



MATERIAŁ DLA SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

100 Gotowych Sesji Terapeutycznych

*Materiał wsparcia dla profesjonalistów — by prowadzić konsultacje
z jasnością, bezpieczeństwem i kierunkiem klinicznym, nawet gdy
pacjent przychodzi ze złożoną sprawą.*

100 SESJI · 9 OBSZARÓW KLINICZNYCH

Jak korzystać z tego materiału

Ten zbiór powstał jako praktyczne wsparcie dla specjalistów zdrowia psychicznego — narzędzie dające strukturę i kierunek tam, gdzie pacjent przychodzi ze złożoną, trudną sprawą.

Każda sesja jest gotowym, lecz elastycznym scenariuszem. Nie zastępuje klinicznego osądu ani relacji terapeutycznej — porządkuje je. Traktuj te scenariusze jako rusztowanie, które dostosowujesz do konkretnego człowieka, jego tempa i kontekstu.

Struktura każdej sesji

- **Cel sesji** — jasny kierunek pracy.
- **Otwarcie i check-in** — nawiązanie kontaktu i przegląd.
- **Psychoedukacja** — kluczowy koncept do wprowadzenia.
- **Główna interwencja** — serce sesji.
- **Ćwiczenie w sesji** — praktyka w gabinecie.
- **Praca domowa** — utrwalenie między sesjami.
- **Domknięcie** — podsumowanie i integracja.
- **Wskazówka kliniczna** — uwaga na bezpieczeństwo i częste pułapki.

Sesje w obrębie każdego obszaru układają się w logiczną sekwencję, lecz możesz je stosować wybiórczo, zależnie od potrzeb pacjenta. Dziewięć obszarów obejmuje najczęstsze powody zgłoszeń: od lęku i depresji po traumę, żalobę i kompulsje.

Zastrzeżenie. Materiał ma charakter wsparcia warsztatowego dla wykwalifikowanych specjalistów i nie zastępuje szkolenia, superwizji ani indywidualnej diagnozy. Praca z traumą wymaga odpowiednich kwalifikacji. W sytuacjach kryzysu, ryzyka samobójczego lub objawów wymagających leczenia kieruj się procedurami bezpieczeństwa i odpowiednimi standardami opieki.

Spis sesji

1 Lęk

15 sesji

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 001 | Zrozumieć lęk — psychoedukacja | 009 | Zamartwianie i ruminacje |
| 002 | Mapa wyzwalaczy i objawów | 010 | Ekspozycja — budowanie hierarchii |
| 003 | Regulacja ciała — oddech i układ nerwowy | 011 | Ekspozycja w praktyce |
| 004 | Myśli automatyczne — rozpoznawanie | 012 | Unikanie i zachowania zabezpieczające |
| 005 | Restrukturyzacja poznawcza | 013 | Samowspółczucie w lęku |
| 006 | Zniekształcenia poznawcze | 014 | Styl życia a lęk |
| 007 | Atak paniki — plan działania | 015 | Zapobieganie nawrotom i plan utrzymania |
| 008 | Tolerancja niepewności | | |

2 Depresja

15 sesji

- | | | | |
|-----|--|-----|---------------------------------|
| 016 | Walidacja i zrozumienie depresji | 023 | Izolacja i ponowne łączenie |
| 017 | Monitorowanie nastroju i aktywności | 024 | Ruminacje depresyjne |
| 018 | Rytm dnia i podstawowa struktura | 025 | Energia, sen i zmęczenie |
| 019 | Aktywacja behawioralna — przyjemność i wpływ | 026 | Wartości i poczucie sensu |
| 020 | Aktywacja behawioralna — planowanie i stopniowanie | 027 | Małe nawyki i budowanie rozpędu |
| 021 | Myśli depresyjne i wewnętrzny krytyk | 028 | Nadzieja i obraz przyszłości |
| 022 | Poczucie winy i samokrytyka | 029 | Wczesne sygnały nawrotu |
| | | 030 | Plan utrzymania zdrowia |

3 Wypalenie i Stres

10 sesji

- | | | | |
|-----|----------------------------|-----|-----------------------------------|
| 031 | Rozpoznać wypalenie | 036 | Odpoczynek i regeneracja |
| 032 | Źródła stresu i obciążenia | 037 | Syndrom oszusta |
| 033 | Granice | 038 | Praca i kariera — przegląd |
| 034 | Perfekcjonizm | 039 | Regulacja stresu na co dzień |
| 035 | Gospodarowanie energią | 040 | Zrównoważone życie i profilaktyka |

4 Zależność Emocjonalna

10 sesji

- | | | | |
|-----|---------------------------------|-----|---------------------------------|
| 041 | Zrozumieć zależność emocjonalną | 046 | Odzyskać własną tożsamość |
| 042 | Lęk przed porzuceniem | 047 | Samoopieka i własne potrzeby |
| 043 | Potrzeba aprobaty | 048 | Tolerancja samotności |
| 044 | Zazdrość i potrzeba kontroli | 049 | Autonomia emocjonalna |
| 045 | Granice w bliskich relacjach | 050 | Zdrowe więzi i utrzymanie zmian |

5 Relacje i Pary

10 sesji

- | | | | |
|-----|----------------------------------|-----|------------------------------------|
| 051 | Mapa relacji — co przynosi para | 056 | Umowy i negocjacje |
| 052 | Komunikacja — słuchać i wyrażać | 057 | Zaufanie i jego odbudowa |
| 053 | Konflikt — kłótnia, która buduje | 058 | Powtarzalny taniec pary |
| 054 | Oczekiwania jawne i ukryte | 059 | Wspólna wizja i projekty |
| 055 | Bliskość i intymność | 060 | Pielęgnowanie relacji — utrzymanie |

6 Poczucie Własnej Wartości

10 sesji

- | | | | |
|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------|
| 061 | Zrozumieć poczucie własnej wartości | 066 | Asertywność |
| 062 | Wewnętrzny krytyk | 067 | Samowspółczucie |
| 063 | Obraz siebie | 068 | Moja narracja |
| 064 | Mocne strony i zasoby | 069 | Samoakceptacja |
| 065 | Pułapka porównywania | 070 | Stabilna wartość — utrzymanie |

7 Traumy i Rany

10 sesji

- | | | | |
|-----|--------------------------------------|-----|-----------------------------|
| 071 | Psychoedukacja o traumie | 076 | Rana upokorzenia |
| 072 | Stabilizacja i zasoby bezpieczeństwa | 077 | Rana niesprawiedliwości |
| 073 | Spotkanie z wewnętrznym dzieckiem | 078 | Regulacja i okno tolerancji |
| 074 | Rozpoznawanie wyzwalaczy | 079 | Nowe znaczenie |
| 075 | Rana odrzucenia | 080 | Integracja i wzrost |

8 Żałoba

10 sesji

- | | | | |
|-----|-----------------------------|-----|------------------------------|
| 081 | Uznanie i walidacja bólu | 086 | Pamięć i trwała więź |
| 082 | Zrozumieć proces żałoby | 087 | Tożsamość po stracie |
| 083 | Poczucie winy w żałobie | 088 | Odbudowa sensu i przyszłość |
| 084 | Trudne daty i fale tęsknoty | 089 | Powrót do życia |
| 085 | Rytuały pożegnania | 090 | Żałoba, która się przemienia |

9 Dopamina i Kompulsje

10 sesji

- | | | | |
|-----|---------------------------|-----|-------------------------------------|
| 091 | Zrozumieć cykl impulsu | 096 | Abstynencja i reset |
| 092 | Mapa wyzwalaczy i bodźców | 097 | Zarządzanie środowiskiem i bodźcami |
| 093 | Pustka pod kompulsją | 098 | Wypełnianie pustki zdrowo |
| 094 | Tolerancja i eskalacja | 099 | Nawroty — zapobieganie i reakcja |
| 095 | Radzenie sobie z głodem | 100 | Równowaga i wolność — utrzymanie |

1

Lęk

SESJE 001-015

Praca z lękiem: od psychoedukacji i regulacji ciała, przez pracę z myślami i ekspozycję, aż po samowspótczucie i zapobieganie nawrotom.

Zrozumieć lęk — psychoedukacja

CEL SESJI

Zbudować u pacjenta rozumienie mechanizmu lęku i odbarczyć go z poczucia, że „coś jest z nim nie tak”.

1 Otwarcie i check-in

Przywitaj się i zapytaj, co skłoniło pacjenta do szukania pomocy teraz. Wysłuchaj jego opisu lęku bez korygowania, zauważając słowa, których używa.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że lęk jest naturalną reakcją alarmową organizmu, ewolucyjnie chroniącą przed zagrożeniem. Problemem nie jest sam lęk, lecz jego nadmierne lub nieadekwatne uruchamianie. Omów trójkąt: myśli — emocje — reakcje ciała.

3 Główna interwencja

Wspólnie narysujcie ten trójkąt na przykładzie ostatniej sytuacji lękowej pacjenta. Pokaż, jak myśl („coś złego się stanie”) napędza objawy ciała, a te z kolei wzmacniają myśl, tworząc błędne koło.

4 Ćwiczenie w sesji

Poproś pacjenta, by nazwał trzy najczęstsze objawy ciała, jakie odczuwa w lęku. Normalizuj je jako reakcję układu nerwowego, nie oznakę choroby czy zagrożenia.

5 Praca domowa

Dzienniczek lęku: przez tydzień zapisywanie sytuacji wyzwalających, towarzyszących myśli, emocji i reakcji ciała (skala nasilenia 0–10).

6 Domknięcie

Podsumuj kluczowy przekaz: lęk jest zrozumiały i da się z nim pracować. Zapytaj, z czym pacjent wychodzi z tej sesji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Sama psychoedukacja często przynosi ulgę. Unikaj zalewania pacjenta teorią — dawkuj wiedzę i wracaj do jego konkretnych doświadczeń.

Mapa wyzwalaczy i objawów

CEL SESJI

Zidentyfikować indywidualne wyzwalacze lęku oraz wczesne sygnały ostrzegawcze w ciele i myślach.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie dzienniczek z minionego tygodnia. Doceń wysiłek obserwacji. Wyłapcie powtarzające się wzorce.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między wyzwalaczem zewnętrznym (sytuacja, miejsce, osoba) a wewnętrznym (myśl, wspomnienie, doznanie z ciała). Wprowadź pojęcie „wczesnych sygnałów ostrzegawczych”.

3 Główna interwencja

Stwórzcie wspólnie mapę: w centrum lęk, wokół niego najczęstsze wyzwalacze pacjenta, pogrupowane w kategorie. Zaznaczcie, które są przewidywalne, a które zaskakujące.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje swój osobisty „łańcuch eskalacji”: od pierwszego, ledwo zauważalnego sygnału aż do pełnego lęku. Im wcześniej rozpozna ogniwo, tym łatwiej zareaguje.

5 Praca domowa

Obserwacja wczesnych sygnałów: zapisywanie pierwszego, najsłabszego momentu narastania lęku w danej sytuacji.

6 Domknięcie

Podkreśl, że świadomość wyzwalaczy daje wybór. Zapytaj, który wyzwalacz pacjenta najbardziej zaskoczył.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

U osób z lękiem uogólnionym wyzwalacze bywają rozmyte. Wtedy skup się bardziej na sygnałach z ciała niż na zewnętrznych sytuacjach.

Regulacja ciała — oddech i układ nerwowy

CEL SESJI

Wyposażyć pacjenta w narzędzia szybkiego uspokajania układu nerwowego w chwili narastającego lęku.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o sytuacje z tygodnia, w których pacjent rozpoznał wczesny sygnał lęku. Co wtedy zrobił?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij rolę układu współczulnego (mobilizacja) i przywspółczulnego (uspokojenie). Wydłużony wydech aktywuje nerw błędny i realnie wycisza ciało — to fizjologia, nie sugestia.

3 Główna interwencja

Naucz oddechu uspokajającego: wdech nosem na 4, wydech ustami na 6–8. Przećwiczcie razem kilka cykli. Dodaj technikę uziemienia 5–4–3–2–1 (zmysły).

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wywołuje łagodny niepokój (np. myśląc o stresującej sytuacji), a następnie stosuje oddech, obserwując zmianę nasilenia w skali 0–10.

5 Praca domowa

Codzienny trening oddechu po 3–5 minut w spokoju (by umiejętność była gotowa, gdy przyjdzie lęk) oraz użycie go raz w realnej sytuacji.

6 Domknięcie

Przypomnij: te techniki trzeba ćwiczyć na spokojnie, nie dopiero w kryzysie. Zapytaj, kiedy pacjent znajdzie na to czas.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

U niektórych osób skupianie się na oddechu nasila lęk (lęk o objawy ciała). Wtedy zacznij od uziemienia zmysłami zamiast od oddechu.

Myśli automatyczne — rozpoznawanie

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta dostrzegać i zapisywać automatyczne myśli pojawiające się w sytuacjach lękowych.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie trening oddechowy. Co się sprawdziło, co było trudne? Wzmocnij każdy krok praktyki.

2 Psychoedukacja

Wprowadź pojęcie myśli automatycznych: szybkich, mimowolnych interpretacji, które pojawiają się poza świadomą kontrolą i napędzają emocje. Często brzmią jak fakty, choć są jedynie hipotezami.

3 Główna interwencja

Na konkretnym przykładzie pacjenta zatrzymajcie się w momencie lęku i zapytaj: „Co przemknęło ci wtedy przez głowę?”. Wydobywajcie myśli spod emocji, aż stanie się wyraźna.

4 Ćwiczenie w sesji

Wprowadź zapis ABC: A (sytuacja) — B (myśl automatyczna) — C (emocja i reakcja). Wypełnijcie razem jeden przykład z życia pacjenta.

5 Praca domowa

Codzienne wypełnianie zapisu ABC dla co najmniej jednej sytuacji lękowej dziennie.

6 Domknięcie

Podkreśl odkrycie: między sytuacją a emocją jest myśl — i to ona jest dźwignią zmiany. Zapytaj o pierwsze wrażenia z tej obserwacji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pacjenci często mylą myśli z emocjami („czułem, że zawiodę”). Cierpliwie rozdzielaj: emocja to jedno słowo, myśl to zdanie.

Restrukturyzacja poznawcza

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta poddawać myśli automatyczne łagodnemu sprawdzeniu zamiast traktować je jak prawdę.

1 Otwarcie i check-in

Przejrzyjcie zapisy ABC. Wybierzcie jedną szczególnie nawracającą lub silną myśl automatyczną do dalszej pracy.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że celem nie jest „myślenie pozytywne”, lecz realistyczne — sprawdzanie, czy myśl jest trafna i pomocna. Myśli to hipotezy, które wolno zbadać.

3 Główna interwencja

Przeprowadźcie dialog sokratejski wokół wybranej myśli: Jakie są dowody za i przeciw? Czy jest inne wyjaśnienie? Co najgorszego, najlepszego, najbardziej prawdopodobnego? Co powiedziałbyś przyjacielowi?

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje myśl bardziej zrównoważoną — nie zaprzeczającą lękowi, lecz pełniejszą i bliższą faktom. Sprawdźcie, czy obniża ona nasilenie emocji.

5 Praca domowa

Rozszerzony zapis: do ABC dodać D (sprawdzenie myśli) i E (myśl zrównoważona oraz nowa emocja).

6 Domknięcie

Podsumuj: nie chodzi o to, by wmawiać sobie, że wszystko dobrze, lecz by widzieć pełniejszy obraz. Zapytaj, jak to było — kwestionować własną myśl.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Uważaj, by restrukturyzacja nie stała się unieważnianiem uczuć. Najpierw zwaliduj emocję, dopiero potem badaj myśl.

Zniekształcenia poznawcze

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznawać typowe pułapki myślenia, które podtrzymują lęk.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie rozszerzone zapisy. Czy pacjentowi udało się znaleźć myśli zrównoważone? Co było najtrudniejsze?

2 Psychoedukacja

Przedstaw najczęstsze zniekształcenia w lęku: katastrofizacja, czytanie w myślach, przewidywanie przyszłości, nadmierne uogólnianie, myślenie czarno-białe, wyolbrzymianie zagrożenia i niedoszacowanie własnych zasobów.

3 Główna interwencja

Wspólnie zidentyfikujcie, które zniekształcenia pojawiają się najczęściej w zapisach pacjenta. Nazwanie pułapki po imieniu odbiera jej część mocy.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przegląda swoje ostatnie myśli automatyczne i przypisuje każdej etykietę zniekształcenia. Zauważa swój powtarzalny „ulubiony” wzorzec.

5 Praca domowa

W zapisach ABCDE dodać kolumnę: nazwa zniekształcenia poznawczego w danej myśli.

6 Domknięcie

Podkreśl, że to nie wady charakteru, lecz powszechne nawyki umysłu, które można zauważać. Zapytaj, które zniekształcenie pacjent rozpoznaje u siebie najczęściej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Lista zniekształceń ma służyć refleksji, nie samokrytyce. Pilnuj, by pacjent nie zaczął się obwiniać za „złe myślenie”.

Atak paniki — plan działania

CEL SESJI

Przygotować pacjenta na napady paniki i odebrać im moc poprzez zrozumienie i konkretny plan.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o doświadczenia paniki: jak wyglądają, czego pacjent się w nich najbardziej obawia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij mechanizm paniki: fałszywy alarm organizmu, błędna interpretacja objawów ciała jako zagrożenia („zawału”, „utruty kontroli”), co napędza spiralę. Panika jest skrajnie nieprzyjemna, lecz nie jest niebezpieczna i zawsze mija.

3 Główna interwencja

Stwórzcie kartę kryzysową: rozpoznaję, że to panika → przypominam sobie, że to minie → wydłużam wydech → uziemiam się zmysłami → pozwalam fali opaść, nie walcząc z nią.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwiczcie scenariusz: pacjent opisuje początek ataku, a wy krok po kroku przechodzicie przez kartę kryzysową, jakby działało się to teraz.

5 Praca domowa

Noszenie karty kryzysowej przy sobie. Lektura jej raz dziennie na spokojnie, by była dobrze znana, zanim będzie potrzebna.

6 Domknięcie

Przypomnij paradoks: im mniej walczysz z paniką, tym szybciej mija. Zapytaj, co daje pacjentowi największe poczucie przygotowania.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli panika jest częsta, rozważ późniejszą ekspozycję interoceptywną (celowe wywoływanie objawów ciała). Wyklucz wcześniej przyczyny medyczne.

Tolerancja niepewności

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi budować zdolność znoszenia niepewności zamiast nieustannego szukania pewności.

1 Otwarcie i check-in

Zauważcie wspólnie, ile lęku pacjenta dotyczy spraw nierozstrzygniętych, na które „trzeba znać odpowiedź”.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że potrzeba pewności napędza zamartwianie, sprawdzanie i upewnianie się — co daje chwilową ulgę, lecz długofalowo wzmacnia lęk. Życie jest z natury niepewne; celem jest tolerancja, nie kontrola.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie zachowania pacjenta służące szukaniu pewności (wielokrotne sprawdzanie, pytanie innych, googlowanie objawów). Omówcie, jak każde z nich krótko koi, lecz podtrzymuje problem.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedno drobne zachowanie upewniające do celowego powstrzymania w nadchodzącym tygodniu. Pacjent obserwuje, że niepewność da się przetrwać.

5 Praca domowa

Eksperyment z niepewnością: powstrzymanie wybranego zachowania upewniającego i zapis, co się działo z lękiem (zwykle narasta, a potem opada).

6 Domknięcie

Podsumuj: nie musisz znać odpowiedzi, by być bezpiecznym. Zapytaj, co pacjent czuje wobec tego eksperymentu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaczynaj od najłatwiejszych zachowań upewniających. Zbyt trudny eksperyment na starcie może zniechęcić.

Zamartwianie i ruminacje

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta odróżniać użyteczne planowanie od jałowego zamartwiania i ograniczać to drugie.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o eksperyment z niepewnością. Co się działo z lękiem, gdy pacjent powstrzymał upewnianie się?

2 Psychoedukacja

Rozróżnij zamartwianie produktywne (prowadzące do działania) od nieproduktywnego (krążenie wokół „co jeśli”, bez rozwiązania). Wyjaśnij iluzję, że zamartwianie „chroni” lub „przygotowuje”.

3 Główna interwencja

Wprowadź technikę „czasu na zmartwienia”: pacjent odracza zamartwianie do wyznaczonych 15 minut dziennie, a poza tym oknem zapisuje zmartwienie i wraca do bieżącej czynności.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwicz pytanie filtrujące: „Czy jest tu coś, co mogę teraz zrobić?”. Jeśli tak — krok działania. Jeśli nie — trening odpuszczania i przeniesienia uwagi.

5 Praca domowa

Wdrożenie „czasu na zmartwienia” codziennie oraz stosowanie pytania filtrującego w ciągu dnia.

6 Domknięcie

Podkreśl: zamartwianie to nie to samo co rozwiązywanie problemu. Zapytaj, jak pacjent wyobraża sobie wprowadzenie okna na zmartwienia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Technika odraczania wymaga praktyki i bywa początkowo frustrująca. Normalizuj, że na początku zmartwienia „nie chcą czekać”.

Ekspozycja — budowanie hierarchii

CEL SESJI

Przygotować pacjenta do stopniowego konfrontowania się z unikanymi sytuacjami poprzez hierarchię lęku.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie wzorzec unikania: czego pacjent unika z powodu lęku i jak to zawęża jego życie.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że unikanie daje natychmiastową ulgę, lecz utrwała lęk, bo nie pozwala przekonać się, że sytuacja jest do zniesienia. Ekspozycja odwraca ten mechanizm — przez stopniowe, świadome zbliżanie się.

3 Główna interwencja

Zbudujcie wspólnie hierarchię (drabinę lęku): listę unikanych sytuacji ocenionych w skali 0–100, od najłatwiejszych do najtrudniejszych. To mapa kolejnych kroków.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie pierwszy, realistyczny szczebel — taki, który budzi umiarkowany lęk (ok. 30–40/100), wystarczający, by ćwiczyć, lecz możliwy do wykonania.

5 Praca domowa

Dopracowanie hierarchii w domu i mentalne przygotowanie do pierwszego szczebla (bez jeszcze jego wykonywania).

6 Domknięcie

Podkreśl, że pacjent decyduje o tempie. Ekspozycja to odwaga, nie przymus. Zapytaj o obawy związane z tym planem.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Dobra hierarchia ma wiele małych kroków. Zbyt duże skoki między szczeblami to najczęstsza przyczyna porzucenia ekspozycji.

Ekspozycja w praktyce

CEL SESJI

Przeprowadzić pacjenta przez pierwsze świadome ekspozycje i utrwalić zasady ich stosowania.

1 Otwarcie i check-in

Wróćcie do hierarchii i pierwszego szczebla. Omówcie obawy i wzmocnij gotowość pacjenta.

2 Psychoedukacja

Przypomnij zasady skutecznej ekspozycji: stopniowo, wystarczająco długo (aż lęk sam opadnie), wystarczająco często, bez zachowań zabezpieczających, które unieważniają doświadczenie.

3 Główna interwencja

Jeśli to możliwe, przeprowadźcie ekspozycję na sesji (wyobrażeniową lub realną dla łatwiejszych szczebli). Towarzysz pacjentowi, monitorując poziom lęku co kilka minut.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent obserwuje krzywą lęku: jak narasta, osiąga szczyt, a potem — gdy zostaje w sytuacji — samoczynnie opada. To kluczowe doświadczenie korygujące.

5 Praca domowa

Powtarzanie pierwszego szczebla hierarchii kilka razy w tygodniu, aż przestanie budzić znaczący lęk, z zapisem poziomów przed, w trakcie i po.

6 Domknięcie

Docień odwagę pacjenta. Podkreśl, że powtarzalność jest ważniejsza niż intensywność. Zapytaj, jak się czuł po ekspozycji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pilnuj eliminacji subtelnych zachowań zabezpieczających (telefon w dłoni, ucieczka wzrokiem). To one najczęściej blokują efekt ekspozycji.

Unikanie i zachowania zabezpieczające

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi dostrzec i wycofać subtelne zachowania, które podtrzymują lęk mimo pozornej konfrontacji.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie postępy w ekspozycji. Gdzie pacjent zauważa, że „prawie wchodzi” w sytuację, ale jednak się asekuruje?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zachowania zabezpieczające: drobne strategie (siadanie blisko wyjścia, zabieranie wody, obecność „bezpiecznej osoby”), które dają złudzenie kontroli, lecz utrwalają przekonanie o zagrożeniu.

3 Główna interwencja

Zróbcie inwentarz zachowań zabezpieczających pacjenta. Przy każdym zapytajcie: czego to zachowanie nie pozwala mi się dowiedzieć o tej sytuacji?

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedno zachowanie zabezpieczające do odpuszczenia podczas kolejnej ekspozycji. Pacjent sprawdza, czy bez niego sytuacja nadal jest do zniesienia.

5 Praca domowa

Powtórzenie znanej już ekspozycji, lecz bez jednego wybranego zabezpieczenia, z zapisem doświadczenia.

6 Domknięcie

Podsumuj: prawdziwa nauka bezpieczeństwa wymaga wejścia w sytuację bez „kół podporowych”. Zapytaj, które zabezpieczenie najtrudniej będzie odpuścić.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niektóre zabezpieczenia są tak zautomatyzowane, że pacjent ich nie zauważa. Pomóż je wydobyć drobiazgowym wywiadem o przebiegu sytuacji.

Samowspółczucie w lęku

CEL SESJI

Rozwinąć u pacjenta łagodny, wspierający stosunek do siebie w chwilach lęku zamiast samokrytyki.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent mówi do siebie, gdy się boi. Wysłuchaj wewnętrznego tonu — często surowego i karzącego.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że samokrytyka w lęku dolewa oliwy do ognia, aktywując dodatkowy stres. Samowspółczucie nie jest rozczulaniem się, lecz traktowaniem siebie z taką życzliwością, jaką okazałbyś bliskiej osobie.

3 Główna interwencja

Wprowadź trzy elementy samowspółczucia: uważność na cierpienie, poczucie wspólnoty (inni też tego doświadczają), życzliwość wobec siebie. Przećwiczcie wspierające zdanie na chwile lęku.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przywołuje niedawną sytuację lęku i formułuje, co powiedziałby przyjacielowi w tej samej sytuacji — a następnie kieruje te słowa do siebie.

5 Praca domowa

Stosowanie wspierającego zdania w chwilach lęku oraz krótka praktyka życzliwości wobec siebie (np. dłoń na sercu, kilka ciepłych słów) raz dziennie.

6 Domknięcie

Podkreśl: można bać się i jednocześnie być dla siebie dobrym. Zapytaj, jak to było — mówić do siebie łagodnie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Osoby z silną samokrytyką mogą odczuwać opór („to rozczulanie się”). Normalizuj ten opór i zacznij od bardzo małych, konkretnych gestów.

Styl życia a lęk

CEL SESJI

Przyjrzeć się czynnikom stylu życia, które nasilają lub łagodzą lęk, i wprowadzić realne zmiany.

1 Otwarcie i check-in

Przejrzyjcie wspólnie dobę pacjenta: sen, ruch, używki, ekran, kontakt z ludźmi. Bez oceniania, z ciekawością.

2 Psychoedukacja

Omów wpływ na układ nerwowy: niedobór snu, nadmiar kofeiny i alkoholu, brak ruchu i przeciążenie bodźcami obniżają próg lęku. To nie przyczyny zaburzenia, lecz czynniki podtrzymujące, na które pacjent ma wpływ.

3 Główna interwencja

Wybierzcie wspólnie jeden, realny obszar do zmiany (np. ograniczenie kofeiny po południu albo krótki dzienny spacer). Lepiej jedna trwała zmiana niż dziesięć porzuconych.

4 Ćwiczenie w sesji

Zaplanujcie konkretnie: co, kiedy, jak często, jak pacjent będzie pamiętał. Przewidźcie przeszkody i sposoby ich obejścia.

5 Praca domowa

Wdrożenie wybranej zmiany stylu życia przez tydzień, z prostym zapisem wykonania i obserwacją wpływu na poziom lęku.

6 Domknięcie

Podkreśl, że ciało i umysł to jeden układ — dbając o ciało, obniżasz tło lękowe. Zapytaj, na ile realna wydaje się ta zmiana.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Unikaj przeładowania zaleceniami zdrowotnymi. Jedna wdrożona zmiana jest warta więcej niż kompleksowy plan, który przytłoczy pacjenta.

Zapobieganie nawrotom i plan utrzymania

CEL SESJI

Skonsolidować zdobyte umiejętności i przygotować pacjenta na samodzielne radzenie sobie z przyszłymi falami lęku.

1 Otwarcie i check-in

Spójrzcie wstecz na całą drogę. Co się zmieniło? Które narzędzia okazały się najcenniejsze? Docień pracę pacjenta.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między chwilowym nawrotem objawów (naturalnym, przejściowym) a pełnym powrotem problemu. Pojedynczy gorszy dzień to nie porażka, lecz okazja do użycia narzędzi.

3 Główna interwencja

Stwórzcie osobisty plan utrzymania: lista skutecznych narzędzi pacjenta, wczesne sygnały ostrzegawcze nawrotu oraz konkretne kroki, gdy lęk znów narośnie.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent zapisuje „list do siebie na trudny dzień” — przypomnienie, że już sobie radził, co mu wtedy pomogło i że fala lęku zawsze opada.

5 Praca domowa

Dopracowanie planu utrzymania i umieszczenie go w dostępnym miejscu. Zaplanowanie regularnego, samodzielnego stosowania kluczowych technik.

6 Domknięcie

Podsumuj proces i wzmocnij poczucie sprawczości pacjenta. Ustalcie ewentualne sesje przypominające. Pożegnaj z uznaniem dla jego odwagi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaplanuj sesję boosterową za 1-3 miesiące. Świadomość, że nawrót objawów jest normalny, sama w sobie chroni przed katastrofizacją „cofnięcia się”.

2

Depresja

SESJE 016-030

Praca z depresją w duchu aktywacji behawioralnej i terapii poznawczej: od walidacji i rytmu dnia, przez pracę z myślami, po sens i utrzymanie zdrowia.

Walidacja i zrozumienie depresji

CEL SESJI

Zbudować przymierze terapeutyczne, zwalidować cierpienie pacjenta i wprowadzić rozumienie depresji jako stanu, z którego jest wyjście.

1 Otwarcie i check-in

Przyjmij pacjenta z uważnością i bez pośpiechu. Zapytaj wprost, jak się czuje, i wysłuchaj bez prób natychmiastowego pocieszania czy naprawiania.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że depresja to nie lenistwo ani słabość charakteru, lecz stan, który realnie obniża energię, napęd i zdolność odczuwania radości. Przedstaw błędne koło: obniżony nastrój → wycofanie i beczynność → jeszcze niższy nastrój.

3 Główna interwencja

Zwaliduj doświadczenie pacjenta: „To, co przeżywasz, jest prawdziwe i trudne, a zarazem zrozumiałe w depresji”. Pokaż na błędnym kole, gdzie praca terapeutyczna może je przerwać.

4 Ćwiczenie w sesji

Wspólnie nazwijcie, jak depresja konkretnie wpływa na dzień pacjenta — sen, energię, relacje, czynności. To buduje wspólny język i poczucie bycia rozumianym.

5 Praca domowa

Łagodne monitorowanie nastroju: raz dziennie ocena nastroju 0-10 z jednym słowem opisującym dzień. Bez żadnych innych wymagań.

6 Domknięcie

Podkreśl, że pierwszym krokiem jest samo bycie tutaj, i że będziecie iść małymi krokami. Zapytaj, z czym pacjent wychodzi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zawsze oceń ryzyko samobójcze, zwłaszcza w depresji. Pytaj wprost o myśli rezygnacyjne i samobójcze — pytanie nie zwiększa ryzyka, a otwiera przestrzeń pomocy. Miej gotowy plan bezpieczeństwa.

Monitorowanie nastroju i aktywności

CEL SESJI

Wprowadzić obserwację związku między tym, co pacjent robi, a tym, jak się czuje, jako fundament dalszej pracy.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie pierwsze zapisy nastroju. Doceń każdą formę wysiłku, nawet niepełną. Zauważcie wahania w ciągu dnia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij kluczowe odkrycie terapii behawioralnej: nastrój i aktywność są powiązane. W depresji często czekamy, aż „przyjdzie chęć”, by działać — lecz w tym stanie chęć przychodzi dopiero po działaniu, nie przed nim.

3 Główna interwencja

Wprowadź monitorowanie aktywności i nastroju: prosty zapis, co pacjent robił w ciągu dnia i jak się przy tym czuł (nastrój 0–10). Celem jest odkrycie wzorców, nie ocenianie.

4 Ćwiczenie w sesji

Przeanalizujcie przykładowy dzień: które czynności łączyły się z odrobinę lepszym nastrojem, a które z gorszym? Zauważcie, że nawet drobne różnice istnieją.

5 Praca domowa

Prowadzenie dzienniczka aktywności i nastroju przez tydzień — bez zmieniania jeszcze niczego, jedynie obserwacja.

6 Domknięcie

Podsumuj: zaczynamy od poznania własnych wzorców. Zapytaj, czy coś już teraz zaskakuje pacjenta w tym powiązaniu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pacjenci w depresji często mówią „cały dzień był taki sam, beznadziejny”. Dzienniczek pomaga dostrzec niuanse i przełamać czarno-białe widzenie własnego stanu.

Rytm dnia i podstawowa struktura

CEL SESJI

Przywrócić minimalną, przewidywalną strukturę dnia jako fundament stabilizacji nastroju.

1 Otwarcie i check-in

Przejrzyjcie dzienniczek aktywności. Gdzie dzień pacjenta jest najbardziej rozregulowany — sen, posiłki, pory aktywności?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, jak depresja rozbija rytm dobowy: nieregularny sen, pomijane posiłki, dni bez struktury. Brak rytmu pogłębia chaos wewnętrzny; przewidywalna struktura sama w sobie działa stabilizująco.

3 Główna interwencja

Wspólnie zbudujcie bardzo prosty szkielet dnia: stała pora wstawania, trzy posiłki, pora snu. Nie chodzi o wypełnianie każdej godziny, lecz o kilka kotwic czasowych.

4 Ćwiczenie w sesji

Ustalcie jedną najważniejszą kotwicę do wdrożenia w pierwszej kolejności (najczęściej stała pora wstawania). Zaplanujcie ją konkretnie i realistycznie.

5 Praca domowa

Wdrożenie jednej kotwicy czasowej przez tydzień, z prostym odhaczaniem wykonania i obserwacją wpływu na samopoczucie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że struktura to nie sztywność, lecz oparcie. Zapytaj, która kotwica wydaje się najbardziej wykonalna.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaczynaj od jednej zmiany. Przeciążony planem pacjent w depresji najczęściej rezygnuje i czuje się jeszcze większym „nieudacznikiem”. Mała wygrana buduje napęd.

Aktywacja behawioralna — przyjemność i wpływ

CEL SESJI

Wprowadzić aktywności dające przyjemność i poczucie sprawczości jako sposób na przerwanie błędnego koła depresji.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie wdrożoną kotwicę. Docień wysiłek. Zauważcie, czy struktura cokolwiek zmieniła w samopoczuciu.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij dwa rodzaje aktywności leczących depresję: przyjemne (dające radość) oraz dające poczucie wpływu i dokonania (nawet drobne, jak posprzątanie szuflady). W depresji potrzebne są oba.

3 Główna interwencja

Stwórzcie wspólnie listę aktywności z obu kategorii — dostosowanych do obecnego, obniżonego poziomu energii pacjenta. Kluczowe jest, by były małe i realne, a nie „kiedyś, gdy poczuje się lepiej”.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedną drobną aktywność z każdej kategorii do wykonania w nadchodzących dniach. Przewidźcie przeszkody i sposoby ich obejścia.

5 Praca domowa

Wykonanie dwóch zaplanowanych aktywności (jednej przyjemnej, jednej dającej poczucie wpływu) z zapisem nastroju przed i po.

6 Domknięcie

Przypomnij zasadę: działanie poprzedza motywację, nie odwrotnie. Zapytaj o obawy związane z tym zadaniem.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Sukcesem jest samo wykonanie, niezależnie od tego, czy pacjent „poczuł radość”. W depresji odczuwanie przyjemności wraca stopniowo — najpierw wraca działanie.

Aktywacja behawioralna — planowanie i stopniowanie

CEL SESJI

Rozwinąć systematyczne, stopniowane planowanie aktywności dostosowane do poziomu energii pacjenta.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie wykonane aktywności i zapisy nastroju przed i po. Wzmocnij dowody, że działanie wpływa na nastrój.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zasadę stopniowania: zaczynamy od zadań tak małych, że trudno ponieść porażkę, i powoli zwiększamy. Wyjaśnij też „od zewnątrz do wewnątrz” — najpierw ciało rusza, potem zmienia się nastrój.

3 Główna interwencja

Wspólnie zaplanujcie tydzień: kilka konkretnych, drobnych aktywności rozłożonych na dni, z uwzględnieniem realnego poziomu energii. Wpiszcie je w prosty harmonogram.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwiczcie rozbijanie większego, przytłaczającego zadania na najmniejsze możliwe kroki (np. „posprzątać mieszkanie” → „odłożyć pięć rzeczy na miejsce”).

5 Praca domowa

Realizacja zaplanowanego, stopniowanego harmonogramu aktywności na tydzień, z zapisem wykonania i nastroju.

6 Domknięcie

Podkreśl, że chodzi o konsekwencję, nie wyczyny. Zapytaj, jak pacjent ocenia realność tego planu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Gdy pacjent nie wykona planu, badajcie to z ciekawością, nie z oceną: zbyt duże kroki? Przeszkoda? To dane do korekty planu, nie dowód „porażki” pacjenta.

Myśli depresyjne i wewnętrzny krytyk

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać charakterystyczne dla depresji negatywne myśli o sobie, świecie i przyszłości.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie harmonogram aktywności. Zauważcie wspólnie, jakie myśli pojawiały się, gdy coś nie wyszło lub gdy było trudno.

2 Psychoedukacja

Przedstaw triadę depresyjną: negatywne myśli o sobie („jestem do niczego”), o świecie („nic nie ma sensu”) i o przyszłości („nigdy nie będzie lepiej”). W depresji te myśli brzmią jak fakty, choć są objawem stanu.

3 Główna interwencja

Pomóż pacjentowi wyłapać te myśli na bieżąco. Wprowadź zapis: sytuacja → myśl depresyjna → emocja. Nazwijcie wewnętrznego krytyka, by zyskać wobec niego dystans.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedną nawracającą myśl depresyjną i zauważcie, do której części triady należy. Samo dostrzeżenie „to mówi depresja, nie obiektywna prawda” daje ulgę.

5 Praca domowa

Zapisywanie myśli depresyjnych w ciągu tygodnia z przypisaniem ich do triady (ja / świat / przyszłość).

6 Domknięcie

Podkreśl: myśli depresyjne są objawem, nie wyrokiem. Zapytaj, jak to jest spojrzeć na nie z boku.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie spiesz się z podważaniem myśli na tym etapie. Najpierw pacjent musi nauczyć się je dostrzegać i traktować jako objaw, zanim zacznie je sprawdzać.

Poczucie winy i samokrytyka

CEL SESJI

Złagodzić nadmierne, paraliżujące poczucie winy i przekształcić destrukcyjną samokrytykę w konstruktywną odpowiedzialność.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o obszary, w których pacjent najczęściej się obwinia. Wysłuchaj tonu, jakim mówi do siebie.

2 Psychoedukacja

Rozróżnij winę adekwatną (proporcjonalną, prowadzącą do naprawy) od winy depresyjnej (rozlanej, nieproporcjonalnej, paraliżującej). Wyjaśnij, że depresja zniekształca poczucie odpowiedzialności w stronę przesadną.

3 Główna interwencja

Przy konkretnej winie zastosujcie „tort odpowiedzialności”: wypiszcie wszystkie czynniki, które wpłynęły na daną sytuację, i przydzielcie im proporcje. Zwykle udział pacjenta okazuje się znacznie mniejszy, niż zakładał.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwiczcie przeformułowanie z karzącego („jestem złym człowiekiem”) na konstruktywne („zrobiłem coś, czego żałuję, i mogę to naprawić lub z tego wyciągnąć wnioski”).

5 Praca domowa

Stosowanie tortu odpowiedzialności lub przeformułowania przy pojawiającym się poczuciu winy, z zapisem.

6 Domknięcie

Podkreśl różnicę między „jestem winny” a „jestem zły”. Zapytaj, co czuje pacjent, gdy widzi pełniejszy obraz odpowiedzialności.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nadmierne poczucie winy bywa też elementem ryzyka samobójczego („wszystkim byłoby lepiej beze mnie”). Monitoruj to uważnie i reaguj zgodnie z procedurami bezpieczeństwa.

Izolacja i ponowne łączenie

CEL SESJI

Przerwać depresyjne wycofanie społeczne i wprowadzić stopniowe, dawkowane odbudowywanie kontaktów.

1 Otwarcie i check-in

Przyjrzyjcie się wspólnie sieci kontaktów pacjenta: kto w niej jest, z kim kontakt się urwał, kogo pacjent unika i dlaczego.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że izolacja w depresji jest zarazem objawem i czynnikiem podtrzymującym. Wycofanie daje chwilową ulgę, lecz pogłębia samotność i negatywne myśli. Kontakt z ludźmi — nawet drobny — działa antydepresyjnie.

3 Główna interwencja

Stwórzcie hierarchię kontaktów: od najłatwiejszych (krótka wiadomość, kontakt z bezpieczną osobą) do trudniejszych (spotkanie, rozmowa o uczuciach). Wybierzcie pierwszy, realny krok.

4 Ćwiczenie w sesji

Zaplanujcie jeden konkretny kontakt społeczny: z kim, kiedy, w jakiej formie. Przewidźcie myśli, które mogą pacjenta zatrzymać, i przygotujcie na nie odpowiedź.

5 Praca domowa

Wykonanie jednego zaplanowanego kontaktu społecznego, z zapisem nastroju przed i po oraz myśli, które się pojawiły.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nie chodzi o nagłą towarzyskość, lecz o jeden mały most do ludzi. Zapytaj, który kontakt wydaje się najbezpieczniejszy.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Szanuj tempo pacjenta. Zbyt ambitne zadanie społeczne na starcie może go przytłoczyć i wzmocnić wycofanie. Jedna krótka wiadomość bywa wystarczającym pierwszym krokiem.

Ruminacje depresyjne

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać i ograniczyć przeżywanie negatywnych myśli, które pogłębia depresję.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o momenty, gdy pacjent „kręci się w kółko” wokół tych samych bolesnych myśli. Kiedy i gdzie zwykle to się dzieje?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij ruminację: powtarzalne, jałowe analizowanie przeszłości i własnych wad, które sprawia wrażenie „rozwiązywania problemu”, lecz jedynie pogłębia obniżony nastrój. Różni się od refleksji prowadzącej do wniosków.

3 Główna interwencja

Wprowadź strategie przerywania ruminacji: zauważ → nazwij („to ruminacja”) → przekieruj uwagę na angażujące działanie lub kontakt zmysłowy z otoczeniem. Wzmocnij rolę aktywności jako antidotum.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwicz pytanie różnicujące: „Czy to mnie przybliży do rozwiązania, czy tylko pogłębia dołek?”. Jeśli to drugie — sygnał do przekierowania uwagi.

5 Praca domowa

Stosowanie schematu zauważ-nazwij-przekieruj przy ruminacjach, z notowaniem, co pomagało przerwać cykl.

6 Domknięcie

Podsumuj: nie musisz wygrywać z każdą myślą — wystarczy przestać ją karmić uwagą. Zapytaj, co dotąd pomagało pacjentowi wyjść z pętli.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ruminacje często nasilają się wieczorem i przy bezczynności. Pomóż pacjentowi zawczasu zaplanować angażujące zajęcia na te „ryzykowne” pory.

Energia, sen i zmęczenie

CEL SESJI

Uporządkować gospodarkę energią i higienę snu, które w depresji są zwykle poważnie zaburzone.

1 Otwarcie i check-in

Przyjrzyjcie się snowi i energii pacjenta: jak śpi, kiedy ma najwięcej i najmniej sił, jak gospodaruje resztkami energii.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij dwukierunkowy związek snu i depresji oraz pojęcie „bankowania energii” — w depresji łatwo przeznaczyć resztki sił na rzeczy, które wyczerpują, zamiast na te, które regenerują lub mają znaczenie.

3 Główna interwencja

Omówcie podstawy higieny snu dostosowane do możliwości pacjenta (stała pora wstawania, ograniczenie drzemek, łóżko tylko do snu). Wspólnie zaplanujcie gospodarowanie energią w ciągu dnia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wskazuje aktywności, które „dają” energię, i te, które ją „zabierają”. Zaplanujcie świadome zwiększenie pierwszych i ograniczenie drugich tam, gdzie to możliwe.

5 Praca domowa

Wdrożenie jednej zasady higieny snu oraz jednej zmiany w gospodarowaniu energią, z obserwacją efektów.

6 Domknięcie

Podkreśl, że energia w depresji jest ograniczonym zasobem, który warto mądrze inwestować. Zapytaj, gdzie pacjent najczęściej ją „przepala”.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli zaburzenia snu są ciężkie i uporczywe, rozważ konsultację psychiatryczną. Sen bywa zarówno objawem, jak i celem leczenia farmakologicznego.

Wartości i poczucie sensu

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi ponownie połączyć się z tym, co dla niego ważne, jako źródłem kierunku i motywacji.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, co kiedyś było dla pacjenta ważne i nadawało życiu sens — zanim depresja to przygasila.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między celami (osiągalnymi punktami) a wartościami (kierunkami, którymi chcemy podążać). Depresja odcina nas od wartości; ich odzyskanie przywraca poczucie sensu, nawet gdy nastrój jeszcze jest niski.

3 Główna interwencja

Przeprowadźcie krótką eksplorację wartości w kluczowych obszarach życia (relacje, praca, rozwój, zdrowie). Co naprawdę się dla pacjenta liczy, niezależnie od obecnego stanu?

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedną wartość i jedno drobne działanie, które byłoby z nią zgodne — możliwe do wykonania nawet przy obecnym poziomie energii.

5 Praca domowa

Wykonanie jednego małego działania zgodnego z wybraną wartością, z refleksją, co to wniosło, niezależnie od nastroju.

6 Domknięcie

Podkreśl, że można działać zgodnie z wartościami nawet bez „chęci” i dobrego nastroju. Zapytaj, która wartość najbardziej pacjenta porusza.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca na wartościach (w duchu ACT) bywa szczególnie pomocna, gdy klasyczna aktywacja behawioralna utknęła. Daje głębszy sens niż sama lista przyjemnych zajęć.

Małe nawyki i budowanie rozpędu

CEL SESJI

Utrwalić trwałe, drobne nawyki, które stopniowo budują stabilność i poczucie sprawczości.

1 Otwarcie i check-in

Przejrzyjcie dotychczasowe zmiany. Które aktywności i kotwice zaczęły się utrwalać, a które wymagają wsparcia?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij siłę małych nawyków: drobne, regularne działania kumulują się w realną zmianę i odbudowują poczucie wpływu. Lepszy mały nawyk wykonywany codziennie niż wielki plan porzucony po trzech dniach.

3 Główna interwencja

Zastosujcie zasadę „przyczepiania” nawyku do istniejącej rutyny (np. po porannej kawie — pięć minut spaceru). Wybierzcie jeden konkretny mikronawyk wspierający nastrój.

4 Ćwiczenie w sesji

Zaprojektujcie nawyk tak mały, że trudno go nie wykonać, oraz prosty sposób śledzenia (np. odhaczanie w kalendarzu). Omówcie, jak wracać po przerwie bez samokrytyki.

5 Praca domowa

Codziennie wykonywanie wybranego mikronawyku przez tydzień, z odhaczaniem i łagodnym podejściem do ewentualnych potknięć.

6 Domknięcie

Podkreśl: konsekwencja bije intensywność. Zapytaj, który nawyk pacjent chce uczynić swoim fundamentem.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jedno potknięcie to nie nawrót. Naucz pacjenta zasady „nigdy dwa razy z rzędu” — wybaczyć opuszczony dzień i wrócić następnego, zamiast porzucać nawyk.

Nadzieja i obraz przyszłości

CEL SESJI

Odbudować u pacjenta zdolność wyobrażania sobie lepszej przyszłości, którą depresja zwykle odbiera.

1 Otwarcie i check-in

Zauważcie razem, jak pacjent mówi o przyszłości. Czy w ogóle ją sobie wyobraża, czy „przyszłość się skończyła”?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij depresyjną beznadzieję jako objaw, nie prawdę — zniekształcenie, które każe rzutować obecny stan w nieskończoność. Nadzieja nie jest naiwnym optymizmem, lecz otwarciem na to, że stan może się zmienić.

3 Główna interwencja

Pracujcie z dowodami: przypomnijcie momenty, gdy pacjentowi było już kiedyś źle i przeszło. Zauważcie drobne pozytywne zmiany od początku terapii jako konkretne, realne dowody, że zmiana jest możliwa.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje skromny, realistyczny obraz „o trochę lepszego” jutra — nie idealnej przyszłości, lecz kolejnego, znośniejszego etapu, i jednego kroku w jego stronę.

5 Praca domowa

Zapisywanie codziennie jednej rzeczy, która poszła choć trochę lepiej lub dała odrobinę ulgi — trening dostrzegania pozytywów wbrew depresyjnemu filtrowi.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nadzieja odbudowuje się dowodami, nie hasłami. Zapytaj, jaki najmniejszy znak poprawy pacjent już u siebie dostrzega.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wobec głębokiej beznadziei i myśli rezygnacyjnych nie spiesz się z „pocieszaniem”. Najpierw zwaliduj ból, oceń ryzyko, a dopiero potem delikatnie odbudowuj perspektywę.

Wczesne sygnały nawrotu

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta rozpoznawać własne, indywidualne sygnały ostrzegawcze pogorszenia, by reagować wcześniej.

1 Otwarcie i check-in

Spójrzcie wstecz na epizod depresji: jak się zaczął? Jakie były pierwsze, wczesne oznaki, zanim stan się pogłębił?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że nawrót zwykle nie przychodzi nagle, lecz poprzedzają go rozpoznawalne sygnały: zmiany snu, wycofanie, powrót ruminacji, porzucanie aktywności. Wczesne rozpoznanie pozwala zareagować, zanim spirala nabierze rozpędu.

3 Główna interwencja

Stwórzcie indywidualną listę wczesnych sygnałów ostrzegawczych pacjenta — w myślach, emocjach, ciele i zachowaniu. To jego osobisty „system wczesnego ostrzegania”.

4 Ćwiczenie w sesji

Do każdego sygnału przypiszcie konkretne, sprawdzone już narzędzie reakcji (np. „wraca wycofanie → uruchamiam plan kontaktu społecznego”).

5 Praca domowa

Dopracowanie listy sygnałów i odpowiadających im działań. Umieszczenie jej w widocznym, dostępnym miejscu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że znajomość własnych sygnałów daje przewagę i poczucie kontroli. Zapytaj, który sygnał jest dla pacjenta najbardziej charakterystyczny.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaangażuj, za zgodą pacjenta, bliską osobę, która również może zauważyć wczesne sygnały. Czasem otoczenie dostrzega je wcześniej niż sam pacjent.

Plan utrzymania zdrowia

CEL SESJI

Skonsolidować zdobyte umiejętności w spójny plan podtrzymywania zdrowia i zapobiegania nawrotom.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie wspólnie całą drogę. Co najbardziej pomogło? Jak zmienił się nastrój i funkcjonowanie pacjenta? Doceń jego wytrwałość.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że zdrowienie z depresji wymaga podtrzymywania zdrowych nawyków także wtedy, gdy jest już lepiej — to właśnie one chronią przed nawrotem. Dobrostan się pielęgnuje, nie osiąga raz na zawsze.

3 Główna interwencja

Stwórzcie osobisty plan utrzymania: filary codziennego dobrostanu pacjenta (rytm, aktywność, kontakt, wartości), wczesne sygnały nawrotu oraz plan działania na trudniejsze okresy.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent pisze „list do siebie na gorszy czas” — przypomnienie, że już z tego wyszedł, co mu pomogło i do kogo może się zwrócić po wsparcie.

5 Praca domowa

Finalizacja planu utrzymania i umieszczenie go w dostępnym miejscu. Zaplanowanie regularnego pielęgnowania filarów dobrostanu.

6 Domknięcie

Wzmocnij poczucie sprawczości i podsumuj proces. Ustalcie ewentualne sesje przypominające. Pożegnaj z uznaniem dla przebytej drogi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaplanuj sesje boosterowe. Jeśli pacjent przyjmuje leki, podkreśl wagę współpracy z psychiatrą i nieodstawiania ich samodzielnie po poprawie nastroju.

3

Wypalenie i Stres

SESJE 031-040

Praca z wypaleniem i przewlekłym stresem: granice, perfekcjonizm, gospodarowanie energią, odpoczynek i profilaktyka kolejnego załamania.

Rozpoznać wypalenie

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać i nazwać wypalenie oraz odróżnić je od zwykłego zmęczenia czy lenistwa.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, co sprawiło, że pacjent zgłosił się teraz. Wysłuchaj opisu jego codzienności i poziomu wyczerpania bez bagatelizowania.

2 Psychoedukacja

Przedstaw trzy wymiary wypalenia: wyczerpanie (brak energii), cynizm i dystansowanie się oraz spadek poczucia skuteczności. Wyjaśnij, że wypalenie to skutek przewlekłego, nierównoważonego stresu, nie słabości.

3 Główna interwencja

Wspólnie zmapujcie objawy pacjenta na te trzy wymiary. Zauważcie, jak długo to trwa i co się nawarstwiło. Zwaliduj, że organizm zareagował logicznie na przeciążenie.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ocenia każdy z trzech wymiarów w skali 0–10 i wskazuje obszar życia, który najbardziej go wyczerpuje. To punkt wyjścia do dalszej pracy.

5 Praca domowa

Tygodniowa obserwacja poziomu energii w ciągu dnia oraz sytuacji, które najbardziej wyczerpują i które choć trochę regenerują.

6 Domknięcie

Podkreśl: wypalenie to sygnał, że dotychczasowy sposób funkcjonowania jest nie do utrzymania. Zapytaj, co pacjent czuje, słysząc tę diagnozę.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wyklucz lub skonsultuj możliwe podłoże medyczne i depresyjne — wyczerpanie bywa objawem wielu stanów. Wypalenie i depresja często współwystępują.

Źródła stresu i obciążenia

CEL SESJI

Zidentyfikować konkretne źródła przewlekłego stresu i rozróżnić te, na które pacjent ma wpływ, od tych, na które nie ma.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie tygodniową obserwację energii. Gdzie pojawiają się największe „wycieki” sił?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między stresorami w obszarze wpływu a poza nim oraz koszt energetyczny prób kontrolowania rzeczy niekontrolowalnych. Wypalenie często karmi się walką z tym, czego zmienić nie sposób.

3 Główna interwencja

Stwórzcie inwentarz stresorów pacjenta i rozdzielcie je: na co mam realny wpływ, na co wpływ częściowy, a co jest poza moją kontrolą. Skupcie energię tam, gdzie wpływ istnieje.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jeden stresor z obszaru wpływu, z którym warto coś zrobić, oraz jeden z obszaru braku wpływu, który warto poćwiczyć odpuszczać.

5 Praca domowa

Obserwacja, ile energii pochłania martwienie się rzeczami poza wpływem, oraz jeden mały krok wobec stresora w obszarze wpływu.

6 Domknięcie

Podsumuj: mądrość polega na odróżnianiu, co zmieniać, a co przyjąć. Zapytaj, co dla pacjenta jest trudniejsze — działać czy odpuszczać.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niektórzy pacjenci próbują „rozwiązać” wszystko naraz. Pomóż im skupić ograniczoną energię na jednym, najważniejszym obszarze wpływu.

Granice

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać brak granic jako źródło przeciążenia i nauczyć się ich wyznaczania.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, gdzie pacjent najczęściej mówi „tak”, choć w środku chciałby powiedzieć „nie”. Wysłuchaj kosztu, jaki za to płaci.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że granice to nie egoizm, lecz warunek zrównoważonego funkcjonowania. Chroniczne ich przekraczanie — branie na siebie zbyt wiele, niedostępność słowa „nie” — jest jedną z głównych dróg do wypalenia.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie obszary, w których granice pacjenta są najsłabsze (praca, rodzina, dostępność). Omówcie przekonania, które utrudniają ich stawianie („muszę być pomocny”, „odmowa to zawód dla innych”).

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwiczcie konkretne, uprzejme, lecz stanowcze sformułowania odmowy lub prośby o zmianę. Pacjent wypowiada je na głos, by ośwoić dyskomfort.

5 Praca domowa

Wyznaczenie jednej małej, realnej granicy w nadchodzącym tygodniu, z zapisem reakcji innych i własnych odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że granica chroni nie tylko ciebie, lecz i jakość tego, co dajesz innym. Zapytaj, która granica będzie najtrudniejsza.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Stawianie granic budzi często lęk i poczucie winy. Normalizuj ten dyskomfort jako naturalny etap, nie dowód, że pacjent „robi coś złego”.

Perfekcjonizm

CEL SESJI

Rozpoznać i złagodzić perfekcjonizm jako mechanizm napędzający przeciążenie i wyczerpanie.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o standardy, jakie pacjent stawia sobie w pracy i życiu. Skąd wie, że zrobił „wystarczająco dobrze”?

2 Psychoedukacja

Rozróżnij dążenie do doskonałości (zdrowe, elastyczne) od perfekcjonizmu (sztywnego, opartego na lęku przed oceną i błędem). Wyjaśnij, jak perfekcjonizm zawyża koszt każdego zadania i uniemożliwia odpoczynek.

3 Główna interwencja

Zbadajcie przekonania perfekcjonistyczne pacjenta i ich ukryty koszt. Wprowadźcie pojęcie „wystarczająco dobre” jako realny, świadomie wybierany standard dla części zadań.

4 Ćwiczenie w sesji

Wybierzcie jedno zadanie, w którym pacjent celowo wykona je „wystarczająco dobrze”, nie perfekcyjnie, i sprawdzi, czy świat się nie zawalił.

5 Praca domowa

Eksperyment z obniżonym standardem przy jednym zadaniu, z zapisem realnych konsekwencji i własnych odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że perfekcjonizm nie podnosi jakości proporcjonalnie do kosztu, jaki pobiera. Zapytaj, co czuje pacjent na myśl o „wystarczająco dobrym”.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Za perfekcjonizmem często stoi lęk przed odrzuceniem lub niska samoocena. Jeśli wyraźnie dominuje, rozważ pogłębioną pracę nad poczuciem własnej wartości.

Gospodarowanie energią

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta zarządzać energią jako ograniczonym zasobem, nie tylko czasem.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie eksperyment z perfekcjonizmem. Następnie przyjrzyjcie się, na co realnie idzie energia pacjenta w ciągu dnia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między zarządzaniem czasem a zarządzaniem energią: można mieć czas, lecz nie mieć sił. Omów cztery źródła energii: fizyczną, emocjonalną, umysłową i duchową (sens).

3 Główna interwencja

Zróbcie audyt energetyczny: co ładuje, a co rozładowuje pacjenta w każdym z czterech wymiarów. Zaplanujcie świadome przeplatanie wysiłku i regeneracji w ciągu dnia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje swoje pory największej energii i planuje na nie najważniejsze zadania, a na pory niżu — zadania mniej wymagające lub regenerację.

5 Praca domowa

Wdrożenie jednej zmiany w gospodarowaniu energią (np. krótkie przerwy regeneracyjne, dopasowanie zadań do rytmu energii) z obserwacją efektów.

6 Domknięcie

Podsumuj: zarządzaj energią, nie tylko kalendarzem. Zapytaj, który wymiar energii jest u pacjenta najbardziej zaniedbany.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Przeplatanie wysiłku i regeneracji (praca cyklami z przerwami) jest skuteczniejsze niż ciągłe „dociskanie”. Pomóż pacjentowi to przetestować na konkretach.

Odpoczynek i regeneracja

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi odbudować zdolność do prawdziwego, regenerującego odpoczynku, którego wypalenie zwykle pozbawia.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak wygląda odpoczynek pacjenta. Czy w ogóle odpoczywa, czy „odpoczynek” jest kolejną formą stymulacji lub poczucia winy?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różne typy odpoczynku (fizyczny, umysłowy, sensoryczny, społeczny, twórczy) oraz różnicę między biernym rozpraszaniem (scrollowanie) a realną regeneracją. Wprowadź ideę odpoczynku jako prawa, nie nagrody do zasłużenia.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie, jakiego typu odpoczynku pacjentowi najbardziej brakuje, oraz przekonania blokujące odpoczynek („odpoczynek to lenistwo”, „najpierw wszystko muszę skończyć”).

4 Ćwiczenie w sesji

Zaplanujcie konkretny, realny moment regenerującego odpoczynku w nadchodzącym tygodniu — chroniony, bez poczucia winy, bez ekranu jako jedynej formy.

5 Praca domowa

Wykonanie zaplanowanego odpoczynku oraz obserwacja myśli, które próbują go sabotować lub zamienić w produktywność.

6 Domknięcie

Podkreśl, że regeneracja nie jest luksusem, lecz warunkiem trwałej wydajności i zdrowia. Zapytaj, co utrudnia pacjentowi odpoczynek.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wielu pacjentów z wypaleniem nie potrafi odpoczywać bez poczucia winy. Praca nad tym przekonaniem bywa ważniejsza niż sama technika odpoczynku.

Syndrom oszusta

CEL SESJI

Rozpoznać i osłabić przekonanie o byciu oszustem, które napędza nadmierny wysiłek i lęk przed zdemaskowaniem.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, czy pacjent przypisuje swoje sukcesy szczęściu lub zbiegowi okoliczności, a porażki sobie. Czy boi się, że ktoś odkryje, że „nie jest tak dobry”?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij syndrom oszusta: utrzymujące się poczucie bycia niekompetentnym mimo realnych osiągnięć, połączone z lękiem przed zdemaskowaniem. Pokaż, jak napędza on przepracowanie i blokuje czerpanie satysfakcji.

3 Główna interwencja

Zbadajcie zniekształcenia w atrybucji sukcesów i porażek pacjenta. Zbierzcie obiektywne dowody kompetencji, które pacjent zwykle pomija lub umniejsza.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent tworzy „dossier osiągnięć”: lista konkretnych dokonań, umiejętności i pozytywnych informacji zwrotnych, do której może wracać w chwilach zwątpienia.

5 Praca domowa

Codzienne zapisywanie jednej rzeczy, którą pacjent zrobił dobrze dzięki własnym kompetencjom, nie dzięki „szczęściu”.

6 Domknięcie

Podkreśl, że poczucie bycia oszustem jest powszechne i nie odzwierciedla rzeczywistych kompetencji. Zapytaj, jak to jest uznawać własne osiągnięcia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Syndrom oszusta często współwystępuje z perfekcjonizmem i niską samooceną. Łączcie te wątki, jeśli się pojawiają.

Praca i kariera — przegląd

CEL SESJI

Przyjrzeć się relacji pacjenta z pracą i rozważyć potrzebne zmiany — od mikrokorekt po większe decyzje.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o relację pacjenta z pracą: co go w niej wyczerpuje, a co (jeśli cokolwiek) wciąż karmi i ma sens.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij dopasowanie człowiek-praca: wypalenie często wynika z chronicznego niedopasowania w obszarach obciążenia, kontroli, nagrody, wspólnoty, sprawiedliwości i wartości. Nie zawsze problemem jest sam pacjent.

3 Główna interwencja

Przejrzyjcie te obszary i zidentyfikujcie największe niedopasowania. Rozróżnijcie zmiany możliwe w obecnej roli (mikrokorekty, rozmowa z przełożonym) od pytań o większą zmianę.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera jeden obszar niedopasowania, w którym możliwa jest realna mikrokorekta, i planuje konkretny krok.

5 Praca domowa

Wdrożenie jednej mikrokorekty w pracy lub przygotowanie konkretnej rozmowy o zmianie warunków, z zapisem przebiegu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nie każde wypalenie wymaga zmiany pracy, lecz każde wymaga zmiany sposobu funkcjonowania w niej. Zapytaj, co wydaje się najbardziej realne.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Powstrzymaj się od popychania pacjenta ku radykalnym decyzjom (rzucenie pracy) w fazie wyczerpania. Najpierw stabilizacja, dopiero potem duże decyzje życiowe.

Regulacja stresu na co dzień

CEL SESJI

Wyposażyć pacjenta w praktyczne, codzienne narzędzia obniżania napięcia i przerywania reakcji stresowej.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie dotychczasowe zmiany. Następnie zapytaj, jak ciało pacjenta sygnalizuje narastający stres w ciągu dnia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij fizjologię reakcji stresowej i koncept „okna tolerancji” — strefy, w której pacjent funkcjonuje optymalnie. Pokaż, jak rozpoznawać moment wychodzenia poza nie i jak wracać.

3 Główna interwencja

Naucz zestawu szybkich technik regulacji: wydłużony oddech, krótka przerwa ruchowa, uziemienie zmysłami, mikroprzerwy między zadaniami. Dopasujcie je do realiów dnia pacjenta.

4 Ćwiczenie w sesji

Zaplanujcie „mikroprzerwy regulacyjne” wpisane w dzień (np. trzy razy dziennie po dwie minuty) jako profilaktykę, nie tylko reakcję na kryzys.

5 Praca domowa

Wdrożenie zaplanowanych mikroprzerw regulacyjnych przez tydzień, z obserwacją wpływu na poziom napięcia.

6 Domknięcie

Podkreśl, że regulacja stresu to umiejętność, którą się trenuje, nie cecha wrodzona. Zapytaj, która technika najbardziej pacjentowi odpowiada.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Profilaktyczne, regularne mikroprzerwy są skuteczniejsze niż gaszenie pożaru po eskalacji. Pomóż pacjentowi wpleść je w istniejące punkty dnia.

Zrównoważone życie i profilaktyka

CEL SESJI

Skonsolidować zmiany w trwały, zrównoważony styl funkcjonowania chroniący przed ponownym wypaleniem.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie drogę. Co się zmieniło w energii, granicach i relacji z pracą? Doceń wysiłek pacjenta.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że profilaktyka wypalenia to nie jednorazowa naprawa, lecz styl życia oparty na równowadze obciążenia i regeneracji, granicach, sensie i regularnej autoobserwacji.

3 Główna interwencja

Stwórzcie osobisty plan równowagi: filary dbania o siebie, wczesne sygnały ponownego przeciążenia oraz konkretne działania korygujące, gdy te sygnały się pojawią.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent definiuje swoje osobiste „czerwone flagi” wypalenia i zobowiązuje się do konkretnej reakcji na nie (np. „gdy znów przestaję odpoczywać w weekendy, zatrzymuję się i rewiduję obciążenie”).

5 Praca domowa

Finalizacja planu równowagi i zaplanowanie regularnego, cyklicznego przeglądu własnego poziomu obciążenia i regeneracji.

6 Domknięcie

Wzmocnij sprawczość pacjenta i podsumuj proces. Ustalcie ewentualne sesje kontrolne. Pożegnaj z uznaniem dla zmian, jakich dokonał.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaproponuj regularny „przegląd równowagi” co kilka tygodni. Wypalenie wraca podstępnie; rutynowa autoobserwacja jest najlepszą profilaktyką nawrotu.

4

Zależność Emocjonalna

SESJE 041-050

Praca z zależnością emocjonalną: od lęku przed porzuceniem i potrzeby aprobaty, przez granice i tożsamość, po autonomię i zdrowe więzi.

Zrozumieć zależność emocjonalną

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać wzorzec zależności emocjonalnej i zrozumieć jego źródła bez obwiniania się.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, co skłoniło pacjenta do tej pracy. Wysłuchaj opisu jego relacji i tego, jak bardzo jego samopoczucie zależy od drugiej osoby.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zależność emocjonalną jako wzorzec, w którym poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa i nastroju jest niemal całkowicie uzależnione od relacji i akceptacji innych. Często ma korzenie we wczesnych więziach i nie jest winą pacjenta.

3 Główna interwencja

Wspólnie zmapujcie objawy wzorca u pacjenta: lęk przy oddaleniu partnera, podporządkowywanie się, trudność z byciem samemu, gubienie własnych potrzeb. Zwaliduj cierpienie i normalizuj jego pochodzenie.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ocenia, w jakim stopniu jego nastrój i poczucie wartości zależą dziś od innych (0–10), i wskazuje obszary, w których najbardziej się zatracą.

5 Praca domowa

Obserwacja przez tydzień sytuacji, w których nastrój pacjenta gwałtownie zależał od zachowania drugiej osoby, z krótkim zapisem.

6 Domknięcie

Podkreśl, że celem nie jest przestać kochać czy potrzebować ludzi, lecz odzyskać wewnętrzne oparcie. Zapytaj, z czym pacjent wychodzi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odróżnij zdrową współzależność od zależności. Celem jest autonomia w bliskości, nie izolacja czy chłód emocjonalny.

Lęk przed porzuceniem

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać i regulować lęk przed porzuceniem, który napędza zależne zachowania.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie obserwacje z tygodnia. Zauważcie momenty, w których uruchamiał się lęk, że druga osoba odejdzie lub się oddali.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij lęk przed porzuceniem jako głęboki, często wczesnodziecięcy strach, który w dorosłości uruchamia się w bliskich relacjach. Pokaż, jak napędza zachowania (kontrolowanie, przypodobywanie się, Ignięcie), które paradoksalnie męczą relację.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie sytuacje wyzwalające ten lęk oraz towarzyszące myśli („zostawi mnie”, „nie jestem wart miłości”). Wprowadźcie techniki regulacji: oddech, uziemienie, sprawdzenie myśli z lękiem.

4 Ćwiczenie w sesji

Przy konkretnej sytuacji przećwiczcie zatrzymanie się między bodźcem a reakcją: rozpoznaję lęk → nazywam go → reguluję ciało → dopiero potem decyduję, jak zareagować.

5 Praca domowa

Stosowanie schematu zatrzymania przy wyzwoleniu lęku przed porzuceniem, z zapisem sytuacji i efektu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że lęk można poczuć, nie działając pod jego dyktando. Zapytaj, jak to było zauważyć go bez natychmiastowej reakcji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Lęk przed porzuceniem bywa rdzeniem stylu przywiązania lękowego. Psychoedukacja o stylach przywiązania może pomóc pacjentowi zrozumieć siebie bez wstydu.

Potrzeba aprobaty

CEL SESJI

Osłabić nadmierne uzależnienie poczucia wartości od aprobaty innych i zbudować wewnętrzne jej źródło.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak bardzo pacjent potrzebuje potwierdzenia, że jest w porządku, i co robi, by je uzyskać.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij mechanizm: gdy aprobatą płynie wyłącznie z zewnątrz, człowiek staje się jej zakładnikiem — przypodobywa się, rezygnuje z siebie, boi się dezaprobaty. Wewnętrzne źródło wartości daje stabilność niezależną od cudzych opinii.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie zachowania nastawione na zdobywanie aprobaty (nadmierne tłumaczenie się, przepraszenie, dostosowywanie zdania). Omówcie ich koszt dla autentyczności i poczucia siebie.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera jedną drobną sytuację, w której wyrazi własne zdanie lub potrzebę bez zabiegania o aprobatę, i obserwuje, że dezaprobatą jest do zniesienia.

5 Praca domowa

Eksperyment: jedno działanie zgodne z sobą mimo ryzyka dezaprobaty, z zapisem reakcji innych i własnych odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nie potrzebujesz zgody wszystkich, by być wartościowym. Zapytaj, czyjej aprobaty pacjentowi najtrudniej nie szukać.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Łącz tę pracę z budowaniem poczucia własnej wartości. Potrzeba aprobaty słabnie, gdy rośnie wewnętrzne, niezależne poczucie wartości.

Zazdrość i potrzeba kontroli

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zrozumieć i regulować zazdrość oraz zmniejszyć zachowania kontrolujące w relacji.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o sytuacje, w których pojawia się zazdrość, i o to, co pacjent wtedy robi. Wysłuchaj bez oceniania.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zazdrość jako sygnał lęku i niepewności, nie dowód miłości czy realnego zagrożenia. Pokaż, jak zachowania kontrolujące (sprawdzanie, wypytywanie, ograniczanie) dają chwilową ulgę, lecz niszczą zaufanie i bliskość.

3 Główna interwencja

Rozłóżcie epizod zazdrości na: wyzwalacz → myśl → emocja → impuls do kontroli. Wprowadźcie alternatywę: regulacja emocji i sprawdzenie myśli zamiast działania pod wpływem impulsu.

4 Ćwiczenie w sesji

Przy konkretnym wyzwalaczu zazdrości pacjent ćwiczy powstrzymanie zachowania kontrolującego i regulację lęku, sprawdzając, że emocja opada bez „sprawdzania”.

5 Praca domowa

Powstrzymanie jednego zachowania kontrolującego przy zazdrości, z regulacją emocji i zapisem przebiegu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że zaufania nie buduje kontrola, lecz jej odpuszczenie. Zapytaj, co jest najtrudniejsze w niereagowaniu na zazdrość.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odróżnij zazdrość wynikającą z lęku od reakcji na realne naruszenie zaufania. Jeśli to drugie, praca przesuwa się ku odbudowie zaufania i granicom.

Granice w bliskich relacjach

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi wyznaczać i utrzymywać granice bez lęku, że zniszczy to relację.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, gdzie pacjent rezygnuje z własnych potrzeb i granic, by utrzymać bliskość lub uniknąć konfliktu.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że brak granic w zależności emocjonalnej wynika z lęku przed utratą relacji. Granica nie jest zagrożeniem dla więzi, lecz warunkiem zdrowej, równej relacji, w której obie strony istnieją.

3 Główna interwencja

Zidentyfikujcie obszary, w których granice pacjenta są regularnie przekraczane, oraz przekonania to podtrzymujące („jeśli odmówię, zostanę odrzucony”). Przecwiczcie wyrażanie potrzeby lub granicy w sposób jasny i życzliwy.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje i wypowiada na głos jedną konkretną granicę, której potrzebuje w obecnej relacji, oswajając towarzyszący dyskomfort.

5 Praca domowa

Wyznaczenie jednej realnej granicy w bliskiej relacji, z zapisem reakcji drugiej osoby i własnych odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że relacja, która nie znosi twoich granic, sygnalizuje problem, a nie twoją winę. Zapytaj, która granica budzi największy lęk.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Stawianie granic w relacji zależnej często wyzwała silny lęk przed porzuceniem. Łącz tę pracę z technikami regulacji tego lęku.

Odzyskać własną tożsamość

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi odbudować poczucie własnej, odrębnej tożsamości poza relacją.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj: kim jest pacjent niezależnie od swoich relacji? Co lubi, czego chce, co go porusza — jako on sam?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, jak w zależności emocjonalnej zaciera się granica między „ja” a „my”: gubią się własne pasje, opinie, potrzeby, a tożsamość zostaje wchłonięta przez relację. Odzyskanie odrębnego „ja” jest warunkiem zdrowej bliskości.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi odtworzyć obraz siebie poza relacją: dawne i obecne pasje, wartości, marzenia, opinie. Zauważcie, co zostało porzucone „dla” relacji.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera jedną porzuconą lub uśpioną część siebie (zainteresowanie, aktywność, kontakt) i planuje jej drobne wskrzeszenie.

5 Praca domowa

Wykonanie jednego działania wyrażającego własną, odrębną tożsamość (niezwiązanego z partnerem), z refleksją, co to wniosło.

6 Domknięcie

Podkreśl, że im pełniejsze twoje „ja”, tym zdrowsze może być „my”. Zapytaj, jaką część siebie pacjent najbardziej chce odzyskać.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odbudowa tożsamości to proces wielu tygodni. Wspieraj każdy drobny krok ku odrębności, zauważając opór i lęk, które mogą się pojawić.

Samoopieka i własne potrzeby

CEL SESJI

Nauczyć pacjenta rozpoznawać i zaspokajać własne potrzeby zamiast wyłącznie cudzych.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent dba o siebie i czy w ogóle rozpoznaje własne potrzeby, czy są one stale podporządkowane potrzebom innych.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że w zależności emocjonalnej własne potrzeby schodzą na dalszy plan lub w ogóle przestają być rozpoznawane. Samoopieka nie jest egoizmem, lecz warunkiem posiadania czegokolwiek do dania innym z pełni, nie z niedoboru.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi odbudować kontakt z własnymi potrzebami: fizycznymi, emocjonalnymi, społecznymi. Przećwiczcie pytanie „czego ja teraz potrzebuję?” jako równoprawne z pytaniem o potrzeby innych.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje trzy własne, zaniedbane potrzeby i wybiera jedną, którą zaspokoi w nadchodzącym tygodniu — dla siebie, bez tłumaczenia się.

5 Praca domowa

Zaspokojenie jednej własnej potrzeby oraz codzienne zadawanie sobie pytania „czego teraz potrzebuję?”, z zapisem.

6 Domknięcie

Podkreśl, że dbanie o siebie czyni cię zdrowszym partnerem, nie gorszym. Zapytaj, co czuje pacjent, stawiając własną potrzebę na pierwszym miejscu.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pacjenci zależni emocjonalnie często czują winę przy samoopiece. Normalizuj tę winę jako objaw wzorca, nie dowód, że robią coś złego.

Tolerancja samotności

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi budować zdolność do bycia samemu bez przytłaczającego lęku i pustki.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent znosi samotność i bycie sam ze sobą. Co się dzieje, gdy nie ma przy nim drugiej osoby?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między samotnością (bolesnym brakiem) a byciem samemu (neutralnym lub kojącym stanem). W zależności emocjonalnej bycie samemu wyzwała lęk i pustkę; tolerancję tego stanu można jednak stopniowo budować.

3 Główna interwencja

Zaplanujcie stopniowe osvajanie bycia samemu: krótkie, dające satysfakcję chwile w samotności, podczas których pacjent reguluje pojawiający się lęk zamiast od razu sięgać po kontakt.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent planuje krótki, przyjemny czas sam ze sobą (np. spacer, zajęcie, które lubi) i ćwiczy regulację lęku, jeśli się pojawi.

5 Praca domowa

Spędzenie zaplanowanego czasu samemu z konkretnym, satysfakcjonującym zajęciem, z zapisem przebiegu i odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że umiejętność bycia samemu paradoksalnie pogłębia jakość relacji z innymi. Zapytaj, co najtrudniejsze w byciu sam ze sobą.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Stopniuj wyzwanie. Zbyt długa lub zbyt nagła samotność na starcie może przytłoczyć. Zaczynaj od krótkich, dobrze zaplanowanych okien czasu dla siebie.

Autonomia emocjonalna

CEL SESJI

Wzmocnić zdolność pacjenta do regulowania własnych emocji niezależnie od zachowania innych.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie postępy w byciu samemu. Następnie zauważcie, jak bardzo emocje pacjenta wciąż „skaczą” wraz z nastrojem partnera.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij autonomię emocjonalną: zdolność do bycia odpowiedzialnym za własne emocje i ich regulację, zamiast oczekiwać, że to druga osoba ureguje nasz stan. To nie chłód, lecz dojrzałe oparcie w sobie.

3 Główna interwencja

Przećwiczcie rozróżnienie: „to moja emocja i ja mogę się nią zająć” versus „druga osoba musi coś zrobić, żebym poczuł się lepiej”. Wzmocnijcie wewnętrzne strategie regulacji nabyte w poprzednich sesjach.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera sytuację, w której zwykle oczekiwałby ukojenia od partnera, i ćwiczy samodzielne uregulowanie emocji, traktując ewentualne wsparcie jako dodatek, nie warunek.

5 Praca domowa

Samodzielna regulacja emocji w jednej trudnej sytuacji, bez natychmiastowego szukania ukojenia u innych, z zapisem efektu.

6 Domknięcie

Podkreśl: oparcie w sobie nie wyklucza proszenia o wsparcie — czyni je wyborem, nie przymusem. Zapytaj, jak to było samemu się ukoić.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Autonomia emocjonalna nie oznacza rezygnacji z bliskości i wsparcia. Podkreślaj, że chodzi o równowagę: oparcie w sobie ORAZ w relacjach.

Zdrowe więzi i utrzymanie zmian

CEL SESJI

Skonsolidować zmiany w trwałą zdolność do bliskości opartej na autonomii, nie zależności.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie drogę. Co zmieniło się w relacji pacjenta z innymi i z samym sobą? Docień jego pracę.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij model zdrowej więzi: dwie pełne, odrębne osoby, które wybierają bycie razem z miłości, nie z lęku czy braku. Bliskość i autonomia nie wykluczają się — wzmacniają.

3 Główna interwencja

Stwórzcie plan utrzymania: filary autonomii pacjenta (własna tożsamość, potrzeby, granice, regulacja), wczesne sygnały powrotu do zależności oraz działania korygujące.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent definiuje swoje „czerwone flagi” powrotu wzorca (np. ponowne gubienie potrzeb, lęk przy każdym oddaleniu) i konkretną reakcję na nie.

5 Praca domowa

Finalizacja planu utrzymania i zaplanowanie regularnego pielęgnowania odrębnej tożsamości i samoopieki.

6 Domknięcie

Wzmocnij sprawczość pacjenta i podsumuj proces. Ustalcie ewentualne sesje kontrolne. Pożegnaj z uznaniem dla zmian, jakich dokonał.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pacjent pozostaje w relacji, w której zmiany budzą silny opór drugiej strony, rozważ wskazanie terapii pary jako uzupełnienia pracy indywidualnej.

5

Relacje i Pary

SESJE 051-060

Praca z parą: komunikacja, konflikt, oczekiwania, bliskość, zaufanie i wspólna wizja — odbudowa więzi ponad powtarzalnym wzorcem.

Mapa relacji — co przynosi para

CEL SESJI

Zrozumieć obecny stan relacji, oczekiwania obojga partnerów i wspólnie ustalić cel pracy.

1 Otwarcie i check-in

Przywitaj oboje partnerów z równą uwagą. Zapytaj każdego z osobna, co go tu sprowadza i czego potrzebuje od tej pracy. Zadbaj, by obaj zostali wysłuchani.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że celem terapii pary nie jest ustalenie, „kto ma rację”, lecz zrozumienie wzorca, w który oboje wpadli, i odbudowa więzi. Problemem zwykle nie jest jedna osoba, lecz powtarzalny taniec między nimi.

3 Główna interwencja

Pomóżcie parze nakreślić mapę relacji: co działa i jest dobre (zasoby), gdzie najczęściej się ranią, jak długo trwa kryzys i co już próbowali. Wzmocnijcie to, co wciąż ich łączy.

4 Ćwiczenie w sesji

Każdy z partnerów formułuje jedną rzecz, którą ceni w drugim, oraz jedną zmianę, której pragnie. Ćwiczenie buduje równowagę między docenianiem a prośbą.

5 Praca domowa

Każdy z osobna zapisuje, jak wyobraża sobie lepszą wersję ich relacji — konkretnie, w kategoriach zachowań, nie zarzutów.

6 Domknięcie

Podsumuj wspólny cel pracy. Podkreśl, że oboje przyszli, bo relacja ma dla nich wartość. Zapytaj, z czym wychodzą.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Od początku ustal zasady bezpieczeństwa: brak przerywania, brak obelg, równy czas dla obojga. Oceń, czy nie występuje przemoc — jeśli tak, terapia pary może być przeciwwskazana.

Komunikacja — słuchać i wyrażać

CEL SESJI

Nauczyć parę podstaw konstruktywnej komunikacji: słuchania ze zrozumieniem i wyrażania siebie bez ataku.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak zwykle przebiegają ich rozmowy o trudnych sprawach. Gdzie najczęściej się roz mijają lub eskalują?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między komunikatem „ty” (oskarżenie: „zawsze mnie ignorujesz”) a komunikatem „ja” (wyrażenie: „czuję się samotny, gdy nie rozmawiamy”). Omów słuchanie ze zrozumieniem versus słuchanie, by odpowiedzieć lub się bronić.

3 Główna interwencja

Wprowadźcie strukturę rozmowy: jedna osoba mówi z perspektywy „ja”, druga słucha i parafrazuje usłyszane, zanim odpowie. Przeprowadźcie ćwiczenie na sesji na neutralnym temacie.

4 Ćwiczenie w sesji

Para przećwicz na sesji jeden cykl: mówiący wyraża potrzebę komunikatem „ja”, słuchający parafrazuje, aż mówiący poczuje się zrozumiany. Potem zamiana ról.

5 Praca domowa

Codzienna krótka rozmowa wg tej struktury (kilka minut), na początku na łatwych tematach, dla zbudowania nawyku.

6 Domknięcie

Podkreśl, że bycie zrozumianym nie wymaga zgody — najpierw zrozumienie, potem rozwiązanie. Zapytaj, jak to było słuchać i być słuchanym.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Ćwiczcie najpierw na neutralnych tematach. Zbyt wczesne zastosowanie struktury do najgorętszego konfliktu zwykle kończy się eskalacją i zniechęceniem.

Konflikt — kłótnia, która buduje

CEL SESJI

Przekształcić destrukcyjne kłótnie w konstruktywny sposób rozwiązywania różnic.

1 Otwarcie i check-in

Poproście parę o opis typowej kłótni: jak się zaczyna, jak eskaluje, jak się kończy. Wyłapcie powtarzalny schemat.

2 Psychoedukacja

Przedstaw destrukcyjne wzorce konfliktu (krytyka, pogarda, obronność, mur milczenia) jako sygnały ostrzegawcze. Wyjaśnij rolę regulacji: w stanie załamania emocjonalnego nie da się konstruktywnie rozmawiać.

3 Główna interwencja

Naucz parę zasad bezpiecznego konfliktu: przerwa, gdy emocje są zbyt wysokie (z ustaleniem powrotu), miękki początek rozmowy, jeden temat naraz, skupienie na problemie, nie na charakterze partnera.

4 Ćwiczenie w sesji

Para ustala wspólny sygnał przerwy i zasady jej stosowania (jak długo, jak wrócić). Przećwiczcie miękki początek trudnej rozmowy zamiast ostrego ataku.

5 Praca domowa

Zastosowanie sygnału przerwy i miękkiego początku przy najbliższym napięciu, z osobnym zapisem każdego z partnerów.

6 Domknięcie

Podkreśl, że celem nie jest brak konfliktów, lecz konflikt, który nie rani więzi. Zapytaj, który wzorec destrukcyjny rozpoznają u siebie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pogarda jest najsilniejszym predyktorem rozpadu relacji. Jeśli dominuje, priorytetem staje się jej zastąpienie szacunkiem i odbudowa doceniania.

Oczekiwania jawne i ukryte

CEL SESJI

Ujawnić niewypowiedziane oczekiwania, które rodzą rozczarowanie i konflikt, i urealnić je.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o sytuacje, w których jedno z partnerów czuło się zawiedzione, „bo druga osoba powinna była wiedzieć”. Tu często kryją się ukryte oczekiwania.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, jak niewypowiedziane oczekiwania (wyniesione z domu rodzinnego, kultury, wcześniejszych związków) prowadzą do rozczarowań. Partner nie czyta w myślach; oczekiwanie nienazwane to oczekiwanie skazane na zawód.

3 Główna interwencja

Pomóżcie partnerom ujawnić wzajemne oczekiwania w kluczowych obszarach (czas, obowiązki, bliskość, finanse, rodzina). Rozróżnijcie oczekiwania realistyczne od nierealistycznych i ukryte od wyrażonych.

4 Ćwiczenie w sesji

Każdy z partnerów wyraża jedno dotąd niewypowiedziane oczekiwanie wobec drugiego, a para wspólnie sprawdza jego realność i możliwość uzgodnienia.

5 Praca domowa

Rozmowa o oczekiwaniach w jednym wybranym obszarze wspólnego życia, z nazwaniem tego, co dotąd milcząco zakładane.

6 Domknięcie

Podkreśl: wypowiedziane oczekiwanie można negocjować, ukryte tylko zawodzi. Zapytaj, jakie odkrycie ich zaskoczyło.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pomóż odróżnić oczekiwania (negocjowalne) od potrzeb (głębszych) i wartości. Część rozczarowań wynika z różnicy wartości, która wymaga akceptacji, nie negocjacji.

Bliskość i intymność

CEL SESJI

Odbudować bliskość emocjonalną i fizyczną oraz zrozumieć różne sposoby jej wyrażania i potrzebowania.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj delikatnie o bliskość w relacji: emocjonalną i fizyczną. Gdzie się oddalili, czego każdemu brakuje?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że bliskość emocjonalna i fizyczna są powiązane i że partnerzy często wyrażają oraz odbierają miłość na różne sposoby. Omów, jak konflikt i codzienność erodują intymność, jeśli się jej świadomie nie pielęgnuje.

3 Główna interwencja

Pomóżcie partnerom nazwać, co buduje, a co osłabia ich poczucie bliskości, oraz jak każde z nich najgłębiej odczuwa, że jest kochane (gesty, słowa, czas, czułość, wsparcie w działaniu).

4 Ćwiczenie w sesji

Każdy z partnerów wskazuje jeden konkretny gest bliskości, którego potrzebuje, a drugi sprawdza, czy może go ofiarować. Para planuje drobny wspólny rytuał bliskości.

5 Praca domowa

Wprowadzenie jednego codziennego rytuału bliskości (np. kilka minut nieprzerwanej uwagi, czuły gest) przez tydzień.

6 Domknięcie

Podkreśl, że bliskość pielęgnuje się małymi, regularnymi gestami, nie wielkimi okazjami. Zapytaj, co dla każdego najbardziej buduje poczucie bycia kochanym.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pojawiają się poważne trudności seksualne, rozważ skierowanie do seksuologa. Tutaj skup się na bliskości emocjonalnej jako fundamencie intymności.

Umowy i negocjacje

CEL SESJI

Nauczyć parę negocjowania różnic i zawierania jasnych, sprawiedliwych umów.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie obszar, w którym partnerzy regularnie się spierają bez rozwiązania (np. obowiązki, czas, pieniądze, rodzina).

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij negocjację opartą na potrzebach, nie na pozycjach: zamiast walczyć o swoje stanowisko, partnerzy szukają potrzeb pod nim i rozwiązań zaspokajających obie strony. Omów rolę kompromisu i szukania rozwiązań „wygrana-wygrana”.

3 Główna interwencja

Przeprowadźcie parę przez strukturę negocjacji: nazwanie potrzeb obu stron → wspólne generowanie możliwych rozwiązań → wybór akceptowalnego dla obojga → ustalenie konkretnej umowy (kto, co, kiedy).

4 Ćwiczenie w sesji

Para negocjuje na sesji jeden realny, powtarzalny spór, dochodząc do konkretnej, zapisanej umowy próbnej.

5 Praca domowa

Wdrożenie zawartej umowy próbnej przez tydzień, z umówioną datą jej wspólnego przeglądu i ewentualnej korekty.

6 Domknięcie

Podkreśl, że dobra umowa szanuje potrzeby obojga i jest weryfikowalna. Zapytaj, jak to było negocjować zamiast walczyć.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pilnuj równowagi sił w negocjacji. Jeśli jedna strona systematycznie ustępuje, wróćcie najpierw do pracy nad jej granicami i głosem w relacji.

Zaufanie i jego odbudowa

CEL SESJI

Wzmocnić zaufanie w relacji, a tam, gdzie zostało naruszone, rozpocząć proces jego odbudowy.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o stan zaufania w relacji. Czy było naruszone — jeśli tak, w jaki sposób i jak para sobie z tym radzi?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że zaufanie buduje się z codziennej przewidywalności i dotrzymywania drobnych zobowiązań, a po naruszeniu odbudowuje się powoli, przez konsekwentne, wiarygodne zachowanie w czasie — nie przez same przeprosiny.

3 Główna interwencja

Jeśli zaufanie zostało złamane: pomóżcie stronie zranionej wyrazić ból i potrzeby, a stronie, która zawiodła, wziąć odpowiedzialność bez obronności. Ustalcie konkretne, weryfikowalne kroki odbudowy. Jeśli zaufanie jest zachowane: wzmocnijcie nawyki, które je podtrzymują.

4 Ćwiczenie w sesji

Para identyfikuje konkretne, codzienne zachowania budujące zaufanie (dotrzymywanie słowa, przejrzystość, dostępność) i zobowiązuje się do jednego z nich.

5 Praca domowa

Konsekwentne wykonywanie ustalonego zachowania budującego zaufanie, z obserwacją jego wpływu na poczucie bezpieczeństwa w relacji.

6 Domknięcie

Podkreśl, że zaufanie to nie jednorazowa decyzja, lecz proces budowany powtarzalnym działaniem. Zapytaj, co najbardziej buduje poczucie bezpieczeństwa każdego z partnerów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odbudowa zaufania po zdradzie to długi proces wymagający często odrębnej, dłuższej pracy. Nie przyspieszaj go i nie wymuszaj „wybaczenia na zawołanie”.

Powtarzalny taniec pary

CEL SESJI

Pomóc parze rozpoznać i przerwać powtarzalny negatywny cykl, w który wpadają.

1 Otwarcie i check-in

Poproście parę o opis sytuacji, która „zawsze kończy się tak samo”. Wspólnie prześledźcie krok po kroku, kto co robi.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij koncept negatywnego cyklu (np. jedno ściga–drugie ucieka): zachowanie jednego partnera wyzwała reakcję drugiego, która wzmacnia pierwszego, tworząc błędne koło. Wrogiem nie jest partner, lecz wspólny cykl.

3 Główna interwencja

Pomóżcie parze zewnętrznie spojrzeć na swój cykl i nazwać go jako wspólnego „przeciwnika”. Pod każdą reakcją odsłońcie głębszą emocję i potrzebę (np. pod atakiem — lęk przed utratą; pod wycofaniem — lęk przed porażką).

4 Ćwiczenie w sesji

Para identyfikuje swój sygnał wejścia w cykl oraz uzgadnia, jak go zatrzymać: jeden gest lub zdanie, które oboje rozpoznają jako „znowu w to wpadamy, zatrzymajmy się”.

5 Praca domowa

Wyłapanie momentu wejścia w cykl w ciągu tygodnia i zastosowanie uzgodnionego sygnału zatrzymania, z zapisem przebiegu.

6 Domknięcie

Podkreśl: gdy widzicie cykl, przestajecie być jego więźniami. Zapytaj, jak to jest spojrzeć na kłótnię jako na wspólny taniec, nie winę jednej osoby.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odślanianie miękkich emocji pod twardymi reakcjami (lęk pod gniewem) jest sercem pracy z parą. To ono najczęściej otwiera drogę do bliskości.

Wspólna wizja i projekty

CEL SESJI

Pomóc parze odbudować poczucie wspólnego kierunku i celów łączących ich w przyszłości.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, dokąd para zmierza jako „my”. Czy mają wspólne marzenia i cele, czy pochłonął ich kryzys i codzienność?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że trwałe relacje karmią się nie tylko rozwiązywaniem problemów, lecz wspólnym sensem: dzielonymi wartościami, marzeniami i projektami. Wspólna wizja przyszłości scala parę ponad bieżącymi trudnościami.

3 Główna interwencja

Pomóżcie partnerom odkryć wspólne wartości i marzenia oraz obszary, w których ich wizje się różnią. Zauważcie zarówno to, co dzielone, jak i to, co wymaga uzgodnienia lub wzajemnego szacunku dla odmienności.

4 Ćwiczenie w sesji

Para formułuje jeden wspólny, konkretny projekt lub marzenie na najbliższą przyszłość oraz pierwszy krok ku niemu, który zrobią razem.

5 Praca domowa

Wykonanie wspólnie pierwszego kroku ku ustalonemu projektowi oraz rozmowa o jednym dzielonym marzeniu na dłuższą metę.

6 Domknięcie

Podkreśl, że wspólny kierunek nadaje relacji sens wykraczający poza problemy. Zapytaj, co ich najbardziej łączy, gdy myślą o przyszłości.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Różnica w kluczowych wartościach życiowych (dzieci, miejsce życia, styl życia) wymaga szczerego uznania. Nie każda różnica da się scalić — niektóre wymagają decyzji.

Pielęgnowanie relacji — utrzymanie

CEL SESJI

Skonsolidować zmiany i wyposażyć parę w nawyki podtrzymujące zdrową, bliską relację na dłużej.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie wspólnie drogę. Co się zmieniło w ich komunikacji, konflikcie i bliskości? Doceńcie wysiłek obojga.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że relacja, jak ogród, wymaga regularnej pielęgnacji, nie tylko gaszenia pożarów. Omów rolę codziennych rytuałów więzi, regularnego doceniania i okresowego „przeglądu relacji”.

3 Główna interwencja

Pomóżcie parze stworzyć plan pielęgnowania relacji: stałe rytuały bliskości, sposób na bieżące rozwiązywanie różnic, wczesne sygnały oddalania się oraz umówiony czas na rozmowę o relacji.

4 Ćwiczenie w sesji

Para ustala jeden cotygodniowy rytuał pary (np. wspólny czas bez ekranów, rozmowa o relacji) oraz nawyk regularnego wyrażania wdzięczności.

5 Praca domowa

Wdrożenie ustalonego rytuału pary oraz codzienne wyrażanie jednej konkretnej rzeczy, za którą partner jest wdzięczny drugiemu.

6 Domknięcie

Wzmocnij to, co para osiągnęła, i podsumujcie proces. Ustalcie ewentualne sesje kontrolne. Pożegnaj z uznaniem dla pracy obojga.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaproponuj okresowe sesje „przeglądowe”. Pary najczęściej wracają do terapii zbyt późno; rutynowy przegląd relacji działa profilaktycznie.

6

Poczucie Własnej Wartości

SESJE 061-070

*Praca nad poczuciem własnej wartości: od wewnętrznego krytyka
i obrazu siebie, przez mocne strony i asertywność, po
samoakceptację i stabilną wartość.*

Zrozumieć poczucie własnej wartości

CEL SESJI

Zbudować rozumienie, czym jest zdrowe poczucie własnej wartości i skąd biorą się jego deficyty.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent ogólnie myśli i czuje wobec siebie. Wysłuchaj tonu, jakim o sobie mówi, nie tylko treści.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między poczuciem własnej wartości opartym na osiągnięciach (kruchym, warunkowym) a wartością bezwarunkową — poczuciem, że jestem wart szacunku niezależnie od sukcesów i porażek. Pokaż, jak kształtują je wczesne doświadczenia i komunikaty.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zauważyć, na czym opiera dziś swoją wartość (wyniki, wygląd, opinie innych) i jak kruche to czyni jego samoocenę. Zwaliduj, że niskie poczucie wartości zwykle ma zrozumiałe źródła.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ocenia swoje poczucie wartości w różnych obszarach (praca, relacje, wygląd, jako człowiek) i zauważa, gdzie jest najmniej stabilne.

5 Praca domowa

Obserwacja przez tydzień momentów, w których poczucie wartości gwałtownie spada, oraz sytuacji i myśli, które to wywołują.

6 Domknięcie

Podkreśl, że poczucie własnej wartości można odbudować w każdym wieku. Zapytaj, z czym pacjent wychodzi z tej sesji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niskie poczucie wartości bywa rdzeniem wielu innych problemów. Sprawdź, czy nie wiąże się z depresją, traumą lub doświadczeniami krzywdzącymi z dzieciństwa.

Wewnętrzny krytyk

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać wewnętrznego krytyka, zrozumieć jego pochodzenie i zyskać wobec niego dystans.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie obserwacje z tygodnia. Zwróćcie uwagę na głos samokrytyki — co dokładnie mówi pacjentowi w trudnych momentach?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij wewnętrznego krytyka jako zinternalizowany głos dawnych ocen i komunikatów. Pokaż, jak surowa samokrytyka, choć udaje motywację, w rzeczywistości obniża nastrój, paraliżuje i podkopuje wartość.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi oddzielić się od krytyka: nazwać go, rozpoznać jego ulubione frazy, zauważyć, czym głosem czasem mówi. Sama świadomość „to mówi mój krytyk, nie obiektywna prawda” osłabia jego moc.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent zapisuje typowe zdania krytyka, a następnie ćwiczy odpowiedź z perspektywy życzliwego, wspierającego głosu — tak, jak odezwałby się do kogoś, kogo kocha.

5 Praca domowa

Wyłapywanie głosu krytyka w ciągu tygodnia i ćwiczenie świadomej, życzliwszej odpowiedzi, z zapisem.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nie musisz wierzyć każdemu głosowi w swojej głowie. Zapytaj, czym głosem czasem przemawia krytyk pacjenta.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Cel to nie wyciszenie krytyka siłą, lecz zbudowanie obok niego silniejszego, wspierającego głosu. Walka z krytykiem zwykle go wzmacnia.

Obraz siebie

CEL SESJI

Zbadać i urealnić zniekształcony obraz siebie, który podtrzymuje niskie poczucie wartości.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent opisałby siebie — jakim jest człowiekiem. Wyłapcie skrzywienia w stronę negatywną.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, jak niskie poczucie wartości działa jak filtr: wyławia i wzmacnia dowody potwierdzające negatywny obraz siebie, a pomija lub umniejsza te, które mu przeczą. Obraz siebie staje się przez to zniekształcony i odporny na sprzeczne fakty.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi nazwać kluczowe negatywne przekonanie o sobie („jestem nieważny”, „jestem nie do pokochania”) i zacznijcie zbierać dowody, które mu przeczą, a które filtr zwykle odrzuca.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przeprowadza eksperyment obserwacyjny: przez kilka dni zapisuje fakty przeczące negatywnemu przekonaniu (drobne sukcesy, gesty życzliwości innych, własne dobre cechy w działaniu).

5 Praca domowa

Codzienne zapisywanie dowodów przeczących kluczowemu negatywnemu przekonaniu o sobie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że negatywny obraz siebie to nie obiektywna prawda, lecz nawyk uwagi, który można przeszkolić. Zapytaj, co było zaskakujące w zbieraniu dowodów.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Pacjenci często umniejszają zebrane dowody („to się nie liczy”). To sam filtr w działaniu — łagodnie to zauważaj i wracaj do faktów.

Mocne strony i zasoby

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać i docenić własne mocne strony, talenty i zasoby, które zwykle pomija.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o mocne strony pacjenta. Zauważcie, jak trudno przychodzi mu ich nazywanie i jak szybko je umniejsza.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że osoby z niskim poczuciem wartości łatwo wymieniają swoje wady, lecz mają realną trudność z dostrzeżeniem i przyjęciem mocnych stron. To nie skromność, lecz skrzywienie uwagi, które warto skorygować.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zbudować pełniejszy obraz zasobów: cechy charakteru, umiejętności, wartości, przebyte trudności, które świadczą o jego sile. Korzystajcie z konkretnych przykładów z życia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent tworzy listę co najmniej pięciu mocnych stron, każda poparta konkretną sytuacją, w której się przejawiała. Ćwicz przyjęcie ich bez umniejszania.

5 Praca domowa

Codzienne zapisywanie jednej sytuacji, w której przejawiała się któraś z mocnych stron pacjenta.

6 Domknięcie

Podkreśl, że uznawanie własnych zasobów to nie zarozumiałość, lecz realizm. Zapytaj, którą mocną stronę najtrudniej było pacjentowi uznać.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pacjent całkowicie blokuje się przy nazywaniu zalet, zacznij od pytania, co dobrego dostrzegliby w nim bliscy — perspektywa innych bywa łatwiejsza.

Pułapka porównywania

CEL SESJI

Osłabić nawyk porównywania się z innymi, który systematycznie obniża poczucie wartości.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, z kim i w jakich sytuacjach pacjent najczęściej się porównuje, i jak się po tym czuje.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij mechanizm porównań: zwykle porównujemy swoje wnętrze (z całym zwątpieniem) z cudzą fasadą (wyidealizowaną, zwłaszcza w mediach społecznościowych). To porównanie z natury przegrane i napędzające poczucie gorszości.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi rozpoznać wyzwalacze porównań (np. media społecznościowe) i wprowadzić alternatywę: porównywanie siebie do siebie z przeszłości oraz koncentrację na własnych wartościach i celach zamiast na cudzych.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje główne źródło szkodliwych porównań i planuje konkretną zmianę (np. ograniczenie ekspozycji, świadome przekierowanie uwagi na własną drogę).

5 Praca domowa

Wdrożenie zaplanowanej zmiany ograniczającej porównania oraz codzienne odnotowanie jednego własnego postępu względem siebie sprzed czasu.

6 Domknięcie

Podkreśl: jedyne sensowne porównanie to ty dziś wobec siebie wczoraj. Zapytaj, co najbardziej napędza porównania u pacjenta.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli media społecznościowe są głównym wyzwalaczem, konkretna praca nad higieną ich używania bywa skuteczniejsza niż samo „przekonywanie się” do niporównywania.

Asertywność

CEL SESJI

Rozwinąć umiejętność wyrażania siebie, potrzeb i granic w sposób szanujący zarówno siebie, jak i innych.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o sytuacje, w których pacjent nie wyraża swojego zdania lub potrzeb. Co go powstrzymuje?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między uległością (poświęcanie siebie), agresją (lekceważenie innych) a asertywnością (szacunek dla siebie i dla innych). Pokaż związek między niską samooceną a uległością oraz to, jak asertywność wzmacnia poczucie wartości.

3 Główna interwencja

Naucz struktury asertywnego komunikatu: opis sytuacji, wyrażenie uczucia, jasne nazwanie potrzeby lub prośby. Przećwiczcie ją na konkretnej, realnej sytuacji pacjenta.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje i wypowiada na głos asertywny komunikat dla wybranej sytuacji, osuwając dyskomfort i ćwicząc stanowczy, lecz życzliwy ton.

5 Praca domowa

Zastosowanie asertywnego komunikatu w jednej realnej sytuacji w nadchodzącym tygodniu, z zapisem przebiegu i odczuć.

6 Domknięcie

Podkreśl, że masz prawo do własnego zdania, potrzeb i granic. Zapytaj, w jakiej sytuacji asertywność będzie najtrudniejsza.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Asertywność na początku często budzi poczucie winy lub lęk przed reakcją innych. Normalizuj ten dyskomfort jako naturalny etap nauki, nie sygnał błędu.

Samowspółczucie

CEL SESJI

Zbudować życzliwy, wspierający stosunek do siebie jako trwały fundament zdrowej samooceny.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent traktuje siebie w chwilach porażki czy cierpienia. Czy jest dla siebie surowy, czy wspierający?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij samowspółczucie i jego trzy elementy: życzliwość wobec siebie zamiast osądzania, świadomość wspólnoty doświadczeń (inni też cierpią i błędzą) oraz uważność na własne cierpienie. Pokaż, że samowspółczucie buduje stabilniejszą wartość niż samoocena oparta na sukcesach.

3 Główna interwencja

Przećwiczcie praktykę samowspółczucia: w chwili trudności pacjent rozpoznaje cierpienie, przypomina sobie, że nie jest w nim sam, i kieruje do siebie życzliwe słowa, jak do bliskiej osoby.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przywołuje niedawną porażkę i ćwiczy odpowiedź samowspółczującą: co powiedziałby przyjacielowi, kieruje teraz do siebie, z ciepłym gestem (np. dłoń na sercu).

5 Praca domowa

Codzienna krótka praktyka samowspółczucia oraz stosowanie życzliwej odpowiedzi wobec siebie w chwilach trudności.

6 Domknięcie

Podkreśl, że samowspółczucie nie jest rozczulaniem się, lecz źródłem siły i odporności. Zapytaj, jak to było traktować siebie łagodnie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Osoby z silną samokrytyką mogą odczuwać opór wobec samowspółczucia. Zaczynij od małych, konkretnych gestów i normalizuj początkowy dyskomfort.

Moja narracja

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi przeformułować ograniczającą historię o sobie w narrację bardziej pełną i wspierającą.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jaką historię pacjent opowiada o sobie i swoim życiu. Jaki jest jej dominujący ton i przesłanie?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że każdy nosi w sobie narrację o sobie, która kształtuje samoocenę. Niska wartość wiąże się z historią opartą na porażkach, brakach i krzywdach, pomijającą siłę, przetrwanie i rozwój. Narrację można świadomie wzbogacić, nie zaprzeczając faktom.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi dostrzec w jego historii pominięte wątki: momenty siły, przetrwania trudności, wzrostu, troski o innych. Zbudujcie pełniejszą, bardziej zrównoważoną opowieść o jego życiu.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent opowiada lub zapisuje fragment swojej historii z perspektywy „ocalałego i rosnącego”, a nie wyłącznie „skrzywdzonego i wadliwego”.

5 Praca domowa

Spisanie krótkiej, wzbogaconej narracji o sobie, uwzględniającej zarówno trudności, jak i siłę oraz przebytą drogę.

6 Domknięcie

Podkreśl, że historia o sobie nie jest niezmiennym faktem, lecz interpretacją, którą można uczynić pełniejszą i bardziej sprawiedliwą wobec siebie. Zapytaj, co zmienia spojrzenie na siebie jako na kogoś, kto przetrwał.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca narracyjna może dotknąć trudnych wspomnień. Jeśli pojawia się materiał traumatyczny, zwolnij tempo i rozważ przejście do pracy ze stabilizacją.

Samoakceptacja

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi przyjąć siebie w całości — z zaletami i ograniczeniami — jako podstawę trwałej wartości.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, które części siebie pacjent odrzuca lub których się wstydzi. Wysłuchaj z szacunkiem.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między samoakceptacją a rezygnacją z rozwoju: akceptacja to przyjęcie siebie takim, jakim się jest teraz, co paradoksalnie jest punktem wyjścia do zmiany. Walka z sobą i odrzucanie własnych części pochłania energię i podtrzymuje niską wartość.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi spojrzeć z życzliwością na odrzucane części siebie i zrozumieć ich pochodzenie oraz dawną funkcję. Wprowadźcie postawę „mogę to w sobie przyjąć i zarazem nad tym pracować”.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera jedną odrzucaną cechę i ćwiczy zdanie samoakceptacji: „To też część mnie. Przyjmuję ją, a mimo to jestem wartościowym człowiekiem.”

5 Praca domowa

Codzienne wypowiadanie zdania samoakceptacji oraz obserwacja, jak zmienia się stosunek do odrzucanej części siebie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że pełna wartość nie wymaga bycia bez wad — wymaga przyjęcia siebie jako całości. Zapytaj, jak to było spojrzeć życzliwie na odrzucaną część siebie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Samoakceptacja to proces, nie jednorazowy akt. Wspieraj cierpliwość i normalizuj nawroty samoodrzucenia jako naturalną część drogi.

Stabilna wartość — utrzymanie

CEL SESJI

Skonsolidować zmiany w trwałe, niezależne od okoliczności poczucie własnej wartości.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie drogę. Co się zmieniło w tym, jak pacjent myśli i czuje wobec siebie? Doceń jego pracę.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że zdrowa samoocena nie oznacza ciągłego dobrego samopoczucia, lecz stabilny, życzliwy fundament, który wytrzymuje porażki i krytykę. Podkreśl rolę codziennych nawyków: samowspółczucia, asertywności, dostrzegania zasobów.

3 Główna interwencja

Stwórzcie plan utrzymania: codzienne praktyki wspierające wartość, wczesne sygnały powrotu surowej samokrytyki oraz działania korygujące, gdy poczucie wartości zacznie się chwiać.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent tworzy osobiste „przypomnienie o wartości” — krótki zestaw prawd o sobie i swoich zasobach, do którego wraca w trudnych chwilach.

5 Praca domowa

Finalizacja planu utrzymania oraz codzienne praktykowanie wybranego nawyku wspierającego poczucie wartości.

6 Domknięcie

Wzmocnij sprawczość pacjenta i podsumuj proces. Ustalcie ewentualne sesje kontrolne. Pożegnaj z uznaniem dla jego drogi ku sobie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Poczucie wartości bywa „testowane” przez życiowe porażki. Przygotuj pacjenta, że gorsze chwile są normalne i że narzędzia pozwolą mu wrócić do stabilnego fundamentu.

7

Traumy i Rany

SESJE 071-080

Praca z traumą oparta na bezpieczeństwie i stabilizacji: od psychoedukacji i zasobów, przez rany rdzeniowe i regulację, po integrację i wzrost.

Psychoedukacja o traumie

CEL SESJI

Zbudować u pacjenta rozumienie traumy jako normalnej reakcji na nienormalne wydarzenia oraz poczucie bezpieczeństwa na początek pracy.

1 Otwarcie i check-in

Przyjmij pacjenta ze szczególną uważnością i bez pośpiechu. Wyjaśnij, że to on decyduje o tempie i o tym, co i kiedy chce opowiedzieć. Bezpieczeństwo jest tu najważniejsze.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że trauma to nie samo wydarzenie, lecz ślad, jaki zostawia w układzie nerwowym. Objawy (nadmierna czujność, unikanie, nawracające wspomnienia, odrętwienie) to normalne reakcje na przytłaczające doświadczenie, nie oznaka słabości czy „szaleństwa”.

3 Główna interwencja

Bez wchodzenia w szczegóły traumatycznych zdarzeń, pomóżcie pacjentowi rozpoznać i nazwać jego objawy jako zrozumiałe reakcje potraumatyczne. Sama wiedza, że „tak działa trauma”, przynosi ulgę i odbarcza ze wstydu.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje, które z typowych reakcji potraumatycznych rozpoznaje u siebie, w bezpiecznych, ogólnych kategoriach, bez przywoływania bolesnych treści.

5 Praca domowa

Łagodna obserwacja, kiedy pojawiają się objawy, bez analizowania ich treści — jedynie zauważanie „teraz uruchomiła się reakcja”.

6 Domknięcie

Podkreśl, że praca z traumą jest możliwa i że pójdziecie w tempie pacjenta. Zapytaj, co poczuł, słysząc, że jego reakcje są normalne.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

KLUCZOWE: Praca z traumą wymaga odpowiedniego przeszkolenia. Nie prowadź przetwarzania traumy bez właściwych kwalifikacji (np. EMDR, terapia skoncentrowana na traumie). Oceń dysocjację i ryzyko. W razie potrzeby skieruj do specjalisty. Te scenariusze służą stabilizacji i psychoedukacji, nie reprocessingowi.

Stabilizacja i zasoby bezpieczeństwa

CEL SESJI

Wyposażyć pacjenta w narzędzia stabilizacji i poczucia bezpieczeństwa, zanim podejmiecie jakąkolwiek głębszą pracę.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o poziom poczucia bezpieczeństwa pacjenta tu i teraz, w ciele i w życiu. Stabilizacja zawsze poprzedza pracę z trudnymi treściami.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zasadę „najpierw bezpieczeństwo i stabilizacja”. Bez umiejętności regulacji i poczucia bezpieczeństwa kontakt z trudnym materiałem grozi przeciążeniem i wtórnym zranieniem. Te narzędzia to fundament całej dalszej pracy.

3 Główna interwencja

Naucz konkretnych technik stabilizacji: uziemienie zmysłami (5-4-3-2-1), kontakt z teraźniejszością („jestem tu, teraz, jest bezpiecznie”), wydłużony oddech, technika bezpiecznego miejsca w wyobraźni.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent buduje w wyobraźni swoje bezpieczne miejsce i ćwiczy wchodzenie w nie. Utrwalcie też uziemienie zmysłami jako narzędzie na chwile przeciążenia.

5 Praca domowa

Codziennie ćwiczenie technik stabilizacji w spokojnych warunkach, by były dobrze opanowane, zanim będą potrzebne w trudnym momencie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że umiejętność samouspokojenia jest fundamentem bezpieczeństwa. Zapytaj, która technika daje pacjentowi największe poczucie oparcia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Poświęć stabilizacji tyle sesji, ile trzeba — czasem to większość pracy. Nie przechodź dalej, dopóki pacjent nie ma niezawodnych narzędzi regulacji. Przy oznakach dysocjacji priorytetem jest uziemienie.

Spotkanie z wewnętrznym dzieckiem

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi nawiązać współczujący kontakt z raną z dzieciństwa, w bezpiecznych i kontrolowanych warunkach.

1 Otwarcie i check-in

Upewnij się, że pacjent ma opanowane narzędzia stabilizacji. Zapytaj o jego gotowość i przypomnij, że w każdej chwili możecie się zatrzymać.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij koncept wewnętrznego dziecka: tej części nas, która zatrzymała się w czasie zranienia i wciąż nosi dawne emocje oraz potrzeby. Pomoc dorosłej, współczującej części wobec zranionego dziecka jest drogą uzdrowienia.

3 Główna interwencja

Z perspektywy bezpieczeństwa poprowadźcie łagodne ćwiczenie: pacjent jako dzisiejszy dorosły kontaktuje się w wyobraźni z dzieckiem, którym był, i daje mu to, czego wtedy potrzebowało — obecność, ochronę, czułe słowa. Monitoruj poziom pobudzenia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent kieruje do swojego wewnętrznego dziecka zdanie wsparcia, którego wtedy brakowało („nie jesteś sam”, „to nie twoja wina”), pozostając zakotwiczony w dorosłej, bezpiecznej części.

5 Praca domowa

Łagodny, krótki kontakt z wewnętrznym dzieckiem raz w tygodniu, wyłącznie jeśli pacjent czuje się stabilnie, z użyciem narzędzi uziemienia w razie potrzeby.

6 Domknięcie

Podziękuj pacjentowi za odwagę. Zadbajcie o domknięcie i powrót do bezpieczeństwa przed końcem sesji. Zapytaj, jak się teraz czuje.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pojawia się silne przeciążenie lub dysocjacja, natychmiast wróć do stabilizacji i uziemienia. Nie pogłębiaj kontaktu z dzieckiem, dopóki pacjent nie odzyska poczucia bezpieczeństwa.

Rozpoznawanie wyzwalaczy

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznawać wyzwalacze reakcji traumatycznych i odróżniać przeszłość od terażniejszości.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o sytuacje, w których pacjent reaguje silniej, niż wymaga tego sytuacja — jakby nagle „przenosił się” w inny stan.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij wyzwalacze: bodźce (dźwięk, zapach, ton głosu, sytuacja), które przypominają układowi nerwowemu dawne zagrożenie i uruchamiają reakcję, jakby niebezpieczeństwo działa się teraz. Kluczem jest rozpoznanie: „to wspomnienie ciała, nie realne zagrożenie tu i teraz”.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zidentyfikować jego wyzwalacze i wczesne sygnały aktywacji w ciele. Wprowadźcie technikę orientacji: rozejrzenie się, nazwanie tego, co potwierdza bezpieczeństwo terażniejszości („to jest teraz, jestem bezpieczny, tamto minęło”).

4 Ćwiczenie w sesji

Przy świadomości wyzwalacza (bez wchodzenia w samą traumę) pacjent ćwiczy sekwencję: zauważam aktywację → uziemiam się → orientuję w terażniejszości → przypominam sobie, że jestem bezpieczny.

5 Praca domowa

Stosowanie sekwencji orientacji w terażniejszości przy aktywacji wyzwalacza, z zapisem, co pomagało wrócić do „tu i teraz”.

6 Domknięcie

Podkreśl, że wyzwalacze tracą moc, gdy nauczysz się rozpoznawać je i wracać do terażniejszości. Zapytaj, który sygnał ciała ostrzega pacjenta najwcześniej.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca z wyzwalaczami to nie ekspozycja na traumę. Chodzi o regulację i orientację, nie o przywoływanie traumatycznych treści. Przy nasilonych objawach rozważ skierowanie do terapii traumy.

Rana odrzucenia

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać i ukoić ranę odrzucenia, która wpływa na jego relacje i obraz siebie.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj delikatnie o doświadczenia bycia odrzuconym lub niechcianym. Pozwól pacjentowi dzielić się tyle, ile sam zechce.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij ranę odrzucenia: gdy wcześniej doświadczamy braku akceptacji, kształtuje się przekonanie „jestem nie do przyjęcia”, które potem zniekształca relacje (nadmierna czujność na odrzucenie, wycofanie lub przypodobywanie się). Rana ta nie jest prawdą o wartości pacjenta.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi oddzielić dawną ranę od terażniejszości i obecnej wartości. Z perspektywy współczującego dorosłego zwróćcie zranionej części przesłanie przeciwne do dawnego: „Należysz. Jesteś chciany. Masz prawo tu być.”

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent kieruje do siebie współczujące zdanie przeciwdziałające ranie odrzucenia i zauważa, jak rezonuje ono w ciele, pozostając zakotwiczony w bezpieczeństwie.

5 Praca domowa

Codzienne wypowiadanie współczującego zdania oraz obserwacja sytuacji, w których uaktywnia się rana odrzucenia.

6 Domknięcie

Podkreśl, że dawne odrzucenie mówiło o okolicznościach, nie o wartości pacjenta. Zapytaj, jak to było usłyszeć przesłanie przynależności.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Rany rdzeniowe (odrzucenie, upokorzenie, niesprawiedliwość) bywają głęboko zakorzenione i wymagają wielu powrotów. Pracuj cierpliwie, dbając o stabilizację między sesjami.

Rana upokorzenia

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi ukoić ranę upokorzenia i wstydu oraz odzyskać poczucie godności.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj z wyczuciem o doświadczenia upokorzenia, ośmieszenia lub zawstydzenia. Szczególnie zadbaj o bezpieczeństwo, bo wstyd łatwo się tu uaktywnia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij ranę upokorzenia: gdy doświadczamy zawstydzenia, zwłaszcza publicznego, może zakorzenić się toksyczny wstyd — przekonanie „jestem zły, wadliwy, godny pogardy”. Różni się on od zdrowego wstydu i nie odzwierciedla prawdy o człowieku.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi oddzielić toksyczny wstyd od jego rzeczywistej wartości i godności. Zwróćcie zranionej części przesłanie przywracające godność: „To, co cię spotkało, było krzywdą. Twoja wartość pozostaje nienaruszona.”

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ćwiczy współczujące, godność przywracające zdanie i obserwuje jego rezonans, pozostając w bezpieczeństwie. Wzmocnijcie postawę wyprostowaną, otwartą, przeciwną do skurczenia wstydu.

5 Praca domowa

Codziennie wypowiadanie zdania przywracającego godność oraz łagodna obserwacja momentów aktywacji wstydu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że upokorzenie było czymś, co pacjentowi zrobiono, a nie tym, kim jest. Zapytaj, jak to było odzyskiwać poczucie godności.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wstyd jest jedną z najtrudniejszych emocji do uniesienia i łatwo prowadzi do wycofania w relacji terapeutycznej. Dbaj o szczególnie życzliwą, niezawstydzającą atmosferę.

Rana niesprawiedliwości

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi przepracować ranę niesprawiedliwości oraz związany z nią gniew i poczucie krzywdy.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o doświadczenia niesprawiedliwości i krzywdy, które wciąż w pacjencie żyją. Zwaliduj jego prawo do gniewu.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij ranę niesprawiedliwości: gdy doznajemy krzywdy, której nikt nie uznał ani nie naprawił, pozostaje gniew, poczucie krzywdy i czasem chroniczna czujność na niesprawiedliwość. Nieuznany gniew bywa zdrowy w swym źródle, lecz potrzebuje bezpiecznego wyrazu i przepracowania.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi uznać i zwalidować gniew jako odpowiedź na realną krzywdę, a następnie znaleźć dla niego konstruktywny wyraz. Rozróżnijcie uznanie krzywdy od przymusu przebaczenia — przebaczenie, jeśli przyjdzie, jest wyborem, nie obowiązkiem.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent w bezpieczny sposób wyraża nazwany gniew (słowem, pismem, symbolicznym gestem), a następnie wraca do regulacji i teraźniejszości.

5 Praca domowa

Bezpieczne wyrażenie i przepracowanie gniewu w wybranej formie (np. niewysłany list) oraz refleksja, co pacjent czuje po jego uznaniu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że twój gniew na krzywdę jest zrozumiały i ma prawo istnieć. Zapytaj, jak to było wyrazić go w bezpieczny sposób.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Nie naciskaj na przebaczenie — przedwczesne lub wymuszone unieważnia ból i bywa szkodliwe. Celem jest uznanie krzywdy i uwolnienie pacjenta od jej ciężaru, nie pojednanie ze sprawcą.

Regulacja i okno tolerancji

CEL SESJI

Pogłębić zdolność pacjenta do utrzymywania się w oknie tolerancji i regulowania skrajnych stanów pobudzenia.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie dotychczasowe narzędzia regulacji. Zapytaj, kiedy pacjent czuje się „poza sobą” — przeciążony lub przeciwnie, odrętwiały.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij okno tolerancji: strefę, w której potrafimy czuć i myśleć jednocześnie. Powyżej niej jest stan przeciążenia (hiperpobudzenie: panika, gniew, chaos), poniżej — odrętwienie i wyłączenie (hipopobudzenie: pustka, odcięcie, dysocjacja). Celem jest poszerzanie okna i umiejętność powrotu do niego.

3 Główna interwencja

Naucz pacjenta rozpoznawać, w którym stanie się znajduje, i dobierać narzędzia: przy przeciążeniu — wyciszenie i wydłużony wydech; przy odrętwieniu — delikatne pobudzanie i kontakt zmysłowy z teraźniejszością.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ćwiczy rozpoznawanie swojego aktualnego stanu pobudzenia i dobieranie odpowiedniej strategii powrotu do okna tolerancji.

5 Praca domowa

Codziennie sprawdzanie własnego stanu pobudzenia i stosowanie adekwatnej strategii regulacji, z zapisem, co działa najlepiej.

6 Domknięcie

Podkreśl, że potrafisz wpływać na swój stan i wracać do równowagi. Zapytaj, który stan — przeciążenia czy odrętwienia — jest pacjentowi bliższy.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Hipopobudzenie i dysocjacja bywają mniej oczywiste niż panika, lecz równie ważne. Ucz pacjenta zauważać odrętwienie i odcięcie jako sygnał do delikatnego uziemienia w teraźniejszości.

Nowe znaczenie

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi nadać doświadczeniu spójniejsze, mniej obciążające znaczenie, bez wymuszania pozytywnej interpretacji.

1 Otwarcie i check-in

Upewnij się co do stabilności pacjenta. Zapytaj, jakie znaczenie nadaje dziś temu, co przeżył, i jak ono na niego wpływa.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że trauma często zostawia zniekształcone, obciążające przekonania („to moja wina”, „świat jest całkowicie niebezpieczny”, „jestem bezsilny”). Praca nad znaczeniem polega na łagodnym poszerzaniu tych przekonań ku bardziej prawdziwym i znośnym, nie na zaprzeczaniu bólowi.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zidentyfikować obciążające przekonanie wyniesione z doświadczenia i delikatnie je sprawdzić: czy jest w pełni prawdziwe? Czy odpowiedzialność spoczywa tam, gdzie pacjent ją lokuje? Budujcie przekonanie bardziej zrównoważone i wspierające.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje nowe, prawdziwsze przekonanie (np. „nie byłem bezsilny — przetrwałem”; „odpowiedzialność spoczywa na sprawcy, nie na mnie”) i zauważa jego rezonans w ciele.

5 Praca domowa

Codziennie przypominanie sobie nowego, zrównoważonego przekonania oraz zauważanie, gdzie wraca stare, obciążające.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nadanie nowego znaczenia nie wymazuje tego, co było, lecz uwalnia od fałszywego ciężaru. Zapytaj, jaka zmiana przekonania jest dla pacjenta najważniejsza.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

To nie jest narzucanie „pozytywnego myślenia”. Pracuj nad prawdą, nie nad optymizmem. Jeśli przepracowanie samej traumy jest potrzebne, kieruj do specjalisty terapii traumy.

Integracja i wzrost

CEL SESJI

Skonsolidować pracę, wzmocnić poczucie sprawczości pacjenta i wesprzeć integrację doświadczenia w spójną tożsamość.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie wspólnie drogę. Co się zmieniło w relacji pacjenta z jego historią i z samym sobą? Doceń jego odwagę.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że celem nie jest „zapomnieć” ani „pozbyć się” doświadczenia, lecz zintegrować je — uczynić częścią historii, która już nie rządzi teraźniejszością. Wspomnij o możliwości wzrostu potraumatycznego, nie jako obowiązku, lecz jako realnej szansie.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi dostrzec, co przetrwał, jakie zasoby w sobie odkrył i jak się zmienił. Zbudujcie plan dalszego dbania o siebie oraz reagowania na ewentualne nawroty objawów.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje, kim jest dziś — nie jako „ofiara”, lecz jako ktoś, kto przetrwał i rośnie — oraz zapisuje narzędzia, które go wspierają.

5 Praca domowa

Finalizacja planu dbania o siebie i reagowania na nawroty objawów. Regularne stosowanie sprawdzonych narzędzi regulacji.

6 Domknięcie

Wzmocnij sprawczość i godność pacjenta. Ustalcie ewentualne sesje kontrolne i dalsze formy wsparcia. Pożegnaj z głębokim uznaniem dla jego drogi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca z traumą rzadko jest liniowa; nawroty objawów są częścią procesu, nie porażką. Jeśli objawy pozostają nasilone, zapewnij ciągłość opieki i dostęp do wyspecjalizowanej terapii traumy.

8

Żałoba

SESJE 081-090

*Towarzystwo w żałobie: od uznania bólu, przez poczucie winy,
trudne daty i rytuały, po odbudowę sensu i powrót do życia.*

Uznanie i walidacja bólu

CEL SESJI

Stworzyć bezpieczną przestrzeń, w której pacjent może uznać swój ból, i zwalidować żałobę jako naturalną odpowiedź na stratę.

1 Otwarcie i check-in

Przyjmij pacjenta z czułością i bez pośpiechu. Pozwól mu mówić o stracie tak, jak potrzebuje, lub milczeć. Twoja spokojna obecność jest tu ważniejsza niż słowa.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że żałoba jest naturalną, zdrową reakcją na utratę kogoś lub czegoś ważnego, a jej intensywność odzwierciedla siłę więzi. Nie ma jednego „właściwego” sposobu przeżywania żałoby ani sztywnego harmonogramu.

3 Główna interwencja

Zwaliduj wszystkie emocje pacjenta — smutek, gniew, ulgę, odrętwienie, poczucie winy — jako normalne w żałobie. Pozwól mu opowiedzieć o tym, kogo lub co stracił, jeśli tego potrzebuje.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent nazywa emocje, które obecnie nosi, bez oceniania ich jako „właściwych” czy „niewłaściwych”. Samo nazwanie i przyzwolenie przynosi ulgę.

5 Praca domowa

Łagodne przyzwolenie sobie na odczuwanie tego, co przychodzi, bez wymuszania ani tłumienia. Bez żadnych innych zadań.

6 Domknięcie

Podkreśl, że jego ból jest miarą miłości, a nie czymś, co trzeba szybko „naprawić”. Zapytaj, czego pacjent najbardziej teraz potrzebuje.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odróżnij żałobę nieskomplikowaną od przedłużonej lub powikłanej oraz od depresji. W żałobie monitoruj również ryzyko, zwłaszcza przy tęsknocie za połączeniem ze zmarłym. Reaguj zgodnie z procedurami bezpieczeństwa.

Zrozumieć proces żałoby

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zrozumieć dynamikę żałoby i uwolnić go od presji „prawidłowego” jej przeżywania.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, czego pacjent oczekiwał po sobie w żałobie i czy porównuje swój sposób przeżywania do jakiegoś „wzorca”.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij współczesne rozumienie żałoby: nie jako sztywnych etapów do przejścia po kolei, lecz jako falującego procesu, w którym oscylujemy między konfrontacją ze stratą a powrotami do codzienności. Dni lepsze i gorsze przeplatają się, a to normalne.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi rozpoznać tę oscylację we własnym doświadczeniu i uwolnić się od presji liniowego „postępu”. Zwaliduj zarówno chwile pogrążenia w bólu, jak i chwile ulgi czy normalności (które bywają źródłem poczucia winy).

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przygląda się swoim ostatnim dniom i zauważa naturalne falowanie między bólem a powrotami do życia, bez oceniania żadnego z tych stanów.

5 Praca domowa

Łagodna obserwacja własnych fal żałoby — bez prób ich kontrolowania, jedynie z przyzwoleniem na ich naturalny rytm.

6 Domknięcie

Podkreśl, że nie ma harmonogramu żałoby ani „spóźnienia”. Zapytaj, co poczuł, słysząc, że jego sposób przeżywania jest właściwy dla niego.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Uważaj na narzucanie „etapów żałoby” jako sztywnego modelu — bywa szkodliwe. Podkreślaj indywidualność i nieliniowość procesu.

Poczucie winy w żałobie

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi przepracować poczucie winy często towarzyszące stracie i złagodzić jego ciężar.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj z wyczuciem, czy pacjent nosi poczucie winy związane ze stratą — „powinienem być”, „gdybym tylko”, „nie zdążyłem”.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że poczucie winy jest częstym, lecz zwykle nieproporcjonalnym towarzyszem żałoby. Przybiera formy: winy za to, co się zrobiło lub nie zrobiło, winy ocalałego, a nawet winy za chwile ulgi czy normalności. Często jest próbą odzyskania poczucia kontroli nad tym, co niekontrolowalne.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi przyrzeć się poczuciu winy z perspektywy realiów i ograniczeń, jakie wtedy miał. Rozróżnijcie to, co było w jego mocy, od tego, co nie. Łagodnie urealnijcie nadmierną odpowiedzialność.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent kieruje do siebie współczujące zdanie wobec winy („robiłem, co umiałem, z tym, co wtedy wiedziałem i czułem”) i zauważa jego rezonans.

5 Praca domowa

Zauważanie myśli obciążonych winą oraz łagodne odpowiadanie na nie z perspektywy realiów tamtej sytuacji.

6 Domknięcie

Podkreśl, że miłość i strata często rodzą winę, która nie odzwierciedla rzeczywistej odpowiedzialności. Zapytaj, co czuje pacjent, patrząc na siebie z większą wyrozumiałością.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli poczucie winy jest bardzo silne lub wiąże się z myślami rezygnacyjnymi, oceń ryzyko i potraktuj to priorytetowo. Niektóre winy wymagają dłuższej, pogłębionej pracy.

Trudne daty i fale tęsknoty

CEL SESJI

Przygotować pacjenta na trudne daty i nagłe fale tęsknoty oraz wyposażyć go w sposoby radzenia sobie z nimi.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o momenty, w których ból powraca ze szczególną siłą — rocznice, święta, miejsca, drobne przypomnienia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij zjawisko nawrotów żałoby przy datach i wyzwalaczach: rocznice, święta, urodziny czy nagłe skojarzenia mogą wywołać falę bólu nawet po długim czasie. To normalne i nie oznacza „cofnięcia się” w żałobie.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi przewidzieć nadchodzące trudne daty i zaplanować, jak chce je przeżyć — czy chce je zaznaczyć, z kim być, jak o sobie zadbać. Przygotowanie odbiera tym dniom część zaskoczenia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera nadchodzącą trudną datę i tworzy dla niej łagodny plan: jak chce ją spędzić, jakie wsparcie sobie zapewni, jak uczci pamięć, jeśli tego potrzebuje.

5 Praca domowa

Dopracowanie planu na najbliższą trudną datę oraz przygotowanie kilku narzędzi wsparcia na nagłe fale tęsknoty.

6 Domknięcie

Podkreśl, że powracające fale bólu są naturalne i można się na nie przygotować. Zapytaj, która data budzi największy lęk.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Normalizuj nawroty bólu przy rocznicach jako część zdrowej żałoby, nie regres. Pomóż pacjentowi traktować je z czułością, nie z niepokojem o „nieprawidłowość”.

Rytuały pożegnania

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi wykorzystać rytuał jako sposób na wyrażenie bólu, uczczenie więzi i symboliczne domknięcie.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, czy pacjent miał możliwość pożegnania i czy czuje potrzebę jakiejś formy symbolicznego domknięcia lub uczczenia.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij rolę rytuałów w żałobie: nadają formę temu, co trudne do wyrażenia słowami, pomagają uczcić więź i symbolicznie domknąć to, co niedomknięte (zwłaszcza gdy zabrakło pożegnania). Rytuał może być prosty i osobisty.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zaprojektować osobisty rytuał dostosowany do jego potrzeb i przekonań: napisanie listu, zapalenie świecy, odwiedzenie miejsca, stworzenie czegoś ku pamięci, wypowiedzenie niewypowiedzianych słów.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent planuje konkretny, możliwy do wykonania rytuał oraz to, co chciałby w nim wyrazić lub uczcić.

5 Praca domowa

Wykonanie zaplanowanego rytuału, jeśli pacjent czuje się na to gotowy, z refleksją, co to wniosło.

6 Domknięcie

Podkreśl, że rytuał nie kończy miłości ani pamięci, lecz pomaga ją wyrazić i ponieść dalej. Zapytaj, czego pacjent najbardziej potrzebuje wyrazić.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Szanuj tempo i gotowość pacjenta; nie naciskaj na rytuał, jeśli nie czuje takiej potrzeby. Dostosuj formę do jego światopoglądu i kultury.

Pamięć i trwała więź

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zbudować trwałą, ukojoną więź z tym, co utracone, opartą na pamięci, nie tylko na bólu.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent nosi w sobie pamięć o utraconej osobie. Czy wspomnienia przynoszą głównie ból, czy także ciepło?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij współczesne rozumienie żałoby: celem nie jest „zapomnieć” ani całkowicie „odpuścić”, lecz przekształcić więź — z relacji opartej na obecności w relację opartą na pamięci i wewnętrznym połączeniu. Zmarli mogą pozostać częścią naszego życia w zdrowy sposób.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi pielęgnować zdrową, trwałą więź: wspomnianie z czułością, zachowanie tego, co przekazane, pytanie „co ta osoba by mi poradziła”. Odróżnijcie to od pogrążania się wyłącznie w ból utraty.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przywołuje dobre wspomnienie lub wartość przekazaną przez utraconą osobę i zastanawia się, jak chce ją nosić dalej w swoim życiu.

5 Praca domowa

Codzienne lub okresowe przywoływanie jednego ciepłego wspomnienia oraz refleksja, co z tej więzi pacjent niesie dalej.

6 Domknięcie

Podkreśl, że pamięć i więź mogą trwać bez nieustannego bólu. Zapytaj, co najpiękniejszego pacjent nosi w sobie po tej osobie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Praca nad trwałą więzią zwykle staje się możliwa, gdy ostry ból nieco zelżał. Nie przyspieszaj tego etapu, jeśli pacjent jest jeszcze w fazie intensywnego cierpienia.

Tożsamość po stracie

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi odnaleźć się w zmienionej tożsamości i rzeczywistości po stracie.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak strata zmieniła codzienność i poczucie tożsamości pacjenta — kim jest teraz, gdy zabrakło tej osoby lub roli.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że znacząca strata zmienia nie tylko nasze życie, lecz i tożsamość: tracimy nie tylko osobę, lecz część siebie związaną z relacją (rolę, codzienne nawyki, plany na przyszłość). Odbudowa tożsamości jest częścią procesu żałoby.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi nazwać, co się zmieniło w jego rolach, codzienności i obrazie siebie, oraz delikatnie zacząć budować poczucie, kim jest w tej nowej rzeczywistości — bez naglenia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje jedną zmianę w codzienności wymagającą adaptacji i jeden mały krok ku odnalezieniu się w niej.

5 Praca domowa

Wykonanie jednego małego kroku adaptacyjnego oraz łagodna refleksja nad tym, kim pacjent staje się po stracie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że odnajdywanie siebie na nowo nie jest zdradą pamięci, lecz częścią zdrowienia. Zapytaj, co w nowej rzeczywistości jest najtrudniejsze.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Strata współmałżonka, dziecka czy rodzica wiąże się z różnymi wyzwaniami tożsamościowymi. Dostosuj pracę do konkretnego rodzaju więzi i roli, którą pacjent utracił.

Odbudowa sensu i przyszłość

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi stopniowo odbudować poczucie sensu i otworzyć się na przyszłość bez utraconej osoby.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj delikatnie, czy pacjent potrafi już myśleć o przyszłości, czy wydaje mu się ona pusta lub niemożliwa.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że strata często odbiera poczucie sensu i sprawia, że przyszłość wydaje się pusta. Odbudowa sensu jest powolnym procesem i nie oznacza „zapomnienia” ani zdrady — przeciwnie, można nieść utraconą więź w nową przyszłość.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi delikatnie eksplorować, co wciąż lub na nowo może nadawać życiu sens: wartości, relacje, działania, także te związane z pamięcią o utraconej osobie. Nie naciskajcie — jedynie otwierajcie przestrzeń.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje jeden obszar lub wartość, która wciąż coś dla niego znaczy, i jeden drobny krok, który mógłby zrobić w jego stronę.

5 Praca domowa

Wykonanie jednego małego działania zgodnego z odnalezionym źródłem sensu, z refleksją, co to wniosło.

6 Domknięcie

Podkreśl, że otwieranie się na przyszłość nie umniejsza miłości do tego, co utracone. Zapytaj, co — choćby drobnego — wciąż ma dla pacjenta znaczenie.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pacjent nie potrafi w ogóle wyobrazić sobie przyszłości i towarzyszy temu głęboka beznadzieja, oceń ryzyko i rozważ, czy nie mamy do czynienia z depresją wymagającą odrębnego leczenia.

Powrót do życia

CEL SESJI

Wesprzeć pacjenta w stopniowym powrocie do pełniejszego uczestnictwa w życiu, bez poczucia winy.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, jak pacjent radzi sobie z powrotem do codziennych aktywności, relacji i radości. Czy pojawia się poczucie winy wobec chwil normalności?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że ponowne angażowanie się w życie i odczuwanie radości nie jest zdradą pamięci ani oznaką, że strata przestała być ważna. Powrót do życia jest naturalnym i zdrowym kierunkiem żałoby, choć często towarzyszy mu poczucie winy.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zidentyfikować obszary życia, do których chce stopniowo wrócić, oraz przepracować ewentualne poczucie winy wobec radości i normalności. Wzmocnijcie przyzwolenie na życie.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera jedną aktywność lub relację, do której chce wrócić, i planuje łagodny, konkretny krok w jej stronę.

5 Praca domowa

Wykonanie zaplanowanego kroku powrotu do życia oraz zauważanie i łagodne przyzwalanie sobie na chwile radości.

6 Domknięcie

Podkreśl, że masz prawo żyć i cieszyć się życiem, nosząc zarazem pamięć o tym, co utracone. Zapytaj, co najbardziej powstrzymuje pacjenta przed powrotem do życia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Poczucie winy wobec radości jest bardzo częste. Wielokrotnie normalizuj prawo pacjenta do życia i przyjemności — to jeden z kluczowych przekazów w tej fazie.

Żałoba, która się przemienia

CEL SESJI

Skonsolidować proces, uznać przebytą drogę i wesprzeć pacjenta w dalszym niesieniu żałoby, która się przemieniła.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie wspólnie drogę. Jak zmieniła się żałoba pacjenta i jego relacja z tym, co utracone? Doceń jego trud i odwagę.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że żałoba nie „kończy się” w sensie zniknięcia, lecz przemienia: ostry ból ustępuje miejsca łagodniejszej tęsknocie i czulej pamięci, a miłość znajduje nową, trwałą formę. Fale bólu mogą jeszcze wracać i to normalne.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi uznać, jak daleko zaszedł, oraz przygotować się na dalszą drogę: na powracające fale, na trudne daty, na noszenie pamięci w zdrowy sposób. Wzmocnijcie zdobyte zasoby.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje, jak chce dalej nosić pamięć i miłość do utraconej osoby, oraz jakie wsparcie i narzędzia ma na trudniejsze chwile.

5 Praca domowa

Dalsze pielęgnowanie zdrowej pamięci i więzi oraz korzystanie z zasobów wsparcia, gdy wracają fale bólu.

6 Domknięcie

Wzmocnij to, co pacjent przeszedł, z głębokim szacunkiem dla jego miłości i bólu. Ustalcie ewentualne dalsze wsparcie. Pożegnaj z czułością.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Niektórzy potrzebują dłuższego towarzyszenia lub powrotów w trudnych okresach. Zapewnij ciągłość wsparcia i normalizuj ewentualne nawroty intensywnej tęsknoty jako część niesienia miłości.

9

Dopamina i Kompulsje

SESJE 091-100

Praca z kompulsjami i układem nagrody: od zrozumienia cyklu impulsu, przez głód i abstynencję, po zdrowe zaspokajanie potrzeb i zapobieganie nawrotom.

Zrozumieć cykl impulsu

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zrozumieć mechanizm kompulsji i układu nagrody bez wstydu i samopotępienia.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, co skłoniło pacjenta do tej pracy. Wysłuchaj opisu zachowań kompulsywnych bez oceniania — wstyd jest tu częstą przeszkodą.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij rolę dopaminy i układu nagrody: kompulsywne zachowania (przewijanie, gry, jedzenie, zakupy, pornografia) dają szybki zastrzyk dopaminy, który mózg uczy się powtarzać. Z czasem pojawia się przymus, mimo malejącej przyjemności. To mechanizm neurobiologiczny, nie kwestia słabej woli.

3 Główna interwencja

Wspólnie nakreślcie cykl impulsu pacjenta: wyzwalacz → narastający przymus (głód) → zachowanie → krótka ulga → następujące po niej koszty (wstyd, pustka). Zrozumienie cyklu odbiera mu część automatyzmu.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje swoje główne zachowanie kompulsywne i opisuje jego typowy cykl na konkretnym, niedawnym przykładzie.

5 Praca domowa

Obserwacja własnego cyklu impulsu przez tydzień: zapisywanie wyzwalaczy, przymusu, zachowania i tego, co następowało po nim.

6 Domknięcie

Podkreśl, że zrozumienie mechanizmu to pierwszy krok do odzyskania kontroli. Zapytaj, z czym pacjent wychodzi z tej sesji.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Odróżnij kompulsje i nawyki od ciężkich uzależnień (substancje, hazard z poważnymi skutkami), które wymagają specjalistycznego leczenia. W razie potrzeby skieruj do odpowiedniej placówki lub lekarza.

Mapa wyzwalaczy i bodźców

CEL SESJI

Zidentyfikować wyzwalacze i bodźce uruchamiające zachowania kompulsywne pacjenta.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie obserwacje cyklu z minionego tygodnia. Jakie wyzwalacze pojawiały się najczęściej?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij rodzaje wyzwalaczy: zewnętrzne (powiadomienia, miejsca, pory dnia, dostępność) i wewnętrzne (nuda, stres, samotność, niepokój, zmęczenie). Wyjaśnij, jak środowisko nasycone bodźcami nieustannie podsyca przymus.

3 Główna interwencja

Stwórzcie mapę wyzwalaczy pacjenta, grupując je na zewnętrzne i wewnętrzne. Zauważcie wzorce: pory, stany emocjonalne i sytuacje najczęściej poprzedzające zachowanie kompulsywne.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent identyfikuje swoje trzy najsilniejsze wyzwalacze oraz rozróżnia, które są zewnętrzne (do modyfikacji środowiska), a które wewnętrzne (do regulacji emocji).

5 Praca domowa

Pogłębiona obserwacja wyzwalaczy, zwłaszcza wewnętrznych stanów emocjonalnych poprzedzających przymus.

6 Domknięcie

Podkreśl, że znajomość wyzwalaczy daje przewagę i możliwość przygotowania się. Zapytaj, który wyzwalacz najbardziej pacjenta zaskoczył.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Wyzwalacze wewnętrzne (emocje) bywają mniej oczywiste niż zewnętrzne. Pomóż pacjentowi dostrzec, że kompulsja często jest próbą poradzenia sobie z trudnym stanem emocjonalnym.

Pustka pod kompulsją

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi rozpoznać emocjonalną pustkę lub potrzebę, którą kompulsja próbuje wypełnić.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, co pacjent czuje tuż przed sięgnięciem po kompulsywne zachowanie i co próbuje wtedy „załatwić”.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że kompulsje często są próbą regulacji trudnych stanów: ucieczką od pustki, nudy, samotności, stresu czy bólu emocjonalnego. Zachowanie daje chwilowe znieczulenie lub wypełnienie, lecz nie zaspokaja realnej potrzeby pod spodem.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi dotrzeć do potrzeby lub uczucia kryjącego się pod przymusem. Zamiast pytać „jak przestać”, zapytajcie „czego naprawdę potrzebuję, gdy po to sięgam?”. Nazwanie potrzeby otwiera zdrowsze sposoby jej zaspokojenia.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przygląda się ostatnim epizodom kompulsji i próbuje nazwać uczucie oraz potrzebę, które je poprzedzały (np. samotność → potrzeba kontaktu; pustka → potrzeba sensu).

5 Praca domowa

Przy pojawieniu się przymusu — krótka pauza i pytanie „czego naprawdę teraz potrzebuję?”, z zapisem odpowiedzi.

6 Domknięcie

Podkreśl, że pod kompulsją zwykle kryje się realna, ludzka potrzeba, którą można zaspokoić inaczej. Zapytaj, jaka potrzeba najczęściej się ujawnia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Jeśli pod kompulsją odstawiają się głębokie rany, depresja lub trauma, rozszerz pracę o te obszary. Kompulsja bywa wierzchołkiem góry lodowej, nie całym problemem.

Tolerancja i eskalacja

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zrozumieć mechanizm tolerancji i eskalacji oraz jego wpływ na nasilenie kompulsji.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj, czy z czasem pacjent potrzebuje coraz więcej (czasu, intensywności, nowości), by uzyskać ten sam efekt.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij tolerancję: przy powtarzalnej silnej stymulacji układ nagrody przytępia się, więc potrzeba coraz silniejszych bodźców dla tego samego efektu. To prowadzi do eskalacji i do tego, że zwykłe przyjemności przestają cieszyć (anhedonia z przestymulowania).

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zauważyć eskalację w jego zachowaniu oraz to, jak nadmierna stymulacja odbiera radość z prostszych przyjemności. Wprowadźcie ideę „odwrażliwienia” układu nagrody przez ograniczenie nadmiernej stymulacji.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent przygląda się, jak zmieniała się jego potrzeba stymulacji w czasie, i zauważa, które zwykłe przyjemności przestały go cieszyć.

5 Praca domowa

Obserwacja poziomu stymulacji w ciągu dnia oraz zauważanie, kiedy nadmiar bodźców odbiera radość z prostych rzeczy.

6 Domknięcie

Podkreśl, że układ nagrody może się zregenerować, gdy damy mu odpocząć od nadmiernej stymulacji. Zapytaj, co pacjent czuje, widząc ten mechanizm.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Koncept „resetu dopaminowego” bywa pomocny, lecz unikaj jego skrajnych, modnych wersji. Skup się na realnym ograniczaniu przestymulowania i odzyskiwaniu radości z prostych aktywności.

Radzenie sobie z głodem

CEL SESJI

Wyposażyć pacjenta w narzędzia przetrwania fali głodu (przymusu) bez ulegania jej.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o doświadczenie głodu — przymusu sięgnięcia po zachowanie. Jak silny jest, jak długo trwa, jak pacjent zwykle reaguje?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij naturę głodu: fala przymusu narasta, osiąga szczyt i samoczynnie opada, zwykle w ciągu kilkunastu-kilkudziesięciu minut, jeśli się jej nie nakarmi. Walka z głodem nie polega na jego unicestwieniu, lecz na przetrwaniu fali, aż minie.

3 Główna interwencja

Naucz strategii radzenia sobie z głodem: technika odraczania („poczekam 15 minut”), surfowanie po fali przymusu (obserwowanie jej jak fali, bez działania), przekierowanie uwagi i zmiana środowiska, regulacja emocji pod spodem.

4 Ćwiczenie w sesji

Przećwiczcie surfowanie po głodzie: pacjent w wyobraźni przywołuje przymus i ćwiczy obserwowanie go jak fali, która narasta i opada, bez ulegania jej.

5 Praca domowa

Zastosowanie techniki odraczania lub surfowania przy realnym głodzie, z zapisem, czy fala opadła i co pomogło.

6 Domknięcie

Podkreśl, że głód zawsze mija, jeśli go nie nakarmisz, a każde przetrwanie osłabia jego moc. Zapytaj, która strategia wydaje się pacjentowi najbardziej wykonalna.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Każde przetrwanie fali głodu osłabia automatyzm i wzmacnia poczucie sprawczości. Wzmacniaj nawet częściowe sukcesy i normalizuj, że na początku to bardzo trudne.

Abstynencja i reset

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zaplanować okres ograniczenia lub abstynencji, by zregenerować układ nagrody.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie dotychczasowe sukcesy w radzeniu sobie z głodem. Następnie porozmawiajcie o pomysśle celowej przerwy od kompulsywnego zachowania.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij sens okresowego ograniczenia lub abstynencji: dłuższa przerwa pozwala układowi nagrody się odwrzliwić, osłabia automatyzm i przywraca radość z prostszych aktywności. Dla części zachowań realistyczne jest umiarkowanie, dla innych pełniejsza abstynencja — ustalcie to indywidualnie.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zaplanować realistyczny okres ograniczenia lub abstynencji: zakres, czas trwania, zasady, sposób radzenia sobie z głodem i wsparcie. Przygotujcie też plan na trudne momenty.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent ustala konkretny, realistyczny plan przerwy: co dokładnie ogranicza, na jak długo, jakie ma zasady i co robi, gdy pojawi się silny głód.

5 Praca domowa

Rozpoczęcie zaplanowanego okresu ograniczenia lub abstynencji, z codziennym zapisem przebiegu, głodu i sposobów radzenia sobie.

6 Domknięcie

Podkreśl, że przerwa to nie kara, lecz regeneracja, która przywróci radość z życia. Zapytaj, co budzi największą obawę przed tym okresem.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Plan musi być realistyczny — zbyt ambitny prowadzi do porażki i zniechęcenia. Przy nasilonych objawach odstawienia w poważnych uzależnieniach behawioralnych rozważ wsparcie specjalistyczne.

Zarządzanie środowiskiem i bodźcami

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi tak ukształtować środowisko, by zmniejszyć ekspozycję na wyzwalacze i ułatwić zdrowe wybory.

1 Otwarcie i check-in

Omówcie przebieg okresu ograniczenia. Następnie przyjrzyjcie się, jak środowisko pacjenta podsyca lub utrudnia kompulsje.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij siłę środowiska: poleganie na samej silnej woli jest wyczerpujące i zawodne. Zmiana środowiska (usunięcie wyzwalaczy, zwiększenie „tarcia” przed zachowaniem, ułatwienie zdrowych alternatyw) jest znacznie skuteczniejsza i trwalsza.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zaprojektować zmiany środowiskowe: usunięcie lub utrudnienie dostępu do wyzwalaczy (wyłączenie powiadomień, usunięcie aplikacji, zmiana układu dnia) oraz ułatwienie zdrowych alternatyw (dostępność, widoczność, przygotowanie).

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent wybiera dwie konkretne zmiany środowiskowe: jedną utrudniającą zachowanie kompulsywne i jedną ułatwiającą zdrową alternatywę.

5 Praca domowa

Wdrożenie zaplanowanych zmian środowiskowych oraz obserwacja, jak wpływają na siłę i częstość przymusu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że mądre kształtowanie środowiska oszczędza silną wolę na naprawdę trudne momenty. Zapytaj, która zmiana będzie najłatwiejsza do wprowadzenia.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zmiany środowiskowe są jednym z najskuteczniejszych narzędzi. Pomóż pacjentowi traktować je nie jako oznakę słabości, lecz jako mądrą strategię, z której korzystają wszyscy skuteczni ludzie.

Wypełnianie pustki zdrowo

CEL SESJI

Pomóc pacjentowi zaspokajać realne potrzeby kryjące się pod kompulsją w zdrowy, satysfakcjonujący sposób.

1 Otwarcie i check-in

Wróćcie do potrzeb odkrytych wcześniej pod kompulsją. Jak pacjent zaspokaja je teraz, gdy ogranicza dawne zachowanie?

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że samo odebranie kompulsji zostawia pustkę, która domaga się wypełnienia. Trwała zmiana wymaga zbudowania zdrowych źródeł satysfakcji, sensu, kontaktu i regulacji emocji — inaczej przymus wróci lub przeniesie się na inne zachowanie.

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi zbudować repertuar zdrowych aktywności zaspokajających odkryte potrzeby: kontakt z ludźmi zamiast samotności, znaczące działania zamiast pustki, regulacja emocji zamiast znieczulania. Podkreślcie wartość „wolniejszych” przyjemności, które dają trwalszą satysfakcję.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent dobiera do każdej kluczowej potrzeby (np. kontakt, sens, ukojenie) jedną zdrową aktywność i planuje jej wprowadzenie.

5 Praca domowa

Wdrożenie zdrowych alternatyw zaspokajających realne potrzeby oraz obserwacja, jak wpływają na siłę przymusu.

6 Domknięcie

Podkreśl, że trwała zmiana polega nie tylko na odejmowaniu, lecz i na dodawaniu tego, co naprawdę karmi. Zapytaj, która zdrowa alternatywa najbardziej pacjenta pociąga.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Uważaj na „przeskok” kompulsji na inne zachowanie (z jednego ekranu na drugi, z jedzenia na zakupy). Praca nad realnymi potrzebami pod spodem zmniejsza to ryzyko.

Nawroty — zapobieganie i reakcja

CEL SESJI

Przygotować pacjenta na nawroty oraz wyposażyć go w plan reagowania, który zapobiega pełnemu powrotowi wzorca.

1 Otwarcie i check-in

Zapytaj o dotychczasowe potknięcia i to, jak pacjent na nie reagował. Zwaliduj, że nawroty są częścią procesu zmiany.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij różnicę między pojedynczym potknięciem (jednorazowy epizod) a pełnym nawrotem (powrót do dawnego wzorca). Kluczowa jest reakcja: samokrytyka i poczucie „i tak zawiodłem” często napędzają eskalację potknięcia w pełny nawrót („efekt naruszenia abstynencji”).

3 Główna interwencja

Pomóżcie pacjentowi opracować plan reakcji na potknięcie: zauważ bez samobiczowania → zrozum, co je wywołało → wyciągnij wniosek → wróć do planu jak najszybciej. Zidentyfikujcie też wczesne sygnały ostrzegawcze zbliżającego się nawrotu.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent tworzy osobisty plan reakcji na potknięcie oraz listę wczesnych sygnałów ostrzegawczych z konkretnymi działaniami zapobiegawczymi.

5 Praca domowa

Dopracowanie planu reagowania na nawroty i umieszczenie go w dostępnym miejscu, wraz z listą wsparcia.

6 Domknięcie

Podkreśl, że jedno potknięcie nie przekreśla postępu — liczy się szybki powrót na drogę. Zapytaj, jaki wczesny sygnał ostrzegawczy jest dla pacjenta najbardziej charakterystyczny.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Samokrytyka po potknięciu jest głównym motorem eskalacji w pełny nawrót. Wzmacniaj postawę samowspółczucia i „upadam, wstaję” jako kluczową umiejętność zapobiegania nawrotom.

Równowaga i wolność — utrzymanie

CEL SESJI

Skonsolidować zmiany w trwały, zrównoważony styl życia, w którym pacjent odzyskuje wolność i kontrolę.

1 Otwarcie i check-in

Podsumujcie całą drogę. Co się zmieniło w relacji pacjenta z kompulsją i z samym sobą? Doceń jego wytrwałość i odwagę.

2 Psychoedukacja

Wyjaśnij, że celem nie jest życie w ciągłej walce z przymusem, lecz odzyskanie wolności i równowagi: świadomego decydowania o swoich zachowaniach, czerpania radości z prostszych przyjemności i zaspokajania realnych potrzeb. Utrzymanie wymaga pielęgnowania zdrowych nawyków i czujności.

3 Główna interwencja

Stwórzcie plan utrzymania: filary zdrowego stylu życia pacjenta, wczesne sygnały powrotu wzorca, sprawdzone narzędzia radzenia sobie z głodem oraz plan reagowania na nawroty. Wzmocnijcie poczucie sprawczości i wolności.

4 Ćwiczenie w sesji

Pacjent formułuje wizję życia w równowadze — jak chce, by wyglądało, gdy kompulsja nie zajmuje już centralnego miejsca — oraz kluczowe nawyki, które ją podtrzymają.

5 Praca domowa

Finalizacja planu utrzymania i regularne pielęgnowanie filarów zdrowego, zrównoważonego stylu życia.

6 Domknięcie

Wzmocnij sprawczość i wolność pacjenta. Podsumujcie proces i ustalcie ewentualne sesje kontrolne. Pożegnaj z uznaniem dla przebytej drogi.

WSKAZÓWKA KLINICZNA

Zaplanuj sesje boosterowe. Jeśli kompulsja współwystępuje z innymi problemami (depresja, lęk, trauma), zadbaj o dalszą pracę nad nimi, by zmniejszyć ryzyko powrotu zachowania jako mechanizmu radzenia sobie.