

LĘK O ZDROWIE ZAPIS MYŚLI

Sytuacja Co się stało? Co robiłaś/eś? Z kim? Gdzie? Kiedy?	Wyzwalacz lęku o zdrowie fizyczne doznanie, symptom ? Myśl? Usłyszenie o chorobie?	Lęk Oceń Intensywność (0-100%)	Niepomocne Myśli/ Obrazy Zapisz najbardziej stresującą myśl lub obraz Jak bardzo wierzysz w tą myśl? 0-100% Skupienie na ciele 0 – 100%	Zachowanie Co zrobiłaś/eś? <ul style="list-style-type: none"> • sprawdzanie? • szukanie otuchy upewnianie się? Czego NIE zrobiłaś/eś? (Unikanie) Jak długo?	Alternatywna Reakcja Co byłoby bardziej racjonalną i zrównoważoną perspektywą? Czy jest inny sposób spojrzenia na to? Jak bardzo wierzysz w tą inną perspektywę? 0-100%	Wynik ponownie oceń poziom lęku 0-100% Co było pomocne?
	Co czułaś/eś? Gdzie w ciele? Jak długo?		Co to mówi o twoim zdrowiu? Co jest w tym najgorszego– co najgorszego może się wydarzyć? Jak bardzo twoja uwaga była pochłonięta skupieniem/myśleniem o ciele i symptomach ?	Zapisz wszystko co zrobiłaś/eś i nie zrobiłaś/eś. Jak sprawdzałaś/eś symptomy? Jak szukałaś/eś upewnień? Czy czegoś unikałaś/eś?	Czy to fakt czy przekonanie? Co powiedziałby ktoś inny? Jakiej rady udzielił(a)byś przyjacielowi? Czy moja reakcja jest proporcjonalna? Czy problemem jest moja choroba, czy moje przekonanie o chorobie wywołuje symptomy lęku?	Jakie są konsekwencje takiego zachowania? Co by pomogło? Co byłoby najlepsze dla mnie i dla sytuacji?