

Barbara Kosmala, Sławomir Bukowski

## SESJA TERAPEUTYCZNA W PODEJŚCIU POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM

### THE THERAPEUTIC SESSION OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL PERSPECTIVE

Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek”

Kierownik: dr n. med. Sławomir Bukowski

**therapist competence  
practical guideline of therapy rules  
cognitive-behavioural therapy**

*W pracy zostały przedstawione zasady prowadzenia sesji terapeutycznej z perspektywy poznawczo-behawioralnej. Artykuł ma charakter praktycznego przewodnika. Jest próbą oddania specyfiki zasad terapii wypracowanych w ramach tego systemu. Jednocześnie stanowi prezentację reguł określających kompetencje terapeuty poznawczo-behawioralnego. Praca została wzbogacona o elementy studium osoby, przykłady pracy terapeutycznej oraz konceptualizacji wynikającej z empirycznego i klinicznego dorobku tego podejścia.*

**Summary:** This paper presents the main rules of leading sessions, elaborated in the cognitive-behavioural system. The authors' reflections also concentrate on the specificity of the range of competences of the cognitive therapist. They present their own therapeutic work and enrich the paper by a case study. They also present treatment proposals closely consequential from the described conceptualisation and also from empirical and clinical establishment.

### Wstęp

Podejście poznawcze w psychoterapii stanowi podstawę szybko rozwijających się metod leczenia [1, 2]. Od lat 60. znacząco ewoluje w kierunku pięcioczynnikowego, interakcyjnego modelu psychoterapii [2, 3]. Obecnie w podejściu poznawczym podkreśla się nie tylko wpływ myśli na uczucia, ale zakłada się ich wzajemne oddziaływanie z uwzględnieniem czynników behawioralnych, biologicznych i sytuacyjnych. W związku z szybko następującym rozwojem podejścia poznawczego w psychoterapii, coraz częściej zaciera się wyraźna różnica między tą metodą leczenia a innymi kierunkami, zwłaszcza podejściem integracyjnym lub eklektycznym. Coraz trudniej jest określić, czym jest, a czym nie jest psychoterapia poznawcza [2].

W pracy omówiono „klasyczne” zasady determinujące kompetencje terapeuty poznawczo-behawioralnego. Szczegółowy opis przebiegu wybranej sesji terapeutycznej jest praktycznym przewodnikiem po procedurach postępowania z pacjentem.

### Dane dotyczące pacjentki i jej procesu leczenia

Pacjentka lat 39. Jest mężatką od 14 lat. Ma jedno dziecko — 13-letniego syna. Posiada wyższe wykształcenie. Z zawodu nauczycielka. Przez wiele lat pracowała jedynie w domu,

udzielając korepetycji. Od roku pracuje w szkole w pełnym wymiarze godzin. Od 13. roku życia zgłaszała skargi na obniżenie nastroju oraz lęki dotyczące stanu zdrowia. Początkowo sporadycznie korzystała z konsultacji psychologicznych. Od 33. roku życia przyjmowała leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe. Jej lęki o własne zdrowie nadal się utrzymywały. Uczestniczyła też w rocznej psychoterapii grupowej. Zgłaszała nieznaczną poprawę w zakresie lęków o własne zdrowie. Zdecydowała się ponownie podjąć psychoterapię. Ustalono dwa główne cele pracy terapeutycznej: zmniejszenie cierpienia spowodowanego lękami o zdrowie oraz lepsze radzenie sobie z trudnościami w efektywnym kierowaniu przebiegiem własnego działania w pracy i w domu. Pacjentka nadal kontynuuje leczenie psychiatryczne i przyjmuje leki przeciwłękowe.

### **Przebieg wybranej sesji**

#### **1. Zapoznanie pacjentki ze strukturą sesji**

Terapeuta nawiązał do poprzedniej sesji. Przypomniał pacjentce mechanizmy, które podtrzymują u niej lęk o zdrowie. Wspomniał też o jej błędnej interpretacji czynników wyzwalających ten lęk, zaabsorbowaniu naturalnymi zmianami w funkcjonowaniu jej organizmu, którym przypisywała błędne (chorobowe) interpretacje. Starał się uświadomić jej patologiczną koncentrację uwagi na funkcjonowaniu własnego ciała, częstych, nieuzasadnionych medycznych konsultacjach w celu poszukiwania zapewnień o dobrym stanie zdrowia. Wszystkie te czynniki — podtrzymujące i wzmacniające proces spostrzegania niebezpieczeństwa, jakim jest ukryta, niezdiagnozowana choroba — ujęto w formie schematu, który przedstawiono i wyjaśniono pacjentce (rys. 1, rysunki w aneksie).

Tę część sesji zakończono krótkim przypomnieniem pacjentce struktury spotkania.

#### **2. Sprawdzanie stanu pacjenta**

Pacjentkę poproszono o określenie swojego samopoczucia. Jej nastrój został skontrolowany również za pomocą odpowiednich skal i kwestionariuszy. Ze względu na ograniczony czas spotkania, terapeuta przerywał zbyt długie dygresje pacjentki. Na sprawdzanie jej samopoczucia przeznaczył około 10 min. Jednocześnie dostosowywał tempo pracy na sesji do możliwości pacjentki, np. poprzez zwracanie uwagi na sygnały niewerbalne (np. chwilowe zagubienie czy dekoncentrację uwagi).

#### **3. Ustalanie programu sesji**

Terapeuta, wspólnie z pacjentką stworzył listę problemów, w taki sposób, by miały one charakter konkretny, specyficzny oraz realistyczny w kontekście terapii. Dbał o to, by były kontynuacją wcześniej uzgodnionych celów terapii. Następnie, też wspólnie z pacjentką, dokonał wyboru problemów priorytetowych i ustalił ich hierarchię.

#### **4. Przegląd pracy domowej (zadań samopomocowych)**

Zadanie domowe obejmowało: zapis automatycznych myśli, gdy pojawiają się lęki o zdrowie; prowadzenie dzienniczka aktywności w sytuacjach, w których występują omówione wcześniej zachowania podtrzymujące lęk o zdrowie, oraz przeczytanie informatora, dotyczącego specyfiki lęków o zdrowie. Następnie terapeuta wraz z pacjentką dokonał ana-

lizy napotkanych — podczas wykonywania pracy domowej — trudności, z uwzględnieniem ich stopnia oraz czynników sprzyjających i zaburzających efektywną pracę.

## 5. Realizacja programu

### 5.1. Strategie pracy w przypadku zaburzeń hipochondrycznych

W strategiach pracy dotyczących lęków pacjentki o własne zdrowie terapeuta zaplanował sporządzanie przez nią listy wybranych automatycznych myśli (najczęściej powtarzających się i wzbudzających największe emocje), analizę powiedzeń rodzinnych na temat zdrowia i choroby, technikę podążania za przeciwnościami<sup>1</sup>, technikę „strzałki w dół”<sup>2</sup>. W efekcie została stworzona lista poniższych przekonań oraz założeń:

Głębokie przekonania:

- „Jestem słaba fizycznie” — 95%<sup>3</sup>
- „Stres niszczy układ odpornościowy i prowadzi do choroby” — 100%
- „Choroba to cierpienie nie do zniesienia” — 80%
- „Choroba to wyrok bez ucieczki/ pułapka bez pomocy z zewnątrz/ brak nadziei” — 80%
- „Lekarze są niekompetentni” — 80%
- „Tabletki niszczą narządy” — 100%

Założenia:

- „O zdrowie należy się martwić” — 100%
- „Trzeba zrozumieć symptomy, żeby czegoś nie przegapić” (raka/zawału/innej nieuleczalnej choroby) — 100%
- „Jeśli mam tyle dolegliwości, to znaczy, że niszczy mnie stres” — 100%
- „Jeżeli się stresuję, to dostanę zawału/ raka/ innej nieuleczalnej choroby” — 100%
- „Nawet jak jestem spokojna, to stres siedzi w środku” — 80%
- „Jeśli stres siedzi w środku, to ujawni się w formie raka” — 100%

### 5.2. Konceptualizacja zaburzeń hipochondrycznych pacjentki

Zidentyfikowane założenia zostały zintegrowane w postaci poniższej konceptualizacji (rys. 2).

Centralną część konceptualizacji stanowią negatywne interpretacje oraz samonapędzające się „błędne koła” różnych czynników wyzwających i podtrzymujących lęk o zdrowie. Do „ramowej”, ogólnej konceptualizacji zostały włączone zidentyfikowane na sesji założenia. Czynniki wyzwające (senność, zmęczenie, napięcie) uaktywniały u pacjentki negatywne interpretacje w postaci automatycznych myśli („Mam tyle dolegli-

<sup>1</sup> Polega na zadawaniu takich pytań, jak: „Co spowodowałoby, że byłaby Pani szczęśliwa, zadowolona i nie bała się o własne zdrowie?” [3]

<sup>2</sup> Polega na zadawaniu różnych pytań tak długo, aż zostanie zidentyfikowane głębokie przekonanie, np. „Zakładając, że to prawda, co to by dla pani znaczyło? Jeśli to by się stało, co byłoby w tym złego? Co to by mówiło o pani? Gdyby to była prawda, co byłoby w tym złego?” [3]

<sup>3</sup> Procenty oznaczają poziom wiary pacjentki w jej przekonanie, gdzie 0% oznacza zupełny brak wiary w dane przekonanie, a 100% – całkowitą wiarę. Takie szacowanie pozwala na określenie poziomu sztywności i utrwalenia przekonań. Stanowi także częsty punkt odniesienia dla postępów w terapii.

wości”, „Choroba już się zaczęła”, „Kiedyś w końcu coś mi się stanie – to jedynie kwestia czasu”, „I tak niedługo coś mi będzie dolegać”). Następnie zostały one odniesione do założeń pacjentki („Jeśli mam tyle dolegliwości, to znaczy, że niszczy mnie stres”, „Skoro stres mnie niszczy, to na pewno pojawią się nowe dolegliwości albo straszna, nieuleczalna choroba”), które stanowiły czynnik podtrzymujący i jeden z czynników wyjaśniających lęki pacjentki. Założenia i wynikające z nich myśli automatyczne prowadziły do wielogodzinnego rozważania i prób zrozumienia przyczyn objawów oraz do procesu selektywnego spostrzegania czynników ryzyka choroby. W konsekwencji wzmacniały one i potwierdzały negatywną interpretację symptomów cielesnych oraz wzmacniały założenia pacjentki.

Negatywne interpretacje oraz założenia zwiększały intensywność ruminowania i proces selektywnego spostrzegania czynników ryzyka. Ponadto powodowały lęk, który jednocześnie wzmacniał objawy fizjologiczne (rys. 2). Tym sposobem wzmacniały się dysfunkcyjne interpretacje oraz założenia. Znajdowało to odbicie w zachowaniach pacjentki: częstym korzystaniu z medycznych konsultacji, poszukiwaniu zapewnień u męża i koleżanek, że jej podejrzenia co do stanu własnego zdrowia są słuszne oraz zabezpieczającego wg niej przed chorobą częstego odpoczywania.

Wszystkie te czynniki „wzmacniały” intensywność objawów fizjologicznych oraz negatywne interpretacje i założenia. Uniemożliwiały habituację stymulacji lękowej. Powstrzymywały też pacjentkę przed dostrzeżeniem braku zasadności lęków, czyli przed weryfikacją rzeczywistych powodów wzmocnienia się dolegliwości fizycznych. Ponawianie medycznych konsultacji prowadziło także do potwierdzenia obaw w wyniku działania czynników jatrogennych. W ten sposób wielokrotne konsultacje budziły nowe wątpliwości i nasilały lęki pacjentki (np. „Lekarz był zdziwiony, więc pewnie nie wiedział, co mi dokładnie dolega. Albo był niekompetentny, albo też moja choroba jest aż tak podstępna”).

Podsumowując, powyższe zachowania prowadziły pacjentkę do interpretacji jej symptomów jako oznak procesu chorobowego, czyli do spostrzegania niebezpieczeństwa (np. „Kiedyś na pewno zachoruję na straszego raka”), a następnie do wzrostu poziomu lęku i w konsekwencji do pogłębiania się dolegliwości fizycznych.

### 5.3. Strategie pracy w przypadku trudności pacjentki w efektywnym zarządzaniu czasem

Pacjentka zgłaszała na sesji trudności w efektywnym sprawdzaniu prac swoich uczniów. Skarżyła się na stałe wrażenie chaosu myślowego. Jej trudności powodowały częste opóźnienia w pracy. Na sesji zastosowano następujące strategie pomocy: modelowanie przez terapeutę umiejętności zarządzania czasem i koncentracji uwagi na priorytetach, identyfikację założeń i kluczowych przekonań, determinujących trudności pacjentki (rysunek „w nieskończoność rozgałęziającego się drzewa” — w celu zobrazowania skutków wikłania się w szczegóły), oraz ustalenie hierarchii różnych zachowań, stanowiących powstrzymywanie się od przymusu perfekcjonizmu.

### 5.4. Konceptualizacja trudności pacjentki w efektywnym zarządzaniu czasem

Na podstawie zgromadzonych informacji została wprowadzona wstępna konceptualizacja. Schemat działania pacjentki został przedstawiony w aneksie w formie graficznej (rys. 3).

Centralną część powyższej konceptualizacji stanowił lęk przed złym wywiązaniem się z obowiązków, przymus perfekcyjnego wykonania zadania, przymus dokładności, i założenia: „Nie mogę robić czegoś niedokładnie” (tego założenia nie ma na rysunku), „Muszę być dokładna i precyzyjna”, „Albo zrobię wszystko dokładnie, albo wcale”. Czynniki te przejawiały się w tendencji do szczegółowych analiz i w efekcie rodziły wątpliwości, niepewność oraz powodowały znaczne opóźnienie działań, zaniechanie wypełniania priorytetowych obowiązków, a nawet paraliż zdolności do analizy informacji.

W trakcie sesji terapeuta dokładał starań, żeby obie konceptualizacje problemów pacjentki zostały jej dokładnie wyjaśnione. Poświęcał czas na wydobywanie informacji zwrotnych, ujawniających stopień zrozumienia omawianych zagadnień.

Program sesji był realizowany według zasad ukierunkowanego odkrywania (guided discovery)<sup>4</sup>. W czasie rozmowy terapeuta unikał formy debaty, wykładu czy też perswazji. Zgodnie z podejściem poznawczym dbał o właściwą współpracę. Zapoznawał pacjentkę ze stosowanymi w terapii strategiami, np. wyjaśniał, czym są kluczowe treści poznawcze i jakie są sposoby ich wydobywania. Często zachęcał ją do dzielenia się własnym punktem widzenia. Starał się utrzymywać równowagę pomiędzy nadawaniem sesji struktury a pozwalaniem pacjentce na robienie dygresji. Często pozwalał jej brać odpowiedzialność za przebieg terapii. Jednocześnie nie pomijał własnych pomysłów, własnego punktu widzenia, gdyż wówczas nie byłaby to współpraca, ale nadmierna ugodowość.

Terapeuta pamiętał o regularnych podsumowaniach. Ich celem było: unikanie ryzyka pracy nad zagadnieniami nieistotnymi dla pacjentki, przyspieszanie procesu terapii poprzez ułatwianie przyswajania nowych informacji i doświadczeń, pomaganie w redukcji nieporozumień, wspomaganie koncentracji uwagi pacjentki na temacie sesji.

## 6. Ustalenie pracy domowej

W trakcie ustalania zadania domowego stosowano następujące zasady: uzasadnienie pracy domowej i motywowanie pacjentki do jej wykonywania, ustalenie szczegółowego i konkretnego planu pracy poza sesjami, ustalenie terminu realizacji zadań samopomocowych, spisanie całego planu. Poza tym terapeuta dokładał starań, aby zadanie domowe było kontynuacją zagadnień omawianych na sesji i było spójne z wcześniej ustalonymi celami terapii. Praca domowa była wypracowana wspólnie przez pacjenta i terapeuta. Jednocześnie terapeuta dbał o to, by w pierwszej kolejności pacjentka podawała swoje pomysły. Na końcu wspólnie z nią przewidywał trudności i ustalał plan alternatywny. Trudniejsze elementy pracy samopomocowej zostały przećwiczone na sesji. W trakcie prezentowanego spotkania plan pracy zawierał:

- Kontynuację zapisu automatycznych myśli tylko w sytuacji, gdy pojawiają się lęki o zdrowie.
- Stopniowe wdrażanie w życie zachowań, będących powstrzymaniem się od przymusu wikłania się w szczegóły — zgodnie z ustaloną hierarchią tych zachowań, np.: codzienne ograniczanie liczby płukania naczyń z 5 do 2; prasowanie koszul 1 raz, a nie 3 razy.

<sup>4</sup> Terapeuta często stosował formę pytań, zwanych pytaniami sokratejskimi. Ich celem było nakłonienie pacjentki do formułowania własnych wniosków.

- Stopniowe wdrażanie w życie zachowań, będących powstrzymaniem się od poszukiwania zapewnień, np. zaprzestanie chodzenia do lekarzy w najbliższych trzech miesiącach, zaniechanie wymuszania na mężu i koleżankach potwierdzenia swoich obaw.
- Ograniczenie analizy i poszukiwania przyczyn objawów (np. poprzez stosowanie techniki „stop”, dawanie sobie prostych wyjaśnień i szybkie odwracanie uwagi, obserwację myśli niczym „ciężarówka na moście”, bez wglębienia się w szczegółową analizę domniemanych przyczyn choroby, zmianę miejsca siedzenia, zajęcie się gotowaniem obiadu lub rozmową z synem, zapisanie na kartce swoich zmartwień dotyczących choroby i schowanie jej do koperty).
- Obserwację i zapis nasilenia lęków w związku ze stopniowym eliminowaniem czynników podtrzymujących lęki.
- Zapoznanie się i zaakceptowanie treści informatora, w którym została zawarta bardziej zaawansowana konceptualizacja lęków o zdrowie, celem dobrego przygotowania się do etapu wprowadzania konkretnych zmian.

### 7. Podsumowanie sesji

W podsumowaniu terapeuta zwrócił uwagę na mechanizmy podtrzymujące lęki pacjentki o zdrowie, np.: wielogodzinne zastanawianie się nad przyczynami objawów fizjologicznych, selektywne spostrzeganie czynników ryzyka, negatywna interpretacja symptomów cielesnych, częste korzystanie z medycznych konsultacji, poszukiwanie zapewnień u męża i koleżanek, że jej podejrzenia co do stanu własnego zdrowia są słuszne oraz zachowania, jej zdaniem, zabezpieczające przed chorobą, takie jak np. częste odpoczywanie (rys. 2).

Mówił także o trudnościach pacjentki w efektywnym działaniu w pracy i w domu, które były determinowane jej lękiem przed złym wywiązywaniem się z obowiązków, przymusem perfekcyjnego wykonywania zadania oraz następującymi założeniami: „Nie mogę robić czegoś niedokładnie” tego nie ma na rysunku, „Muszę być dokładna i precyzyjna”, „Albo zrobię wszystko dokładnie, albo wcale” (rys. 3).

Pod koniec spotkania terapeuta starał się ustalić, w jakim stopniu pacjentka rozumiała poruszane tematy. Pytał również o jej odczucia związane ze spotkaniem terapeutycznym. W celu zwiększenia samodzielności pacjentki, poprosił ją o podsumowanie najważniejszych aspektów sesji.

### Podsumowanie

Terapia poznawczo-behawioralna znalazła zastosowanie w leczeniu wielu zaburzeń [2, 3, 5, 8–13]. Jej efektywność została potwierdzona wynikami licznych badań [2, 11]. W polskiej literaturze przedmiotu koncepcje i zasady terapii wypracowane w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego były dotychczas najczęściej włączane w obręb innych systemów terapeutycznych. Artykuł ten jest próbą ukazania specyfiki tego podejścia. Opisane w pracy zasady prowadzenia sesji terapeutycznej wyraźnie odróżniają podejście poznawczo-behawioralne od innych kierunków terapeutycznych pod warunkiem, że nie są one stosowane w sposób selektywny.

Do zakresu kompetencji terapeuty poznawczego należą: tworzenie planu spotkania, wydobywanie informacji zwrotnej od pacjenta, relacja terapeutyczna oparta na współpracy,

umiejętność utrzymywania właściwego dla pacjenta tempa pracy wraz z ekonomicznym zarządzaniem czasem sesji, umiejętności inter- i intrapersonalne terapeuty (obowiązujące także w innych podejściach). Istotne jest również stosowanie specyficznych poznawczo-behawioralnych technik i strategii takich, jak: prowadzenie terapii według zasad ukierunkowanego odkrywania (guided discovery), konceptualizacja problemu i objaśnianie jej pacjentowi, koncentracja na kluczowych treściach poznawczych i kluczowych zachowaniach, korzystanie z szerokiego repertuaru poznawczych i behawioralnych strategii zmiany oraz ustalanie pracy domowej.

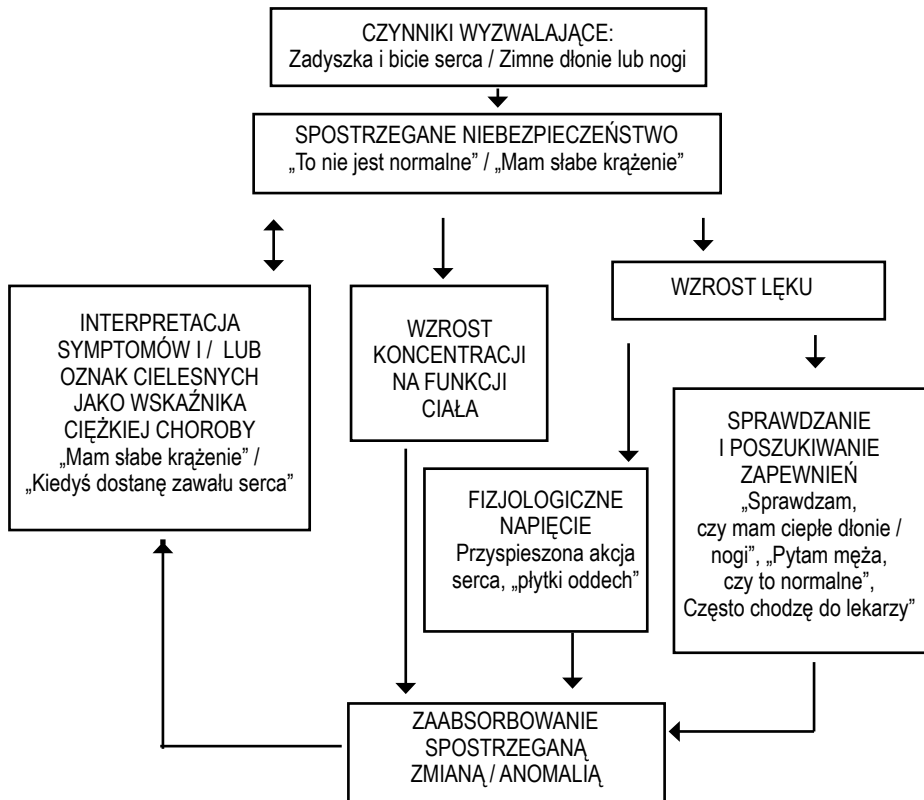
Do zasad prowadzenia sesji w podejściu poznawczo-behawioralnym należy: zapoznanie pacjenta ze strukturą sesji, sprawdzanie jego stanu psychicznego, ustalanie programu sesji, przegląd pracy domowej, realizacja programu, konceptualizacja problemu pacjenta, regularne podsumowywanie etapów i procesów zachodzących w trakcie sesji, zadawanie pracy domowej oraz podsumowanie końcowe terapeuty i wysłuchanie opinii pacjenta.

### Piśmiennictwo

1. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoter.* 2000; 2: 53–62.
2. Dowd ET. Psychoterapia poznawcza — stan obecny i kierunki rozwoju. *Psychoter.* 2000; 2: 23–36.
3. Padesky ChA, Greenberger D. *Clinician's Guide to mind over mood*. New York: Guilford Press; 1995.
4. Salkovskis PM. Somatic problems. W: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, red. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
5. Beck JS. *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
6. Wells A. *Hypochondriasis: health anxiety*. W: Wells A, red. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Sussex: John Wiley & Sons; 1997.7. Millon Th, Davis R. *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2005.
8. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. The development and principles of cognitive-behavioural treatments. W: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, red. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
9. Salkovskis PM. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
10. Rachman S. The evolution of cognitive behaviour therapy. W: Clark DM, Fairburn C, red. *Science and practice of cognitive behavioural therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
11. Dattilio FM, Padesky ChA. *Terapia poznawcza dla par małżeńskich*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1999.
12. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D. *Oksfordzki Podręcznik Eksperymentów Behawioralnych w Terapii Poznawczej*. Gdynia: Alliance Press; 2005.
13. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń. T. II*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.

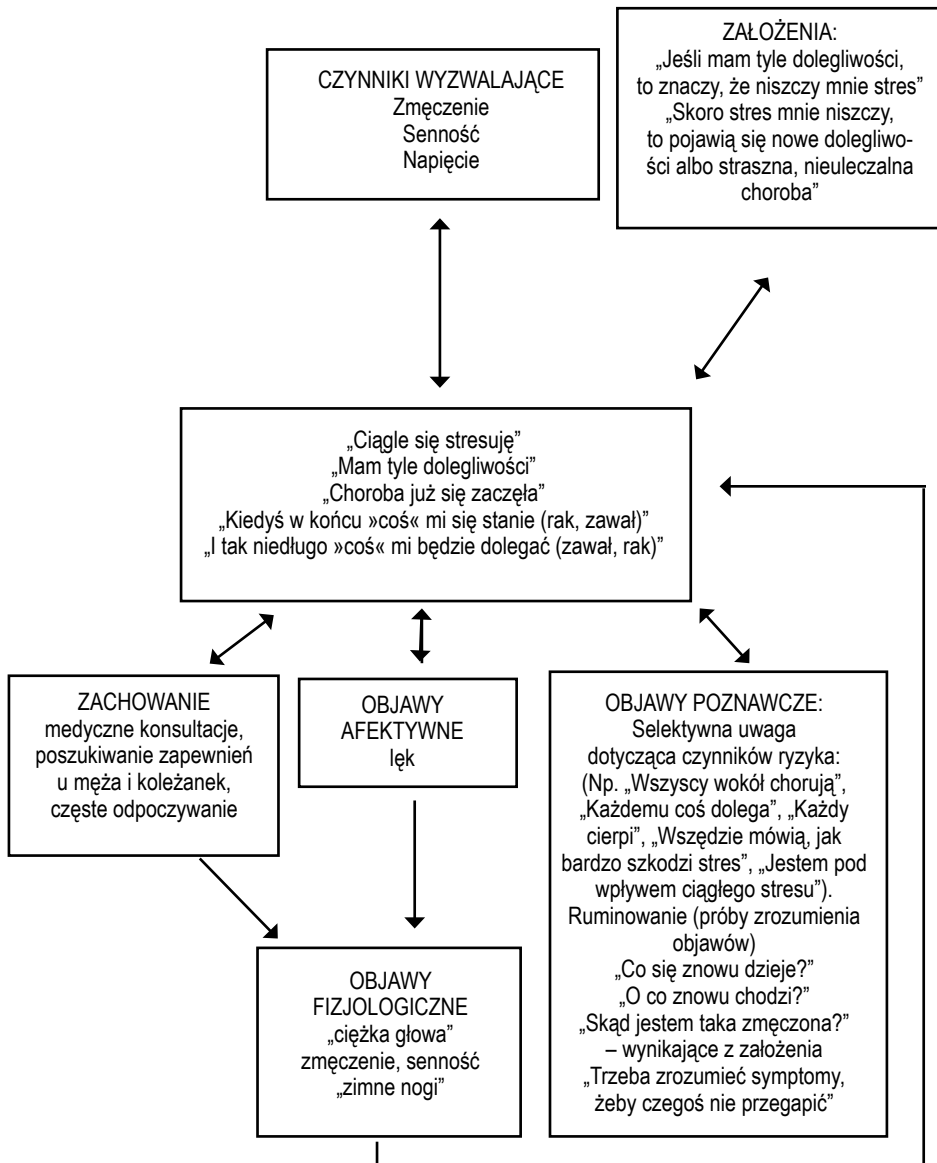
Adres: Poradnia Zdrowia Psychicznego  
Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”  
ul. Koszykowa 78, 00-911 Warszawa  
e-mail: basia.kosmala@wp.pl

## ANEKS

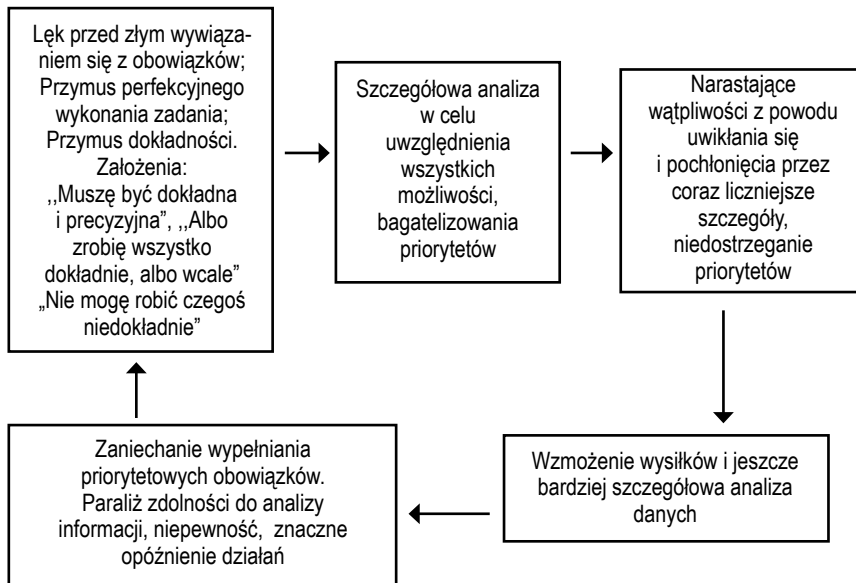


Rys 1. Hipotetyczne mechanizmy podtrzymujące w hypochondrii (Salkovskis 1989 [4])





Rys 2. **Konceptualizacja lęku o zdrowie (Wells 1997 [6])**



Rys. 3. Schemat kierowania przez pacjentkę przebiegiem własnego działania [7].