

Protokół CWP: Natręctwa (OCD), darmowy fragment

Protokół CWP: ustrukturyzowany scenariusz pracy dla psychologów i psychoterapeutów

MODUŁ 1

Przygotowanie

1.1 Cel materiału

Ten protokół to ustrukturyzowany scenariusz pracy z dorosłym klientem, który zmaga się z natrętnymi myślami, obrazami lub impulsami oraz z czynnościami (jawnymi albo wykonywanymi w głowie), którymi próbuje te myśli zneutralizować. Prowadzi Cię od pierwszej rozmowy, przez rozpoznanie i różnicowanie, zbudowanie wspólnego modelu problemu, mapę natręctw i rytuałów, aż do planu ekspozycji z powstrzymaniem reakcji (ERP), pracy z rodziną wciągniętą w rytuały i zapobiegania nawrotom.

Materiał **nie jest** narzędziem diagnostycznym ani standaryzowanym testem psychometrycznym. Nie zastępuje wykształcenia klinicznego, szkolenia w CBT, superwizji ani konsultacji psychiatrycznej.

1.2 Kiedy stosować

Protokół sprawdza się, gdy klient opisuje jeden lub kilka z poniższych obrazów:

- nawracające, niechciane myśli, obrazy lub impulsy, które przeżywa jako obce, niepokojące albo sprzeczne z tym, kim jest (na przykład myśli o skrzywdzeniu dziecka, obraz bluźnierczy, obawa przed zarażeniem),
- czynności powtarzane według sztywnych reguł albo do pocucia „teraz jest dobrze”, także w myślach (formuły, „anulowanie” złej myśli, analizowanie),
- częste szukanie zapewnień u bliskich, w internecie, u specjalistów, w spowiedzi,
- unikanie miejsc, przedmiotów, osób lub słów, które uruchamiają natręctwa,
- znaczną stratę czasu i cierpienie, a także wpływ na pracę, relacje i życie rodzinne.

Nie jest przeznaczony jako jedyna forma pomocy przy natręctwach z brakiem wglądu o charakterze urojeniowym, przy współwystępującym epizodzie psychotycznym, ciężkim epizodzie depresyjnym z myślami samobójczymi, czynnym uzależnieniu ani przy skrajnym nasileniu objawów, w którym klient nie jest w stanie zadbać o podstawowe potrzeby (jedzenie, sen, higiena). W tych sytuacjach priorytetem jest bezpieczeństwo i konsultacja psychiatryczna, a ERP wprowadza się dopiero wtedy, gdy stan klienta na to pozwala.

1.3 Dla kogo

Protokół jest przeznaczony dla psychologów i psychoterapeutów pracujących z dorosłymi, którzy znają podstawy terapii poznawczo-behawioralnej (formułowanie przypadku, myśli automatyczne, zachowania zabezpieczające, ekspozycja). Jeśli dopiero uczysz się ERP, pracuj pod superwizją: łatwo nieświadomie zapewniać klienta albo akceptować „mini rytuały” w trakcie ćwiczenia.

1.4 Cel pracy tym protokołem

Praca zmierza do czterech celów, które warto nazwać klientowi wprost już na początku:

1. **Zrozumienie mechanizmu.** Klient widzi, że problemem nie jest sama treść myśli, tylko znaczenie, jakie jej nadaje, i to, co robi, żeby się jej pozbyć.
2. **Zmiana relacji z myślami.** Natrętne myśli mogą się nadal pojawiać, ale przestają rządzić zachowaniem. Celem nie jest „nigdy więcej takiej myśli”, tylko „mam tę myśl i robię swoje”.
3. **Odzyskanie czasu i obszarów życia** zabranych przez rytuały i unikanie.
4. **Samodzielność** w planowaniu ekspozycji, gdy objawy wrócą.

Nie obiecuj klientowi wyleczenia ani tego, że natrętne myśli znikną. Rzetelnie możesz powiedzieć, że ERP jest metodą o dobrze udokumentowanej skuteczności, że u wielu osób prowadzi do wyraźnego zmniejszenia objawów i poprawy funkcjonowania, a objawy mają tendencję do nawracania w okresach stresu, dlatego część pracy poświęć przygotowaniu na takie momenty.

1.5 Przeciwwskazania i ograniczenia zastosowania

- Nie zaczynaj ERP, zanim klient nie rozumie i nie akceptuje jej sensu. Ekspozycja narzucona albo „przemyciona” bez

zgody klienta niszczy zaufanie i zwykle kończy się przerwaniem terapii.

- Nie projektuj ekspozycji niosących realne ryzyko (zdrowotne, prawne, finansowe) ani naruszających wartości klienta. Ekspozycja konfrontuje z niepewnością, nie z faktycznym niebezpieczeństwem.
- Przy współwystępującej ciężkiej depresji klient może nie mieć energii na ERP. Zwykle najpierw stabilizuje się nastrój (często z udziałem psychiatry), a ekspozycję wprowadza się stopniowo.
- Przy myślach o skrzywdzeniu innych oceń starannie, czy to natręctwa, a nie zamiary (moduł 2.4).

1.6 Przygotowanie specjalisty przed pierwszą sesją poświęconą natręctwom

- Przeczytaj moduł 2b (model teoretyczny) i moduł 3d (rytuały ukryte). Najczęstszy błąd początkujących to przeoczenie rytuałów w głowie i szukania zapewnień, przez co ERP „nie działa”.
- Przygotuj kartę mapy natręctw (moduł 3a) i formularz hierarchii (moduł 4.4) w wersji do wydruku.
- Przemysł własną reakcję na treści o krzywdzeniu dzieci, seksualne czy bluźniercze. Klient obserwuje Twoją twarz, a spokojna, rzeczowa reakcja jest częścią interwencji.
- Sprawdź, gdzie w okolicy szybko skierujesz klienta do psychiatry (PZP, CZP, prywatnie) i jakie są terminy. Przy OCD konsultacja psychiatryczna często należy do standardowej opieki.

1.7 Częste błędy przy pracy z natręctwami

Błąd	Dlaczego szkodzi	Co zrobić zamiast tego
Uspokajanie klienta co do treści myśli („Na pewno pani nie skrzywdzi dziecka”)	Terapeuta staje się kolejnym źródłem zapewnień, ulga trwa godziny, potrzeba wraca silniejsza	Mów o mechanizmie, nie o treści: „To brzmi jak natręctwo, a natręctwa karmią się pewnością, której nie da się zdobyć”
Dyskutowanie z treścią natręctwa (dowody za i przeciw temu, że klient jest pedofilem)	Dysputa sama staje się rytuałem analizowania, klient szuka idealnego argumentu	Pracuj z interpretacją myśli i z tolerancją niepewności, nie z rozstrzygnięciem treści
Ekspozycja bez powstrzymania reakcji	Klient wytrzymuje bodziec, ale potem myje ręce albo „odkręca” myśl w głowie, uczenie się nie zachodzi	Przed każdym ćwiczeniem ustal, które rytuały, także ukryte, są wstrzymane i na jak długo
Zbyt łagodna hierarchia, zatrzymanie się na środku	Najtrudniejsze obszary zostają nietknięte i stają się punktem zaczepienia nawrotu	Planuj dojdzie do ekspozycji na rdzeń lęku, w tempie uzgodnionym, ale konsekwentnym
Ignorowanie rodziny	Bliscy nadal odpowiadają na pytania i wykonują rytuały za klienta, efekt sesji znika w domu	Zmapuj akomodację rodziny i włącz bliskich (materiały dodatkowe: praca z rodziną)

1.8 Jak zbudowany jest protokół

Sekcja	Zawartość
Moduł 2	Mapa problemu: pytania wstępne, rozpoznanie wg ICD-11 i DSM-5-TR, kontekst, wpływ na funkcjonowanie
Moduł 2b	Model poznawczo-behawioralny OCD, przekonania podtrzymujące, psychoedukacja dla klienta
Moduł 3a-3f	Mapa natręctw, interpretacje, rytuały jawne, rytuały ukryte i zapewnienia, postacie OCD, wgląd i motywacja
Moduł 4	Plan pracy: cele, uzasadnienie ERP, zasady ekspozycji, hierarchia, ekspozycja w wyobraźni, dziennik ERP
Moduł 5	Gotowa struktura sesji ERP, wariant sesji w wyobraźni, przykłady rozmów, odpowiedzi na prośby o zapewnienie
Moduł 6	Karty pracy między sesjami, monitoring tygodniowy, plan ograniczania zapewnień
Moduł 7	Podsumowanie, zapobieganie nawrotom, samodzielna ekspozycja, karta samooceny
Materiały dodatkowe	Kwestionariusz orientacyjny, diagnoza różnicowa, czerwone flagi i kierowanie do psychiatry, praca z rodziną, szablony, winiety, bank pytań i ćwiczeń, słowniczek
Moduł 8	Nota o ograniczeniach

MODUŁ 2

Mapa problemu

2.1 Jak zacząć rozmowę o natręctwach

Osoby z OCD często latami nikomu nie mówią o treści swoich myśli. Boją się, że zostaną uznane za niebezpieczne, „chore psychicznie” albo że terapeuta zawiadomi policję lub sąd rodzinny. Wiele z nich przychodzi z ogólnym „mam nerwicę” albo „za dużo myślę”, a o rytuałach mówi dopiero wtedy, gdy zapytasz konkretnie. Dlatego na początku warto znormalizować samo zjawisko natrętnych myśli.

Przykładowa wypowiedź terapeuty: „Większość ludzi miewa dziwne, niechciane myśli, na przykład żeby skoczyć z peronu. U niektórych takie myśli powtarzają się i bardzo niepokoją. Słyszę o tym regularnie i nic, co mi Pan powie, mnie nie zszokuje. Myśl to nie czyn i nie zamiar. Chciałabym poznać także te myśli, o których trudno mówić.”

2.2 Pytania wstępne

Co sprawiło, że zdecydował się Pan/zdecydowała się Pani szukać pomocy właśnie teraz?

- Czy coś się nasiliło, zmieniło, czy ktoś z bliskich nalegał?
- Czy natręctwa zmieniły ostatnio treść?

Wskazówka: Zgłoszenie często wymusza rodzina albo zmiana życiowa, która nasila objawy. Motywacja „dla rodziny” wymaga innego prowadzenia (moduł 3f).

NOTATKI WŁASNE

Jak wyglądają te myśli, kiedy przychodzą? Czy to słowa, obrazy, impulsy, a może poczucie, że coś jest „nie tak”?

- Co Pan/Pani wtedy czuje: lęk, wstręt, poczucie winy, napięcie, że coś jest niedokończone?

Wskazówka: Przy natręctwach symetrii dominuje dyskomfort niekompletności, przy zanieczyszczeniu często wstręt, nie lęk. To ważne przy planowaniu ekspozycji.

NOTATKI WŁASNE

Co Pan/Pani robi, kiedy taka myśl się pojawi, żeby się jej pozbyć albo zapobiec temu, czego się Pan/Pani obawia?

- Czy coś robi Pan/Pani także w myślach, bez widocznego działania?
- Czy pyta Pan/Pani kogoś, czy wszystko w porządku?

Wskazówka: To pytanie otwiera mapę rytuałów. Na tym etapie wystarczy zebrać przykłady, szczegółowa mapa powstaje w modułach 3c i 3d.

NOTATKI WŁASNE

Ile czasu dziennie zabierają Panu/Pani te myśli i czynności razem, licząc też czas na unikanie i przygotowania?

- Jak wygląda najgorszy dzień? A najlepszy w ostatnim miesiącu?

Wskazówka: Czas jest jednym z kryteriów klinicznych i dobrym wskaźnikiem zmiany. Klienci często zaniżają czas, bo nie liczą rytuałów w głowie, unikania i „pracy przygotowawczej”, warto dopytać.

NOTATKI WŁASNE

Jak długo to trwa? Kiedy pierwszy raz pamięta Pan/Pani podobne myśli albo czynności?

- Czy były okresy wyraźnie lepsze i co się wtedy działo?
- Czy coś podobnego było w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania?

Wskazówka: OCD zaczyna się zwykle w dzieciństwie, adolescencji lub wczesnej dorosłości i ma przebieg falujący. Nagły początek w późniejszym wieku wymaga oceny lekarskiej i neurologicznej.

NOTATKI WŁASNE

Czy korzystał Pan/korzystała Pani wcześniej z pomocy psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry z tego powodu?

- Co pomogło, co nie?
- Czy była to terapia z ekspozycją?
- Jakie leki, w jakiej dawce i jak długo?

Wskazówka: Wielu klientów miało terapię bez ERP albo przerwało leki po kilku tygodniach. To nie znaczy, że metody „nie działają”.

NOTATKI WŁASNE

Czego oczekuje Pan/Pani od tej pracy? Po czym poznałby/poznałaby Pan/Pani, że jest lepiej?

Wskazówka: Częsta odpowiedź to „żeby myśli zniknęły”. Przyjmij ją z szacunkiem i stopniowo przeformułuj na „żeby myśli nie decydowały o moim dniu”. Zapisz słowa klienta na moduł 7.

NOTATKI WŁASNE

2.3 Rozpoznanie: kryteria w ICD-11 i DSM-5-TR

W ICD-11 zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (6B20) należy do grupy „zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub pokrewne”, obok między innymi zaburzenia dysmorficznego ciała, zaburzenia z odniesienia węchowego, hipochondrii, zbieractwa i zaburzeń z powtarzalnymi zachowaniami skoncentrowanymi na ciele (trichotillomania, dermatillomania). W DSM-5-TR odpowiednikiem jest rozdział „Obsessive-Compulsive and Related Disorders”. W obu klasyfikacjach OCD przestało być zaliczane do zaburzeń lękowych.

Element	Co oznacza w praktyce	Pytanie pomocnicze
---------	-----------------------	--------------------

Obsesje	Powtarzające się, uporczywe myśli, obrazy lub impulsy, przeżywane jako natrętne i niechciane, zwykle związane z lękiem lub innym przykrym stanem; osoba próbuje je ignorować, tłumić albo neutralizować	„Czy przychodzą myśli, których Pan nie chce i które trudno odsunąć?”
Kompulsje	Powtarzalne zachowania lub czynności umysłowe, które osoba czuje się zmuszona wykonać w odpowiedzi na obsesję lub według sztywnych reguł, albo żeby osiągnąć poczucie „kompletności”; nie są realistycznie powiązane z tym, czemu mają zapobiec, albo są wyraźnie nadmierne	„Co Pan musi zrobić, żeby ta myśl się uspokoiła?”
Czas i znaczenie kliniczne	Objawy zabierają dużo czasu (DSM-5-TR podaje przykładowo ponad godzinę dziennie) albo powodują istotne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania	„Co by Pan robił w tym czasie, gdyby nie natręctwa?”
Wgląd	DSM-5-TR wymaga określenia wglądu: dobry lub dość dobry, słaby, brak wglądu lub przekonania urojeniowe; ICD-11 rozróżnia wgląd dostateczny lub dobry oraz słaby lub brak wglądu	„Kiedy jest Pan spokojny, na ile wierzy Pan, że to się naprawdę stanie, jeśli nie umyje Pan rąk?”

Rozpoznanie nozologiczne stawia w praktyce lekarz psychiatra. W terapii możesz jednak powiedzieć klientowi, że jego objawy odpowiadają obrazowi OCD: trafna nazwa często przynosi dużą ulgę.

2.4 Ego-dystoniczność: kluczowe rozróżnienie

Natrętne myśli są zwykle sprzeczne z wartościami i pragnieniami osoby. Klientka z myślami o skrzywdzeniu niemowlęcia jest nimi przerażona, unika kąpania dziecka, chowa noże, prosi męża o pilnowanie. To jest odwrotność obrazu osoby, która rzeczywiście planuje przemoc. Ego-dystoniczność nie jest jednak absolutnym kryterium: przy słabym wglądzie, długim przebiegu i silnym zmęczeniu klient może zacząć wątpić, czy „może jednak tego chce”, co jest typowym elementem natręctw (tak zwane wątpliwości co do siebie), a nie dowodem pragnienia.

Kiedy pojawia się ta myśl, co Pan/Pani czuje? Czy chciałby Pan/chciałaby Pani, żeby to się stało, czy raczej robi Pan/Pani wszystko, żeby temu zapobiec?

Wskazówka: Przerazenie, unikanie i neutralizacja przemawiają za natręctwem. Przyjemność, pożądane pobudzenie, planowanie lub próby wymagają innej oceny ryzyka i konsultacji.

NOTATKI WŁASNE

2.5 Wpływ na funkcjonowanie

Obszar	Pytanie orientacyjne	Notatka
Praca lub nauka	Spóźnienia przez rytuały, sprawdzanie maili i dokumentów, zwolnienia lekarskie, rezygnacja z awansu?	
Dom i rodzina	Zasady narzucone domownikom, kłótnie o rytuały, strefy „czyste” i „brudne”, opieka nad dziećmi?	
Związek i seksualność	Unikanie bliskości, pytania o uczucia partnera, natręctwa dotyczące związku?	
Zdrowie fizyczne	Zmiany skórne od mycia, bóle od powtarzanych ruchów, ograniczenia jedzenia, wizyty u lekarzy po zapewnieniu?	
Nastroj	Przygnębienie, beznadzieja, myśli rezygnacyjne lub samobójcze?	
Używki i leki	Alkohol, benzodiazepiny, inne substancje „żeby wyłączyć głowę”?	

2.6 Pierwszy szkic: „typowy dzień z OCD”

Poproś klienta, żeby opisał wczorajszy dzień od przebudzenia do zaśnięcia, zatrzymując się przy każdym momencie, w którym pojawiła się natrętna myśl, rytuał albo unikanie. Ten opis, spisany słowami klienta, jest punktem wyjścia do mapy w module 3 i punktem odniesienia przy podsumowaniu w module 7.

Pora dnia	Sytuacja	Natrętna myśl lub poczucie	Co klient zrobił	Czas
Rano				

Wyjście z domu				
Praca / zajęcia				
Popołudnie				
Wieczór				
Przed snem i w nocy				

2.7 Czynniki podtrzymujące: pierwsze obserwacje

Już teraz zapisuj, co utrzymuje problem: rytuały jawne i ukryte, unikanie, zapewnienia, akomodacja rodziny, przekonania o znaczeniu myśli, stres, brak snu, alkohol. Najsilniej podtrzymuje OCD ulga po rytuale: wzmacnia go i odbiera okazję, by przekonać się, że niepewność da się znieść.

Co by się stało, gdyby dziś nie wykonał Pan/nie wykonała Pani rytuału? Co by Pan/Pani czuł(a) za minutę, za godzinę, jutro?

Wskazówka: Odpowiedź pokazuje przewidywaną katastrofę i przekonanie o nieznośności niepokoju. Oba elementy będą celem ekspozycji.

NOTATKI WŁASNE

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 natręctwami (OCD)?

cwp.edu.pl/masz-pacjenta/oed

→ Wszystkie problemy

cwp.edu.pl/masz-pacjenta