

Protokół CWP: Klient w depresji: aktywacja, myśli i zapobieganie nawrotom, darmowy fragment

Protokół CWP: ustrukturyzowany scenariusz pracy dla psychologów i psychoterapeutów

MODUŁ 1

Przygotowanie

1.1 Cel materiału

Ten protokół to ustrukturyzowany scenariusz pracy psychologa lub psychoterapeuty z dorosłym klientem w epizodzie depresyjnym łagodnym lub umiarkowanym oraz z osobą, u której depresja nawraca. Prowadzi od pierwszego wywiadu i oceny nasilenia, przez psychoedukację, aktywację behawioralną i pracę z myślami, aż po zapobieganie nawrotom i plan na gorszy czas. Zawiera gotowe pytania, przykładowe wypowiedzi, struktury sesji, karty pracy i winiety.

Materiał **nie jest** narzędziem diagnostycznym ani zamiennikiem leczenia psychiatrycznego. Rozpoznanie zaburzenia depresyjnego stawia lekarz psychiatra lub klinicysta uprawniony do diagnozy w Twoim systemie pracy; Ty zbierasz obraz, oceniasz nasilenie i ryzyko, prowadzisz pomoc psychologiczną i wiesz, kiedy kierować dalej.

1.2 Kiedy stosować

- klient od co najmniej kilku tygodni opisuje obniżony nastrój, utratę zainteresowań lub radości, spadek energii,
- wyraźnie wycofał się z aktywności, kontaktów i obowiązków, a „brak siły” tłumaczy jako lenistwo lub słabość,
- dominują pesymistyczne myśli o sobie, świecie i przyszłości, poczucie winy, krytyka siebie, krążenie myśli,
- klient był już leczony z powodu depresji i chce zmniejszyć ryzyko kolejnego epizodu,
- klient jest w trakcie farmakoterapii, a psychiatra zaleca równoległą pomoc psychologiczną,
- obniżony nastrój pojawił się po stracie, porodzie lub w starszym wieku, a obraz wymaga starannego różnicowania (moduł 3g).

1.3 Dla kogo

Dla psychologów i psychoterapeutów pracujących z dorosłymi: w gabinecie prywatnym, w poradni zdrowia psychicznego, w centrum zdrowia psychicznego (CZP), w ośrodku interwencji kryzysowej, w opiece podstawowej. Protokół zakłada podstawową znajomość podejścia poznawczo-behawioralnego, ale aktywacja behawioralna i plan zapobiegania nawrotom dają się włączyć także w pracę prowadzoną w innym nurcie. Osoby w trakcie szkolenia korzystają z niego pod superwizją, zwłaszcza gdy w obrazie pojawiają się myśli samobójcze.

1.4 Cel pracy tym protokołem

- wspólne zrozumienie, czym jest depresja klienta: jak się zaczęła, co ją podtrzymuje, jak wpływa na codzienność,
- przerwanie błędnego koła wycofania przez stopniowe, zaplanowane wracanie do aktywności ważnych dla klienta,
- zmiana relacji z depresyjnymi myślami i ruminacją: z „to prawda o mnie” na „to depresja tak mówi”,
- uregulowanie snu i rytmu dnia jako podstawy pozostałej pracy,
- dobra współpraca z psychiatrą i bliskimi, przy jasnym podziale ról,
- spisany, przetestowany plan rozpoznawania wczesnych sygnałów nawrotu i reagowania na nie.

Nie obiecuj klientowi wyleczenia ani terminu, w którym „będzie po wszystkim”. Większość osób w epizodzie łagodnym i umiarkowanym doświadcza wyraźnej poprawy przy systematycznej pracy, ale przebieg jest indywidualny, a depresja bywa nawracająca. Uczciwa obietnica brzmi: „będziemy krok po kroku sprawdzać, co Panu pomaga, i przygotujemy plan na przyszłość”.

1.5 Bezpieczeństwo przede wszystkim

Ocena ryzyka samobójczego jest elementem każdej sesji tego protokołu, nie tylko pierwszej. Pytaj wprost o myśli o śmierci i samobójstwie; pytanie nie zwiększa ryzyka, a daje klientowi przyzwolenie, by powiedzieć prawdę. Sposób zadawania pytań i reagowania opisuje moduł 3a; pełną procedurę, plan bezpieczeństwa i dokumentację zawiera protokół CWP „Kryzys suicydalny”, który warto mieć pod ręką jako uzupełnienie.

W bezpośrednim zagrożeniu życia dzwoniś pod **112** lub organizujesz transport do szpitalnej izby przyjęć. Numery dla klienta: **800 70 2222** (Centrum Wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego, całodobowo), **116 123** (Kryzysowy Telefon Zaufania dla dorosłych), **116 111** (Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, gdy w domu klienta jest dziecko lub nastolatek w kryzysie).

1.6 Przeciwwskazania i granice kompetencji

Ten protokół nie jest właściwą pierwszą interwencją, a klient wymaga **pilnego kierowania do psychiatry**, gdy:

- epizod ma nasilenie ciężkie: klient nie jest w stanie zadbać o podstawowe potrzeby (jedzenie, picie, higiena), nie wstaje z łóżka, przestaje funkcjonować,
- występują objawy psychotyczne: urojenia winy, kary, ruiny, choroby, omamy, nawet jeśli klient mówi o nich „spokojnie”,
- w wywiadzie pojawiają się epizody manii lub hipomanii, czyli podejrzenie, że depresja jest fazą choroby afektywnej dwubiegunowej,
- ryzyko samobójcze jest wysokie: konkretny plan, przygotowania, wcześniejsze próby z niedawnym pogorszeniem, utrata nadziei połączona z zamiarem,
- pojawia się depresja w okresie okołoporodowym z dezorganizacją, splątaniem, myślami o skrzywdzeniu dziecka lub objawami psychotycznymi,
- współwystępuje aktywne uzależnienie, które dominuje obraz, lub nagłe pogorszenie somatyczne.

W tych sytuacjach Twoją rolą jest zapewnienie bezpieczeństwa i skuteczne przekazanie klienta do leczenia; praca psychologiczna według tego protokołu może wrócić po ustabilizowaniu stanu, w porozumieniu z lekarzem.

Psycholog nie dobiera, nie zmienia i nie odstawia leków, nie wystawia zwolnień lekarskich i nie ocenia, czy klient „powinien” brać leki. Może natomiast rozmawiać o doświadczeniach z leczeniem, wątpliwościach i działaniach niepożądanych, zachęcając do omówienia ich z lekarzem (moduł 3f).

1.7 Przygotowanie specjalisty

- Przeczytaj cały protokół, zwłaszcza moduł 3a (ryzyko) i 3f (psychiatra i leki), zanim zaczniesz pierwszą sesję.
- Spisz lokalne zasoby: najbliższe CZP lub poradnia zdrowia psychicznego (do psychiatry w ramach NFZ nie trzeba skierowania), szpitalna izba przyjęć psychiatrycznych, ośrodki interwencji kryzysowej, psychiatrę, z którym możesz się konsultować.
- Przygotuj wydruki kart z modułu 6, zwłaszcza monitorowania aktywności i planu dnia; w depresji pierwsza karta musi być gotowa od razu, bez „przyniosę za tydzień”.
- Ustal, jak klient może się z Tobą kontaktować między sesjami i co ma zrobić, gdy poczuje się gorzej poza Twoimi godzinami. Zapisz to w kontrakcie.
- Zadbaj o siebie: praca z depresją bywa obciążająca, a beznadzieja klienta „udziela się”. Superwizja nie jest luksusem, tylko częścią bezpiecznej pracy.

1.8 Częste błędy przy pracy z depresją

Błąd	Dlaczego szkodzi	Co zrobić zamiast tego
Pomijanie pytania o myśli samobójcze, „żeby nie straszyć”	Ryzyko pozostaje nierozpoznane, klient uczy się, że o tym się nie mówi	Pytaj wprost na każdej sesji, krótką sekwencją z modułu 3a
Czekanie, aż klient „poczucie motywację”, zanim zaczniesz działać	W depresji motywacja zwykle przychodzi po działaniu, nie przed nim	Wprowadź zasadę „działanie z zewnątrz do wewnątrz” (moduł 3c)
Zbyt duże zadania na start („proszę wrócić na siłownię”)	Niewykonanie potwierdza przekonanie „jestem do niczego”	Kroki na 5-10 minut, wykonalne nawet w gorszy dzień
Spór z depresyjnymi myślami w pierwszych tygodniach	Przy dużym nasileniu klient nie ma zasobów na restrukturyzację, czuje się niezrozumiany	Najpierw aktywacja i rytm dnia, praca poznawcza stopniowo
Przeoczenie hipomanii w wywiadzie	Depresja w przebiegu choroby dwubiegunowej wymaga innego leczenia	Zawsze pytaj o okresy podwyższonego nastroju i energii (moduł 2.4)
Wchodzenie w rolę lekarza („może warto zmniejszyć dawkę”)	Przekroczenie kompetencji, realne ryzyko dla klienta	Odsyłaj pytania o leki do lekarza, pomóż klientowi je przygotować
Zamknięcie pracy, gdy tylko nastrój się poprawi	Rośnie ryzyko szybkiego nawrotu	Zaplanuj fazę utrwalania i plan na gorszy czas (moduł 7)

1.9 Jak zbudowany jest protokół

Sekcja	Zawartość	Orientacyjny moment użycia
Moduł 2	Mapa problemu: wywiad, ocena nasilenia, pytania o hipomanię, kontekst, czynniki podtrzymujące	Sesje 1-2
Wprowadzenie teoretyczne	Kryteria ICD-11 i DSM-5-TR, model wycofania, triada poznawcza, ruminalacja, nawroty	Przed modulem 3
Moduł 3a-3g	Ryzyko na każdym etapie, psychoedukacja, aktywacja behawioralna, myśli i ruminalacja, sen i rytm dnia, psychiatra i leki, sytuacje wymagające różnicowania	Sesje 2-12
Moduł 4	Plan pracy w fazach, cele, hierarchia aktywności, praca z bliskimi	Po zbudowaniu mapy problemu
Moduł 5	Gotowe struktury sesji: pierwsza, aktywacyjna, poznawcza, z bliskim, utrwalająca	Każda sesja
Moduł 6	Karty pracy między sesjami	Od pierwszej sesji
Moduł 7	Podsumowanie, ocena zmiany, plan na gorszy czas, zakończenie	Ostatnie 2-4 sesje
Materiały uzupełniające	Checklista, diagnoza różnicowa, czerwone flagi i kierowanie dalej, praca z rodziną, szablony, winiety, bank pytań i ćwiczeń, słowniczek	W zależności od potrzeby

MODUŁ 2

Mapa problemu

Celem pierwszych jednej-dwóch sesji jest zebranie obrazu, który pozwoli ocenić nasilenie, ryzyko i wskazania do konsultacji psychiatrycznej, a jednocześnie da klientowi doświadczenie, że ktoś rozumie, co się z nim dzieje. Osoba w depresji często ma mało energii na długi wywiad: pytaj konkretnie, rób krótkie podsumowania, nie wymagaj szczegółowych dat.

2.1 Pytania wstępne

Co sprawiło, że zgłosił się Pan/zgłosiła się Pani właśnie teraz?

- Czy to był Pana/Pani pomysł, czy ktoś Pana/Panią namówił?
- Co by się stało, gdyby Pan/Pani jeszcze poczekał/a?

Wskazówka: W depresji zgłoszenie często następuje dopiero, gdy coś przestaje działać (praca, związek) albo gdy bliski naciska. Informacja, kto chciał tej wizyty, mówi wiele o motywacji i o tym, kogo warto włączyć później.

NOTATKI WŁASNE

Jak opisałby Pan/opisałaby Pani swój nastrój w ostatnich dwóch tygodniach? Proszę opisać zwykły dzień od przebudzenia do zaśnięcia.

- Czy są pory dnia, kiedy jest lepiej albo gorzej?
- Czy zdarzają się chwile, kiedy coś cieszy, choćby trochę?

Wskazówka: Opis zwykłego dnia jest bogatszy niż odpowiedź na pytanie o „nastrój”. Zwróć uwagę na poranne pogorszenie, czas spędzany w łóżku, brak reaktywności nastroju na dobre wydarzenia.

NOTATKI WŁASNE

Od kiedy to trwa? Czy był moment, w którym zauważył Pan/zauważyła Pani, że coś się zmieniło?

- Czy wcześniej w życiu był podobny okres? Jak się skończył?
- Ile takich okresów było do tej pory?

Wskazówka: Liczba wcześniejszych epizodów i przebieg poprzednich (samoistna poprawa, leczenie, długość) są ważne dla oceny ryzyka nawrotu i planu w module 7.

NOTATKI WŁASNE

Co straciło dla Pana/Pani smak? Czym kiedyś się Pan/Pani zajmował/a z przyjemnością, a teraz już nie?

Wskazówka: Anhedonia bywa trudniejsza do nazwania niż smutek. Lista utraconych aktywności to od razu materiał do aktywacji behawioralnej w module 3c, zapisz ją dosłownie.

NOTATKI WŁASNE

Czy korzystał Pan/korzystała Pani wcześniej z pomocy psychologa lub psychiatry? Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie jakieś leki, także na inne choroby?

- Co wtedy pomogło, a co nie?
- Czy jakiś lek został odstawiony niedawno?

Wskazówka: Wiedza o przyjmowanych lekach jest potrzebna do współpracy z lekarzem (moduł 3f). Niektóre leki stosowane w innych chorobach mogą wpływać na nastrój; ocena tego należy do lekarza, Ty zbierasz informację.

NOTATKI WŁASNE

2.2 Objawy: mapa w trzech obszarach

Przejdź przez trzy obszary objawów. Nie musisz zadawać wszystkich pytań w tej kolejności; zaznaczaj, co już padło w swobodnej rozmowie. Pytaj o ostatnie dwa tygodnie i o to, czy objaw występuje przez większą część dnia, prawie codziennie.

Obszar	Objaw	Przykładowe pytanie	Obecny? Od kiedy?
Nastrój	Obniżony nastrój, smutek, pustka, drażliwość	„Jak często w ostatnich tygodniach czuł się Pan smutny, pusty albo bez nadziei?”	
	Utrata zainteresowań i radości	„Czy rzeczy, które zwykle cieszyły, teraz są obojętne?”	
Myślenie i zachowanie	Trudności z koncentracją, decyzjami	„Czy czytanie, oglądanie filmu, decyzje przychodzą trudniej niż zwykle?”	
	Poczucie bezwartościowości, nadmierna wina	„Jak Pani teraz o sobie myśli? Czy obwinia się Pani za rzeczy, na które nie miała wpływu?”	
	Beznadzieja	„Jak widzi Pan swoją przyszłość, za miesiąc, za rok?”	
	Myśli o śmierci, samobójstwie	Sekwencja z modułu 3a	
Ciało	Sen (bezsennność lub nadmierna senność)	„Jak Pan teraz śpi? Budzi się Pan wcześniej, niż by chciał?”	
	Apetyt, masa ciała	„Czy zmienił się apetyt? Czy waga się zmieniła bez celowej diety?”	
	Spowolnienie lub niepokój ruchowy	„Czy ktoś zauważył, że mówi Pani wolniej albo nie może usiedzieć?”	
	Zmęczenie, brak energii	„Ile energii ma Pan rano, w skali od 0 do 10?”	

NOTATKI WŁASNE

2.3 Ocena nasilenia i narzędzia przesiewowe

Nasilenie oceniasz na podstawie trzech źródeł: liczby i siły objawów, wpływu na funkcjonowanie (praca, dom, relacje, dbanie o siebie) oraz obecności objawów wymagających pilnej konsultacji (ryzyko samobójcze, objawy psychotyczne). Wpływ na funkcjonowanie jest często lepszym wskaźnikiem niż sama liczba objawów.

W praktyce przydają się standaryzowane narzędzia, z którymi warto zapoznać się w ich oficjalnych wersjach:

- **krótkie kwestionariusze samoopisowe** (na przykład PHQ-9, szeroko stosowany w opiece podstawowej, lub inwentarze depresji typu Becka), które pozwalają szybko oszacować nasilenie i powtarzać pomiar co kilka tygodni,
- **skale wypełniane przez klinicystę** (na przykład skala Hamiltona lub skala Montgomery-Åsberg), stosowane częściej w leczeniu psychiatrycznym i badaniach,
- **narzędzia dla grup szczególnych:** Edynburska Skala Depresji Poporodowej w okresie okołoporodowym i Geriatryczna Skala Depresji u osób starszych (moduł 3g),
- **kwestionariusze przesiewowe w kierunku hipomanii**, gdy wywiad budzi wątpliwości (moduł 2.4).

Wynik kwestionariusza nie jest rozpoznaniem. Korzystaj z wersji, do których masz prawo (część narzędzi jest objęta licencją), stosuj zalecane progi i normy, a wynik zawsze konfrontuj z wywiadem. Pojedyncze pytanie kwestionariusza o myśli samobójcze nie zastępuje rozmowy o ryzyku: każda odpowiedź inna niż „wcale” wymaga dopytania w tej samej sesji.

Orientacyjny obraz	Co zwykle widać	Co to oznacza dla tego protokołu
Łagodny	Objawy obecne i uciążliwe, klient funkcjonuje z wysiłkiem, zwykle chodzi do pracy	Pełna praca protokołem; aktywacja i psychoedukacja na start
Umiarkowany	Wyraźne trudności w kilku obszarach, część obowiązków zaniedbana	Pełna praca protokołem, rozważ konsultację psychiatryczną, częstsza ocena ryzyka
Ciężki	Znaczne upośledzenie funkcjonowania, często myśli samobójcze, czasem objawy psychotyczne	Pilnie psychiatrę; protokół jako uzupełnienie po stabilizacji

2.4 Pytania o hipomanię i manię

To pytania obowiązkowe, nawet gdy klient przychodzi „tylko z depresją”. Depresja jest często pierwszą fazą choroby afektywnej dwubiegunowej, a okresy hipomanii klienci rzadko zgłaszają sami, bo pamiętają je jako „dobry czas”.

Czy był w Pana/Pani życiu okres, kiedy przez kilka dni z rzędu miał/a Pan/Pani znacznie więcej energii niż zwykle, potrzebował/a dużo mniej snu i nie czuł/a zmęczenia?

- Czy inni zauważyli, że mówi Pan/Pani szybciej, ma więcej pomysłów, wydaje więcej pieniędzy?
- Czy podejmował/a Pan/Pani wtedy decyzje, których później Pan/Pani żałował/a?

Wskazówka: Odpowiedź twierdząca, zwłaszcza z obniżoną potrzebą snu bez zmęczenia, jest wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej przed planowaniem dalszej pracy. Zapytaj też, czy ktoś w rodzinie chorował na chorobę dwubiegunową.

NOTATKI WŁASNE

2.5 Kontekst życiowy

Obszar	Pytanie orientacyjne	Notatka
Praca, nauka, finanse	Czy klient pracuje, czy jest na zwolnieniu, czy sytuacja finansowa jest źródłem stresu?	
Relacje	Z kim mieszka, kto wie o depresji, kto wspiera, a z kim są konflikty?	
Straty i zmiany	Śmierć bliskiej osoby, rozstanie, przeprowadzka, emerytura, choroba, poród w ostatnim roku?	
Zdrowie somatyczne	Choroby przewlekłe, ból, niedawne badania (tarczyca, morfologia), leki?	
Substancje	Alkohol, leki nasenne i uspokajające, inne substancje „na sen” lub „na nerwy”?	
Doświadczenia przemocy	Czy klient jest obecnie bezpieczny w domu i w relacjach?	
Zasoby	Co dotąd pomagało w trudnych okresach, z czego klient jest dumny, co jeszcze działa?	

2.6 Czynniki podtrzymujące

Szukaj tego, co utrzymuje depresję dziś, niezależnie od tego, co ją wywołało. Najczęściej: wycofanie z aktywności i kontaktów, długie leżenie w łóżku i rozregulowany sen, ruminacja, samokrytyka, unikanie zaległych spraw, które rosną, alkohol „na sen”, przeciążenie obowiązkami bez odpoczynku, konflikt w domu, przewlekły stres w pracy.

Co Pan/Pani robi, kiedy jest najgorzej? Co daje choćby chwilową ulgę?

- Czy ta ulga trwa, czy po niej jest gorzej?

Wskazówka: Odpowiedzi zwykle ujawniają strategie unikające (leżenie, scrollowanie, alkohol, odkładanie), które przynoszą krótką ulgę i pogłębiają depresję. To rdzeń modelu z modułu 3c.

NOTATKI WŁASNE

Gdyby depresja jutro zniknęła, po czym poznałby Pan/poznałaby Pani to jako pierwszy/pierwsza? Co by Pan/Pani zrobił/a?

Wskazówka: Odpowiedź daje cele operacyjne do modułu 4 i pokazuje, które wartości klienta zostały zablokowane przez depresję.

NOTATKI WŁASNE

2.7 Mapa problemu na jednej stronie**Wyzwalacze i czynniki obciążające (co poprzedziło epizod)**

Objawy w trzech obszarach i ich nasilenie

Ryzyko samobójcze (stan na dziś, data oceny)

Czynniki podtrzymujące (zachowania, myśli, sen, otoczenie)

Zasoby i czynniki chroniące

Wskazania do konsultacji psychiatrycznej (tak, nie, dlaczego)

© Centrum Wiedzy Psychologicznej (CWP.edu.pl). Materiał chroniony prawem autorskim, do użytku własnego specjalisty. Nie kopiować i nie udostępniać osobom trzecim bez zgody.

MASZ PACJENTA Z...?

Protokół, szkolenia i artykuł w jednym pakiecie

Ten protokół jest częścią gotowego pakietu do pracy z konkretnym problemem klienta. Obok protokołu znajdziesz 2 szkolenia, które pogłębiają temat, i artykuł na szybki start.

→ Masz pacjenta z depresją?

cwp.edu.pl/masz-pacjenta/depresja

→ Wszystkie problemy

cwp.edu.pl/masz-pacjenta