania - dziennik zamartwiania
23. Rozróżnienie zamartwiania produktywnego i nieproduktywnego
24. Trening rozwiązywania problemów
25. Odraczenie zamartwiania (worry time)
26. Praca z nietolerancją niepewności
27. Trening relaksacji mięśniowej Jacobsona
28. Trening oddychania przeponowego
29. Uważność (mindfulness) w terapii lęku
30. Ekspozycja wyobrażeniowa na zamartwianie

IV. NAPADY PANIKI I AGORAFOBIA

31. Psychoedukacja o napadach paniki (błędne koło paniki)
32. Identyfikacja katastroficznych interpretacji doznań cielesnych
33. Eksperymenty behawioralne - indukcja objawów
34. Ekspozycja interoceptywna
35. Hierarchia lęku w agorafobii
36. Ekspozycja in vivo - planowanie
37. Wycofanie zachowań zabezpieczających
38. Trening kontrolowanego oddychania w panice
39. Zapobieganie unikaniu
40. Profilaktyka nawrotu napadów paniki

V. FOBIE SPECYFICZNE I EKSPOZYCJA

41. Ocena fobii i budowanie hierarchii lęku
42. Ekspozycja stopniowa (graded exposure)
43. Ekspozycja zalewająca (flooding) - zastosowanie
44. Modelowanie (modeling) w terapii fobii
45. Desensytyzacja systematyczna
46. Praca z fobią sytuacyjną (np. zamknięte przestrzenie, latanie)
47. Ekspozycja z udziałem terapeuty (in vivo z towarzyszeniem)
48. Trening radzenia sobie z lękiem antycypacyjnym
49. Generalizacja efektów ekspozycji
50. Zapobieganie nawrotom fobii

VI. ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE (OCD)

51. Psychoedukacja o OCD (obsesje, kompulsje, koło błędne)
52. Mapowanie obsesji i kompulsji
53. Ekspozycja z powstrzymaniem reakcji (ERP) - wprowadzenie
54. Budowanie hierarchii ERP
55. ERP - sesja praktyczna
56. Praca z myślami natrętnymi (defuzja poznawcza)
57. Redukcja rytuałów psychicznych
58. Praca z nadmierną odpowiedzialnością
59. Zaangażowanie rodziny / ograniczenie akomodacji
60. Profilaktyka nawrotu OCD

VII. PTSD I TRAUMA

61. Psychoedukacja o traumie i reakcji stresowej
62. Stabilizacja i techniki uziemienia (grounding)
63. Przedłużona ekspozycja - ekspozycja wyobrażeniowa
64. Terapia przetwarzania poznawczego (CPT) - wprowadzenie
65. Identyfikacja punktów zablokowania (stuck points)
66. Ekspozycja in vivo na przypomnienia traumy
67. Praca z poczuciem winy i wstydu
68. Restrukturyzacja narracji traumy
69. Praca z koszmarami sennymi (imagery rehearsal)
70. Zakończenie terapii traumy i profilaktyka

VIII. LĘK SPOŁECZNY

71. Psychoedukacja o lęku społecznym
72. Identyfikacja uwagi skoncentrowanej na sobie
73. Eksperyment behawioralny - test przewidywań społecznych
74. Trening umiejętności społecznych
75. Wideo-feedback (video feedback)
76. Redukcja zachowań zabezpieczających w kontaktach społecznych
77. Ekspozycja na sytuacje społeczne - hierarchia
78. Praca z lękiem przed oceną
79. Trening asertywności
80. Generalizacja umiejętności społecznych

IX. BEZSENNOŚĆ, ZŁOŚĆ, SAMOOCENA I PERFEKCJONIZM

81. CBT-I: psychoedukacja o higienie snu
82. Kontrola bodźców (stimulus control) w bezsenności

83. Ograniczenie czasu snu (sleep restriction)
84. Praca z myślami o bezsenności
85. Identyfikacja wyzwalaczy złości
86. Trening kontroli złości - techniki poznawcze
87. Trening relaksacji w zarządzaniu złością
88. Budowanie zdrowej samooceny - dziennik osiągnięć
89. Praca z krytycznym wewnętrznym głosem
90. Praca z perfekcjonizmem - standardy i reguły

X. ZAPOBIEGANIE NAWROTOM, ZAKOŃCZENIE I PRZYPADKI SPECJALNE

91. Plan zapobiegania nawrotom (relapse prevention plan)
92. Identyfikacja sygnałów ostrzegawczych nawrotu
93. Tworzenie zestawu narzędzi terapeutycznych (toolbox)
94. Sesje wzmacniające (booster sessions)
95. Praca z współwystępującymi zaburzeniami (komorbidność)
96. Dostosowanie CBT do terapii online/teleterapii
97. Praca z niskim zaangażowaniem w terapię
98. CBT w terapii grupowej - adaptacja protokołów
99. Superwizja i samoopieka terapeuty
100. Ewaluacja efektów terapii i podsumowanie procesu

I. PODSTAWY I STRUKTURA SESJI CBT

Protokoły bazowe, które porządkują pracę terapeuty niezależnie od rozpoznania: budowanie relacji, ustalanie celów, struktura sesji i zakończenie procesu.

1. Pierwsza sesja diagnostyczna i budowanie sojuszu terapeutycznego

WSKAZANIE

Pierwszy kontakt z pacjentem, niezależnie od rozpoznania.

CEL

Zebranie wywiadu, ocena problemu i zbudowanie poczucia bezpieczeństwa oraz współpracy.

STRUKTURA SESJI

1. Powitanie, wyjaśnienie zasad poufności i ram terapii.
2. Wywiad: historia problemu, czynniki wyzwalające i podtrzymujące.
3. Krótkie wprowadzenie modelu CBT na przykładzie zgłaszanego problemu.
4. Wspólne ustalenie wstępnych oczekiwań wobec terapii.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Unikaj nadmiaru pytań zamkniętych - daj pacjentowi przestrzeń do opowiedzenia historii własnymi słowami.

2. Psychoedukacja na temat modelu CBT (model ABC)

WSKAZANIE

Pacjenci rozpoczynający terapię, niezrozumienie związku myśli-emocje-zachowanie.

CEL

Nauczenie pacjenta podstawowego modelu poznawczo-behawioralnego jako narzędzia samoobserwacji.

STRUKTURA SESJI

1. Przedstawienie schematu A (zdarzenie) - B (myśl) - C (emocja/zachowanie).
2. Analiza świeżego przykładu z życia pacjenta według modelu ABC.
3. Wspólne wypełnienie prostego arkusza ABC.
4. Zadanie domowe: zapis 2-3 sytuacji w ciągu tygodnia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Używaj prostego języka i konkretnych przykładów - unikaj żargonu terapeutycznego przy pierwszym wprowadzeniu modelu.

3. Ustalanie celów terapii (cele SMART)

WSKAZANIE

Brak jasnego kierunku terapii lub rozbieżne oczekiwania pacjenta i terapeuty.

CEL

Sformułowanie konkretnych, mierzalnych i realistycznych celów terapeutycznych.

STRUKTURA SESJI

1. Omówienie ogólnych obszarów trudności zgłaszanych przez pacjenta.
2. Przekształcenie ogólnych pragnień w cele SMART (konkretne, mierzalne, osiągalne, istotne, określone w czasie).
3. Ustalenie priorytetów - który cel realizować jako pierwszy.
4. Zapisanie celów w formie dostępnej do przeglądu na kolejnych sesjach.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wróć do listy celów co kilka sesji - to utrzymuje motywację i pozwala ocenić postęp.

4. Standardowa struktura sesji CBT

WSKAZANIE

Każda sesja terapii poznawczo-behawioralnej, szczególnie w nurcie ustrukturyzowanym (np. wg Becka).

CEL

Zapewnienie przewidywalnych ram sesji, które maksymalizują efektywność czasu terapeutycznego.

STRUKTURA SESJI

1. Krótkie nastrojenie (check-in) i pomiar nastroju/objawów.
2. Ustalenie agendy sesji wspólnie z pacjentem.
3. Przegląd zadania domowego z poprzedniej sesji.
4. Praca nad głównym tematem sesji.
5. Podsumowanie, informacja zwrotna i nowe zadanie domowe.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zapisuj agendę na kartce widocznej dla pacjenta - to wzmacnia poczucie współkierowania procesem.

5. Wprowadzenie zadania domowego (homework)

WSKAZANIE

Każda faza terapii wymagająca utrwalania umiejętności poza gabinetem.

CEL

Zwiększenie generalizacji efektów terapii poprzez praktykę między sesjami.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie celu konkretnego zadania w odniesieniu do celów terapii.
2. Wspólne dopasowanie trudności zadania do możliwości pacjenta.
3. Przećwiczenie pierwszego przykładu zadania na sesji.
4. Zapytanie o przewidywane przeszkody w realizacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zadanie zbyt trudne kończy się porażką i spadkiem motywacji - lepiej zacząć od mniejszego kroku gwarantującego sukces.

6. Przegląd zadania domowego na początku sesji

WSKAZANIE

Rutynowy element każdej kolejnej sesji po wprowadzeniu homeworku.

CEL

Wzmocnienie znaczenia pracy własnej pacjenta i wyciągnięcie wniosków klinicznych.

STRUKTURA SESJI

1. Zapytanie wprost o wykonanie zadania, bez oceniania.
2. Analiza tego, co się udało, oraz napotkanych trudności.
3. Wspólne wyciągnięcie wniosków przydatnych do dalszej pracy.
4. Modyfikacja kolejnego zadania na podstawie obserwacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niewykonanie zadania to materiał diagnostyczny, nie powód do krytyki - zapytaj, co stanęło na przeszkodzie.

7. Skale i kwestionariusze monitorujące postęp

WSKAZANIE

Monitorowanie nasilenia objawów w trakcie terapii (np. depresja, lęk).

CEL

Obiektywizacja postępu terapeutycznego i wczesne wykrywanie pogorszenia.

STRUKTURA SESJI

1. Wybór odpowiedniego narzędzia (np. BDI-II dla depresji, GAD-7 dla lęku).
2. Wypełnianie kwestionariusza na początku wybranych sesji.
3. Omówienie wyniku i jego zmiany względem poprzedniego pomiaru.
4. Decyzja o ewentualnej modyfikacji planu terapii.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pokazuj pacjentowi wykres zmian w czasie - widoczny postęp wzmacnia zaangażowanie w terapię.

8. Formułowanie przypadku (case conceptualization)

WSKAZANIE

Po zebraniu wywiadu, przed rozpoczęciem fazy interwencyjnej.

CEL

Zintegrowanie informacji o pacjencie w spójny model wyjaśniający powstawanie i podtrzymywanie problemu.

STRUKTURA SESJI

1. Zebranie danych o czynnikach predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących.
2. Identyfikacja przekonań podstawowych i reguł pośredniczących.
3. Stworzenie diagramu konceptualizacji (np. wg modelu Judith Beck).
4. Przedstawienie i przedyskutowanie konceptualizacji z pacjentem.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Konceptualizacja to hipoteza robocza - aktualizuj ją w miarę napływu nowych informacji.

9. Radzenie sobie z oporem klienta

WSKAZANIE

Niska frekwencja, niewykonywanie zadań, opór werbalny wobec interwencji.

CEL

Zrozumienie funkcji oporu i przywrócenie współpracy terapeutycznej.

STRUKTURA SESJI

1. Nazwanie obserwowanego oporu w sposób nieoceniający.
2. Eksploracja znaczenia i funkcji oporu dla pacjenta.
3. Sprawdzenie zgodności celów terapii z aktualnymi potrzebami pacjenta.
4. Renegocjacja planu terapii lub tempa pracy.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Opór często sygnalizuje niedopasowanie tempa terapii do gotowości pacjenta - traktuj go jako informację, nie przeszkodę.

10. Sesja podsumowująca i zakończenie terapii

WSKAZANIE

Osiągnięcie celów terapeutycznych lub planowane zakończenie procesu.

CEL

Utrwalenie efektów terapii i przygotowanie pacjenta do samodzielnego radzenia sobie.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd całego procesu terapeutycznego i osiągniętych celów.
2. Podsumowanie kluczowych narzędzi i umiejętności nabytych przez pacjenta.
3. Omówienie planu na wypadek nawrotu trudności.
4. Ustalenie zasad ewentualnego kontaktu w przyszłości.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zakończenie terapii planuj stopniowo - rozważ wydłużanie odstępów między sesjami zamiast nagłego zakończenia.

II. DEPRESJA

Protokoły oparte na aktywacji behawioralnej i restrukturyzacji poznawczej, klasycznym podejściu Becka do leczenia depresji.

11. Aktywacja behawioralna - wprowadzenie

WSKAZANIE

Depresja z dominującym wycofaniem, apatią i unikaniem aktywności.

CEL

Przerwanie błędnego koła bierności i pogarszającego się nastroju poprzez stopniowy powrót do aktywności.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie zależności między unikaniem a podtrzymywaniem depresji.
2. Identyfikacja aktywności porzuconych z powodu obniżonego nastroju.
3. Wybór 1-2 prostych aktywności do wdrożenia w tym tygodniu.
4. Ustalenie konkretnego planu - kiedy, gdzie, jak długo.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zasada działaj, nie czekaj na motywację - motywacja często pojawia się dopiero po podjęciu działania.

12. Monitorowanie nastroju i aktywności (dzienniczek)

WSKAZANIE

Potrzeba obiektywizacji powiązań między codziennymi czynnościami a nastrojem.

CEL

Uświadomienie pacjentowi wzorców wpływających na samopoczucie.

STRUKTURA SESJI

1. Wprowadzenie arkusza godzinowego z kolumnami na aktywność i ocenę nastroju.
2. Przykładowe wypełnienie jednego dnia wspólnie z terapeutą.
3. Zlecenie prowadzenia dzienniczka przez tydzień.
4. Analiza zapisów na kolejnej sesji pod kątem wzorców.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Szukaj różnic między aktywnościami dającymi poczucie przyjemności a tymi dającymi poczucie osiągnięcia - obie kategorie są ważne.

13. Planowanie przyjemnych aktywności

WSKAZANIE

Anhedonia, utrata zainteresowań charakterystyczna dla depresji.

CEL

Stopniowe odbudowanie dostępu do pozytywnych wzmocnień.

STRUKTURA SESJI

1. Stworzenie listy dawnych i potencjalnych źródeł przyjemności.
2. Ocena każdej aktywności pod kątem dostępności i poziomu trudności.
3. Zaplanowanie harmonogramu z konkretnymi terminami.
4. Przewidywanie i omówienie możliwych przeszkód.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zacznij od aktywności o niskim progu trudności - sukces buduje motywację do kolejnych kroków.

14. Identyfikacja automatycznych myśli negatywnych

WSKAZANIE

Pacjent zgłasza nagłe spadki nastroju bez uchwytniej przyczyny.

CEL

Nauczenie pacjenta rozpoznawania myśli automatycznych poprzedzających emocje.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie pojęcia myśli automatycznej jako szybkiej, mimowolnej reakcji poznawczej.
2. Analiza niedawnej sytuacji ze spadkiem nastroju metodą wstecznego odtwarzania.
3. Zapisanie zidentyfikowanej myśli w arkuszu rejestru myśli.
4. Zlecenie samodzielnego notowania myśli automatycznych.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pytanie co przeszło Ci wtedy przez głowę jest skuteczniejsze niż pytanie o uczucia, gdy szukasz myśli automatycznej.

15. Restrukturyzacja poznawcza - kwestionowanie myśli

WSKAZANIE

Utrwalone, dysfunkcjonalne myśli automatyczne wpływające na nastrój i zachowanie.

CEL

Wypracowanie bardziej zrównoważonej i realistycznej interpretacji sytuacji.

STRUKTURA SESJI

1. Wybór konkretnej myśli automatycznej do analizy.
2. Zebranie dowodów potwierdzających i przeczących myśli.
3. Sformułowanie alternatywnej, bardziej wyważonej myśli.
4. Ocena zmiany nasilenia emocji po restrukturyzacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Celem nie jest pozytywne myślenie na siłę, lecz myślenie realistyczne, oparte na dowodach.

16. Praca z zniekształceniami poznawczymi

WSKAZANIE

Powtarzające się wzorce błędnego myślenia (katastrofizacja, czarno-białe myślenie, nadmierne uogólnianie).

CEL

Nauczenie pacjenta rozpoznawania typowych zniekształceń poznawczych we własnym myśleniu.

STRUKTURA SESJI

1. Przedstawienie listy najczęstszych zniekształceń poznawczych z przykładami.
2. Wspólna analiza zapisanych myśli pacjenta pod kątem występujących zniekształceń.
3. Ćwiczenie nazywania zniekształcenia w momencie jego pojawienia się.
4. Zlecenie samodzielnego oznaczania zniekształceń w dzienniczku myśli.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Samo nazwanie zniekształcenia (np. to czarno-białe myślenie) często już osłabia jego siłę emocjonalną.

17. Identyfikacja przekonań pośredniczących (reguły, założenia)

WSKAZANIE

Powtarzalność tych samych wzorców myślenia w różnych sytuacjach.

CEL

Dotarcie do reguł życiowych i założeń warunkowych leżących u podstaw myśli automatycznych.

STRUKTURA SESJI

1. Zastosowanie techniki strzałki w dół na wybranej myśli automatycznej.
2. Identyfikacja powtarzającego się wzorca typu jeśli... to....
3. Omówienie wpływu danej reguły na funkcjonowanie pacjenta.
4. Wstępne rozważenie alternatywnej, bardziej elastycznej zasady.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Stosuj technikę strzałki w dół delikatnie i stopniowo - dotarcie do głębokich przekonań wymaga zaufania w relacji.

18. Praca z przekonaniem podstawowym (schematy)

WSKAZANIE

Przewlekła, nawracająca depresja z utrwalonymi negatywnymi przekonaniem o sobie.

CEL

Modyfikacja głęboko zakorzenionych przekonań na temat siebie, innych i świata.

STRUKTURA SESJI

1. Sformułowanie przekonania podstawowego (np. jestem niewystarczający).
2. Analiza historii życia w poszukiwaniu doświadczeń podtrzymujących przekonanie.
3. Aktywne poszukiwanie i dokumentowanie dowodów przeczących przekonaniu.
4. Sformułowanie i wzmacnianie nowego, bardziej funkcjonalnego przekonania.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca ze schematami wymaga czasu - traktuj zmianę przekonania podstawowego jako proces wielotygodniowy, nie jednorazową interwencję.

19. Zapobieganie ruminacji

WSKAZANIE

Nadmierne, powtarzające się rozmyślanie o przyczynach i skutkach złego samopoczucia.

CEL

Przerwanie cyklu ruminacyjnego i przekierowanie uwagi na działanie.

STRUKTURA SESJI

1. Psychoedukacja o różnicy między refleksją a ruminacją.
2. Identyfikacja sytuacji i pór dnia sprzyjających ruminacji.
3. Wprowadzenie technik przerywania ruminacji (np. zaplanowana aktywność, zmiana otoczenia).
4. Ćwiczenie przekierowania uwagi na konkretne, rozwiązywalne zadanie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ruminacja często daje złudne poczucie kontroli - warto wprost nazwać tę funkcję pacjentowi.

20. Profilaktyka nawrotu depresji

WSKAZANIE

Faza końcowa terapii depresji, przed zakończeniem regularnych spotkań.

CEL

Przygotowanie pacjenta do rozpoznawania wczesnych sygnałów nawrotu i samodzielnego reagowania.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd objawów poprzedzających poprzednie epizody depresyjne.
2. Stworzenie indywidualnej listy sygnałów ostrzegawczych.
3. Opracowanie planu działania na wypadek pogorszenia nastroju.
4. Wskazanie sytuacji wymagających powrotu do terapii.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Im bardziej konkretny i spisany plan, tym większa szansa, że pacjent z niego skorzysta w trudnym momencie.

III. ZABURZENIE LĘKOWE UOGÓLNIONE (GAD)

Protokoły ukierunkowane na pracę z chronicznym zamartwianiem się i nietolerancją niepewności.

21. Psychoedukacja o GAD i błędnym kole zamartwiania

WSKAZANIE

Pacjenci z chronicznym, trudnym do kontrolowania zamartwianiem się.

CEL

Zrozumienie mechanizmu podtrzymującego zamartwianie się jako strategię (pozornego) radzenia sobie z niepewnością.

STRUKTURA SESJI

1. Przedstawienie modelu GAD - zamartwianie jako unikanie poznawcze.
2. Omówienie roli przekonań pozytywnych i negatywnych na temat zamartwiania się.
3. Analiza własnego przykładu pacjenta w świetle modelu.
4. Wprowadzenie planu terapii opartego na tym modelu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zapytaj pacjenta, co daje mu zamartwianie się - odpowiedzi ujawniają przekonania pozytywne podtrzymujące objaw.

22. Identyfikacja zamartwiania - dziennik zamartwiania

WSKAZANIE

Trudność w uchwyceniu treści i częstości zamartwiania się.

CEL

Zwiększenie świadomości momentów i tematów zamartwiania się.

STRUKTURA SESJI

1. Wprowadzenie arkusza rejestrującego temat, czas trwania i intensywność zamartwiania.
2. Wspólne wypełnienie przykładu z bieżącego tygodnia.
3. Zlecenie prowadzenia dziennika przez 5-7 dni.
4. Analiza zapisów pod kątem powtarzających się tematów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Dziennik sam w sobie często zmniejsza częstość zamartwiania, ponieważ wprowadza element obserwującej świadomości.

23. Rozróżnienie zamartwiania produktywnego i nieproduktywnego

WSKAZANIE

Pacjent nie odróżnia konstruktywnego rozwiązywania problemów od jałowego zamartwiania się.

CEL

Nauczenie kryteriów rozróżniających problemy do rozwiązania od hipotetycznych obaw.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie kryterium: czy problem jest konkretny i aktualny, czy hipotetyczny i przyszły.
2. Analiza zapisów z dziennika zamartwiania według tego kryterium.
3. Wprowadzenie odrębnych strategii dla obu kategorii.
4. Ćwiczenie klasyfikowania nowych obaw na bieżąco.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pytanie czy mogę coś zrobić z tym teraz jest prostym i skutecznym filtrem klasyfikującym typ zamartwiania.

24. Trening rozwiązywania problemów

WSKAZANIE

Zamartwianie się dotyczące problemów rzeczywistych i aktualnych.

CEL

Wyposażenie pacjenta w ustrukturyzowaną metodę radzenia sobie z konkretnymi trudnościami.

STRUKTURA SESJI

1. Precyzyjne zdefiniowanie problemu.
2. Burza mózgów - wygenerowanie możliwych rozwiązań bez wstępnej oceny.
3. Ocena wad i zalet poszczególnych rozwiązań i wybór najlepszego.
4. Zaplanowanie wdrożenia i ocena efektów po realizacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Oddziel fazę generowania pomysłów od fazy oceny - łączenie ich na starcie blokuje kreatywność.

25. Odraczanie zamartwiania (worry time)

WSKAZANIE

Zamartwianie się nieproduktywne, pojawiające się wielokrotnie w ciągu dnia.

CEL

Ograniczenie zamartwiania się do wyznaczonego czasu i miejsca.

STRUKTURA SESJI

1. Ustalenie codziennej, stałej pory na zamartwianie się (np. 15-20 minut).
2. Wprowadzenie zasady: gdy pojawia się zamartwianie poza tym czasem, odnotuj temat i odłóż go.
3. Ćwiczenie konkretnej frazy odraczającej (np. zajmę się tym o 18:00).
4. Wykorzystanie wyznaczonego czasu do faktycznego przeglądu zapisanych tematów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Z czasem wielu pacjentów zauważa, że temat odłożony traci na znaczeniu do pory wyznaczonej.

26. Praca z nietolerancją niepewności

WSKAZANIE

Silna potrzeba pewności jako główny mechanizm podtrzymujący zamartwianie się.

CEL

Zwiększenie tolerancji na niepewność jako naturalny element życia.

STRUKTURA SESJI

1. Psychoedukacja o roli nietolerancji niepewności w GAD.
2. Identyfikacja sytuacji, w których pacjent dąży do nadmiernej pewności.
3. Eksperymenty behawioralne polegające na świadomym pozostawieniu sytuacji niedoprecyzowanej.
4. Omówienie doświadczeń i wniosków po eksperymencie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zacznij od eksperymentów niskiego ryzyka emocjonalnego, by zbudować tolerancję stopniowo.

27. Trening relaksacji mięśniowej Jacobsona

WSKAZANIE

Wysoki poziom napięcia fizycznego towarzyszący lękowi uogólnionemu.

CEL

Nauczenie umiejętności obniżania napięcia mięśniowego jako reakcji przeciwdziałającej pobudzeniu lękowemu.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie zasady naprzemiennego napinania i rozluźniania grup mięśniowych.
2. Przeprowadzenie pełnej sesji relaksacyjnej w gabinecie.
3. Omówienie odczuć przed i po ćwiczeniu.
4. Zalecenie codziennej praktyki w domu z nagraniem instruktażowym.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Regularność ćwiczenia jest ważniejsza niż jego długość - krótka, codzienna praktyka daje lepsze efekty niż sporadyczne długie sesje.

28. Trening oddychania przeponowego

WSKAZANIE

Spłycony, szybki oddech towarzyszący stanom lękowym.

CEL

Nauczenie spokojnego, przeponowego wzorca oddychania obniżającego pobudzenie fizjologiczne.

STRUKTURA SESJI

1. Demonstracja różnicy między oddechem piersiowym a przeponowym.
2. Ćwiczenie z dłonią na brzuchu, kontrolujące głębokość i tempo oddechu.
3. Wydłużanie fazy wydechu względem wdechu.
4. Zalecenie krótkich, regularnych ćwiczeń w ciągu dnia, nie tylko w kryzysie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie ucz tej techniki wyłącznie jako interwencji kryzysowej - regularna praktyka poza sytuacjami lękowymi daje trwalszy efekt.

29. Uważność (mindfulness) w terapii lęku

WSKAZANIE

Trudność w oddzieleniu się od natłoku zamartwiających myśli.

CEL

Rozwinięcie zdolności obserwowania myśli bez automatycznego angażowania się w ich treść.

STRUKTURA SESJI

1. Wprowadzenie krótkiego ćwiczenia uważności oddechu.
2. Wyjaśnienie metafory myśli jako chmur przepływających po niebie.
3. Ćwiczenie nazywania myśli (to jest myśl, nie fakt) w trakcie sesji.
4. Zachęta do krótkiej, codziennej praktyki uważności.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Podkreślaj, że celem nie jest pozbycie się myśli, lecz zmiana relacji z nimi.

30. Ekspozycja wyobrażeniowa na zamartwianie

WSKAZANIE

Uporczywe zamartwianie się dotyczące scenariuszy katastroficznych, trudnych do skonfrontowania w rzeczywistości.

CEL

Zmniejszenie lęku poprzez systematyczną, kontrolowaną konfrontację wyobrażeniową z najgorszym scenariuszem.

STRUKTURA SESJI

1. Wybór najbardziej niepokojącego scenariusza zamartwiania się.
2. Stworzenie szczegółowego, nagranego opisu scenariusza.
3. Wielokrotne odsłuchiwanie nagrania aż do spadku poziomu lęku (habitacja).
4. Omówienie zmiany w postrzeganiu scenariusza po ekspozycji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ekspozycja wyobrażeniowa wymaga pełnego zaangażowania w scenariusz, a nie jego unikania - czuwaj nad jakością ekspozycji.

IV. NAPADY PANIKI I AGORAFOBIA

Protokoły wykorzystujące model poznawczy paniki Clarka oraz ekspozycję interoceptywną i in vivo.

31. Psychoedukacja o napadach paniki (błędne koło paniki)

WSKAZANIE

Pierwsze sesje terapii zaburzenia panicznego.

CEL

Zrozumienie mechanizmu błędnego koła: doznanie cielesne - katastroficzna interpretacja - lęk - nasilenie doznań.

STRUKTURA SESJI

1. Przedstawienie poznawczego modelu napadu paniki.
2. Analiza ostatniego napadu paniki pacjenta według tego modelu.
3. Normalizacja doznań cielesnych jako reakcji organizmu, nie zagrożenia.
4. Wprowadzenie planu terapii opartego na przerwaniu błędnego koła.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wizualny diagram błędnego koła rysowany wspólnie z pacjentem zwiększa zrozumienie i zapamiętanie modelu.

32. Identyfikacja katastroficznych interpretacji doznań cielesnych

WSKAZANIE

Lęk przed konkretnymi objawami fizycznymi (kołatanie serca, duszność, zawroty głowy).

CEL

Rozpoznanie i zmodyfikowanie błędnych, katastroficznych interpretacji sygnałów cielesnych.

STRUKTURA SESJI

1. Spisanie listy odczuwanych objawów cielesnych w trakcie paniki.
2. Identyfikacja katastroficznej interpretacji przypisanej każdemu objawowi.
3. Przedstawienie alternatywnych, niegroźnych wyjaśnień tych samych objawów.
4. Zebranie dowodów potwierdzających bezpieczną interpretację.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wykorzystaj fakty fizjologiczne (np. mechanizm hiperwentylacji) jako konkretne dowody w restrukturyzacji.

33. Eksperymenty behawioralne - indukcja objawów

WSKAZANIE

Silny lęk przed określonymi doznaniem cielesnymi kojarzonymi z paniką.

CEL

Sprawdzenie w bezpiecznych warunkach, że indukowane objawy są nieszkodliwe i przemijające.

STRUKTURA SESJI

1. Wybór ćwiczenia indukującego dany objaw (np. hiperwentylacja, kręcenie się w miejscu).
2. Wykonanie ćwiczenia w gabinecie pod obserwacją terapeuty.
3. Ocena rzeczywistych skutków w porównaniu z przewidywaniami katastroficznymi.
4. Zaplanowanie powtórzeń ćwiczenia jako zadania domowego.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zawsze pytaj pacjenta o przewidywanie przed ćwiczeniem - kontrast z rzeczywistością jest siłą tej interwencji.

34. Ekspozycja interoceptywna

WSKAZANIE

Lęk przed wewnętrznymi doznaniem cielesnymi przypominającymi objawy paniki.

CEL

Habitualizacja lęku poprzez powtarzaną, celową ekspozycję na nieprzyjemne, lecz bezpieczne doznania cielesne.

STRUKTURA SESJI

1. Sporządzenie hierarchii ćwiczeń wywołujących doznania (bieg w miejscu, oddychanie przez słomkę).
2. Wykonanie ćwiczeń od najmniej do najbardziej lękotwórczych.
3. Ocena poziomu lęku przed, w trakcie i po każdym ćwiczeniu.
4. Powtarzanie ćwiczeń do zaobserwowania spadku reaktywności lękowej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Konsultuj przeciwwskazania medyczne przed ćwiczeniami fizycznymi indukującymi objawy (np. problemy kardiologiczne).

35. Hierarchia lęku w agorafobii

WSKAZANIE

Unikanie miejsc lub sytuacji kojarzonych z możliwością wystąpienia napadu paniki.

CEL

Stworzenie zindywidualizowanej, stopniowanej listy sytuacji do skonfrontowania.

STRUKTURA SESJI

1. Spisanie wszystkich unikanych sytuacji i miejsc.
2. Ocena poziomu lęku dla każdej sytuacji w skali 0-100.
3. Uporządkowanie listy od najmniej do najbardziej lękotwórczej.
4. Wybór pierwszych kroków ekspozycji do realizacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Hierarchia powinna zawierać kroki pośrednie - zbyt duże skoki trudności zniechęcają pacjenta.

36. Ekspozycja in vivo - planowanie

WSKAZANIE

Gotowość pacjenta do rozpoczęcia konfrontacji z unikanyymi sytuacjami.

CEL

Zaplanowanie konkretnej, bezpiecznej i realistycznej ekspozycji w naturalnym środowisku.

STRUKTURA SESJI

1. Wybór sytuacji z dolnej części hierarchii lęku.
2. Ustalenie szczegółów: gdzie, kiedy, jak długo, z kim lub samodzielnie.
3. Omówienie strategii radzenia sobie podczas ekspozycji.
4. Ustalenie sposobu zapisu doświadczenia i poziomu lęku.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zachęcaj do pozostania w sytuacji do spadku lęku, a nie do jego całkowitego zniknięcia - habituacja częściowa też jest sukcesem.

37. Wycofanie zachowań zabezpieczających

WSKAZANIE

Stosowanie rytuałów lub przedmiotów dających złudne poczucie bezpieczeństwa (np. zawsze nosić leki, trzymać się ściany).

CEL

Eliminacja zachowań zabezpieczających, które podtrzymują lęk mimo prowadzonej ekspozycji.

STRUKTURA SESJI

1. Zidentyfikowanie wszystkich stosowanych zachowań zabezpieczających.
2. Wyjaśnienie, w jaki sposób podtrzymują one przekonania katastroficzne.
3. Stopniowe planowanie ekspozycji bez danego zachowania zabezpieczającego.
4. Ocena doświadczenia i wniosków po ekspozycji bez zabezpieczenia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Usuwać zachowania zabezpieczające stopniowo, jedno po drugim, zaczynając od najmniej znaczącego.

38. Trening kontrolowanego oddychania w panice

WSKAZANIE

Hiperwentylacja towarzysząca napadom paniki.

CEL

Wyrównanie wzorca oddechowego w celu redukcji somatycznych objawów lęku.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie związku między hiperwentylacją a objawami paniki.
2. Ćwiczenie spowolnionego oddychania (ok. 8-12 oddechów na minutę).
3. Praktyka techniki w warunkach niskiego i podwyższonego pobudzenia.
4. Ustalenie zasad stosowania techniki - jako wsparcie, nie jako unikanie objawów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Podkreśl, że oddychanie nie służy unikaniu lęku, lecz regulacji fizjologicznej - inaczej może stać się kolejnym zachowaniem zabezpieczającym.

39. Zapobieganie unikaniu

WSKAZANIE

Tendencja do rezygnacji z aktywności po pojedynczym niepowodzeniu w ekspozycji.

CEL

Utrzymanie motywacji i ciągłości ekspozycji mimo trudności i nawrotów lęku.

STRUKTURA SESJI

1. Omówienie naturalności wahań w procesie ekspozycji.
2. Analiza sytuacji unikniętej - co dokładnie zadziało jako bodziec do wycofania się.
3. Zaplanowanie powrotu do tej samej sytuacji w bliskim terminie.
4. Wzmocnienie poczucia sprawczości poprzez podkreślenie dotychczasowych postępów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jedno niepowodzenie nie unieważnia postępu - normalizuj wahania jako naturalny element procesu zmiany.

40. Profilaktyka nawrotu napadów paniki

WSKAZANIE

Faza końcowa terapii zaburzenia panicznego.

CEL

Utrwalenie umiejętności radzenia sobie i przygotowanie na ewentualny nawrót objawów.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd wszystkich nabytych technik (poznawczych, oddechowych, ekspozycyjnych).
2. Omówienie różnicy między pojedynczym objawem a nawrotem pełnego zaburzenia.
3. Opracowanie planu działania na wypadek wystąpienia objawów w przyszłości.
4. Ustalenie, kiedy warto wrócić na konsultację.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Naucz pacjenta traktować ewentualny pojedynczy napad jako wyjątek, a nie dowód powrotu choroby.

V. FOBIE SPECYFICZNE I EKSPOZYCJA

Protokoły klasycznej terapii ekspozycyjnej stosowane w fobiach specyficznych i lękach sytuacyjnych.

41. Ocena fobii i budowanie hierarchii lęku

WSKAZANIE

Diagnoza fobii specyficznej (zwierzęta, wysokość, krew, zastrzyki, loty itp.).

CEL

Precyzyjne określenie zakresu unikania i przygotowanie planu ekspozycji.

STRUKTURA SESJI

1. Szczegółowy wywiad o historii i nasileniu fobii.
2. Identyfikacja wszystkich sytuacji i bodźców wywołujących lęk.
3. Ocena każdej sytuacji w skali SUD (0-100).
4. Ułożenie hierarchii od najłatwiejszej do najtrudniejszej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Uwzględnij w hierarchii nie tylko realne sytuacje, ale też zdjęcia, filmy czy wyobrażenia jako kroki pośrednie.

42. Ekspozycja stopniowa (graded exposure)

WSKAZANIE

Fobia specyficzna z możliwością wyodrębnienia etapów konfrontacji.

CEL

Stopniowa habituacja lęku poprzez systematyczne przechodzenie przez kolejne poziomy hierarchii.

STRUKTURA SESJI

1. Rozpoczęcie od najniższego poziomu hierarchii lęku.
2. Utrzymanie ekspozycji do zaobserwowania spadku lęku o co najmniej 50%.
3. Przejście do kolejnego poziomu hierarchii dopiero po opanowaniu poprzedniego.
4. Zapisywanie poziomu lęku przed, w trakcie i po każdej ekspozycji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie skracaj czasu ekspozycji z powodu dyskomfortu pacjenta - przedwczesne przerwanie wzmacnia unikanie.

43. Ekspozycja zalewająca (flooding) - zastosowanie

WSKAZANIE

Wybrane przypadki fobii, gdy pacjent jest gotowy na intensywną konfrontację i wyraża świadomą zgodę.

CEL

Szybka redukcja lęku poprzez bezpośrednią, długotrwałą ekspozycję na najbardziej lękotwórczy bodziec.

STRUKTURA SESJI

1. Dokładne omówienie procedury i uzyskanie świadomej zgody pacjenta.
2. Bezpośrednia konfrontacja z najtrudniejszym elementem hierarchii.
3. Utrzymanie ekspozycji aż do wyraźnego spadku poziomu lęku.
4. Omówienie doświadczenia i wzmocnienie poczucia kontroli.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Flooding wymaga większej gotowości psychicznej pacjenta niż ekspozycja stopniowa - stosuj ostrożnie i z pełnym przygotowaniem.

44. Modelowanie (modeling) w terapii fobii

WSKAZANIE

Fobie u dzieci oraz dorosłych z bardzo wysokim poziomem lęku utrudniającym samodzielną ekspozycję.

CEL

Obniżenie lęku poprzez obserwację terapeuty lub innej osoby bezpiecznie konfrontującej się z bodźcem.

STRUKTURA SESJI

1. Terapeuta demonstruje kontakt z obiektem lękowym (np. dotyka pająka w terrarium).
2. Pacjent obserwuje brak negatywnych konsekwencji.
3. Stopniowe zaproszenie pacjenta do wspólnego, a następnie samodzielnego kontaktu.
4. Wzmocnienie pozytywne każdego kroku zbliżenia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Modelowanie działa najlepiej w połączeniu z modelowaniem uczestniczącym, czyli wspólnym, stopniowym działaniem terapeuty i pacjenta.

45. Desensytyzacja systematyczna

WSKAZANIE

Fobie, w których ekspozycja in vivo jest na razie niemożliwa lub przedwczesna.

CEL

Redukcja lęku poprzez łączenie wyobraźeniowej ekspozycji z technikami relaksacyjnymi.

STRUKTURA SESJI

1. Nauczenie pacjenta techniki relaksacji mięśniowej.
2. Ustalenie hierarchii lęku do pracy wyobraźeniowej.
3. Wyobrażenie kolejnych sytuacji przy jednoczesnym utrzymaniu stanu relaksacji.
4. Przejście do kolejnego poziomu hierarchii po opanowaniu lęku na poprzednim.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli lęk wzrasta mimo relaksacji, wróć do poprzedniego, łatwiejszego poziomu hierarchii.

46. Praca z fobią sytuacyjną (np. zamknięte przestrzenie, latanie)

WSKAZANIE

Fobie związane z konkretnymi kontekstami sytuacyjnymi, trudne do odtworzenia w gabinecie.

CEL

Przygotowanie pacjenta do konfrontacji z sytuacją poprzez symulacje i materiały pomocnicze.

STRUKTURA SESJI

1. Wykorzystanie nagrań wideo, symulacji lub materiałów wirtualnej rzeczywistości jako kroku pośredniego.
2. Omówienie realistycznych danych dotyczących bezpieczeństwa sytuacji (np. statystyki lotnicze).
3. Zaplanowanie stopniowego zbliżania się do rzeczywistej sytuacji.
4. Przygotowanie strategii radzenia sobie na miejscu (oddychanie, techniki poznawcze).

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Połącz interwencję poznawczą z ekspozycją - same dane statystyczne rzadko wystarczają bez doświadczenia konfrontacji.

47. Ekspozycja z udziałem terapeuty (in vivo z towarzyszeniem)

WSKAZANIE

Bardzo wysoki poziom lęku uniemożliwiający samodzielną ekspozycję.

CEL

Zbudowanie poczucia bezpieczeństwa umożliwiającego pierwsze kroki konfrontacji.

STRUKTURA SESJI

1. Terapeuta towarzyszy pacjentowi podczas pierwszej ekspozycji.
2. Stopniowe zwiększanie dystansu fizycznego terapeuty od pacjenta podczas kolejnych prób.
3. Przejście do ekspozycji samodzielnej, gdy pacjent czuje się gotowy.
4. Omówienie różnicy w odczuwanym lęku z towarzyszeniem i bez niego.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Towarzyszenie terapeuty to etap przejściowy - celem jest docelowo pełna samodzielność pacjenta.

48. Trening radzenia sobie z lękiem antycypacyjnym

WSKAZANIE

Silny lęk pojawiający się na długo przed planowaną ekspozycją lub sytuacją lękową.

CEL

Redukcja wpływu lęku antycypacyjnego na funkcjonowanie i decyzje pacjenta.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja typowych myśli antycypacyjnych poprzedzających sytuację.
2. Zastosowanie restrukturyzacji poznawczej wobec tych myśli.
3. Wprowadzenie krótkich technik uziemienia stosowanych w okresie oczekiwania.
4. Planowanie konkretnych działań odwracających uwagę od antycypacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Lęk antycypacyjny często jest bardziej dotkliwy niż sama sytuacja - warto to wprost zakomunikować pacjentowi jako normalizację.

49. Generalizacja efektów ekspozycji

WSKAZANIE

Sukces ekspozycji ograniczony do jednej, konkretnej sytuacji lub miejsca.

CEL

Rozszerzenie efektów terapeutycznych na różnorodne konteksty i warianty bodźca lękowego.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja wariantów sytuacji lękowej różniących się kontekstem (miejsce, pora dnia, towarzystwo).
2. Zaplanowanie ekspozycji w nowych, zróżnicowanych warunkach.
3. Omówienie podobieństw i różnic w doświadczanym lęku.
4. Wzmocnienie przekonania o ogólnej, a nie sytuacyjnej, kompetencji radzenia sobie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ćwicz ekspozycję w możliwie zróżnicowanych kontekstach już od początku terapii, by ułatwić późniejszą generalizację.

50. Zapobieganie nawrotom fobii

WSKAZANIE

Końcowa faza terapii fobii specyficznej.

CEL

Utrwalenie efektów terapii i przygotowanie na ewentualny powrót lęku w przyszłości.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd całej hierarchii i osiągniętych poziomów ekspozycji.
2. Ustalenie planu regularnego, samodzielnego utrzymywania kontaktu z bodźcem.
3. Omówienie sygnałów mogących wskazywać na odradzanie się unikania.
4. Zaplanowanie reakcji na wypadek pojawienia się ponownego lęku.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zachęć pacjenta do utrzymywania sporadycznego kontaktu z bodźcem nawet po ustąpieniu objawów - to najlepsza profilaktyka nawrotu.

VI. ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE (OCD)

Protokoły oparte na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji (ERP) - złotym standardzie terapii OCD.

51. Psychoedukacja o OCD (obsesje, kompulsje, koło błędne)

WSKAZANIE

Pierwsze sesje terapii OCD.

CEL

Zrozumienie mechanizmu podtrzymującego objawy - tymczasowej ulgi po kompulsji wzmacniającej obsesję.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie różnicy między obsesją a kompulsją.
2. Przedstawienie błędnego koła OCD - obsesja, lęk, kompulsja, chwilowa ulga, wzmocnienie obsesji.
3. Analiza indywidualnego cyklu OCD pacjenta.
4. Wprowadzenie zasad terapii ERP jako metody przerywania koła.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Podkreśl, że kompulsje, choć dają chwilową ulgę, długoterminowo nasilają zaburzenie - to kluczowy element psychoedukacji.

52. Mapowanie obsesji i kompulsji

WSKAZANIE

Złożony, wielowątkowy obraz objawów OCD.

CEL

Precyzyjne zidentyfikowanie wszystkich obsesji, kompulsji i unikanych sytuacji.

STRUKTURA SESJI

1. Spisanie wszystkich obsesji wraz z towarzyszącym poziomem lęku.
2. Przypisanie każdej obsesji odpowiadających jej kompulsji (jawnych i ukrytych).
3. Identyfikacja sytuacji unikanych z powodu obsesji.
4. Uporządkowanie listy według priorytetu pracy terapeutycznej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie pomijaj kompulsji umysłowych (np. liczenie w myślach, neutralizujące modlitwy) - są równie istotne jak kompulsje behawioralne.

53. Ekspozycja z powstrzymaniem reakcji (ERP) - wprowadzenie

WSKAZANIE

Gotowość pacjenta do rozpoczęcia aktywnej fazy terapii OCD.

CEL

Zrozumienie i akceptacja zasad ERP jako głównej metody leczenia.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie zasady: ekspozycja na bodziec lękowy bez wykonania kompulsji.
2. Omówienie mechanizmu habituacji lęku przy braku kompulsji.
3. Uzyskanie świadomej zgody i zaangażowania pacjenta.
4. Wybór pierwszego, łatwego elementu do pracy w ramach ERP.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

ERP bywa odbierane jako sprzeczne z intuicją - poświęć czas na pełne zrozumienie i akceptację metody przed rozpoczęciem ćwiczeń.

54. Budowanie hierarchii ERP

WSKAZANIE

Zidentyfikowane obsesje i kompulsje wymagające ustrukturyzowanego planu pracy.

CEL

Stworzenie stopniowanej listy ekspozycji od najłatwiejszej do najtrudniejszej.

STRUKTURA SESJI

1. Wypisanie konkretnych sytuacji ekspozycyjnych odpowiadających obsesjom.
2. Ocena poziomu lęku (SUD) dla każdej sytuacji.
3. Uszeregowanie sytuacji od najmniej do najbardziej lękotwórczej.
4. Ustalenie kolejności realizacji poszczególnych kroków.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Hierarchia ERP powinna być na tyle szczegółowa, by każdy krok różnił się wyraźnie poziomem trudności od poprzedniego.

55. ERP - sesja praktyczna

WSKAZANIE

Realizacja konkretnego kroku z hierarchii ERP.

CEL

Habituacja lęku poprzez ekspozycję na bodziec przy pełnym powstrzymaniu kompulsji.

STRUKTURA SESJI

1. Przypomnienie zasad ćwiczenia i oczekiwanego przebiegu lęku.
2. Przeprowadzenie ekspozycji na wybrany bodziec w gabinecie lub w warunkach naturalnych.
3. Aktywne powstrzymywanie wszelkich kompulsji, w tym umysłowych.
4. Monitorowanie poziomu lęku co kilka minut do jego spadku.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zostań z pacjentem do wyraźnego spadku lęku - przerwanie ćwiczenia w szczycie lęku wzmacnia unikanie.

56. Praca z myślami natrętnymi (defuzja poznawcza)

WSKAZANIE

Obsesje o charakterze czysto poznawczym, trudne do poddania klasycznej ekspozycji behawioralnej.

CEL

Zmiana relacji pacjenta z myślą natrętną zamiast prób jej eliminacji.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie różnicy między posiadaniem myśli a działaniem zgodnie z nią.
2. Ćwiczenie nazywania myśli (mam teraz myśl, że...) zamiast utożsamiania się z nią.
3. Praktyka tolerowania obecności myśli bez podejmowania kompulsji neutralizujących.
4. Omówienie doświadczenia zmiany dystansu wobec myśli.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Unikaj prób udowadniania pacjentowi, że myśl jest nieprawdziwa - cel to zmiana relacji z myślą, nie spór o jej treść.

57. Redukcja rytuałów psychicznych

WSKAZANIE

Kompulsje umysłowe trudne do zaobserwowania z zewnątrz (liczenie, powtarzanie słów, analizowanie).

CEL

Identyfikacja i stopniowa eliminacja ukrytych rytuałów poznawczych.

STRUKTURA SESJI

1. Dokładny wywiad mający na celu ujawnienie rytuałów umysłowych.
2. Wyjaśnienie, że rytuały psychiczne pełnią tę samą funkcję co kompulsje behawioralne.
3. Wprowadzenie ćwiczeń ERP celowanych w konkretny rytuał umysłowy.
4. Monitorowanie częstości rytuału w dzienniczku samoobserwacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Rytuały psychiczne są trudniejsze do uchwycenia niż behawioralne - regularnie dopytuj o to, co dzieje się w głowie pacjenta.

58. Praca z nadmierną odpowiedzialnością

WSKAZANIE

Obsesje związane z przekonaniem o odpowiedzialności za zapobieganie krzywdzie innych.

CEL

Modyfikacja zniekształconego poczucia odpowiedzialności podtrzymującego kompulsje.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja przekonań o nadmiernej odpowiedzialności (np. jeśli nie sprawdzę, to moja wina).
2. Analiza realistycznego zakresu odpowiedzialności pacjenta w danej sytuacji.
3. Eksperyment behawioralny - świadome ograniczenie kontrolowania/sprawdzania.
4. Omówienie konsekwencji eksperymentu w kontekście przekonań o odpowiedzialności.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Technika placu sądowego (zebranie dowodów za i przeciw odpowiedzialności pacjenta) dobrze sprawdza się w tym module.

59. Zaangażowanie rodziny / ograniczenie akomodacji

WSKAZANIE

Bliscy pacjenta uczestniczą w rytuałach lub dostarczają zapewnień zmniejszających lęk.

CEL

Redukcja akomodacji rodzinnej podtrzymującej objawy OCD.

STRUKTURA SESJI

1. Psychoedukacja rodziny na temat mechanizmu OCD i roli akomodacji.
2. Identyfikacja konkretnych zachowań akomodujących (np. udzielanie zapewnień, wykonywanie czynności za pacjenta).
3. Wspólne ustalenie planu stopniowego wycofywania akomodacji.
4. Ustalenie sposobu wsparcia rodziny bez wzmacniania kompulsji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wprowadzaj redukcję akomodacji stopniowo i w porozumieniu z pacjentem - nagłe wycofanie wsparcia rodziny może nasilić kryzys.

60. Profilaktyka nawrotu OCD

WSKAZANIE

Faza końcowa terapii OCD.

CEL

Utrwalenie umiejętności ERP i przygotowanie na wahania nasilenia objawów.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd zrealizowanej hierarchii ERP i osiągniętych postępów.
2. Omówienie naturalności okresowych wzrostów lęku i obsesji.
3. Opracowanie indywidualnego planu samodzielnej pracy ERP.
4. Ustalenie kryteriów powrotu na konsultację wzmacniającą.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Naucz pacjenta traktować nawrót pojedynczej obsesji jako element procesu, a nie porażkę terapii.

VII. PTSD I TRAUMA

Protokoły terapii traumy oparte na przedłużonej ekspozycji oraz terapii przetwarzania poznawczego (CPT).

61. Psychoedukacja o traumie i reakcji stresowej

WSKAZANIE

Pierwsze sesje terapii PTSD.

CEL

Normalizacja objawów potraumatycznych i wyjaśnienie ich funkcji adaptacyjnej.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie typowych objawów PTSD (intruzje, unikanie, nadmierne pobudzenie, zmiany nastroju).
2. Omówienie tych objawów jako naturalnej reakcji na nienaturalne wydarzenie.
3. Przedstawienie ogólnego modelu terapii traumy.
4. Ustalenie tempa pracy dostosowanego do gotowości pacjenta.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Podkreślaj, że objawy są zrozumiałą reakcją układu nerwowego, a nie oznaką słabości czy choroby psychicznej.

62. Stabilizacja i techniki uziemienia (grounding)

WSKAZANIE

Wysoki poziom dysregulacji emocjonalnej lub dysocjacji utrudniający pracę nad traumą.

CEL

Zbudowanie zdolności samoregulacji niezbędnej przed rozpoczęciem pracy ekspozycyjnej.

STRUKTURA SESJI

1. Nauczenie technik uziemienia zmysłowego (np. metoda 5-4-3-2-1).
2. Ćwiczenie techniki w gabinecie w warunkach niskiego pobudzenia.
3. Zastosowanie techniki w odpowiedzi na symulowane lub łagodne wspomnienie.
4. Zlecenie praktyki technik w codziennych sytuacjach stresowych.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie rozpoczynaj pracy bezpośrednio z traumą, dopóki pacjent nie opanuje przynajmniej jednej skutecznej techniki stabilizacji.

63. Przedłużona ekspozycja - ekspozycja wyobrażeniowa

WSKAZANIE

PTSD z dominującymi intruzywnymi wspomnieniami traumatycznego wydarzenia.

CEL

Redukcja lęku związanego ze wspomnieniem poprzez wielokrotne, kontrolowane jego przywoływanie.

STRUKTURA SESJI

1. Przygotowanie pacjenta i ustalenie zasad bezpieczeństwa ćwiczenia.
2. Poproszenie o szczegółowe, ustne opowiadanie wydarzenia w czasie teraźniejszym.
3. Nagranie opowieści i ocena poziomu lęku w regularnych odstępach.
4. Zlecenie wielokrotnego odsłuchiwanie nagrania jako zadania domowego.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Stosuj tę technikę wyłącznie po odpowiednim przeszkoleniu - przedłużona ekspozycja wymaga doświadczenia klinicznego w pracy z traumą.

64. Terapia przetwarzania poznawczego (CPT) - wprowadzenie

WSKAZANIE

PTSD z dominującymi zniekształconymi przekonaniami na temat traumy, siebie i świata.

CEL

Zidentyfikowanie i zmodyfikowanie przekonań blokujących naturalny proces zdrowienia po traumie.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie modelu CPT - koncentracja na znaczeniu nadanym wydarzeniu, nie na samym wydarzeniu.
2. Poproszenie o napisanie wpływu zdarzenia (impact statement).
3. Analiza tekstu pod kątem przekonań blokujących (np. dotyczących winy, zaufania, bezpieczeństwa).
4. Wprowadzenie planu pracy nad poszczególnymi obszarami przekonań.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Impact statement to ważne narzędzie diagnostyczne - czytaj go uważnie pod kątem konkretnych zniekształceń poznawczych.

65. Identyfikacja punktów zablokowania (stuck points)

WSKAZANIE

Praca w ramach terapii przetwarzania poznawczego (CPT).

CEL

Wyodrębnienie konkretnych przekonań utrudniających przetworzenie traumy.

STRUKTURA SESJI

1. Analiza wypowiedzi pacjenta pod kątem sztywnych, skrajnych przekonań.
2. Nazwanie konkretnych punktów zablokowania (np. to moja wina, nikomu nie mogę ufać).
3. Uszeregowanie punktów zablokowania według priorytetu pracy.
4. Wprowadzenie narzędzi restrukturyzacji poznawczej dla wybranego punktu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Punkty zablokowania często dotyczą obszarów bezpieczeństwa, zaufania, kontroli, poczucia własnej wartości i intymności - sprawdzaj wszystkie.

66. Ekspozycja in vivo na przypomnienia traumy

WSKAZANIE

Unikanie miejsc, sytuacji lub bodźców kojarzonych z traumatycznym wydarzeniem.

CEL

Zmniejszenie unikania poprzez stopniową konfrontację z bezpiecznymi przypomnieniami traumy.

STRUKTURA SESJI

1. Zidentyfikowanie unikanych miejsc i sytuacji związanych z traumą.
2. Ocena rzeczywistego ryzyka każdej sytuacji (odróżnienie od subiektywnego poczucia zagrożenia).
3. Stworzenie hierarchii ekspozycji od najmniej do najbardziej trudnej.
4. Zaplanowanie pierwszych kroków ekspozycji z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjenta.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zawsze odróżniaj realne zagrożenie od skojarzeniowego - ekspozycja dotyczy bodźców bezpiecznych, ale kojarzących się z traumą.

67. Praca z poczuciem winy i wstydu

WSKAZANIE

Silne poczucie winy lub wstydu związane z traumatycznym wydarzeniem.

CEL

Zmniejszenie nieadekwatnego poczucia winy poprzez realistyczną analizę odpowiedzialności.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja konkretnych myśli związanych z winą (np. mogłem temu zapobiec).
2. Analiza sytuacji z perspektywy informacji dostępnych pacjentowi w momencie zdarzenia.
3. Zastosowanie techniki ciasta odpowiedzialności (podział odpowiedzialności między wszystkich uczestników sytuacji).
4. Sformułowanie bardziej zrównoważonego, realistycznego przekonania.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odróżniaj winę faktyczną od winy odczuwanej - sama trauma często generuje wstyd niewspółmierny do realnej odpowiedzialności.

68. Restrukturyzacja narracji traumy

WSKAZANIE

Fragmentaryczna, chaotyczna lub niepełna narracja wydarzenia traumatycznego.

CEL

Zbudowanie spójnej narracji ułatwiającej integrację doświadczenia.

STRUKTURA SESJI

1. Poproszenie o pisemne lub ustne odtworzenie wydarzenia w sposób chronologiczny.
2. Identyfikacja luk, pominięć lub fragmentów unikanych przez pacjenta.
3. Stopniowe uzupełnianie narracji o pomijane elementy.
4. Omówienie zmiany w odczuwaniu wydarzenia po uzupełnieniu narracji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Tempo uzupełniania narracji powinno być prowadzone przez pacjenta - nie wymuszaj szczegółów, na które nie jest gotowy.

69. Praca z koszmarami sennymi (imagery rehearsal)

WSKAZANIE

Nawracające koszmary senne związane z traumą, zaburzające sen.

CEL

Redukcja częstości i intensywności koszmarów poprzez technikę prób wyobrażeniowych.

STRUKTURA SESJI

1. Poproszenie o spisanie treści powtarzającego się koszmaru.
2. Wspólne przepisanie zakończenia snu na wersję mniej przerażającą.
3. Ćwiczenie wyobrażeniowe nowej wersji snu kilka minut dziennie.
4. Monitorowanie częstości i treści snów w kolejnych tygodniach.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nowa wersja snu nie musi być realistyczna - jej funkcją jest zmiana emocjonalnego zabarwienia, nie odtworzenie faktów.

70. Zakończenie terapii traumy i profilaktyka

WSKAZANIE

Faza końcowa terapii PTSD, po istotnej redukcji objawów.

CEL

Utrwalenie efektów terapii i przygotowanie pacjenta na sytuacje przypominające traumę w przyszłości.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd zmiany w nasileniu objawów od początku terapii.
2. Omówienie nabytych umiejętności radzenia sobie z przypomnieniami traumy.
3. Identyfikacja potencjalnych przyszłych wyzwalaczy i planu reagowania na nie.
4. Ustalenie zasad ewentualnego powrotu do terapii.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Podkreśl różnicę między sporadycznym wspomnieniem a nawrotem PTSD - to pomaga uniknąć katastrofizowania pojedynczych trudnych chwil.

VIII. LĘK SPOŁECZNY

Protokoły bazujące na modelu poznawczym Clarka i Wellsa, łączące restrukturyzację poznawczą z eksperymentami behawioralnymi.

71. Psychoedukacja o lęku społecznym

WSKAZANIE

Pierwsze sesje terapii fobii społecznej.

CEL

Zrozumienie mechanizmu podtrzymującego lęk społeczny - uwagi skierowanej na siebie i zachowań zabezpieczających.

STRUKTURA SESJI

1. Przedstawienie modelu poznawczego lęku społecznego.
2. Omówienie roli negatywnego obrazu siebie tworzonego w trakcie interakcji.
3. Analiza indywidualnego przykładu sytuacji społecznej pacjenta według modelu.
4. Wprowadzenie planu terapii.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zilustruj mechanizm samoobserwacji prostym ćwiczeniem - poproś o opisanie, jak pacjent sądzi, że wygląda z zewnątrz w danej chwili.

72. Identyfikacja uwagi skoncentrowanej na sobie

WSKAZANIE

Nadmierne monitorowanie własnych zachowań i wyglądu podczas interakcji społecznych.

CEL

Zwiększenie świadomości tego, jak skupienie na sobie nasila lęk i pogarsza funkcjonowanie społeczne.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie różnicy między uwagą skierowaną na siebie a na otoczenie.
2. Ćwiczenie krótkiej rozmowy z naciskiem na obserwację siebie, a następnie z naciskiem na otoczenie.
3. Porównanie poziomu lęku i jakości interakcji w obu wariantach.
4. Wprowadzenie celowego przekierowywania uwagi na zewnątrz jako techniki.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

To ćwiczenie najlepiej przeprowadzić bezpośrednio na sesji w formie krótkiej, naturalnej rozmowy z terapeutą.

73. Eksperyment behawioralny - test przewidywań społecznych

WSKAZANIE

Konkretne, skrajne przewidywania dotyczące reakcji innych (np. wszyscy zauważą, że się trzęsę).

CEL

Sprawdzenie realności katastroficznych przewidywań poprzez bezpośrednią obserwację.

STRUKTURA SESJI

1. Sformułowanie konkretnego, sprawdzalnego przewidywania.
2. Zaplanowanie sytuacji społecznej umożliwiającej weryfikację przewidywania.
3. Realizacja eksperymentu i zbieranie obiektywnych danych (np. reakcje innych osób).
4. Porównanie przewidywania z rzeczywistym wynikiem eksperymentu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Im bardziej konkretne i mierzalne przewidywanie, tym mocniejszy efekt eksperymentu - unikaj ogólników typu będzie źle.

74. Trening umiejętności społecznych

WSKAZANIE

Deficyty w zakresie konkretnych umiejętności interpersonalnych pogłębiające lęk społeczny.

CEL

Zwiększenie kompetencji społecznych poprzez modelowanie i trening konkretnych zachowań.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja konkretnej umiejętności do przećwiczenia (np. inicjowanie rozmowy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego).
2. Modelowanie pożądanego zachowania przez terapeutę.
3. Odgrywanie ról (role-play) z informacją zwrotną.
4. Zaplanowanie zastosowania umiejętności w realnej sytuacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Dawaj informację zwrotną w formule najpierw mocne strony, potem obszary do rozwoju - to zwiększa otwartość na feedback.

75. Wideo-feedback (video feedback)

WSKAZANIE

Rozbieżność między subiektywnym wrażeniem pacjenta a obiektywnym obrazem jego zachowania.

CEL

Skorygowanie zniekształconego, wewnętrznego obrazu siebie w sytuacjach społecznych.

STRUKTURA SESJI

1. Nagranie krótkiej interakcji społecznej (np. rozmowy z terapeutą) na wideo.
2. Poproszenie pacjenta o przewidzenie, jak wypadnie nagranie, przed jego obejrzeniem.
3. Wspólne obejrzenie nagrania z naciskiem na obiektywną obserwację, nie samoocenę.
4. Porównanie przewidywań z rzeczywistym obrazem zarejestrowanym na nagraniu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Poproś pacjenta o oglądanie nagrania tak, jakby patrzył na obcą osobę - to zmniejsza wpływ wewnętrznego, zniekształconego obrazu siebie.

76. Redukcja zachowań zabezpieczających w kontaktach społecznych

WSKAZANIE

Stosowanie strategii maskujących lęk (unikanie kontaktu wzrokowego, przygotowane wcześniej zdania, unikanie picia w obecności innych).

CEL

Eliminacja zachowań zabezpieczających, które paradoksalnie nasilają lęk i utrudniają naturalną interakcję.

STRUKTURA SESJI

1. Zidentyfikowanie stosowanych zachowań zabezpieczających.
2. Wyjaśnienie mechanizmu, w jaki sposób podtrzymują one lęk społeczny.
3. Zaplanowanie sytuacji społecznej z celowym wycofaniem jednego zachowania zabezpieczającego.
4. Omówienie różnicy w doświadczeniu i poziomie lęku.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Usuwać zachowania zabezpieczające stopniowo - jednoczesna rezygnacja ze wszystkich może być przytłaczająca.

77. Ekspozycja na sytuacje społeczne - hierarchia

WSKAZANIE

Unikanie różnorodnych sytuacji społecznych o zróżnicowanym nasileniu lęku.

CEL

Systematyczna konfrontacja z unikanyymi sytuacjami społecznymi w ustalonej kolejności.

STRUKTURA SESJI

1. Spisanie unikanych sytuacji społecznych wraz z poziomem lęku.
2. Uporządkowanie listy od najłatwiejszej do najtrudniejszej.
3. Zaplanowanie pierwszych kroków ekspozycji wraz z usunięciem zachowań zabezpieczających.
4. Ocena doświadczenia po każdej zrealizowanej ekspozycji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Łącz ekspozycję społeczną z elementami przekierowania uwagi na zewnątrz - wzmacnia to efekt terapeutyczny.

78. Praca z lękiem przed oceną

WSKAZANIE

Centralne przekonanie o nieuchronnej negatywnej ocenie ze strony innych.

CEL

Modyfikacja przekonań dotyczących znaczenia i prawdopodobieństwa negatywnej oceny społecznej.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja konkretnego przekonania o ocenie (np. każdy pomyśli, że jestem dziwny).
2. Analiza dowodów za i przeciw temu przekonaniu z dotychczasowego doświadczenia.
3. Eksperyment behawioralny weryfikujący przewidywaną reakcję innych.
4. Sformułowanie bardziej zrównoważonego przekonania na temat oceny społecznej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zapytaj pacjenta, jak oceniałby inną osobę w analogicznej sytuacji - to często ujawnia podwójne standardy oceny.

79. Trening asertywności

WSKAZANIE

Trudności w wyrażaniu własnych potrzeb, opinii lub odmowie w kontaktach społecznych.

CEL

Zwiększenie umiejętności asertywnego komunikowania się przy zachowaniu szacunku dla siebie i innych.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie różnicy między zachowaniem uległym, agresywnym i asertywnym.
2. Ćwiczenie konkretnych komunikatów asertywnych (np. technika komunikatu ja).
3. Odgrywanie ról w sytuacjach wymagających asertywności (odmowa, wyrażenie opinii).
4. Zaplanowanie zastosowania asertywności w realnej, niskoryzykownej sytuacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zacznij trening od sytuacji o niskiej stawce emocjonalnej, zanim przejdiesz do trudniejszych relacji.

80. Generalizacja umiejętności społecznych

WSKAZANIE

Postęp ograniczony do określonych, przeciwiczonych sytuacji społecznych.

CEL

Rozszerzenie nabytych umiejętności na różnorodne, niećwiczone wcześniej konteksty społeczne.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd umiejętności i strategii nabytych w trakcie terapii.
2. Identyfikacja nowych, niećwiczonych dotąd sytuacji społecznych do przetestowania.
3. Zaplanowanie samodzielnego zastosowania umiejętności bez wsparcia terapeuty.
4. Omówienie doświadczeń i ewentualnych trudności w nowych kontekstach.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zachęcaj pacjenta do prowadzenia krótkiego dziennika sukcesów społecznych - wzmacnia to poczucie własnej skuteczności.

IX. BEZSENNOŚĆ, ZŁOŚĆ, SAMOOCENA I PERFEKCJONIZM

Protokoły obejmujące CBT-I (terapię bezsenności) oraz pracę nad regulacją złości, samooceną i perfekcjonizmem.

81. CBT-I: psychoedukacja o higienie snu

WSKAZANIE

Pierwsze sesje terapii bezsenności.

CEL

Przekazanie podstawowej wiedzy o czynnikach wpływających na jakość snu.

STRUKTURA SESJI

1. Omówienie podstawowych zasad higieny snu (regularność, unikanie kofeiny, ekran przed snem).
2. Analiza aktualnych nawyków pacjenta związanych ze snem.
3. Identyfikacja czynników utrudniających zasypianie i utrzymanie snu.
4. Wprowadzenie dzienniczka snu jako narzędzia monitorowania.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Sama higiena snu rzadko wystarcza w leczeniu przewlekłej bezsenności - traktuj ją jako element wstępny, nie główną interwencję.

82. Kontrola bodźców (stimulus control) w bezsenności

WSKAZANIE

Skojarzenie łóżka z czuwaniem, frustracją i bezsennością.

CEL

Odbudowanie skojarzenia łóżka wyłącznie ze snem.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie zasad: kładź się tylko gdy jesteś senny, wstawaj gdy nie możesz zasnąć po ok. 20 minutach.
2. Ustalenie zasady używania łóżka wyłącznie do snu (nie do czytania, telefonu, pracy).
3. Wprowadzenie stałej pory wstawania niezależnie od jakości nocy.
4. Monitorowanie wdrożenia zasad w dzienniczku snu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Konsekwentne wstawanie z łóżka przy braku senności jest kluczowym, choć trudnym elementem tej interwencji - przygotuj pacjenta na ten wysiłek.

83. Ograniczenie czasu snu (sleep restriction)

WSKAZANIE

Niska efektywność snu - długi czas spędzany w łóżku w stosunku do czasu faktycznego snu.

CEL

Zwiększenie efektywności snu poprzez czasowe ograniczenie czasu spędzanego w łóżku.

STRUKTURA SESJI

1. Obliczenie średniego czasu snu na podstawie dzienniczka.
2. Ustalenie okna snu odpowiadającego średniemu czasowi snu plus margines.
3. Stopniowe wydłużanie okna snu wraz ze wzrostem efektywności snu.
4. Cotygodniowa ocena efektywności snu i korekta okna.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pacjent może odczuwać większą senność w pierwszych dniach interwencji - ostrzeż o tym i monitoruj bezpieczeństwo (np. prowadzenie pojazdów).

84. Praca z myślami o bezsenności

WSKAZANIE

Lęk przed bezsennością i katastroficzne myślenie o konsekwencjach złego snu.

CEL

Redukcja lęku związanego ze snem poprzez restrukturyzację dysfunkcyjnych przekonań.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja typowych myśli pojawiających się przy próbie zaśnięcia.
2. Analiza dowodów za i przeciw katastroficznym przewidywaniom dotyczącym skutków bezsennej nocy.
3. Sformułowanie bardziej realistycznych przekonań o śnie.
4. Wprowadzenie techniki konstruktywnego martwienia się przed snem (zapisanie trosk wcześniej wieczorem).

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Paradoksalnie, presja na zaśnięcie nasila bezsenność - pracuj nad zmniejszeniem wysiłku wkładanego w próby zaśnięcia.

85. Identyfikacja wyzwalaczy złości

WSKAZANIE

Częste, trudne do kontrolowania epizody złości wpływające na relacje lub funkcjonowanie.

CEL

Zwiększenie świadomości sytuacji, myśli i sygnałów cielesnych poprzedzających epizody złości.

STRUKTURA SESJI

1. Wprowadzenie dzienniczka złości (sytuacja, myśli, poziom złości, reakcja).
2. Analiza zapisów pod kątem powtarzających się wzorców wyzwalających.
3. Identyfikacja wczesnych sygnałów cielesnych poprzedzających eskalację.
4. Omówienie typowych myśli interpretacyjnych poprzedzających złość.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Złość często maskuje inne emocje (lęk, smutek, poczucie skrzywdzenia) - delikatnie eksploruj, co kryje się pod złością.

86. Trening kontroli złości - techniki poznawcze

WSKAZANIE

Zniekształcone, eskalujące interpretacje sytuacji wyzwalających złość.

CEL

Modyfikacja interpretacji poznawczych nasilających reakcję złości.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja typowych zniekształceń poznawczych w sytuacjach złości (np. czytanie w myślach, personalizacja).
2. Analiza alternatywnych, mniej eskalujących interpretacji sytuacji.
3. Ćwiczenie formułowania zrównoważonej interpretacji w czasie rzeczywistym.
4. Zaplanowanie zastosowania techniki w nadchodzącej, przewidywalnej sytuacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ćwicz technikę najpierw na sytuacjach z przeszłości o niskim nasileniu emocji, zanim przejdziesz do sytuacji aktualnych i trudniejszych.

87. Trening relaksacji w zarządzaniu złością

WSKAZANIE

Wysoki poziom napięcia fizjologicznego towarzyszący narastającej złości.

CEL

Wprowadzenie technik obniżających pobudzenie fizjologiczne jako alternatywy dla wybuchu złości.

STRUKTURA SESJI

1. Nauczenie krótkiej techniki oddechowej możliwej do zastosowania w sytuacji konfliktowej.
2. Ćwiczenie techniki przerwy czasowej (time-out) z jasnymi zasadami jej stosowania.
3. Symulacja sytuacji wyzwalającej z zastosowaniem techniki.
4. Ustalenie sygnału komunikującego innym potrzebę przerwy.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Omów zasady przerwy czasowej z bliskimi pacjenta - jasna komunikacja zapobiega odbieraniu jej jako unikania konfliktu.

88. Budowanie zdrowej samooceny - dziennik osiągnięć

WSKAZANIE

Niska samoocena, trudność w dostrzeganiu własnych kompetencji i osiągnięć.

CEL

Zwiększenie świadomości własnych zasobów i osiągnięć jako przeciwwagi dla negatywnego obrazu siebie.

STRUKTURA SESJI

1. Wyjaśnienie zjawiska filtra negatywnego pomijającego pozytywne doświadczenia.
2. Wprowadzenie codziennego zapisu minimum jednego osiągnięcia lub pozytywnego momentu.
3. Analiza zapisów pod kątem powtarzających się mocnych stron.
4. Stopniowe poszerzanie definicji osiągnięcia poza spektakularne sukcesy.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ucz pacjenta dostrzegać małe, codzienne sukcesy - to skuteczniejsze niż czekanie na duże, rzadkie osiągnięcia.

89. Praca z krytycznym wewnętrznym głosem

WSKAZANIE

Silna, automatyczna autokrytyka towarzysząca codziennym sytuacjom.

CEL

Zmniejszenie wpływu krytycznego dialogu wewnętrznego na nastrój i zachowanie.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja typowych treści krytycznego głosu wewnętrznego.
2. Eksternalizacja głosu - nadanie mu nazwy lub formy odrębnej od tożsamości pacjenta.
3. Ćwiczenie formułowania odpowiedzi współczującej wobec siebie jako alternatywy.
4. Praktyka zauważania i odpowiadania na krytyczny głos w codziennych sytuacjach.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Technika krzesła (rozmowa między krytycznym głosem a częścią współczującą) dobrze ilustruje ten mechanizm na sesji.

90. Praca z perfekcjonizmem - standardy i reguły

WSKAZANIE

Sztywne, nierealistycznie wysokie standardy wpływające negatywnie na funkcjonowanie i nastrój.

CEL

Modyfikacja sztywnych reguł i standardów na bardziej elastyczne i funkcjonalne.

STRUKTURA SESJI

1. Identyfikacja konkretnych reguł perfekcjonistycznych (np. wszystko muszę robić bezbłędnie).
2. Analiza kosztów i korzyści utrzymywania danej reguły.
3. Eksperyment behawioralny polegający na celowym obniżeniu standardu w bezpiecznym obszarze.
4. Omówienie konsekwencji eksperymentu i ich wpływu na przekonanie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wybierz do eksperymentu obszar o relatywnie niskiej stawce, by zminimalizować lęk towarzyszący obniżeniu standardu.

X. ZAPOBIEGANIE NAWROTOM, ZAKOŃCZENIE I PRZYPADKI SPECJALNE

Protokoły wspierające utrzymanie efektów terapii oraz adaptację pracy klinicznej do trudniejszych warunków i kontekstów.

91. Plan zapobiegania nawrotom (relapse prevention plan)

WSKAZANIE

Faza końcowa terapii, niezależnie od rozpoznania.

CEL

Stworzenie konkretnego, spisanego planu działania na wypadek nawrotu objawów.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd kluczowych technik i umiejętności wypracowanych w terapii.
2. Identyfikacja sytuacji wysokiego ryzyka nawrotu.
3. Spisanie konkretnych kroków działania na wypadek pojawienia się objawów.
4. Ustalenie osób i instytucji wspierających w razie potrzeby.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Plan powinien być krótki, konkretny i łatwo dostępny (np. zapisany w telefonie) - złożone plany rzadko są używane w kryzysie.

92. Identyfikacja sygnałów ostrzegawczych nawrotu

WSKAZANIE

Historia nawracających epizodów zaburzenia.

CEL

Wczesne rozpoznawanie subtelnych oznak pogorszenia, zanim dojdzie do pełnego nawrotu.

STRUKTURA SESJI

1. Analiza przebiegu poprzednich epizodów pod kątem wczesnych sygnałów.
2. Spisanie indywidualnej listy sygnałów ostrzegawczych (poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych).
3. Ustalenie progu reakcji - kiedy sygnał wymaga działania.
4. Przypisanie konkretnych działań do poszczególnych sygnałów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Włącz w identyfikację sygnałów ostrzegawczych bliską osobę pacjenta - często dostrzega ona zmiany wcześniej niż sam pacjent.

93. Tworzenie zestawu narzędzi terapeutycznych (toolbox)

WSKAZANIE

Zakończenie aktywnej fazy terapii.

CEL

Skompilowanie wszystkich nabytych technik w łatwo dostępną, osobistą formę.

STRUKTURA SESJI

1. Przegląd wszystkich technik poznawczych, behawioralnych i relaksacyjnych użytych w terapii.
2. Wybór technik najskuteczniejszych dla danego pacjenta.
3. Stworzenie krótkiego, spisanego przewodnika lub karty przypominającej.
4. Omówienie sposobu korzystania z toolboxa w różnych sytuacjach.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Poproś pacjenta o samodzielne stworzenie tej karty - aktywne zaangażowanie wzmacnia zapamiętanie i poczucie własności narzędzi.

94. Sesje wzmacniające (booster sessions)

WSKAZANIE

Po zakończeniu regularnej terapii, jako element profilaktyki długoterminowej.

CEL

Utrzymanie efektów terapii poprzez okresowe, rzadsze spotkania kontrolne.

STRUKTURA SESJI

1. Ustalenie harmonogramu sesji wzmacniających (np. po 1, 3 i 6 miesiącach).
2. Przegląd funkcjonowania pacjenta od ostatniego spotkania.
3. Wzmocnienie stosowanych strategii lub korekta planu w razie trudności.
4. Decyzja o dalszej częstotliwości spotkań lub zakończeniu kontaktu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Sesje wzmacniające są szczególnie wartościowe dla pacjentów z historią nawrotów - proponuj je proaktywnie, nie tylko na żądanie pacjenta.

95. Praca z współwystępującymi zaburzeniami (komorbidność)

WSKAZANIE

Współwystępowanie kilku rozpoznań (np. depresja i lęk, OCD i depresja).

CEL

Ustalenie priorytetów terapeutycznych i zintegrowanego planu pracy z wieloma problemami jednocześnie.

STRUKTURA SESJI

1. Ocena wzajemnych zależności między współwystępującymi problemami.
2. Ustalenie, który problem stanowi główny czynnik podtrzymujący pozostałe.
3. Wybór protokołu transdiagnostycznego lub sekwencyjnej pracy nad poszczególnymi problemami.
4. Regularna ocena wpływu interwencji na wszystkie współwystępujące obszary.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Szukaj wspólnych mechanizmów (np. unikanie, ruminalcja) leżących u podstaw kilku zaburzeń - praca nad nimi bywa efektywniejsza niż osobne protokoły.

96. Dostosowanie CBT do terapii online/teleterapii

WSKAZANIE

Sesje prowadzone zdalnie, ograniczony kontakt bezpośredni.

CEL

Zachowanie skuteczności terapeutycznej technik CBT w formacie zdalnym.

STRUKTURA SESJI

1. Ustalenie technicznych zasad sesji (platforma, prywatność, plan awaryjny przy problemach z połączeniem).
2. Adaptacja materiałów papierowych do formy cyfrowej (arkusze, dzienniczki online).
3. Dostosowanie ekspozycji in vivo do możliwości zdalnego nadzoru i instrukcji.
4. Wzmocnienie kontraktu terapeutycznego dotyczącego bezpieczeństwa w sesji zdalnej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Na początku terapii zdalnej zawsze ustal plan postępowania w sytuacji kryzysowej, w tym dane kontaktowe lokalnych służb pacjenta.

97. Praca z niskim zaangażowaniem w terapię

WSKAZANIE

Niska frekwencja, brak realizacji zadań domowych, powierzchowne zaangażowanie w sesje.

CEL

Zrozumienie przyczyn niskiego zaangażowania i zwiększenie motywacji do terapii.

STRUKTURA SESJI

1. Otwarta, nieoceniająca rozmowa o przyczynach niskiego zaangażowania.
2. Sprawdzenie zgodności obecnego planu terapii z gotowością i celami pacjenta.
3. Wykorzystanie elementów dialogu motywującego do eksploracji ambiwalencji.
4. Renegocjacja planu terapii, w tym ewentualne zmniejszenie wymagań dotyczących zadań.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niskie zaangażowanie często wynika z niedopasowania tempa terapii, a nie z braku motywacji - zweryfikuj to założenie przed dalszymi działaniami.

98. CBT w terapii grupowej - adaptacja protokołów

WSKAZANIE

Prowadzenie terapii CBT w formacie grupowym zamiast indywidualnego.

CEL

Dostosowanie indywidualnych protokołów CBT do dynamiki i potrzeb grupy.

STRUKTURA SESJI

1. Ujednolicenie psychoedukacji dla całej grupy z zachowaniem przestrzeni na indywidualne przykłady.
2. Dostosowanie ćwiczeń (np. restrukturyzacji poznawczej) do pracy w parach lub mniejszych podgrupach.
3. Zarządzanie różnicami w tempie postępu poszczególnych uczestników.
4. Wykorzystanie dynamiki grupowej jako dodatkowego źródła wsparcia i informacji zwrotnej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ustal jasne zasady poufności i wzajemnego szacunku na pierwszej sesji grupowej - to fundament bezpiecznej pracy grupy.

99. Superwizja i samoopieka terapeuty

WSKAZANIE

Praca z trudnymi klinicznie przypadkami, ryzyko wypalenia zawodowego terapeuty.

CEL

Utrzymanie jakości pracy klinicznej i dobrostanu terapeuty poprzez regularną superwizję i samoopiekę.

STRUKTURA SESJI

1. Regularne korzystanie z superwizji indywidualnej lub grupowej w trudnych przypadkach.
2. Bieżąca refleksja nad własnymi reakcjami emocjonalnymi wobec pacjenta (przeciwprzeniesienie).
3. Wprowadzenie indywidualnych strategii regeneracji i równowagi między pracą a życiem prywatnym.
4. Monitorowanie własnych sygnałów wypalenia zawodowego.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Traktuj superwizję jako stały element praktyki klinicznej, nie tylko interwencję w sytuacji kryzysowej.

100. Ewaluacja efektów terapii i podsumowanie procesu

WSKAZANIE

Zakończenie pełnego cyklu terapeutycznego.

CEL

Systematyczna ocena skuteczności terapii oraz udokumentowanie procesu klinicznego.

STRUKTURA SESJI

1. Porównanie wyników kwestionariuszy z początku i końca terapii.
2. Omówienie subiektywnej oceny zmiany przez pacjenta.
3. Udokumentowanie przebiegu terapii i osiągniętych celów w dokumentacji klinicznej.
4. Sformułowanie rekomendacji dotyczących dalszej opieki, jeśli jest potrzebna.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Łącz dane ilościowe (kwestionariusze) z jakościową narracją pacjenta - pełniejszy obraz efektów terapii ułatwia podejmowanie dalszych decyzji klinicznych.