

Teczka Pracy

Psychologa & psychoterapeuty

NOWE METODY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE
JAKO NARZĘDZIA SKUTECZNEJ PRAKTYKI



Teczka Pracy Psychologa & Psychoterapeuty

**Nowe metody diagnostyczne
i terapeutyczne jako narzędzia
skutecznej praktyki**

Grudzień 2023

patronat i opieka merytoryczna
redakcja czasopisma

Psychologia
w praktyce

TOM 1



Autorzy:

Anna Bajus, Paweł Baran, Cezary Barański, Joanna Barszczewska, dr Dagmara Maria Boruc, Martyna Cembrzyńska, Aneta Chrzęstek, Urszula Ciećwierz, Barbara Czekaj, Marta Dudzińska, Joanna Flis, dr n. med. Małgorzata Fornal-Pawłowska, Kaja Funez-Sokoła, Artur Gębka, Elżbieta Grabarczyk, Renata Gross, Natalia Grzywińska, Dominik Haak, Piotr Halkiewicz, Malwina Huńczak, Martyna Jadczak-Turyk, Anna Jarosz-Bilińska, dr Paulina Jaworska-Andryszewska, Anna Kaźmierczyk, Anna Klatkiewicz, dr Małgorzata Klimka-Kołyso, Paulina Klukowska, Sylwia Kopka, Dominika Kowalik, Magdalena Lange-Rachwał, Magdalena Leszko, Agnieszka Lorek-Groniewska, dr n. zdr. Marta Melka-Roszczyk, Paulina Mikołajczyk, Grzegorz Olesiak, Olga Olszewska, Eryk Ołtarzewski, Ewa Orlińska, Marta Osińska-Białczyk, Aleksandra Pańczyk, Agnieszka Pietrzyk, Marta Pindral, Agata Przybylska, Karolina Pudełko, Magdalena Pytel, Agata Rakfalska-Valllicelli, Beata Rydkodym, Sabina Sadecka, dr n. hum. Dariusz P. Skowroński, Adrianna Smurzyńska, Paweł Sochacki, Adriana Sokołowska-Ostapko, Urszula Struzikowska-Marynicz, Rosemary Sword, dr n. med. Anna Syska-Bielak, Angelika Szelągowska-Mironiuk, Hanna Szepietowska, Joanna Szmyd, Izabela Torczuk-Łajca, dr Barbara Tyboń, Dominika Wach-Pleskot, Julia E. Wahl, Dorota Werner-Strach, Dominika Wieland-Lenczowska, Sylwia Wilk, Aleksandra Żyłkowska

Opiekun merytoryczny:

Edyta Żmuda, Klaudia Przyłucka, Agnieszka Gruszczyńska

Nadzór wydawniczy:

Zuzanna Blandzińska

Korekta:

Grażyna Jaworska

Projekt okładki:

Michał Hojnacki

DTP:

Dariusz Ziach

Serwis zdjęciowy:

unsplash.com

Foto na okładce:

Martin Widenka

© Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o., Poznań 2018

ISBN 978-83-260-3078-9 (edycja podstawowa – sierpień 2018)

ISBN 978-83-260-5120-3 (aktualizacja grudzień 2023)

Stan na grudzień 2023

Art. nr 150721

Wydawca:

Forum Media Polska Sp. z o.o.

ul. Polska 13, 60-595 Poznań

bok@forum-media.pl

tel. 61 66 55 800

Zespół autorski

Anna Bajus – psycholog i dziennikarka, absolwentka Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Członek British Psychological Society. Propagatorka rodzicielstwa bliskości, zainteresowana transmisją międzypokoleniową wzorców relacyjnych, co zaowocowało pracą badawczą na ten temat. Na stałe mieszkająca w Edynburgu, udziela wsparcia psychologicznego Polakom mieszkającym poza granicami kraju.

Paweł Baran – certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień (Certyfikat Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – SP/1154/2016), pracuje jako terapeuta uzależnień na oddziale dla osób uzależnionych w Zakładzie Karnym w Wojkowicach, w przeszłości pracował także w Ośrodku Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Jeżówce, gdzie realizował m.in. autorskie programy oparte na Wilderness Therapy; strona autora: www.pawelbaran.pl.

Cezary Barański – psycholog, seksuolog, psychoterapeuta z wykształceniem systemowym i poznawczo-behawioralnym. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim oraz w Centrum Dobrej Terapii w Krakowie. Prowadzi zajęcia dydaktyczne i szkolenia z obszaru seksuologii, psychoterapii i motywacji pacjentów.

dr Dagmara Maria Boruc – absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Doktor pedagogiki oraz magister psychologii (specjalność psychologia kliniczna). Autorka wielu publikacji naukowych. Posiada doświadczenie w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie w placówkach resocjalizacyjnych. Udziela konsultacji i porad psychologicznych, prowadzi zajęcia wykorzystujące elementy coachingu, opracowuje treningi rozwoju motywacyjnego oraz rozwoju inteligencji emocjonalnej. Pomaga osobom w kryzysie i wymagającym interwencji kryzysowej.

Martyna Cembrzyńska – psycholog, oligofrenopedagog, specjalista terapii psychopedagogicznej dzieci i młodzieży. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Ukończone studia

podyplomowe na kierunkach: logopedia i oligofrenopedagogika. Specjalizuje się w diagnozie oraz terapii psychologicznej i pedagogicznej dzieci oraz młodzieży. Szczególnie interesuje się zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami zachowania i emocji. W codziennej praktyce prowadzi terapię indywidualną oraz zajęcia grupowe, treningi umiejętności społecznych, zajęcia relaksacyjne, zajęcia ogólnorozwojowe sensoryczno-plastyczno-ruchowe, treningi koncentracji uwagi, zajęcia rozwijające sferę emocjonalną. Wspiera rodziców w codziennych trudnościach wychowawczych poprzez prowadzenie konsultacji, psychoedukację i warsztaty. W pracy terapeutycznej wykorzystuje wiele różnorodnych technik i metod, dostosowując je do indywidualnych potrzeb oraz możliwości pacjentów.

Barbara Czekaj – specjalistka psychiatra, psychoterapeutka, od wielu lat związana z Ośrodkiem Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania w Gliwicach, prowadzi prywatną praktykę lekarską i edukacyjnego bloga o emocjach www.barbaraczekaj.pl.

Joanna Flis – Psycholog, Przewodnicząca i założycielka Koła Naukowego Cyberpsychologii, Psychoterapauta, Pedagog, Neuroterapeuta. Zawodowo pracuje jako psychoterapeuta we własnym gabinecie oraz w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Stanominie. Szkoleniowiec i trener kompetencji miękkich, realizujący między innymi granty kuratorskie przy współpracy z ośrodkiem doskonalenia zawodowego nauczycieli Empiria. Studentka studiów doktoranckich na Uniwersytecie Szczecińskim www.joannaflis.pl

dr n. med. Małgorzata Fornal-Pawłowska – specjalista psycholog kliniczny. Od wielu lat pracuje w Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie, gdzie współtworzyła pierwszy w Polsce program nefarmakologicznego leczenia bezsenności oraz wprowadziła pierwsze grupy terapii poznawczo-behawioralnej dla osób z bezsennością. Specjalizuje się w badaniu psychologicznych uwarunkowań zaburzeń snu, psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz psychologicznej diagnozie klinicznej. Członkini Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem oraz Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Doświadczony klinicysta i dydaktyk.

Kaja Funez-Sokoła – psycholog specjalista kliniczny, psychoterapeuta uzależnień i współuzależnienia. Przeszkolona w podejściu psychoterapeutycznym Gestalt oraz Egzystencjalnym, w trakcie pracy nad doktoratem z psychiatrii. Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Doświadczenie w zawodzie zdobywała pracując w Szpitalu Psychiatrycznym, Szpitalu Diabetologii i Endokrynologii, prywatnym gabinecie psychoterapeutycznym oraz Ośrodku Terapii Uzależnień. Prowadzi warsztaty w zakresie prewencji i edukacji na temat zaburzeń odżywiania oraz uzależnień. Autorka publikacji naukowych z zakresu zaburzeń odżywiania.

Dominik Haak – psycholog specjalizujący się w seksuologii klinicznej i psychoterapii zaburzeń psychicznych, w procesie certyfikacji na seksuologa klinicznego w Polskim Towarzystwie Seksuologicznym. Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, w procesie kształcenia na psychoterapeutę psychodynamicznego. W swojej pracy klinicznej skupia się głównie na osobach z mniejszości seksualnych, specjalizuje się w pomocy dla osób transpłciowych. Autor licznych artykułów z zakresu seksuologii, szkoleń i warsztatów oraz wystąpień na konferencjach również związanych z seksualnością człowieka.

Piotr Halkiewicz – psycholog i psychoterapeuta pracujący w nurcie psychodynamicznym. Absolwent 4-letniego całosciowego szkolenia w podejściu psychodynamicznym w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. Pracuje z dziećmi, młodzieżą oraz dorosłymi, prowadzi terapię indywidualną oraz grupową. Autor publikacji dotyczących psychoterapii psychodynamicznej nastolatków z problematyką osobowościową, wykładowca na wyższej uczelni. Pracuje w Ośrodku Terapii i Psychoedukacji „Kompas” w Będzinie. Zainteresowania zawodowe: psychopatologia dzieci i młodzieży, w szczególności zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży.

Malwina Huńczak – psycholog, psychoterapeuta i ekonomista. Absolwentka Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu (specjalizacja psychologia kliniczna) oraz Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Jest psychoterapeutą w trakcie certyfikacji (4-letnia szkoła we Wrocławskiej Fundacji Ochrony Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychoterapii). Autorka dwóch książek: „Siła niedoskonałości. Dlaczego perfekcyjnie nie zawsze oznacza najlepiej” (pierwsze wydanie książki ukazało się pt: „Przekleństwo perfekcjonizmu. Dlaczego idealnie nie zawsze oznacza najlepiej”) i „Zaakceptuj siebie. O sile samowspółczucia” (wyd. Samo Sedno) oraz artykułów psychologicznych (m.in. magazyn Charaktery, Newsweek Psychologia, Personel i Zarządzanie). W centrum jej szczególnych zainteresowań znajdują się: koncepcja perfekcjonizmu oraz współczucia wobec siebie. Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Doświadczenie zdobywała m.in. w Dziennym Ośrodku Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu oraz w Aged Care Services w Sydney, pracując z osobami starszymi. Prowadzi konsultacje psychologiczne oraz psychoterapię osób dorosłych w ramach prywatnej praktyki. Więcej na: malwinahunczak.pl

Anna Kaźmierczyk – psycholog, seksuolog, certyfikowany psychoterapeuta SN PTP, superwizor, aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, specjalista terapii rodzin. Posiada ponad 15-letnie doświadczenie w pracy terapeutycznej. Prowadzi psychoterapię rodzinną, małżeńską, par oraz indywidualną dorosłych i młodzieży. Przez 12 lat pracowała w Poradni „Partner” w Gliwicach, od 6 lat prowadzi własną praktykę w gabinecie psychoterapii.

Paulina Klukowska – psycholog, psychoterapeuta (w trakcie 4-letniego szkolenia podyplomowego), praktyk uważności (mindfulness & compassion), członek PTTPB i EABCT, autorka projektu społecznego #MindLajf – skupionego wokół mindfulness – uważnej obecności. W swojej pracy łączy metody poznawczo-behawioralne i nurtu uważności. Prowadzi m.in.: Pracownię Psychoterapii i Rozwoju Osobistego – PPIRO, wykłady i treningi kompetencji psychologicznych, psychoterapię indywidualną dorosłych, Otwartą Praktykę Uważności oraz grupową terapię i profilaktykę nawrotów w ujęciu MBCT. Współpracuje z Poradnią Zdrowia Psychicznego Feniks w Zabrze, Ośrodkiem Rozwoju Osobistego Sens w Katowicach oraz Centrum Terapii i Coachingu poznawczo.pl w Gliwicach i Katowicach. Swoją wiedzę i praktykę medytacyjną zdobywała i pogłębia m.in. w Counselling Therapy Centre w Sydney w Australii, Sydney Buddhist Centre – Triratna Buddhist Community w Australii, Kwantum – Training Mindfulness Coaching, Europejskim Instytucie Psychologii i Psychoterapii, The Mind Institute. Swoją pracę poddaje regularnej superwizji. Więcej na ppiro.pl

Sylwia Kopka – psycholog, psychoterapeuta, członek – kandydat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej. Coach – absolwentka programów CoachWise Coaching Essentials™ i Equipped™ akredytowanych przez International Coach Federation. Autorka programów edukacyjno-rozwojowych oraz szkoleń dla kobiet z zakresu rozwoju kompetencji osobistych oraz uwalniania potencjału. Ponadto autorka komentarzy i artykułów z dziedziny psychologii. Na co dzień prowadzi prywatną praktykę, gdzie pracuje z osobami dorosłymi, prowadząc psychoterapię psychoanalityczną. Współpracowała z samodzielnym szpitalem klinicznym im. Prof. W. Orłowskiego w Warszawie w poradni seksuologii i patologii więzi międzyludzkich. Zainteresowana tematyką pomocy okołoporodowej.

Dominika Kowalik – magister psychologii o specjalności psychologia kliniczna i neuropsychologia. Absolwentka rocznego kursu psychoterapii dzieci i młodzieży w ujęciu poznawczo-behawioralnym. Obecnie w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego. Pracuje w Centrum Poznawczo-Behawioralnym Ad Rem w Krakowie, gdzie prowadzi terapię dzieci, młodzieży i osób dorosłych.

Magdalena Lange-Rachwał – absolwentka Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Filologii polskiej na Uniwersytecie Wrocławskim. Prowadzi prywatną praktykę psychologiczną, pracując z dziećmi i ich opiekunami w gabinetach w Poznaniu i Luboniu. Jest współwłaścicielką Centrum Opieki Okołoporodowej i Wczesnodziecięcej Mamutek w Poznaniu. Towarzyszy tam mamom w ciąży i po porodzie oraz maluchom 0–2 lata. Jest ekspertem i autorką części poradnikowej dla rodziców w książeczkach z serii Akademia Inteligentnego Malucha (Elementarz Inteligentnego Malucha 1–3, seria Lena)

oraz autorką publikacji w prasie ogólnopolskiej i lokalnej oraz na portalach parentingowych. W swojej pracy kieruje się przesłaniem „Świadomy rodzic, lepsze dzieciństwo”.

dr n. zdr Marta Melka-Roszczyk - doktor nauk o zdrowiu, psycholog, psychoterapeuta oraz biegły sądowy. W swojej prywatnej praktyce zajmuje się psychoterapią indywidualną osób dorosłych, młodzieży oraz psychoterapią par i małżeństw.

Grzegorz Olesiak – psycholog kliniczny i kulturoznawca. Absolwent Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego. W latach 2007–2008 pracował na oddziale ogólnoprzyjęciowym szpitala psychiatrycznego w Toszku. W latach 2007–2015 współpracował z poradnią psychologiczną Partner w Gliwicach. Od 2009 roku związany z Ośrodkiem Leczenia Zaburzeń Afektywnych i Nerwic w Gliwicach, gdzie prowadzi grupy psychoterapeutyczne oraz pracuje w poradni zdrowia psychicznego. Prowadzi własny gabinet psychoterapeutyczny od 2008 roku. Od 2013 roku współpracuje ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej oddział w Katowicach, gdzie prowadzi zajęcia m.in. z psychopatologii i zaburzeń osobowości.

Eryk Ołtarzewski – pedagog, socjoterapeuta. Magister pedagogiki specjalnej. Pracuje w Gimnazjum nr 130 z Oddziałami Integracyjnymi w Warszawie jako pedagog szkolny. Współpracuje z Gimnazjum Fundacji Nauka i Wiedza gdzie pełni funkcję pedagoga szkolnego oraz z The Mind Institute gdzie prowadzi Treningi Uważności dla osób dorosłych oraz kursy dla dzieci.

Agnieszka Pietrzyk – psycholog kliniczny, certyfikowany psychoonkolog i superwizor psychoonkologii. Od kilkunastu lat pracuje z pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi w Katowickim Centrum Onkologii. Jako nauczyciel akademicki prowadzi zajęcia z psychoonkologii na Zamiejscowym Wydziale w Katowicach Uniwersytetu Humanistyczno-Społecznego SWPS, a na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach zajęcia o zespołowej, wielodyscyplinarnej pracy w opiece środowiskowej. Członek Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Karolina Pudelko – psycholożka, absolwentka studiów jednolitych magisterskich na kierunku psychologia na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, studentka drugiego roku studiów podyplomowych Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia powołanych przy Instytucie Psychologii UAM, specjalistka psychoterapii uzależnień w trakcie certyfikacji.

Sabina Sadecka – psycholog i psychoterapeutka. Popularyzuje psychologię na łamach współprowadzonego przez siebie „Portal o psychologii” [opsychologii.pl,

kiedyś inspeerio.pl]. Jej artykuły o psychologii ukazują się również na portalach gazeta.pl, wp.pl, w miesięcznikach Pani, Grazia, Benefit, Uczyć Lepiej i wielu innych. Uczy psychologii studentów studiów magisterskich i podyplomowych na poznańskiej Szkole Wyższej Psychologii Społecznej i Collegium Da Vinci. Interesuje ją wszystko, co traktuje ciało i psychikę holistycznie, szczególnie jeśli uwzględnia najnowszą wiedzę o tym, jak działa mózg. W swojej pracy korzysta z metod psychoterapii systemowej, nurtu poznawczo-behawioralnego trzeciej fali i Analizy Transakcyjnej.

dr n. hum. Dariusz P. Skowroński – psycholog i seksuolog kliniczny pracujący na Japan Campus w Tokio jako Assistant Professor w Psychological Studies Program. Prowadzi również stacjonarny i internetowy gabinet psychologiczny i seksuologiczny, którego działalność jest adresowana do Polaków w kraju i na emigracji oraz społeczności międzynarodowej zamieszkałej w Tokio.

Adriana Sokołowska-Ostapko – psychoonkolog, akredytowany coach International Coaching Federation (specjalizacja coaching zdrowia), specjalistka terapii uzależnień w trakcie certyfikacji. Współpracuje z Niepublicznymi Zakładami Opieki Zdrowotnej (obecnie Ośrodek Terapii Uzależnień „Horyzont Bis” w Krośnie Odrzańskim), z organizacjami pozarządowymi (Zielonogórskie Stowarzyszenie „Amazonek”, Stowarzyszenie Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane „Bieguny”, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Eudajmonia”) oraz prowadzi prywatną praktykę (www.centrumzdrowegozycia.com). Promuje terapię Simontona, od trzech lat przeprowadza autorski program rozwojowy utrzymany w duchu coachingu zdrowia „Recepta na zdrowie” m.in. z osobami uzależnionymi, przewlekłe chore, niepełnosprawnymi, seniorami.

Rosemary Sword – prowadzi terapię zmiany perspektywy czasowej (The Time Perspective Theory). Metodę tę opracowała wspólnie z mężem Richardem Sword oraz Philipem Zimbardo, a następnie opisała we wspólnej publikacji pt. „Siła czasu”. Rosemary Sword wraz z profesorem Zimbardo prowadzą kolumnę na poczytnym blogu Psychology Today.

Hanna Szepietowska – psycholog dziecięcy, terapeuta pedagogiczny. Absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Ukończyła specjalizację z psychologii klinicznej dziecka oraz psychologii wychowawczej i rozwojowej na UW, a także Studia Podyplomowe z Terapii Pedagogicznej. Pracuje w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej TOP w Warszawie. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci oraz wsparciem wychowawczym dla ich rodziców. Prowadzi specjalistyczną ocenę gotowości szkolnej oraz zajęcia dla dzieci zagrożonych ryzykiem dysleksji i z odroczonego obowiązkiem szkolnym. Jest autorką programów zajęć terapeutycznych Treningu Relaksacyjnego dla

dzieci z klas szkoły podstawowej. Zawodowo interesuje się tematyką relaksacji i mindfulness oraz harmonijnym rozwojem emocjonalnym oraz kształtowaniem poczucia własnej wartości u dzieci.

Izabela Torczuk-Łajca – absolwentka psychologii na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, certyfikowany terapeuta dialogu motywującego, w trakcie certyfikacji na specjalistę terapii uzależnień. Psycholog i autor publikacji.

dr Barbara Tyboń – certyfikowana psychoterapeutka z szerokim wykształceniem humanistycznym (psychologia, filozofia, kulturoznawstwo, socjologia, lingwistyka). Przeszkolona w podejściu systemowym, psychoanalitycznym i kontemplatywnym. Od 15 lat pracuje w obszarze psychoterapii, rozwoju oraz edukacji (publikując oraz jako wykładowca akademicki). Współpracowała z wieloma publicznymi i prywatnymi instytucjami w obszarze zdrowia, rozwoju i edukacji. Prowadzi warsztaty i szkolenia z psychogenealogii oraz sesje indywidualne i par (w ramach prywatnej praktyki). Więcej na: www.creatifs.pl.

Julia E. Wahl – psycholog, psychoterapeuta założyciel i dyrektor The Mind Institute, trener podejścia uważności oraz współczucia. Psycholog, psychoterapeuta (szkolenie psychoterapeutyczne w nurcie integracyjnym w Manchester Institute for Psychotherapy, Manchester, Wlk. Brytania, u Richarda Erskine’a, PhD z Institute for Integrative Psychotherapy, Nowy Jork, USA), założyciel i dyrektor The Mind Institute (www.mindinstitute.com.pl), trener podejścia uważności (mindfulness) oraz współczucia (compassion). Jedną z założycielek Polskiego Towarzystwa Mindfulness. Przeprowadziła ponad 40 edycji 8-tyg. Treningu Uważności w Warszawie, Poznaniu, Szczecinie, Toruniu, Gdańsku, Nottingham oraz Derby. Przez kilka lat pracowała w Szpitalu MSW w Otwocku na Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych, gdzie prowadziła terapię indywidualną, grupową, warsztaty na temat złości. Superwizowała się u Marii Marquardt (Katowicki Instytut Psychoterapii) oraz Christophera Germera, PhD (Harvard Medical School). Obecnie prowadzi program (Compassion for Cancer – CforC) wsparcia dla pacjentów onkologicznych w oparciu o podejście współczucia (Compassion-Focused Therapy – CFT) w ramach doktoratu na University of Derby.

Dominika Wieland-Lenczowska – psycholog, mediator, biegły sądowy, specjalizująca się w diagnozie radzenia sobie ze stresem i traumą dzieci, młodzieży i osób dorosłych oraz w diagnozie neuropsychologicznej. W trakcie doktoratu z psychologii rozwoju człowieka i traumy na Uniwersytecie Wrocławskim, prowadzi gabinet prywatny „Specjalistyczne Usługi Psychologiczne”, współpracuje z Centrum Rozwoju po Traumie „W zgodzie”. Członek PTBST, PTP i PTPR.

Spis treści

1. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychologicznymi

- 1.1. Zaburzenia snu
 - 1.1.1. Opis przypadku – psychologia bezsenności
 - 1.1.2. Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń snu – ćwiczenia do pracy z klientem
 - 1.1.3. Zaburzenia snu u dzieci – terapia przy wsparciu technikami relaksacji i mindfulness
 - 1.1.4. Wpływ nadmiernego korzystania z telefonu na zaburzenia snu
 - 1.1.5. Diagnoza i leczenie koszmarów sennych
- 1.2. Zaburzenia odżywiania
 - 1.2.1. Zaburzenia odżywiania z perspektywy rodzinnej i międzypokoleniowej
 - 1.2.2. *Bulimia nervosa*. Zaburzenia odżywiania u kobiet w ciąży
 - 1.2.3. Anoreksja i bulimia – różnice w podejściu w oparciu o protokół Ch. Fairburna
 - 1.2.4. Psychodynamiczne podejście do diagnozy i leczenia anoreksji w okresie adolescencji
 - 1.2.5. Zespół nocnego jedzenia
 - 1.2.6. Perspektywa terapii opartej na mentalizacji (MBT) w leczeniu zaburzeń odżywiania
 - 1.2.7. Jedzenie emocjonalne a otyłość – związek między niezdrową relacją z jedzeniem a zwiększoną masą ciała. Wskazówki terapeutyczne
 - 1.2.8. Pica u niemowląt i dzieci – kryteria diagnostyczne i postępowanie diagnostyczne
 - 1.2.9. Zespół Retta u dzieci – kryteria, studium przypadku, metody terapii

- 1.2.10. Jadłowstręt psychiczny współwystępujący z depresją – schemat diagnozy z uwzględnieniem wzorcowego wywiadu diagnostycznego
- 1.2.11. Psychoterapia osób z otyłością. Współpraca psychologa i innych specjalistów
- 1.2.12. Wpływ poszczególnych zaburzeń odżywiania na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne
- 1.3. Zaburzenia zachowania
- 1.3.1. Zaburzenia adaptacyjne czy zaburzenia zachowania – diagnoza różnicowa i metody pracy na podstawie studium przypadku
- 1.3.2. Moczzenie mimowolne i nocne

2. Zaburzenia seksualne

- 2.1. Cyberprzestrzeń, nowe technologie i tożsamości internetowe jako szansa na nowe lepsze życie? – co mówią terapeuci
- 2.1.1. Niekonwencjonalne zastosowania narzędzi terapeutycznych przez internet
- 2.1.2. Praca online z klientem w ujęciu poznawczo-behawioralnym
- 2.2. Zaburzenia seksualne w kontekście pracy przy wsparciu techniki genogramów
- 2.2.1. Problem przedwczesnego wytrysku z wykorzystaniem rozumienia systemowego i techniki genogramu
- 2.3. Seks i perspektywy czasu w kontekście koncepcji Time Perspective Therapy
- 2.4. Systemowa terapia problemów seksualnych uwzględniająca mechanizmy sprzężenia zwrotnego w kontekście indywidualnych i partnerskich zaburzeń sfery seksualnej
- 2.5. Obniżenie popędu seksualnego a terapia pary
- 2.5.1. Brak pociągu u osób aseksualnych – normatywność a patologia (pod postacią hipolibidemii)
- 2.5.2. Diagnoza i terapia zaburzeń pożądania w terapii par
- 2.5.3. Białe małżeństwo – relacja partnerska bez współżycia seksualnego
- 2.6. Dysfunkcje seksualne – problematyka związków nieskonsumowanych. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne

- 2.7. Diagnoza i terapia sprawców pedofilii. Charakterystyka zjawiska
- 2.8. Toksyczne związki – praca terapeutyczna z parą
 - 2.8.1. Przemoc seksualna w związku
- 2.9. Parafilia – inne dążenie do przyjemności czy zboczenia wymagające leczenia?
- 2.10. Specyfika pracy terapeutycznej z osobą transpłciową
 - 2.10.1. Terapia zaburzeń emocjonalnych i wsparcie psychiczne transpłciowej młodej osoby
- 2.11. Związek między stylem przywiązania a różnymi aspektami seksualności człowieka – wskazówki terapeutyczne w oparciu o studium przypadku
- 2.12. Terapia związków jednoosobowych
- 2.13. Zaburzenia seksualne dzieci i młodzieży – postępowanie terapeutyczne
- 2.14. „Uzależnienie od cyberseksu” – kryteria, studium przypadku, metody terapii
- 2.15. Zaburzenia orgazmu i anhedonia wśród kobiet
- 2.16. Uzależnienie od czynności seksualnych
- 2.17. Wykorzystanie modelu „Good enough sex” w psychoterapii par
- 2.18. Przeniesienie erotyczne w relacji terapeutycznej

3. Uzależnienia

- 3.1. Zintegrowane spojrzenie na osobę uzależnioną w codziennej praktyce
- 3.2. Nowe uzależnienia – społeczny i środowiskowy kontekst uzależnień w diagnostyce i terapii
 - 3.2.1. Zakupoholizm – realne zagrożenie czy wymysł naszych czasów
 - 3.2.2. Uzależnienie od medycyny estetycznej w kontekście zaburzeń funkcjonowania psychofizycznego – opisy przypadków z terapii osób w różnych sytuacjach życiowych (np. awans zawodowy, narodziny dziecka)
 - 3.2.3. Uzależnienie od gier komputerowych i gier wideo – postulaty WHO, obraz zaburzenia i terapia

- 3.2.4. FoMO, czyli strach przed tym, co nas omija – najszybciej rozwijające się zaburzenie lękowe XXI wieku
- 3.2.5. Fonoholizm – strategia postępowania z wykorzystaniem cyfrowego detoksu
- 3.2.6. Uzależnienie od mediów społecznościowych – metody terapii
- 3.3. Uzależnienie z perspektywy rodzinnej i międzypokoleniowej
- 3.4. Współuzależnienie w teorii gier transakcyjnych – praktyczne wskazówki na przykładzie zależności w kontekście trójkąta Karpmana
- 3.5. Drunkoreksja w przebiegu rozwoju zespołu uzależnienia od alkoholu
- 3.6. Coaching zdrowia w nawrotach uzależnienia
- 3.7. Wpływ rodziny dysfunkcyjnej na funkcjonowanie osoby uzależnionej w oparciu o teorię wewnętrznego dziecka
- 3.8. Terapia uzależnień w okresie adolescencji – wskazówki do pracy z nastolatkiem
- 3.8.1. Wybrane techniki pracy z młodzieżą z problemem narkotykowym w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach
- 3.9. Struktura osobowości podatna na uzależnienie hazardu patologicznego
- 3.10. Praca z osobą współuzależnioną w paradygmacie poznawczo-behawioralnym
- 3.11. DDA – wywiad diagnostyczny oraz metody terapeutyczne do zastosowania w terapii indywidualnej osoby dorosłej
- 3.12. Uzależnienie od leków uspokajających i nasennych oraz możliwe skutki w postaci zaburzeń nastroju lub zaburzeń snu
- 3.13. Uzależnienie emocjonalne od partnera – terapia par
- 3.14. Terapia trzeźwych alkoholików – wsparcie psychologiczne w zapobieganiu nawrotom choroby alkoholowej
- 3.15. Uzależnienia krzyżowe – praca z klientem uzależnionym od substancji psychoaktywnych i alkoholu
- 3.16. Dorosłe dziecko z rodziny dysfunkcyjnej – diagnoza przypadku i praca terapeutyczna
- 3.17. Kleptomania i jej współwystępowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi
- 3.18. Zaburzenia poznawcze pacjentów z chorobą alkoholową

4. Zaburzenia nastroju

4.1. Depresja

- 4.1.1. Specyficzne i specjalistyczne diety i ich wpływ na wahania nastroju – opisy przypadków z omówieniem czynników pobudzających wahania nastroju
- 4.1.2. Depresja i zaburzenia lękowe z perspektywy przekazów międzypokoleniowych
- 4.1.3. Elementy terapii ACT w depresji młodzieży – karty pracy do wykorzystania w terapii
- 4.1.4. Wykorzystanie przykładowych narzędzi diagnostycznych i terapii poznawczo-behawioralnej w kontekście podejścia uważności z elementami współczucia (*mindfulness* & *compassion*) na przykładzie pracy z pacjentami z rozpoznaniem epizodu depresyjnego
- 4.1.5. Zaburzenie depresyjne nawracające – prezentacja procesu diagnozy
- 4.1.6. Zaburzenia depresyjne u nastolatków – psychodynamiczne podejście do diagnozy i planowania leczenia
- 4.1.7. Zaburzenia depresyjne u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym
- 4.1.8. Myśli, tendencje i próby samobójcze – praktyczne wskazówki w przebiegu terapii
- 4.1.9. Samobójstwa w grupie adolescentów – diagnoza ryzyka popełnienia samobójstwa i pomoc po próbie samobójczej
- 4.1.10. Depresja psychotyczna – rozpoznanie i sposoby prowadzenia terapii
- 4.1.11. Depresja u osoby starszej oraz współwystępujące zaburzenia organiczne
- 4.1.12. Depresja wywołana zaburzeniami pracy tarczycy
- 4.1.13. Diagnoza różnicowa depresji i zaburzeń adaptacyjnych
- 4.1.14. Wsparcie psychologiczne klienta przewlekle chorego onkologicznie z zaburzeniami depresyjnymi
- 4.1.15. Depresja w schizofrenii – diagnoza i metody pracy

4.2. Inne zaburzenia nastroju

- 4.2.1. Emocjonalne zaburzenia nastroju u kobiet w ciąży a psychoterapia. Charakterystyka problematyki psychologii ciąży ze wskazaniem zadań dla terapeuty pracującego z ciężarną
- 4.2.2. Depresja poporodowa – charakterystyka zaburzenia, diagnoza i terapia
- 4.2.3. Choroba afektywna dwubiegunowa a uzależnienia – współwystępowanie i wskazówki terapeutyczne
- 4.2.4. Depresja lękowa i nerwica lękowa oraz ich wyzwania diagnostyczne
- 4.2.5. Dystymia i cyklotymia – rozpoznanie, studium przypadku, metody terapii
- 4.2.6. Diagnoza różnicowa depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej w epizodzie depresyjnym – kluczowe momenty terapii
- 4.2.7. Schemat zahamowania emocjonalnego – metody pracy w oparciu o terapię schematu
- 4.2.8. Zachowania autoagresywne u nastolatków
- 4.3. Zaburzenia afektywne
- 4.3.1. Współwystępowalność chorób neurologicznych i zaburzeń nastroju

5. Zaburzenia lękowe i pod postacią somatyczną

6. Ciężki stres i trauma

7. Zaburzenia osobowości

8. Zaburzenia rozwojowe

Spis treści – tom 2

1. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychologicznymi

2. Zaburzenia seksualne

3. Uzależnienia

4. Zaburzenia nastroju

5. Zaburzenia lękowe i pod postacią somatyczną

- 5.1. Fizjologia lęku. Samowiedza i samoświadomość jako przykład narzędzia terapeutycznego – niezbędny słownik pojęć
- 5.2. Ekspozycja jako strategia terapeutyczna w leczeniu lęku i fobii w grupach młodzieżowych
- 5.3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
 - 5.3.1. Praca z dezadaptacyjnymi umysłowymi konstruktami poznawczymi. Normalizacja myśli natrętnych i wyolbrzymiona odpowiedzialność
 - 5.3.2. Specyfika psychoterapii dzieci i młodzieży w kontekście diagnozy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – karty pracy do wykorzystania w terapii
 - 5.3.3. Praca z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi – opis przypadku z terapii poznawczo-behawioralnej
 - 5.3.4. Współwystępowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych z zaburzeniami lękowymi
- 5.4. Ukryta lojalność psychosomatyczna – objawy ciała jako ukryte przekazy międzypokoleniowe
- 5.5. Tendencje perfekcjonistyczne – terapia z elementami podejścia współczucia wobec siebie (ang. *self-compassion*)

- 5.6. Lęk separacyjny u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym
- 5.7. Hipochondria, czyli lęk o zdrowie – wskazówki diagnostyczne oraz przykładowy program terapii
- 5.7.1. Praca z dysmorfofobią w paradygmacie poznawczo-behawioralnym
- 5.8. Praca z klientem z klaustrofobią w paradygmacie poznawczo-behawioralnym
- 5.9. Mentalizacja w pracy terapeutycznej z rodziną – zaburzenia lękowo-depresyjne z zachowaniami autoagresywnymi i tendencjami samobójczymi
- 5.10. Fobia społeczna – praca z pacjentem w ujęciu poznawczo-behawioralnym
- 5.10.1. Terapia ACT w pracy z nastolatkiem z fobią społeczną
- 5.11. Ataki paniki. Analiza pierwszej sesji terapeutycznej w nurcie krótkoterminowej terapii strategicznej
- 5.11.1. Protokół leczenia ataków paniki w nurcie krótkoterminowej terapii strategicznej
- 5.12. Zaburzenia emocjonalne mające swój początek w dzieciństwie – zaburzenia lękowe
- 5.13. Agorafobia w kontekście ataków paniki w nurcie poznawczo-behawioralnym
- 5.14. Wybrane zaburzenia lękowe i myśli samobójcze u młodych dorosłych wywołane COVID-19
- 5.15. Terapia DBT w pracy z młodzieżą
- 5.16. Międzypokoleniowe źródła nadmiernego lęku tanatycznego – ujęcie systemowe
- 5.17. Praca terapeutyczna z przewlekłym bólem
- 5.18. Leczenie somatycznych objawów lęku
- 5.19. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Diagnoza i terapia behawioralna tików
- 5.20. Uporczywe zaburzenia bólowe pod postacią somatyczną

6. Ciężki stres i trauma

- 6.1. Powrót do szczęśliwego życia – studium przypadku terapii traumy w ujęciu ACT
- 6.2. Międzypokoleniowy przekaz traumy. Syndrom rocznicy
- 6.3. Podejście współczucia (*Compassion-Focused Therapy* – CFT) w pracy z traumą, czyli połączenie części poznawczej z częścią fizjologiczną i afektywną
- 6.4. Czynności obronne w funkcjonalno-czynnościowym modelu obron psychologicznych jako narzędzie w diagnostyce i terapii traumy dzieci i młodzieży
- 6.5. Uwaga i współczucie w relacjach – jak dobrze być razem i jak dobrze rozstawać się w miłości i przyjaźni – propozycje refleksji i ćwiczeń w odniesieniu do doświadczenia traumy przez jednego z partnerów
- 6.6. Zaburzenia lękowe uogólnione (*Generalized Anxiety Disorder*). Karty pracy do wykorzystania w terapii
- 6.7. Kryzys psychologiczny związany z diagnozą choroby zagrażającej życiu – zastosowanie interwencji kryzysowej
- 6.8. Kluczowe interwencje terapeutyczne ukierunkowane na leczenie traumy u dzieci i młodzieży
 - 6.8.1. Wskazówki diagnostyczne i konsekwencje traumy dziecięcej w kontekście wojny – rozpoznanie i terapia
- 6.9. Trauma wykorzystania seksualnego w dzieciństwie przez członka rodziny a psychoterapia osoby dorosłej
- 6.10. Kiedy rodzic nastolatka choruje onkologicznie – zadania dla psychologa pracującego z pacjentem małoletnim
- 6.11. Zespół stresu pourazowego (PTSD) po porodzie
- 6.12. Terapia matki dziecka wykorzystanego seksualnie
- 6.13. Zespół stresu pourazowego (PTSD) a inne zaburzenia lękowe – pułapki diagnostyczne
- 6.14. Praca psychologa z dorosłym pacjentem onkologicznym nad kontrolą jego bólu. Związek stresu z rozwojem choroby nowotworowej. Możliwości i ograniczenia
- 6.15. Praca z pacjentem z PTSD w paradygmacie poznawczo-behawioralnym

- 6.16. Uzależnienie jako odpowiedź na przeżytą traumę.
Metody terapii
- 6.17. Syndrom sztokholmski – praca terapeutyczna z osobą doświadczającą przemocy domowej
- 6.18. Terapia dziecka po doświadczeniu przemocy domowej – zastosowanie metody przedłużonej ekspozycji
- 6.19. Kryzys emocjonalny wywołany skutkami pandemii COVID-19
- 6.20. Terapia EMDR w leczeniu traumy
- 6.21. Wypalenie zawodowe – diagnoza i profilaktyka zjawiska
- 6.22. Metody pracy u osób w stanie przedłużającej się żałoby
- 6.23. Complex PTSD. Terapia osoby po związku z występującą przemocą narcystyczną
- 6.24. Nadrabianie zaległości więzi i zachowania – ABC w kontekście traumy wczesnodziecięcej
- 6.25. Pomoc psychologiczna osobie stosującej przemoc – wykorzystanie elementów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach
- 6.26. Zaburzenia cPTSD a PTSD – diagnoza różnicowa i terapia
- 6.27. Żałoba u dzieci i młodzieży
- 6.28. Praca terapeutyczna z nastolatkiem doświadczającym bullyingu

7. Zaburzenia osobowości

- 7.1. Osobowość narcystyczna
 - 7.1.1. Trudności w terapii narcystycznego pacjenta młodzieżowego. Możliwości rozumienia oraz wskazówki do pracy
 - 7.1.2. Osobowość narcystyczna i osobowość histrioniczna – różnice w diagnozowaniu i w terapii
 - 7.1.3. Narcyzm cienkoskórny u klienta młodzieżowego – kluczowe interwencje w terapii
 - 7.1.4. Diagnoza różnicowa pomiędzy narcystycznym zaburzeniem osobowości a zaburzeniem osobowości borderline. Uwagi teoretyczne oraz praktyczne
 - 7.1.5. Narcystyczne zaburzenie osobowości w ujęciu psychodynamicznym

- 7.1.6. Problematyka procesu separacji--indywidualizacji w narcystycznym zaburzeniu osobowości
- 7.2. Osobowość zależna
 - 7.2.1. Integracyjny model osobowości zależnej wg Roberta Bornsteina, implikacje dla pracy terapeutycznej. Samowspółczucie jako narzędzie w terapii osób z rozpoznaniem cech osobowości zależnej
 - 7.2.2. Osobowość zależna a borderline – diagnoza różnicowa w oparciu o studium przypadku
- 7.3. Osobowość depresyjna
 - 7.3.1. Praca terapeutyczna z pacjentami z osobowością depresyjną
 - 7.3.2. Wdzięczność w pracy terapeutycznej z pacjentami z osobowością depresyjną
- 7.4. Osobowość unikająca
 - 7.4.1. Jak wykorzystać narzędzia terapii schematów (*Schema Therapy, Schema Focused Therapy – SFT*) w pracy z osobowością unikającą – podstawowe potrzeby emocjonalne, wczesne nieadaptacyjne schematy, style radzenia sobie i tryby schematu w opisie przypadku
 - 7.4.2. Fobia społeczna a osobowość unikająca – rozpoznanie, studium przypadku, metody terapii
- 7.5. Osobowość z pogranicza
 - 7.5.1. Przymierze terapeutyczne w przypadku terapii osób z zaburzeniami osobowości z pogranicza – szanse i pułapki
 - 7.5.2. Borderline a choroba dwubiegunowa – różnicowanie i problemy diagnostyczne
 - 7.5.3. Autodestrukcyjne mechanizmy odreagowania w osobowości typu borderline
 - 7.5.4. ChAD a borderline – diagnoza różnicowa i wskazówki do prowadzenia terapii w oparciu o studium przypadku
 - 7.5.5. Zaburzenie osobowości borderline w kontekście terapii par – studium przypadku i techniki pomocne w pracy z parą
 - 7.5.6. Terapia DBT – uważność, ekspozycja, modyfikacja poznawcza i regulacja emocji w pracy z pacjentem z zaburzeniami osobowości z pogranicza
- 7.6. Osobowość dysocjalna

- 7.6.1. Rozpoznawanie osobowości dyssocjalnej na podstawie objawów ze strony seksualności
- 7.6.2. Osobowość dyssocjalna w ujęciu terapii par. Studium przypadku oraz ćwiczenia do pracy z parą
- 7.6.3. Socjopatia – kryteria, studium przypadku i metody terapii
- 7.6.4. Zaburzenia dysocjacyjne po traumie – diagnoza, studium przypadku, techniki i narzędzia do pracy
- 7.7. Osobowość anankastyczna
 - 7.7.1. Jak ważny jest odpowiedni dobór metod terapeutycznych w leczeniu osobowości anankastycznej?
 - 7.7.2. Diagnoza zaburzeń osobowości w oparciu na aktualnej klasyfikacji ICD-11
- 7.8. Osobowość paranoiczna
 - 7.8.1. Osobowość paranoiczna a funkcjonowanie w społeczeństwie – studium przypadku oraz wskazówki terapeutyczne do wykorzystania w terapii indywidualnej
 - 7.8.2. Osobowość paranoiczna w ujęciu terapii par
 - 7.8.3. Neuropsychologiczne podłoże zaburzeń osobowości – studium przypadku
- 7.9. Osobowość schizoidalna
 - 7.9.1. Osobowość schizoidalna – geneza, cechy, objawy, wskazówki terapeutyczne
- 7.10. Osobowość bierno-agresywna
 - 7.10.1. Osobowość bierno-agresywna – mechanizmy zachowania i możliwe interwencje
 - 7.10.2. Osobowość bierno-agresywna – metody pracy na podstawie studium przypadku
- 7.11. Schizofrenia u dzieci i młodzieży
- 7.12. Schizofrenia paranoidalna
- 7.13. Osobowość mnoga jako przykład zaburzenia dysocjacyjnego w odpowiedzi na traumę

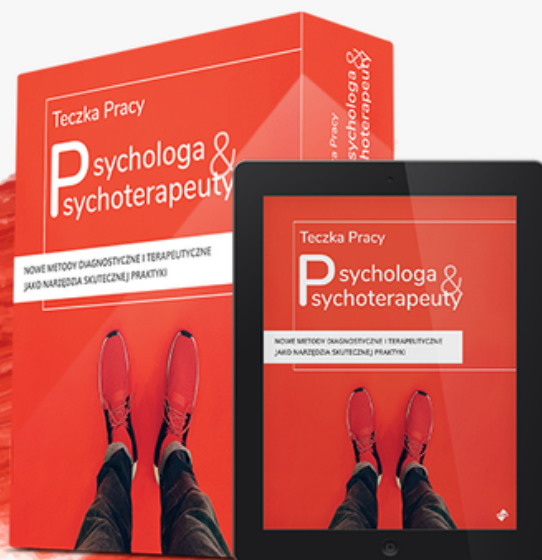
8. Zaburzenia rozwojowe

- 8.1. Kształcenie inteligencji emocjonalnej dzieci w oparciu o ćwiczenia uważności

- 8.2. Narzędzia psychogenealogii i genogramy w terapii rodzinnej
- 8.3. Trudności w rozwoju psychoseksualnym w kontekście przekazów rodzinnych
- 8.4. Spektrum autyzmu – rozpoznanie i diagnoza
 - 8.4.1. Pierwsze symptomy ASD (ang. *Autism Spectrum Disorder*) u dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym
- 8.5. Osoba małaletnia z niedostosowaniem w obszarze funkcjonowania w środowisku rówieśniczym – metody pracy z pacjentem i rodzicami
- 8.6. Trudności przystosowawcze jako jedno ze skutków zaburzeń rozwojowych. Praca terapeutyczna z dzieckiem prezentującym zachowania problemowe oraz jego rodziną
- 8.7. Metody pracy z osobami z deficytami w obszarze umiejętności społecznych
- 8.8. Diagnoza i wsparcie dziecka z FASD
- 8.9. Metody pracy z dziećmi z zaburzeniami przywiązania
- 8.10. Zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD) – techniki wykorzystywane w pracy z dziećmi i studium przypadku
 - 8.10.1. ADHD u dorosłych – praca terapeutyczna w oparciu na studium przypadku
- 8.11. Diagnoza i praca terapeutyczna z osobą z ADD
- 8.12. Diagnoza zaburzeń zdrowia psychicznego u osób z niepełnosprawnością intelektualną (NI)

Kompleksowe wsparcie w codziennej praktyce

– baza wiedzy, specjalistyczne narzędzia,
opracowania trudnych przypadków



Teczka pracy psychologa i psychoterapeuty

Baza wiedzy zawarta na ponad 2500 stron, z przykładami
zastosowania zbudowana w oparciu o wyniki badań
i zweryfikowana w pracy ekspertów.

Specjalistyczne narzędzia: kwestionariusze diagnostyczne, karty
pracy, ćwiczenia, skrypty sesji terapeutycznych.

**Opracowania trudnych przypadków z konkretnymi
rozwiązaniami** zaczerpniętymi z praktyki gabinetu
psychologa i psychoterapeuty.

Nowoczesne i skuteczne metody uwzględniające wyzwania
i problemy współczesnego człowieka.

www.TeczkaPsychologa.pl

1.1.3. Zaburzenia snu u dzieci – terapia przy wsparciu technikami relaksacji i mindfulness

Hanna Szepietowska

Zdrowy i spokojny sen jest podstawową potrzebą każdego człowieka. Zmęczeni pracą, obowiązkami, przeżyciami, stresem i codziennymi wyzwaniami marzymy wieczorem tylko o tym, aby szybko zasnąć i odpocząć przed kolejnym wymagającym dniem. O tym samym marzą także dzieci, dla których zabawa, nauka i wszelkie przeżywane emocje są dużym wysiłkiem i wyzwaniem rozwojowym podejmowanym każdego dnia.

Wzrost częstotliwości występowania zaburzeń snu

Niestety, wraz ze wzrostem tempa życia i rozwojem technologicznym społeczeństw rośnie także częstotliwość występowania zaburzeń snu w populacji generalnej. Zjawisko to dotyczy zarówno osób dorosłych, jak i dzieci. Badania pokazują, że około 30–50% osób dorosłych doświadcza różnego typu problemów ze snem, zaś w populacji dziecięcej zaburzenia snu mogą dotyczyć nawet 25–62% dzieci poniżej 18. roku życia (Kaczor, Skalski, 2016).

ZNACZENIE SNU U DZIECI

Jakość i długość snu mają wpływ na prawidłowy przebieg różnych procesów życiowych (m.in. gospodarka hormonalna, wzrost organizmu, układ odpornościowy, układ sercowo-naczyniowy), regulację rytmów okołodobowych organizmu, a także na prawidłowy rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny.

Znaczenie snu u dzieci

Badania wskazują, że deprivacja snu lub niska jakość snu nocnego u dzieci powoduje zaburzenia rozwoju w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej, co w efekcie przekłada się na zaburzenie funkcjonowania całej rodziny i otoczenia (Kaczor, Szczęsna, 2016). Kaczor i Skalski (2016), polscy specjaliści w dziedzinie zaburzeń snu u dzieci, dokonali przeglądu badań na temat wpływu zaburzeń snu na różne wymiary funkcjonowania dzieci. Ich wnioski przedstawiono poniżej. W sferze biologicznej obserwuje się u dzieci przede wszystkim zmniejszenie ich naturalnej aktywności fizycznej oraz wzrost masy ciała stanowiący ryzyko otyłości i cukrzycy. Niektóre badania wskazują także na związek zaburzeń snu u dzieci z ryzykiem nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń metabolicznych.

Wpływ zaburzeń snu na sferę biologiczną dziecka

Zaburzenia
w sferze
emocjonalnej,
poznawczej
i społecznej

Skutkiem problemów ze snem są również zaburzenia w sferze emocjonalnej polegające na obniżeniu nastroju, wzroście drażliwości i problemach z regulacją emocji. Dzieci niewyspane mają kłopoty z koncentracją uwagi oraz wykonywaniem poleceń. Zaburzone są u nich procesy kontroli impulsów oraz funkcje wykonawcze, które odpowiadają za procesy samokontroli i regulacji zachowania. Takie dzieci są pobudliwe i impulsywne, nie potrafią się skupić na pracy ani na zabawie, nie słuchają się, łatwo popadają w konflikty i odznaczają się znaczną labilnością nastroju. Są to objawy powszechnie zgłaszane psychologowi dziecięcemu przez rodziców i wychowawców, co prowadzi często, choć niesłusznie, do postawienia diagnozy zespołu hiperkinetycznego/ADHD. Tymczasem badania pokazują, że już nieznaczne wydłużenie czasu snu i poprawa jego jakości pociągają za sobą poprawę funkcjonowania dzieci we wszystkich tych parametrach. Pogorszenie koncentracji uwagi i pamięci, będące skutkiem braku snu, pociąga za sobą kolejny problem, jakim jest pogorszenie wyników edukacyjnych dziecka.

Badania dzieci w wieku szkolnym pokazują, iż zbyt krótki sen ma wpływ na zmniejszenie motywacji do nauki oraz słabsze osiągnięcia szkolne. Podobny wpływ na rozwój poznawczy ma ograniczenie snu u dzieci w wieku przedszkolnym. Negatywne skutki zaburzeń snu u dzieci można dostrzec również w szerszym kontekście społecznym. Niektóre badania pokazują, że nastolatki skarżące się na problemy ze snem mieli więcej trudności w relacjach interpersonalnych, słabiej radzili sobie z rozpoznawaniem emocji u innych osób oraz mieli gorszą samoocenę i bardziej pesymistyczne nastawienie do otoczenia niż ich rówieśnicy bez problemów ze spaniem.

Jakość snu dziecka
a funkcjonowanie
rodziny

Dzieci śpiące krócej niż 7,5 godziny dziennie rozwijały w następnych latach więcej zaburzeń emocjonalnych, takich jak zaburzenia lękowe czy depresyjne. Okazuje się ponadto, iż już we wczesnym etapie rozwoju dobra jakość snu przekłada się na szybszy rozwój dziecka w sferze autonomii, regulacji emocjonalnej i empatii. Przyjmuje się, że jakość snu małych dzieci zależy od poziomu stresu i zmęczenia rodziców, nastroju matek oraz klimatu emocjonalnego panującego w rodzinie. Liczne badania pokazują jednak, że jest to związek dwukierunkowy, w którym całokształt funkcjonowania rodziny również w bezpośredni sposób zależy od jakości snu dziecka. Jest to prosta zależność: im lepiej dziecko śpi, tym lepszy jest nastrój matek, mniejszy poziom stresu rodziców i lepsze funkcjonowanie całego systemu rodzinnego (Kaczor, Skalski, 2016).

PRAWIDŁOWA FIZJOLOGIA SNU U DZIECI

Prawidłowy przebieg
snu u dzieci

Zanim przedstawione zostaną częste zaburzenia snu u dzieci, warto przypomnieć, jak wygląda prawidłowy przebieg snu oraz czas jego trwania u dzieci, czyli co jest normą na różnym etapie rozwoju dziecka.

W architekturze snu niemowląt przeważa sen REM (w tym wieku zwany także snem aktywnym), który stanowi u nich niemal połowę całkowitego czasu snu. Udział snu REM względem snu non-REM (w tym wieku zwanego także snem spokojnym) maleje w ciągu 1. roku życia i pod koniec tego okresu stanowi około 20–25% całkowitego czasu snu malucha. Warto zaznaczyć, że normalną cechą procesu snu u niemowląt i małych dzieci są krótkie przebudzenia występujące po każdym cyklu snu (Ivanenko, Patwari, 2009). Pełny cykl snu u małych dzieci trwa około 50 minut, zaś u nastolatków i osób dorosłych – około 120 minut. Po krótkim wybudzeniu dziecko ponownie zapada w sen. Zdolność dziecka do regulacji procesu snu kształtuje się w pierwszych 6 miesiącach życia (Rogała, 2018). W zakresie tej umiejętności wyróżnia się niemowlęta samouspokajające się (*self-soothers*), czyli takie, które potrafią ponownie zasnąć bez interwencji rodziców, oraz te, które potrzebują pomocy rodziców, aby ponownie usnąć, czyli sygnalizujące (*signallers*) (Ivanenko, Patwari, 2009). Zapotrzebowanie na drzemkiienne u małych dzieci pozostaje jednostkowo zmienne i podlega w znaczącym stopniu wpływom kulturowym i społecznym. Stwierdzono, że drzemki w ciągu dnia wpływały korzystnie na konsolidację pamięci u małych dzieci (Kaczor, Skalski, 2016), jednak większość dzieci przestaje drzemać w wieku około 5 lat. Tylko niewielka grupa dzieci potrzebuje drzemek do 6–7. roku życia (Ivanenko, Patwari, 2009).

Całkowita ilość snu w ciągu doby również zmienia się wraz z wiekiem dziecka. W okresie noworodkowym wynosi około 13–19 godzin i maleje do około 11–13 godzin u dzieci dwuletnich. U dzieci w wieku przedszkolnym wynosi średnio 10 godzin, natomiast u dzieci szkolnych – 9 godzin na dobę (Kaczor, Skalski, 2016; Ivanenko, Patwari, 2009). Zapotrzebowanie na sen utrzymuje się na poziomie około 8–9 godzin na dobę także u osób dorosłych, pozostaje jednak osobniczo zmienne w zależności od chronotypu i preferencji osobowych.

Całkowita ilość snu
w ciągu doby

DIAGNOZA ZABURZEŃ SNU U DZIECI

Podczas stawiania diagnozy zaburzeń snu u dzieci należy wziąć pod uwagę to, iż bezsenność może być wynikiem różnych chorób i dolegliwości somatycznych (np. infekcje, kolka, refluks, dolegliwości bólowe, ząbkowanie), neurologicznych (np. padaczka) lub psychiatrycznych (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne), a także innych pierwotnych zaburzeń snu lub wpływu substancji psychoaktywnych.

Wiek 0–1 lat: W pierwszym roku życia dziecka zaburzenia regulacji rytmu okołodobowego snu i czuwania są czymś powszechnym i zazwyczaj wiążą się z wczesnym rozwojem dziecka. Około 12. miesiąca życia ujawniają się stabilne

Diagnoza zaburzeń
snu u dzieci
w pierwszym roku
życia

wzorce snu i dopiero od tego momentu można mówić o zaburzeniach zachowania związanych ze snem u dzieci.

Diagnoza zaburzeń
snu u dzieci w wieku
1–3 lat

Wiek 1–3 lata: Klasyfikacja Diagnostyczna Zaburzeń Psychiczych i Rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa DC:0-3 R wymienia dwie kategorie zaburzeń snu u małych dzieci:

- zaburzenia zasypiania (protodyssomnia związana z zasypianiem) oraz
- zaburzenia ciągłości snu (protodyssomnia związana z budzeniem się w nocy).

W pierwszym przypadku zaburzenie polega na długim czasie potrzebnym dziecku na zapadnięcie w sen, wymaganiu obecności rodzica w pokoju, dopóki ono nie zaśnie i/lub potrzebie, aby co jakiś czas rodzic wracał do dziecka na jego wołanie. Zaburzenia ciągłości snu polegają natomiast na licznych przebudzeniach w nocy wymagających interwencji rodzica i/lub przebudzeniach związanych z przychodzeniem dziecka do łóżka rodziców. Wymagany czas utrzymywania się opisanych trudności powinien wynosić minimum 4 tygodnie z częstotliwością 5–7 razy w tygodniu.

Diagnoza zaburzeń
snu u dzieci w wieku
3–10 lat

Wiek 3-10 lat: Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Snu ICSD (International Classification of Sleep Disorders) wyróżnia kilka rodzajów zaburzeń snu występujących u dzieci i młodzieży.

Bezsennaść
behawioralna

- **Bezsennaść behawioralna** – powtarzające się trudności związane z zasypianiem, utrzymaniem ciągłości snu, przedwczesnym budzeniem się lub niską jakością snu, pojawiające się pomimo adekwatnego do wieku czasu snu oraz pomimo odpowiednich warunków, mające negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka lub rodziny w ciągu dnia. Jest to jeden z najczęstszych powodów zgłoszeń rodziców z małym dzieckiem do psychologa.

Wyróżnia się dwa typy bezsenności behawioralnej:

- bezsennaść z braku dyscypliny (limit-setting),
- bezsennaść warunkowa/bezsennaść behawioralna związana z uwarunkowaniem początku snu (sleep-onset association).

Bezsennaść z braku
dyscypliny

Bezsennaść z braku dyscypliny najczęściej występuje u niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym. Polega ona na trudnościach dziecka z zasypianiem o określonej porze, niechęcią do kładzenia się do łóżka, opóźnianiu położenia się spać poprzez różne wymówki, np. potrzebę picia, potrzebę jedzenia, potrzebę korzystania z toalety, potrzebę przytulenia się czy też czytania wieczorem itp. Tego typu trudności dziecka w zaśnięciu często występują

w rodzinach, w których rodzice mają trudności z wprowadzaniem spójnych ograniczeń behawioralnych, stąd pochodzi ich nazwa.

Drugi rodzaj bezsenności behawioralnej związany jest ze specyficznym uwarunkowaniem początku snu. Zaburzenie polega na tym, że aby zasnąć, dziecko potrzebuje określonych specyficznych warunków skojarzonych przez nie z momentem zasypiania, np. karmienia, kołysania, noszenia, obecności konkretnej osoby, np. matki, lub określonych bodźców dźwiękowych (np. szum wentylatora, grające radio lub telewizja), dotykowych (np. włosy, ręka, ucho rodzica) itp. Wybudzenie się dziecka w nocy wiąże się z trudnością w ponownym samodzielnym zaśnięciu w obliczu braku uwarunkowanych behawioralnie okoliczności, co w konsekwencji prowadzi do przywoływania rodziców lub płaczu oraz przychodzenia do łóżka rodziców. Nazwa zaburzenia wskazuje, że dziecko doświadcza trudności z zaśnięciem w przypadku niedostępności wytworzonej asocjacji snu z konkretnym bodźcem/okolicznościami.

Bezsennaść
warunkowa

- **Parasomnie** – mimowolne zachowania lub subiektywnie odczuwane zjawiska związane z wzajemnym przenikaniem się stanu snu i czuwania, występujące podczas zasypiania lub podczas częściowych przebudzeń. Pojawiają się zarówno w czasie snu non-REM, jak i fazy REM i mogą mieć gwałtowny przebieg, dlatego też wywołują duży niepokój u wielu rodziców i są powodem częstych zgłoszeń do psychologa.

Do najczęstszych parasomni u dzieci należą:

Parasomnie u dzieci

- Wybudzanie z dezorientacją – parasomnia snu non-REM, podczas której dziecko budzi się w nocy pobudzone, rozkojarzone, często wydaje się splątane. Epizod może trwać 30–45 minut, po czym ustępuje. Zaburzenie to może występować rodzinnie.
- Lęki nocne – parasomnia ta najczęściej pojawia się w pierwszej fazie snu nocnego, czyli w czasie, w którym przeważa 3 i 4 faza snu non-REM. Dziecko przeżywające lęki nocne budzi się w nocy z krzykiem lub płaczem, jest wystraszone, ma wyraźne objawy fizjologiczne strachu: przyspieszone bicie serca, poszerzone źrenice, jest spocone. Często przejawia niepokój ruchowy, np. wykonuje powtarzalne czynności w łóżku lub poza nim, a czasami z niego wybiega. Może wypowiadać niezrozumiałe słowa lub wyrażać strach. Z reguły podczas epizodów lęku nocnego u dzieci nie można z nimi nawiązać kontaktu ani ich wybudzić. Uspokajanie także nie przynosi rezultatu. Epizod lęku nocnego musi sam ustąpić. Może to trwać około 15 minut. Rano dziecko zazwyczaj nie pamięta o nocnym lęku.
- Koszmary senne – parasomnia snu REM występująca najczęściej w drugiej połowie snu pod postacią snów o przerażającej tematyce, które często wywołują strach i prowadzą do obudzenia się. Dziecko najczęściej płacze, jest przestraszone i poszukuje osoby dorosłej w celu uspokojenia się. W odróżnieniu

od lęków nocnych, koszmary senne są w większości zapamiętywane przez dziecko i opowiadane rano po przebudzeniu. Występują bardzo często w populacji dziecięcej, a także u nastolatków, a nawet dorosłych.

- Sennowłóctwo (lunatykowanie) również często występuje u dzieci, a szczyt nasilenia jego objawów obserwuje się między 8. a 12. rokiem życia.
- Zaburzenia oddychania związane ze snem (SDB, *sleep-disordered breathing*) występują w postaci pierwotnego chrapania, zespołu zwiększonej oporności w górnych drogach oddechowych (UARS, *upper airway resistance syndrome*) oraz obturacyjnego bezdechu sennego (OSA, *obstructive sleep apnea*). Wymagają bezwzględnie leczenia.

Zespół opóźnionej fazy snu

- **Zespół opóźnionej fazy snu** (ang. *delayed sleep phase type, DSPT*) – to zaburzenie rytmu okołodobowego często obserwowane u nastolatków. W zespole tym okresy snu i czuwania są przesunięte o ok. 2 godziny względem przyjętych społecznie norm czasowych, co prowadzi do późniejszego zasypiania i często do wtórnych niedoborów snu z powodu wczesnego rozpoczynania zajęć szkolnych.

Zespół niespokojnych nóg

- **Zespół niespokojnych nóg** (RLS, ang. *restless legs syndrome*) – to zaburzenie sensomotoryczne pojawiające się głównie w nocy i polegające na nieprzyjemnych uczuciach w obrębie nóg. Dzieci zwykle opisują je jako „robaczki/mrówki chodzące w nogach” lub uczucie niewygody czy też pieczenia. Wiele dzieci z RLS prosi rodziców o pomasowanie im stóp lub nóg przed położeniem się do łóżka w celu lepszego zaśnięcia. Rodzice najczęściej zauważają niespokojny sen u dzieci i intensywne pocieranie lub poruszanie nogami przed zaśnięciem.

Do najczęściej zgłaszanych w praktyce psychologa dziecięcego zaburzeń snu należą liczne przebudzenia, skrócenie czasu trwania snu i bezsenność behawioralna w przypadku niemowląt i dzieci do 2. roku życia oraz bezsenność behawioralna, lęki nocne i koszmary senne u dzieci do 6. roku życia.

METODY TERAPII ZABURZEŃ SNU U DZIECI

Oddziaływania terapeutyczne – praca z rodzicami

Z praktyki psychologa pracującego w poradni psychologiczno-pedagogicznej wynika, że w większości przypadków zaburzenia snu u małych dzieci uwarunkowane są behawioralnie lub rozwojowo. Dlatego też w zakresie oddziaływań terapeutycznych zaleca się przede wszystkim pracę z rodzicami pod kątem:

- kształtowania prawidłowych nawyków związanych z zasypianiem dziecka,
- przestrzegania zasad higieny snu,
- psychoedukacji rodziców dotyczącej fizjologii snu i potrzeb rozwojowych dziecka.

Zagadnieniom tym powinny być poświęcone spotkania indywidualne z rodzicami. Dodatkowo można włączyć konkretne interwencje behawioralne, które mogą pomóc wygasić nieprawidłowe wzorce okołosenne. Farmakoterapia w leczeniu zaburzeń snu u dzieci nie posiada wystarczająco udokumentowanej skuteczności.

METODY RELAKSACYJNE JAKO WYBRANA FORMA PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z DZIECKIEM Z ZABURZENIAMI SNU

Aby wspomóc proces terapeutyczny w leczeniu zaburzeń snu u małych dzieci, można zaproponować rodzicom włączenie technik relaksacyjnych. Celem relaksacji jest obniżenie napięcia psychicznego i fizycznego, wyciszenie emocjonalne, „oczyszczenie” głowy z myśli oraz stworzenie warunków do spokojnego zapanięcia dziecka w sen.

Techniki relaksacyjne

Proponowany proces terapii oraz ćwiczenia z dzieckiem przedstawione zostaną na przykładzie konkretnego pacjenta.

Opis przypadku

Opis przypadku

Krzyś – 4 lata, został zgłoszony do poradni przez mamę z powodu utrzymujących się od dawna trudności ze spaniem. Problemem głównym było to, iż chłopiec regularnie budził się około 4 rano i nie mógł dalej spać. Wołał wtedy mamę albo przychodził do łóżka rodziców. Działo się to każdej nocy i powodowało, że rodzice byli niewyspani i zmęczeni oraz mieli poczucie zupełnej bezradności wobec problemu swojego dziecka. Próbowali wielu metod, wraz z lekami, ale żadna na dłuższą metę nie przynosiła oczekiwanych rezultatów. W ciągu dnia Krzyś wykazywał się dużą aktywnością ruchową. Rodzice próbowali go więc „zmęczyć”, proponując mu bardzo wielu atrakcji, np. długie spacery, bieganie po placu zabaw, zabawę w parku rozrywki dla dzieci i inne. Wbrew ich oczekiwaniom, Krzyś nie wydawał się tym zmęczony, a wręcz przeciwnie, jego aktywność jeszcze wzrastała. W trakcie rozmów z mamą okazało się, że Krzyś posiada bardzo określony rytuał związany z zasypaniem – głaskanie ręki mamy. Gdy był młodszy, rytuałem tym było trzymanie mamy za ucho, jednak z powodu znacznej uciążliwości tego rytuału udało się go zmienić na rękę. Wywiad dotyczący funkcjonowania społecznego dziecka ujawnił, że chłopiec wykazuje pewne trudności w relacjach z rówieśnikami. W sytuacji pobudzenia emocjonalnego miał zwyczaj podchodzić do dzieci i mocno je przytulać lub dotykać rękami ich twarzy, co było niemiłe dla dzieci. Generalnie jednak był chłopcem lubianym i otwartym na kontakty z innymi. Krzyś był najmłodszym z trójga rodzeństwa, starsza siostra i brat chodzili już

do szkoły. Dzieci miały wspólny pokój, jednak w praktyce Krzysiek częściej przebywał w pokoju rodziców, szczególnie w nocy, ponieważ mama zabierała go do sypialni rodziców, aby nie budził starszego rodzeństwa.

Spotkania psychologa z dzieckiem pozwoliły ocenić jego rozwój intelektualny i poznawczy jako znajdujące się powyżej normy oraz prawidłowy poziom rozwoju emocjonalnego i społecznego. W trakcie spotkań chłopiec był spokojny, radosny i nastawiony na kontakt z drugą osobą. Wyrażał przywiązanie do mamy.

Schemat terapii
– spotkania
z rodzicami

SCHEMAT TERAPII ZABURZEŃ SNU U KRZYSIA

ETAP 1. SPOTKANIA Z RODZICAMI

Sesja 1.: Spotkanie z rodzicami:

- Omówienie rytmu życia rodziny i poszczególnych jej członków.
- Omówienie szczegółowo rytuałów i nawyków zasypiania w rodzinie: czas, miejsce, warunki do snu każdego członka rodziny.
- Psychoedukacja rodziców na temat prawidłowej higieny snu dziecka:

Tabela 1. Zasady higieny snu (za: Kaczor, Skalski, 2016)

sypialnia pozbawiona intensywnych bodźców,
stałe ramy snu (stałe godziny kładzenia się spać i budzenia się),
rytuały okołosenne,
unikanie napojów zawierających kofeinę,
czytanie przed snem,
zasypianie we własnym łóżku pod nieobecność rodzica,
ograniczenie czasu korzystania z urządzeń emitujących spektrum światła niebieskiego (tablety, smartfony, komputery, telewizory),
umiarkowana aktywność fizyczna w ciągu dnia,
śniadanie bogate w tryptofan oraz witaminę B ₆ ,
ekspozycja na światło w godzinach porannych.

Sesja 2.: Spotkanie z rodzicami:

- Psychoedukacja rodziców na temat potrzeb emocjonalnych i społecznych dziecka 4-letniego.
- Omówienie klimatu emocjonalnego w rodzinie, relacji między członkami rodziny.
- Ustalenie prawidłowych rytuałów okołosennych z zastosowaniem interwencji behawioralnych w celu wygaszenia nawyku głaskania ręki mamy oraz jej obecności podczas zasypiania.

Sesja 3.: Spotkanie z rodzicami:

- Omówienie skuteczności podjętych interwencji behawioralnych i korekta nieprawidłowości w ich wprowadzaniu.

Zmiana nawyków okołosennych za pomocą interwencji behawioralnych powodowała u rodziców oraz u dziecka wzrost napięcia emocjonalnego. Postanowiono więc włączyć do terapii ćwiczenia relaksacyjne, aby ułatwić przeprowadzenie procesu zmiany utrwalonych zachowań przez obniżenie poziomu stresu u dziecka i członków rodziny.

ETAP 2. NAUKA RELAKSACJI

⋮ Nauka relaksacji

Sesja 1.: Spotkanie z rodzicami:

- Omówienie celu relaksacji i wpływu stresu na codzienne funkcjonowanie dziecka, rodziny oraz na jakość snu.
- Przedstawienie podstawowych technik relaksacji: ćwiczenia oddechowe, masaż relaksacyjny, wizualizacja i techniki mindfulness.

Poniżej przedstawione zostaną ćwiczenia relaksacyjne zaproponowane Krzysiovi i jego rodzicom jako metoda wspomagająca terapię zaburzeń snu. Wiele z nich wiąże się z uważnością (mindfulness), której dziecięcą adaptację można znaleźć w publikacjach Eline Snel – autorki popularnego w Danii, a także i w Polsce, programu terapeutycznego „Uwaga. To działa!”. Ćwiczenia zawarte w książkach tej autorki stanowiły inspirację do ćwiczeń zaproponowanych w opisywanej terapii zaburzeń snu.

TRENING ODDECHOWY

⋮ Trening oddechowy

Ćwiczenia oddechowe są jedną z podstawowych technik relaksacyjnych. Koncentracja na oddechu, pogłębione i świadome oddychanie stanowi pierwszy krok w treningu mindfulness zarówno dla osób dorosłych, jak i dla dzieci.

Ćwiczenie 1. Oddychanie

Położ się obok dziecka wygodnie na dywanie. W pokoju powinno być cicho. Możesz włączyć delikatną muzykę relaksacyjną, ale nie musisz tego robić. W waszym otoczeniu może panować naturalna cisza. Wykonujcie to ćwiczenie razem. Połóż dłoń na swojej przeponie, czyli na brzuchu, poniżej linii żeber. Nabierz powietrza nosem i wypuść je powoli ustami. Nie spiesz się. Nabierając powietrze, obserwuj, jak podnosi się twój brzuch i klatka piersiowa, a potem jak opadają wraz z wydechem. Jest to powolne falowanie w górę i w dół. Teraz weź niewielką pluszową zabawkę lub inny lekki przedmiot i połóż go na miejscu dłoni na brzuchu. Obserwuj, jak zabawka unosi się i opada na twoim brzuchu. Nie przyspieszaj oddechu, niech to będzie powolne falowanie.

Czas trwania ćwiczenia: **około 3–5 minut.**

Masaż relaksacyjny

MASAŻ RELAKSACYJNY

Ciało i umysł są jednością. W związku z tym wszelkie napięcia emocjonalne i stres kumulują się w naszych mięśniach, wywołując ich napięcie, a czasem nawet bolesność. Zjawisko to dotyczy także małych dzieci. Z tego powodu w ramach relaksacji u dzieci stosuje się masaże, które rozluźniają mięśnie, a jednocześnie powodują zmniejszenie napięcia emocjonalnego.

Zaprezentowany w tym opracowaniu masaż relaksacyjny zawiera elementy metody relaksacji H. Wintreberta i E. Jacobsona dostosowane do możliwości psychofizycznych 4-letniego dziecka.

Ćwiczenie 2. Masaż relaksacyjny

Dziecko leży w wygodnej pozycji na plecach, ręce spoczywają swobodnie wzdłuż tułowia na dywanie, podłodze lub kocu. W pierwszej części masażu dziecko jest aktywne, stara się mocno napinać mięśnie poszczególnych partii ciała. W formie zabawy udajemy, że smarujemy klejem całą powierzchnię ciała dziecka, która dotyka do podłogi. Delikatnie przyciskamy do podłogi poszczególne partie ciała dziecka, aby klej „złapał”. Prosimy, aby dziecko przez chwilę trwało bez ruchu. Następnie próbujemy „odkleić” od podłogi ciało dziecka. Prosimy, aby dziecko użyło całej swojej siły, żeby nam na to nie pozwolić. Zaczynamy od delikatnego podnoszenia palców rąk, dłoni i nadgarstków. Dziecko przeciwdziało temu. Potem przechodzimy do przedramienia i ramienia. Staramy się podnieść barki i głowę dziecka i przechodzimy do

drugiej ręki. Podnosimy brzuch dziecka, miednicę, kolana i stopy. W trakcie tego ćwiczenia dziecko mocno napina mięśnie, przeciwdziałając „odklejaniu” przez rodzica.

W drugiej części ćwiczenia dziecko pozostaje bierne i rozluźnione, poddaje się działaniu dorosłego. Tym razem bawimy się, że dziecko jest galaretką albo zmęczonym pajacykiem. Rozpoczynamy masaż od ręki. Delikatnie podnosimy bezwładną rękę dziecka, zginamy jego nadgarstek, wykonując ruch w górę i w dół, w prawo i w lewo. Następnie rozluźniamy staw łokciowy, wykonując nim ruchy obrotowe. Przechodzimy do stawu barkowego i wykonujemy nim łagodne krążenie. Delikatnie podnosimy głowę dziecka, tak aby mięśnie szyi się rozluźniły. Obracamy głowę w prawo i w lewo, a następnie odkładamy. Przechodzimy przez staw nadgarstkowy, łokciowy i barkowy do drugiej ręki, wykonując analogiczne ruchy jak przy ręce poprzedniej. Powracamy do głowy, wykonując delikatny masaż twarzy: okrężne ruchy wokół oczu, ust oraz czoła od środka ku skroniom. Następnie rozpoczynamy relaksację kończyn dolnych: wykonujemy rotacyjne ruchy stawów skokowych, zginamy i prostujemy kolana dziecka, przyciągamy do brzucha oraz prostujemy nogi w stawach biodrowych.

Czas trwania ćwiczenia: około **7–10 minut**.

WIZUALIZACJA

Wizualizacja polega na zaangażowaniu wyobraźni w proces relaksacji. Pogłębia odprężenie psychiczne poprzez wyobrażenie odpoczynku, przywołanie miłych wspomnień lub wrażeń. Może być także „podróżą w wyobraźni”.

Ćwiczenie 3. Wizualizacja 1 (z elementami treningu autogenego Schulza)

Zachęcamy dziecko do spokojnego leżenia z zamkniętymi oczami na podłodze, dywanie lub kocu. Opowiadamy bajkę o pracowitej myszce:

Mała myszka Pi jest bardzo pracowita. Rano wyskakuje z łóżeczka i szybko biegnie na podwórko, do ogródka. Ma tam wiele rzeczy do zrobienia: musi najpierw znaleźć coś smacznego na śniadanie. Najbardziej lubi... (tu warto wymienić ulubione śniadanie dziecka, np. kaszkę z malinami). Potem pełna energii myszka biegnie pobawić się w berka z motylkiem, pograć w piłkę z myszką Lilą oraz pobawić w chowanego z wróbelkiem Pikiem. Czasami lubi też porysować patykiem na piasku albo zbudować wielki

Wizualizacja
z elementami
treningu
autogenego
Schulza

zamek z pudełek, kartonów, listków, patyczków, sznurków i tego, co akurat znajdzie na swoim podwórku. Myszka jest ciekawa świata, dlatego lubi się uczyć nowych rzeczy i poznawać nowych kolegów i koleżanki. Ostatnio nauczyła się... (wymienić umiejętność, której ostatnio nauczyło się dziecko). Bieganie, zabawa, rysowanie i nauka są ciekawe i wspaniałe. Czasami jednak można mieć już tego dość, szczególnie gdy jest się taką małą myszką. Dlatego wieczorem mała myszka Pi lubi wejść do swojej norki, położyć się wygodnie w miękkim łóżeczku i pomyśleć: teraz sobie odpocznę. Myszka zamyka oczka i zaczyna się odprężać – Czuję, że moja prawa łapka jest ciężka i zmęczona. Moja lewa łapka też jest ciężka. Leżę sobie spokojnie i odpoczywam. Jest mi mięciutko i wygodnie. Moja główka jest ciężka i odpoczywa na poduszce. Mój brzuszek leży wygodnie i odpoczywa. Czuję, że jest mi ciepło i wygodnie. Moje nóżki są zmęczone, bo biegały cały dzień, więc teraz są ciężkie i też odpoczywają. Myśląc tak, mała myszka poczuła, że jest jej miło i dobrze. Nabrała głęboko powietrza, przeciągnęła się i uśmiechnęła z zadowoleniem.

Czas trwania ćwiczenia: około **5 minut**.

Wizualizacja 2 –
podróż w wyobraźni

Ćwiczenie 4. Wizualizacja 2 – podróż w wyobraźni

Zachęcamy dziecko do położenia się na plecach i zamknięcia oczu. Mówimy: Wyobraź sobie, że leżysz na łące. Czujesz zapach kwiatów i trawy. Słońce miło ogrzewa twoją buzię, brzuszek, rączki i nóżki. Jest ci ciepło i wygodnie. Słyszysz, jak wiatr porusza żdźbłami trawy i czujesz, jak delikatny powiew dotyka twojej skóry. Teraz słyszysz śpiew ptaków, cykanie świerszczy i szum płynącego niedaleko strumyka. Patrzysz na płynące powoli po niebie białe chmury. Jesteś zadowolony, że możesz odpocząć po całym dniu.

Czas trwania ćwiczenia: **3–5 minut**.

Mindfulness

MINDFULNESS – PRACA Z MYŚLAMI

Częstą trudnością przy zasypianiu jest gonitwa myśli. Nasze ciało potrzebuje odpoczynku, jednak umysł nie potrafi się zatrzymać. Mnogość wrażeń z całego dnia powoduje, że trudno jest wyciszyć się i zapaść w sen. Jednym ze sposobów poradzenia sobie z myślami jest uważność, czyli mindfulness. W praktyce uważności staramy się koncentrować myśli na tym, co jest tu i teraz lub kierować je świadomie w określonym kierunku. Poniższe ćwiczenie zainspirowane zostało ćwiczeniem z książki E. Snel *Uważność i spokój żabki*.

Ćwiczenie 5. Oczyszczenie głowy z myśli

Położ się wygodnie na podłodze i zamknij oczy. W twojej głowie kotłuje się mnóstwo myśli, każda myśl chce, żebyś teraz o niej myślał. Jednak jak tylko zaczniesz o czymś myśleć, już coś następnego wciska się do twojej głowy. Twoja głowa już sama nie wie, której myśli ma słuchać. Jest ich po prostu za dużo. Dlatego pomyśl teraz o swoim brzuszku. Jest to miejsce, w którym nie ma żadnych myśli. Tam jest teraz tylko twój oddech, który powoli kołysze brzuch w górę i w dół. Nie ma tu żadnych myśli. Tu jest cicho i spokojnie, brzusek faluje niczym spokojna woda w oceanie. Skup się chwilę na tym falującym ruchu.

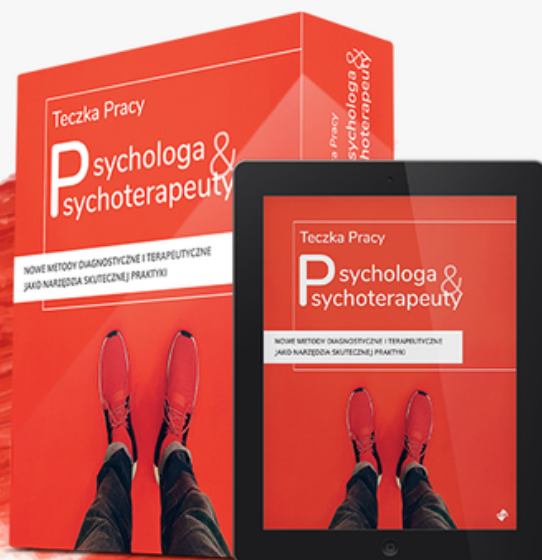
Czas trwania ćwiczenia: **około 5 minut.**

W czasie trwania terapii rodzice obserwowali zmiany w funkcjonowaniu dziecka. Krzysiek stał się spokojniejszy i mniej pobudzony w ciągu dnia. Nadal był dzieckiem aktywnym, ale potrafił też zatrzymać się i wyciszyć. Codziennie w ramach wieczornego rytuału wyciszającego rodzice stosowali techniki relaksacyjne, wybierając dwie lub trzy z nich. Zachowanie chłopca w przedszkolu poprawiło się i zmniejszyła się częstotliwość jego nawyku dotykania twarzy innych dzieci. Mogło to mieć także związek z zaleconą diagnozą procesów integracji sensorycznej i wdrożeniem terapii w tym zakresie. Postępując zgodnie z wytycznymi higieny snu, rodzicom udało się doprowadzić do wydłużenia czasu snu do godziny 6 rano oraz skrócenia czasu zasypiania dziecka do 30 minut. Do pracy pozostawał nadal nawyk obecności rodzica podczas zasypiania.

Wnioski z zaproponowanego modelu terapii u przedstawionego pacjenta pozwalają stwierdzić, że metody relaksacyjne wzbogacone o techniki mindfulness stanowiły praktyczne wsparcie w radzeniu sobie z bezsennością behawioralną u dziecka oraz pozwoliły całej rodzinie na obniżenie napięcia i negatywnych emocji związanych z zasypianiem.

Kompleksowe wsparcie w codziennej praktyce

– baza wiedzy, specjalistyczne narzędzia,
opracowania trudnych przypadków



Teczka pracy psychologa i psychoterapeuty

Baza wiedzy zawarta na ponad 2500 stron, z przykładami
zastosowania zbudowana w oparciu o wyniki badań
i zweryfikowana w pracy ekspertów.

Specjalistyczne narzędzia: kwestionariusze diagnostyczne, karty
pracy, ćwiczenia, skrypty sesji terapeutycznych.

**Opracowania trudnych przypadków z konkretnymi
rozwiązaniami** zaczerpniętymi z praktyki gabinetu
psychologa i psychoterapeuty.

Nowoczesne i skuteczne metody uwzględniające wyzwania
i problemy współczesnego człowieka.

www.TeczkaPsychologa.pl