

Zestaw do Opanowania Przetwarzania Traumy

Kompletny zestaw kliniczny dla terapeutów pracujących z traumą

8 FAZ PRZETWARZANIA



Uporządkowana droga od przygotowania klienta do bezpiecznego zamknięcia procesu

8-fazowy protokół • zasoby i stabilizacja • arkusze kliniczne • przewodnik po przekonaniach • integracja EMDR, Brainspotting, podejścia somatycznego i IFS

Prawa autorskie i zakres odpowiedzialności

Prawa autorskie i zakres odpowiedzialności

© Wszystkie prawa zastrzeżone.

Niniejszy materiał jest narzędziem wspierającym pracę wykwalifikowanych specjalistów zdrowia psychicznego. Nie zastępuje formalnego szkolenia, certyfikacji, supervizji, diagnozy, indywidualnej konceptualizacji przypadku ani profesjonalnego osądu klinicznego.

Zastosowanie technik EMDR, Brainspotting, interwencji somatycznych, IFS oraz innych metod pracy z traumą powinno odbywać się wyłącznie w granicach kompetencji, uprawnień i obowiązujących standardów zawodowych terapeutów.

Przed rozpoczęciem przetwarzania materiału traumatycznego należy ocenić bezpieczeństwo klienta, ryzyko samobójcze, ryzyko przemocy, aktualny stan psychiczny, stabilność medyczną, zdolność do samoregulacji oraz dostępność wsparcia poza sesją.

Materiał nie powinien być kopiowany, rozpowszechniany, odsprzedawany ani udostępniany osobom trzecim bez pisemnej zgody właściciela praw.

Dodatkowa ramka: „Najważniejsza zasada: protokół wspiera decyzje kliniczne, ale nigdy ich nie zastępuje”.

Spis treści

Prawa autorskie i ważne informacje kliniczne **01**

Wprowadzenie: od improwizacji do uporządkowanej pracy **03**

Moduł 01: Bezpieczeństwo kliniczne i przygotowanie **04**

Moduł 02: Zasoby, regulacja i stabilizacja **12**

Moduł 03: Identyfikacja i porządkowanie celów **27**

Moduł 04: Ośmiofazowy protokół przetwarzania traumy **39**

Moduł 05: Przekonania i interwencje poznawcze **59**

Moduł 06: Integracja wielomodalna **73**

Moduł 07: Trauma złożona i dysocjacja **83**

Moduł 08: Zastosowanie w sesji i monitorowanie postępów **90**

Zakończenie i zasady dalszego stosowania **103**

Od improwizacji do bezpiecznej i uporządkowanej pracy

Od improwizacji do bezpiecznej i uporządkowanej pracy

Powitać terapeutę, zmniejszyć poczucie przeciążenia oraz wyjaśnić, w jaki sposób korzystać z całego systemu.

Praca z traumą może stać się chaotyczna, gdy terapeuta próbuje jednocześnie pamiętać o bezpieczeństwie, regulacji, wyborze celu, pomiarze intensywności, przekonaniach i zamknięciu sesji. Ten zestaw ma uporządkować te elementy w jedną powtarzalną ścieżkę.

Nie musisz pamiętać o wszystkim w tym samym momencie.

Ten zestaw został opracowany po to, aby pomóc Ci prowadzić pracę z traumą krok po kroku - od pierwszej oceny bezpieczeństwa, przez przygotowanie i stabilizację, aż po przetwarzanie, integrację oraz monitorowanie zmian.

Nie traktuj materiału jak książki, którą trzeba przeczytać od początku do końca przed pierwszym zastosowaniem. Zaczynaj od modułu odpowiadającego aktualnym potrzebom klienta. Przed każdą interwencją sprawdź jednak strony dotyczące bezpieczeństwa, gotowości i przeciwwskazań.

Najważniejszym celem nie jest jak najszybsze dotarcie do trudnego wspomnienia. Celem jest stworzenie warunków, w których klient może pracować z doświadczeniem bez utraty kontaktu z teraźniejszością, bez nadmiernego przeciążenia i z możliwością bezpiecznego zakończenia sesji.

Korzystaj z list kontrolnych, zaznaczaj wyniki SUDS i VOC, zapisuj reakcje somatyczne oraz wracaj do wcześniejszych stron, gdy proces zwalnia lub klient traci regulację. Struktura nie ogranicza elastyczności terapeuty. Daje punkt odniesienia, dzięki któremu elastyczność staje się świadomą decyzją, a nie improwizacją.

RAMKA „JAK KORZYSTAĆ Z ZESTAWU”

1. Najpierw oceń bezpieczeństwo i gotowość.
2. Zbuduj zasoby i zdolność powrotu do regulacji.
3. Wybierz oraz uporządkuj cele.
4. Korzystaj z protokołu fazowego.
5. Monitoruj SUDS, VOC i reakcje ciała.
6. Zamykaj każdą sesję w sposób przewidywalny.
7. Dokumentuj zmiany i ponownie oceniaj plan.

Moduł 01

Bezpieczeństwo kliniczne i przygotowanie do pracy z traumą

Najpierw bezpieczeństwo. Następnie stabilizacja. Dopiero później przetwarzanie.

W tym module nauczysz się korzystać z zestawu w sposób uporządkowany, oceniać gotowość klienta, rozpoznawać sytuacje wymagające zatrzymania procedury oraz podejmować świadomą decyzję o rozpoczęciu pracy z materiałem traumatycznym.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Jak korzystać z zestawu bez przeciążenia informacjami

Jak korzystać z zestawu bez przeciążenia informacjami

Zestaw nie jest sztywnym scenariuszem, który należy wykonywać mechanicznie. Jest mapą pomagającą terapeutcie utrzymać bezpieczeństwo, kierunek pracy i ciągłość dokumentacji.

WYJAŚNIĆ TRZY SPOSOBY KORZYSTANIA Z MATERIAŁU

1. Tryb przygotowania przypadku

Terapeuta korzysta z formularzy przed sesją, aby uporządkować historię klienta, ryzyko, zasoby, cele oraz przewidywane trudności.

2. Tryb prowadzenia sesji

Terapeuta otwiera właściwą kartę protokołu, skrypt stabilizacyjny, skalę SUDS lub VOC albo schemat decyzyjny i używa go w czasie rzeczywistym.

3. Tryb ponownej oceny

Po sesji terapeuta analizuje reakcje klienta, poziom domknięcia, zmiany somatyczne, skuteczność zasobów i kolejny krok w planie leczenia.

UMIEŚCIĆ TABELĘ Z TRZEMA KOLUMNAMI

- Moment użycia
- Najbardziej przydatne narzędzia
- Pytanie kliniczne

PRZYKŁADOWE PYTANIA

- „Czy klient ma wystarczające zasoby, aby wrócić do regulacji?”
- „Czy wybrany cel jest odpowiednio ograniczony?”
- „Czy intensywność mieści się w zakresie możliwym do tolerowania?”
- „Czy sesję można bezpiecznie kontynuować?”
- „Co należy sprawdzić podczas następnego spotkania?”

Ramka „Wskazówka kliniczna”: „Przed pierwszym zastosowaniem wydrukuj lub otwórz cyfrowo stronę z drzewem decyzyjnym, kartę SUDS i VOC oraz plan zamknięcia niepełnej sesji.

Co ten zestaw wspiera, a czego nie zastępuje

Co ten zestaw wspiera, a czego nie zastępuje

Jasne określenie granic zmniejsza ryzyko stosowania narzędzi poza zakresem kompetencji i pomaga terapeutce podejmować bezpieczniejsze decyzje.

SEKCJA „ZESTAW MOŻE WSPIERAĆ”

- przygotowanie osoby dorosłej do pracy z traumą;
- porządkowanie historii i celów terapeutycznych;
- rozwijanie zasobów oraz umiejętności samoregulacji;
- monitorowanie subiektywnego poziomu dystresu;
- identyfikowanie przekonań negatywnych i adaptacyjnych;
- planowanie pracy fazowej;
- dokumentowanie przebiegu i zmian;
- świadome łączenie metod w granicach kompetencji terapeuty.

SEKCJA „ZESTAW NIE ZASTĘPUJE”

- formalnego szkolenia w EMDR, Brainspotting, IFS lub metodach somatycznych;
- diagnozy klinicznej;
- oceny ryzyka samobójczego lub ryzyka przemocy;
- opieki psychiatrycznej i medycznej;
- planu kryzysowego;
- superwizji;
- znajomości lokalnych przepisów i zasad zawodowych;
- indywidualnego osądu klinicznego.

Wyjaśnienie terminu „zakres kompetencji”: „Zakres kompetencji oznacza obszar pracy, do którego terapeuta posiada odpowiednie wykształcenie, szkolenie, doświadczenie, uprawnienia i wsparcie superwizyjne.

Co sprawdzić przed rozpoczęciem przetwarzania

Co sprawdzić przed rozpoczęciem przetwarzania

Przed rozpoczęciem intensywnej pracy terapeuta powinien ocenić aktualne ryzyko, stabilność, kontakt z rzeczywistością, zdolność do regulacji oraz warunki życia klienta.

Umieścić formularz podzielony na pięć obszarów.

OBSZAR 1 - AKTUALNE BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Myśli samobójcze lub samouszkodzenia
- ☐ Ryzyko przemocy ze strony innych osób
- ☐ Ryzyko skrzywdzenia innych
- ☐ Brak bezpiecznego miejsca zamieszkania
- ☐ Trwający kontakt ze sprawcą przemocy
- ☐ Ostry kryzys rodzinny, prawny lub zawodowy

OBSZAR 2 - STABILNOŚĆ PSYCHICZNA

- ☐ Objawy psychotyczne
- ☐ Epizod maniakalny lub znaczne pobudzenie
- ☐ Silna dezorientacja
- ☐ Częste utraty czasu lub pamięci
- ☐ Brak możliwości utrzymania kontaktu z terażniejszością
- ☐ Intensywne i niekontrolowane reakcje dysocjacyjne

OBSZAR 3 - SUBSTANCJE I STAN MEDYCZNY

- ☐ Aktualne odurzenie
- ☐ Niestabilne używanie alkoholu lub substancji
- ☐ Nagła zmiana leków
- ☐ Stan medyczny wymagający konsultacji
- ☐ Skrajne niewyspanie, wyczerpanie lub ból

OBSZAR 4 - ZDOLNOŚĆ DO REGULACJI

- ☐ Klient potrafi zauważyć narastające pobudzenie
- ☐ Klient zna co najmniej dwie skuteczne strategie regulacji
- ☐ Klient potrafi wrócić uwagą do pomieszczenia
- ☐ Klient może komunikować potrzebę przerwy
- ☐ Klient toleruje krótkie skupienie na trudnym materiale

Jak rozpoznać zakres, w którym możliwa jest bezpieczna praca

Jak rozpoznać zakres, w którym możliwa jest bezpieczna praca

Okno tolerancji to zakres pobudzenia, w którym osoba może odczuwać emocje, pozostając jednocześnie w kontakcie z terażniejszością, terapeutą i własną zdolnością do wyboru.

WYJAŚNIĆ TRZY STANY

1. Nadmierne pobudzenie

Możliwe oznaki: panika, gwałtowne napięcie, przyspieszony oddech, zalew emocji, gonitwa myśli, silne impulsy, niemożność pozostania w miejscu.

2. Zakres tolerancji

Możliwe oznaki: emocje są obecne, ale klient może mówić, zauważać ciało, odpowiadać na pytania, wybierać tempo i wracać uwagą do terażniejszości.

3. Obniżone pobudzenie

Możliwe oznaki: odrętwienie, pustka, senność, spowolnienie, brak kontaktu z ciałem, poczucie oddalenia, „znikanie”, trudność w mówieniu lub podejmowaniu decyzji.

Dodać wyjaśnienie: „Celem nie jest utrzymywanie klienta w całkowitym spokoju. Celem jest zachowanie takiego poziomu pobudzenia, który pozwala doświadczać i jednocześnie pozostawać w relacji, orientacji i wyborze.

PYTANIA DO KLIENTA

- „Co zauważasz teraz w swoim ciele?
- „Czy nadal czujesz, że jesteś tutaj, w tym pomieszczeniu?
- „Czy możesz spojrzeć na mnie i opisać trzy rzeczy, które widzisz?
- „Czy potrzebujesz zwolnić, zatrzymać się czy kontynuować?
- „W jakim stopniu możesz teraz świadomie wybierać?
- Przy nadmiernym pobudzeniu: zwolnić, zmniejszyć kontakt z materiałem, zwiększyć orientowanie i zasoby.
- W zakresie tolerancji: kontynuować z regularnym monitorowaniem.
- Przy obniżonym pobudzeniu: zwiększyć orientowanie sensoryczne, ruch, kontakt głosowy i poczucie sprawczości.

Ramka „Ważne”: „Okno tolerancji jest zmienne. Może zawężać się pod wpływem zmęczenia, konfliktu, bólu, substancji, braku snu lub wydarzeń między sesjami.

Czy można dziś rozpocząć pracę z celem traumatycznym?

Czy można dziś rozpocząć pracę z celem traumatycznym?

Jednostronicowy schemat ma pomóc terapeutę podjąć uporządkowaną decyzję, zamiast rozpoczynać przetwarzanie wyłącznie na podstawie planu ustalonego podczas wcześniejszej sesji.

POCZĄTEK SCHEMATU

PYTANIE 1: CZY WYSTĘPUJE BEZPOŚREDNIE ZAGROŻENIE ŻYCIA, ZDROWIA LUB BEZPIECZEŃSTWA?

- TAK - przerwać plan przetwarzania i zastosować odpowiednią procedurę bezpieczeństwa.
- NIE - przejść do pytania 2.

PYTANIE 2: CZY KLIENT JEST OBECNIE TRZEŻWY, ZORIENTOWANY I ZDOLNY DO ŚWIADOMEJ ZGODY?

- NIE - nie rozpoczynać przetwarzania. Ocenić stan i zaplanować właściwą pomoc.
- TAK - przejść do pytania 3.

PYTANIE 3: CZY KLIENT MOŻE WEJŚĆ W KONTAKT Z NIEWIELKIM DYSKOMFORTEM I WRÓCIĆ DO TERAŻNIEJSZOŚCI?

- NIE - przejść do pracy nad zasobami i stabilizacją.
- TAK - przejść do pytania 4.

PYTANIE 4: CZY KLIENT POSIADA CO NAJMNIEJ DWA SKUTECZNE SPOSOBY REGULACJI?

- NIE - zbudować i przetestować zasoby.
- TAK - przejść do pytania 5.

PYTANIE 5: CZY WYBRANY CEL JEST KONKRETNY, OGRANICZONY I MOŻLIWY DO MONITOROWANIA?

- NIE - wrócić do identyfikacji i porządkowania celów.
- TAK - przejść do pytania 6.

PYTANIE 6: CZY POZOSTAJE WYSTARCZAJĄCO DUŻO CZASU NA PRZETWARZANIE I BEZPIECZNE ZAMKNIĘCIE?

- NIE - skoncentrować sesję na przygotowaniu, ocenie lub zasobach.
- TAK - przejść do pytania 7.

PYTANIE 7: CZY TERAPEUTA MA KOMPETENCJE, PLAN INTERWENCJI I MOŻLIWOŚĆ REAGOWANIA NA DYSOCJACJĘ LUB PRZECIĄŻENIE?

- NIE - odroczyć procedurę, skorzystać z konsultacji lub superwizji.
- TAK - można rozpocząć pracę zgodnie z właściwą fazą protokołu.

Świadoma zgoda jako proces, a nie jednorazowy podpis

Świadoma zgoda jako proces, a nie jednorazowy podpis

Świadoma zgoda oznacza, że klient rozumie cel, przebieg, możliwe korzyści, ograniczenia i potencjalne trudności związane z pracą nad traumą. Zgoda powinna być dobrowolna, aktualna i możliwa do wycofania na każdym etapie.

WYJAŚNIĆ KLIENTOWI PROSTYM JĘZYKIEM

- jaki jest cel proponowanej pracy;
- z jakiej metody lub połączenia metod terapeuta zamierza korzystać;
- czego klient może doświadczać podczas sesji;
- jakie reakcje mogą pojawić się między spotkaniami;
- jak terapeuta będzie monitorować poziom obciążenia;
- w jaki sposób klient może poprosić o zwolnienie, przerwę lub zatrzymanie;
- jakie są alternatywne sposoby prowadzenia terapii;
- jakie są granice poufności;
- co stanie się, gdy sesja zakończy się przed pełnym obniżeniem napięcia.

WYJAŚNIENIE TERMINU „ŚWIADOMA ZGODA”

Świadoma zgoda to dobrowolna decyzja klienta podjęta po otrzymaniu zrozumiałych informacji o proponowanej metodzie. Klient ma prawo zadawać pytania, odmówić, zmienić zdanie lub zatrzymać procedurę.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT TERAPEUTY

Podczas tej pracy możemy na krótko skierować uwagę na trudne wspomnienie, emocje, przekonania lub reakcje ciała. Będziemy regularnie sprawdzać, jak silne jest napięcie i czy nadal czujesz kontakt z terażniejszością. Możesz w dowolnym momencie poprosić o przerwę, zmianę tempa albo zakończenie ćwiczenia. Zatrzymanie procedury nie oznacza porażki.

LISTA KONTROLNA ROZMOWY O ZGODZIE

- ☐ Klient rozumie cel proponowanej interwencji.
- ☐ Klient zna możliwe reakcje emocjonalne i somatyczne.
- ☐ Klient zna sygnał zatrzymania.
- ☐ Klient wie, że może zmienić zdanie.
- ☐ Omówiono możliwe reakcje między sesjami.
- ☐ Omówiono plan bezpieczeństwa i sposób kontaktu w sytuacji kryzysowej.
- ☐ Klient miał możliwość zadania pytań.
- ☐ Terapeuta sprawdził zrozumienie własnymi słowami klienta.

Końcowa ocena gotowości klienta

Końcowa ocena gotowości klienta

Jednostronicowa karta podsumowuje najważniejsze informacje potrzebne przed rozpoczęciem pracy z celem traumatycznym. Nie służy do mechanicznego kwalifikowania klienta, lecz do uporządkowania decyzji klinicznej.

SEKCJA 1 - BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Brak bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.
- ☐ Aktualne ryzyko zostało ocenione i udokumentowane.
- ☐ Klient zna plan działania w sytuacji kryzysowej.
- ☐ Warunki życia klienta pozwalają na rozpoczęcie pracy.
- ☐ Nie występuje aktualne odurzenie ani stan uniemożliwiający świadomą zgodę.

SEKCJA 2 - ORIENTACJA I KONTAKT Z TERAŹNIEJSZOŚCIĄ

- ☐ Klient potrafi podać aktualną datę, miejsce i kontekst spotkania.
- ☐ Klient potrafi zauważyć elementy otoczenia.
- ☐ Klient potrafi rozpoznać moment narastającego przeciążenia.
- ☐ Klient może komunikować potrzebę przerwy.
- ☐ Klient potrafi odzyskać kontakt z pomieszczeniem po krótkim skupieniu na trudnym materiale.

SEKCJA 3 - ZASOBY I REGULACJA

- ☐ Klient posiada co najmniej dwa zasoby regulacyjne.
- ☐ Zasoby zostały przetestowane podczas sesji.
- ☐ Klient potrafi obniżyć pobudzenie przynajmniej o jeden lub dwa punkty.
- ☐ Klient zna ćwiczenie orientujące i grounding.
- ☐ Klient posiada plan dbania o siebie po sesji.

SEKCJA 4 - CEL TERAPEUTYCZNY

- ☐ Cel jest konkretny i możliwy do opisu.
- ☐ Zidentyfikowano obraz lub najtrudniejszy fragment wspomnienia.
- ☐ Zidentyfikowano przekonanie negatywne.
- ☐ Wybrano pożądane przekonanie adaptacyjne.
- ☐ Możliwe jest określenie SUDS i VOC.
- ☐ Reakcje somatyczne związane z celem są rozpoznawalne.

Moduł 02

Zasoby, regulacja i stabilizacja

Zasób jest skuteczny dopiero wtedy, gdy klient potrafi świadomie z niego skorzystać.

W tym module znajdziesz ćwiczenia orientujące, techniki groundingowe, procedurę spokojnego miejsca, kontener, zasoby ochronne i wewnętrzne oraz karty pomagające ocenić, które strategie rzeczywiście wspierają klienta.

Stabilizacja nie polega na eliminowaniu wszystkich emocji. Jej celem jest zwiększenie zdolności klienta do zauważania reakcji, regulowania ich intensywności i powracania do kontaktu z teraźniejszością.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Regulacja nie oznacza ciągłego spokoju

Regulacja nie oznacza ciągłego spokoju

Regulacja to zdolność do zauważania zmian pobudzenia, reagowania na nie i odzyskiwania wystarczającej równowagi. Klient nie musi być całkowicie spokojny, aby pracować terapeutycznie.

Regulacja układu nerwowego to zdolność organizmu do dostosowywania poziomu pobudzenia do aktualnej sytuacji. Obejmuje zwiększanie energii, gdy potrzebne jest działanie, oraz jej obniżanie, gdy zagrożenie minęło.

WYJAŚNIĆ RÓŻNICĘ MIĘDZY TRZEMA POJĘCIAMI

Samoregulacja - klient korzysta z własnych umiejętności, aby zmienić poziom pobudzenia.

Koregulacja - obecność, głos, tempo i reakcje drugiej osoby pomagają klientowi odzyskać równowagę.

Stabilizacja - proces rozwijania umiejętności, warunków i zasobów potrzebnych do bezpiecznej pracy terapeutycznej.

OZNAKI ZWIĘKSZAJĄCEJ SIĘ REGULACJI

- klient wcześniej zauważa narastające napięcie;
- potrafi nazwać stan emocjonalny lub reakcję ciała;
- może poprosić o zmianę tempa;
- potrafi korzystać z wybranego zasobu;
- szybciej odzyskuje orientację w teraźniejszości;
- nie musi całkowicie unikać trudnych emocji;
- odróżnia wspomnienie od aktualnego zagrożenia;
- zachowuje większą zdolność do dokonywania wyboru.

OZNAKI, ŻE STRATEGIA NIE REGULUJE, LECZ ODCINA

- nagła pustka lub brak kontaktu;
- automatyczne odpowiadanie bez refleksji;
- znaczne spowolnienie;
- poczucie oddalenia od ciała;
- utrata fragmentów rozmowy;
- „spokój” pojawiający się równocześnie z dezorientacją;
- niemożność rozpoznania własnych potrzeb.

Powrót uwagi do „tu i teraz

Powrót uwagi do „tu i teraz

Orientowanie polega na świadomym zauważaniu aktualnego otoczenia. Pomaga układowi nerwowemu rozpoznać, że trudne doświadczenie jest wspomnieniem, a nie wydarzeniem rozgrywającym się obecnie.

1. Poproś klienta, aby nie odwracał gwałtownie uwagi od doświadczenia.
2. Zachęć go do powolnego rozejrzenia się po pomieszczeniu.
3. Poproś o zauważenie neutralnych lub przyjemnych elementów otoczenia.
4. Sprawdź, czy klient zna aktualne miejsce, datę i sytuację.
5. Zaproś go do zauważenia podparcia ciała.
6. Ponownie oceń poziom napięcia i obecności.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Nie musisz niczego zmieniać natychmiast. Pozwól oczom powoli rozejrzeć się po pomieszczeniu. Zauważ trzy przedmioty, które potwierdzają, że jesteś tutaj. Sprawdź kolory, kształty i odległość. Poczuj podparcie krzesła oraz stóp. Powiedz sobie w myślach lub na głos: jestem w tym pomieszczeniu, jest teraz rok , a trudne doświadczenie nie dzieje się w tej chwili.

ĆWICZENIE „5-4-3-2-1”

- 5 rzeczy, które widzę;
- 4 rzeczy, których mogę dotknąć;
- 3 dźwięki, które słyszę;
- 2 zapachy, które zauważam;
- 1 smak lub jedno neutralne odczucie w ustach.

ALTERNATYWA DLA KLIENTÓW PRZECIĄŻONYCH LICZENIEM

- znajdź jeden prostokątny przedmiot;
- znajdź jeden przedmiot w jasnym kolorze;
- zauważ najbliższe źródło światła;
- wskaż drzwi lub wyjście;
- zauważ, gdzie znajduje się terapeuta.

POLA DO UZUPEŁNIENIA

Elementy otoczenia, które szczególnie pomagają klientowi

Słowa orientujące, które brzmią naturalnie dla klienta

Sygnały odzyskania obecności

RAMKA „WAŻNE”

Nie zmuszaj klienta do zamykania oczu. U wielu osób po traumie otwarte oczy i możliwość obserwowania otoczenia zwiększają poczucie bezpieczeństwa.

Grounding - odzyskiwanie kontaktu z ciałem i podłożem

Grounding - odzyskiwanie kontaktu z ciałem i podłożem

Grounding to zestaw działań pomagających klientowi poczuć aktualne ciało, podparcie i otoczenie. Nie polega na tłumieniu emocji, lecz na zwiększeniu kontaktu z teraźniejszością.

Grounding oznacza kierowanie części uwagi na konkretne, aktualne bodźce zmysłowe i fizyczne, które pomagają odróżnić wspomnienie od chwili obecnej.

ĆWICZENIE 1 - NACISK STÓP

1. Ustaw obie stopy na podłodze.
2. Delikatnie dociśnij pięty.
3. Zauważ napięcie mięśni i reakcję podłoża.
4. Zwolnij nacisk.
5. Powtórz trzy razy bez zatrzymywania oddechu.

ĆWICZENIE 2 - KONTAKT Z KRZESŁEM

1. Zauważ miejsca, w których ciało dotyka krzesła.
2. Sprawdź temperaturę, nacisk i fakturę.
3. Przenieś część ciężaru ciała na oparcie.
4. Oceń, czy podparcie zwiększa czy zmniejsza poczucie obecności.

ĆWICZENIE 3 - PRZEDMIOT SENSORYCZNY

KLIENT WYBIERA NEUTRALNY PRZEDMIOT O WYRAŻNEJ FAKTURZE. OPISUJE

- temperaturę;
- ciężar;
- kształt;
- powierzchnię;
- twardość lub miękkość;
- różnicę między trzymaniem w prawej i lewej dłoni.

ĆWICZENIE 4 - RUCH IZOMETRYCZNY

1. Złącz dłonie.
2. Naciskaj jedną dłoń na drugą przez kilka sekund.
3. Zauważ siłę, granice i możliwość świadomego przerywania.
4. Rozluźnij dłonie i sprawdź efekt.

SKALA PRZED I PO ĆWICZENIU

POZIOM OBECNOŚCI PRZED ĆWICZENIEM: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POZIOM OBECNOŚCI PO ĆWICZENIU: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POZIOM NAPIĘCIA PRZED ĆWICZENIEM: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POZIOM NAPIĘCIA PO ĆWICZENIU: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak korzystać z oddechu w sposób bezpieczny i elastyczny

Jak korzystać z oddechu w sposób bezpieczny i elastyczny

Ćwiczenia oddechowe mogą pomagać, ale u części klientów zwiększają napięcie, kontrolę, zawroty głowy lub kontakt z trudnymi wspomnieniami. Oddech należy proponować jako możliwość, a nie obowiązek.

Nie każdy klient uspokaja się dzięki skupieniu na oddechu. Dla niektórych osób świadome oddychanie może kojarzyć się z utratą kontroli, duszeniem, paniką lub wcześniejszym doświadczeniem przemocy. Zawsze obserwuj reakcję i oferuj alternatywy.

ZASADY BEZPIECZNEGO STOSOWANIA

- nie nakazuj bardzo głębokich wdechów;
- nie przedłużaj zatrzymania oddechu;
- nie narzucaj sztywnego rytmu;
- nie zakładaj, że zamknięcie oczu będzie pomocne;
- pozwól klientowi oddychać w naturalnym zakresie;
- sprawdzaj zawroty głowy, mrowienie i narastającą panikę;
- zatrzymaj ćwiczenie, gdy klient traci kontakt z teraźniejszością.

ĆWICZENIE „NIECO DŁUŻSZY WYDECH”

1. Zauważ naturalny oddech bez jego zmieniania.
2. Pozwól, aby kolejny wydech był odrobinę dłuższy od wdechu.
3. Nie licz, gdy liczenie zwiększa napięcie.
4. Wykonaj trzy do pięciu spokojnych cykli.
5. Wróć do obserwowania pomieszczenia.

ĆWICZENIE „ODDECH Z RUCHEM”

- podczas wdechu dłonie delikatnie odsuwają się od siebie;
- podczas wydechu dłonie powoli zbliżają się;
- zakres ruchu wybiera klient;
- ruch można zatrzymać w każdym momencie.

ALTERNATYWY BEZ SKUPIANIA SIĘ NA ODDECHU

- obserwowanie poruszającej się firany;
- powolne kołysanie stopą;
- naprzemienne dociskanie dłoni do podłokietników;
- słuchanie stałego dźwięku;
- śledzenie wzrokiem krawędzi przedmiotu.

Tworzenie miejsca wspierającego regulację

Tworzenie miejsca wspierającego regulację

Spokojne lub bezpieczne miejsce jest wyobrażeniem, wspomnieniem albo konstrukcją, która zwiększa poczucie stabilności. Nie u każdego klienta słowo „bezpieczne” będzie wiarygodne, dlatego można użyć określeń „spokojne”, „neutralne”, „wystarczająco dobre” lub „miejsce odpoczynku”.

1. Zapytaj klienta, jakie określenie jest dla niego najbardziej naturalne.
2. Poproś o wybranie realnego lub wyobrazonego miejsca.
3. Sprawdź, czy obraz nie jest związany z trudnymi wspomnieniami.
4. Rozwijaj szczegóły zmysłowe powoli i bez presji.
5. Pomóż klientowi znaleźć słowo lub gest kotwiczący.
6. Przetestuj możliwość wejścia i wyjścia z wyobrażenia.
7. Oceń zmianę napięcia i obecności.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Pomyśl o miejscu, które kojarzy się z odrobiną spokoju, neutralności albo odpoczynku. Nie musi być idealnie bezpieczne. Może być realne, wyobrażone lub złożone z kilku różnych miejsc. Zauważ, co widzisz. Sprawdź światło, kolory i odległość. Zauważ dźwięki, temperaturę oraz podparcie ciała. Nie musisz wchodzić głębiej, niż jest to dla Ciebie odpowiednie.

PYTANIA ROZWIJAJĄCE

- „Co w tym miejscu najbardziej wspiera poczucie spokoju?”
- „Czy jesteś tam sam, czy z kimś wspierającym?”
- „Czy potrzebujesz drzwi, granicy, światła lub większej przestrzeni?”
- „Jakie słowo pasuje do tego miejsca?”
- „Jaki gest może przypominać o tym stanie?”

POLE DO UZUPEŁNIENIA

Tymczasowe odkładanie materiału bez zaprzeczania jego istnieniu

Tymczasowe odkładanie materiału bez zaprzeczania jego istnieniu

Kontener jest wyobrażeniowym lub symbolicznym sposobem czasowego odkładania myśli, obrazów, emocji i tematów, których nie można bezpiecznie dokończyć podczas aktualnej sesji.

Kontener nie służy do usuwania doświadczeń ani udawania, że problem nie istnieje. Pomaga zdecydować, kiedy i w jakich warunkach wrócić do materiału.

1. Zapytaj klienta, jaki rodzaj pojemnika wydaje się wystarczająco trwały.
2. Ustal jego wielkość, materiał i sposób zamykania.
3. Pozwól klientowi wybrać miejsce przechowywania.
4. Określ, kto ma dostęp do kontenera.
5. Umieść w nim jedynie materiał, który klient chce tymczasowo odłożyć.
6. Zamknij pojemnik w sposób możliwy do późniejszego odwrócenia.
7. Ustal, kiedy i z kim materiał zostanie ponownie otwarty.
8. Wróć uwagą do teraźniejszości i oceń efekt.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Wyobraź sobie pojemnik, który jest wystarczająco mocny, aby tymczasowo przechować materiał, do którego nie musisz teraz wracać. Ty decydujesz, co zostanie w nim umieszczone. Ty również decydujesz, kiedy i w jakich warunkach pojemnik zostanie ponownie otwarty.

POLA DO UZUPEŁNIENIA

Rodzaj kontenera

Materiał odkładany do późniejszej pracy

Sposób zamknięcia

Miejsce przechowywania

Osoby mające dostęp

Planowany moment powrotu do materiału

SPRAWDZENIE SKUTECZNOŚCI

☐ Klient nadal wie, że materiał istnieje.

☐ Klient ma poczucie wpływu na otwieranie i zamykanie.

☐ Napięcie zmniejszyło się do możliwego do tolerowania poziomu.

☐ Klient odzyskał kontakt z pomieszczeniem.

☐ Ustalono konkretny plan powrotu do tematu.

RAMKA „WAŻNE”

Nie używaj kontenera do odsuwania bezpośredniego ryzyka, myśli samobójczych, zagrożenia przemocą ani innych informacji wymagających natychmiastowego działania.

Mapa zasobów klienta

MAPA ZASOBÓW KLIENTA

Zasób to wszystko, co realnie zwiększa zdolność klienta do pozostania w teraźniejszości, odzyskania wpływu, regulacji emocji lub skorzystania ze wsparcia. Zasoby mogą pochodzić z wnętrza osoby, z relacji, otoczenia i codziennych działań.

CZTERY KATEGORIE ZASOBÓW

1. Zasoby wewnętrzne

- wytrwałość;
- ciekawość;
- zdolność obserwowania emocji;
- poczucie humoru;
- wartości osobiste;
- doświadczenie poradzenia sobie w przeszłości;
- umiejętność proszenia o pomoc;
- zdolność stawiania granic.

2. Zasoby relacyjne

- bezpieczna osoba;
- terapeuta;
- przyjaciel lub członek rodziny;
- grupa wsparcia;
- mentor;
- wspierająca społeczność;
- zwierzę towarzyszące;
- pozytywna postać z przeszłości lub wyobraźni.

3. Zasoby środowiskowe

- spokojne miejsce;
- przewidywalna rutyna;
- dostęp do natury;
- stabilne mieszkanie;
- przedmioty sensoryczne;
- odpowiednie oświetlenie;
- możliwość zamknięcia drzwi;
- łatwy dostęp do pomocy.

ARKUSZ MAPY ZASOBÓW

Co pomaga mi poczuć więcej obecności?

Kto pomaga mi odzyskać równowagę?

Jakie miejsce wspiera moje ciało?

Jakie działanie daje mi poczucie wpływu?

Jakie słowa przypominają mi o mojej sile?

OCENA KAŻDEGO ZASOBU

Nazwa zasobu

Łatwość użycia: 0 1 2 3 4 5

Skuteczność: 0 1 2 3 4 5

Dostępność poza sesją: 0 1 2 3 4 5

Ryzyko wywołania trudnych skojarzeń: 0 1 2 3 4 5

Najlepszy moment użycia

PLAN ZASOBÓW PODSTAWOWYCH

Mój pierwszy zasób

Mój drugi zasób

Osoba, z którą mogę się skontaktować

Miejsce, do którego mogę wrócić

Sygnał, że powinienem użyć zasobu

RAMKA „WSKAZÓWKA KLINICZNA”

Zasób powinien być przetestowany w warunkach łagodnego pobudzenia. Strategia działająca wyłącznie wtedy, gdy klient jest spokojny, może być niewystarczająca podczas intensywnej aktywacji.

Budowanie odczucia ochrony, wsparcia i obecności

Budowanie odczucia ochrony, wsparcia i obecności

Zasób ochronny to realna, zapamiętana, symboliczna lub wyobrażona postać, której obecność pomaga klientowi poczuć większe wsparcie, siłę, granice albo zdolność do reagowania.

Postać wspierająca nie musi być osobą istniejącą w rzeczywistości. Może nią być człowiek, zwierzę, bohater, symbol, starsza wersja siebie albo wyobrażona postać posiadająca cechy potrzebne klientowi.

MOŻLIWE FUNKCJE ZASOBU

- ochrona przed przekraczaniem granic;
- przypominanie o prawie do odmowy;
- zwiększanie poczucia odwagi;
- wspieranie spokojnego oddychania;
- pomoc w zachowaniu kontaktu z terażniejszością;
- przypominanie, że klient nie jest już sam;
- wzmacnianie współczucia wobec siebie;
- reprezentowanie sprawiedliwości, mądrości lub stanowczości.

1. Zapytaj, jakiego rodzaju wsparcia klient potrzebuje.

2. Pomóż wybrać postać posiadającą odpowiednie cechy.

3. Ustal, gdzie postać powinna się znajdować.

4. Sprawdź preferowaną odległość i kierunek kontaktu.

5. Zapytaj, co postać mówi, robi lub reprezentuje.

6. Dodaj gest, słowo lub symbol kotwiczący.

7. Sprawdź reakcję ciała i poziom obecności.

8. Pozwól klientowi zmodyfikować albo odrzucić zasób.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Wyobraź sobie obecność kogoś lub czegoś, co posiada dokładnie te cechy, których teraz potrzebujesz. Ta postać nie musi niczego od Ciebie oczekiwać. Może stać w wybranym miejscu, zachować odpowiednią odległość i wspierać Cię w sposób zgodny z Twoimi granicami.

Przypominanie doświadczeń skuteczności i sprawczości

Przypominanie doświadczeń skuteczności i sprawczości

Zasób mistrzostwa opiera się na prawdziwym doświadczeniu, w którym klient poradził sobie z trudnością, podjął decyzję, obronił granicę, nauczył się czegoś albo przetrwał wymagającą sytuację.

Mistrzostwo nie oznacza perfekcyjnego wykonania. Oznacza moment, w którym klient wykorzystał swoje umiejętności, wartości, wytrwałość albo zdolność do działania.

PYTANIA POMAGAJĄCE ZNALEŹĆ WSPOMNIENIE

- „Kiedy udało Ci się zrobić coś, co wcześniej wydawało się trudne?”
- „Kiedy podjąłeś decyzję korzystną dla siebie?”
- „Kiedy zauważyłeś zagrożenie i zareagowałeś?”
- „Kiedy poprosiłeś o pomoc mimo obaw?”
- „Kiedy obroniłeś swoją granicę?”
- „Kiedy nauczyłeś się czegoś krok po kroku?”
- „Kiedy byłeś z siebie choć odrobinę zadowolony?”
- „Kiedy poradziłeś sobie wystarczająco dobrze?”

PROCEDURA ROZWIJANIA ZASOBU

1. Wybierz jedno konkretne wydarzenie.
2. Znajdź obraz najlepiej reprezentujący sukces.
3. Nazwij emocję związaną z doświadczeniem.
4. Zidentyfikuj odczucie w ciele.
5. Wybierz przekonanie opisujące sprawczość.
6. Dodaj słowo, gest albo pozycję ciała.
7. Pozostań przy doświadczeniu przez krótki czas.
8. Sprawdź, czy zasób pozostaje stabilny.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „Potrafię działać.
- „Mam wybór.
- „Mogę nauczyć się krok po kroku.
- „Mogę prosić o pomoc.
- „Potrafię rozpoznać swoje granice.
- „Mam wpływ na to, co robię teraz.
- „Nie muszę być perfekcyjny, aby być skuteczny.

Gdzie ciało odczuwa wsparcie, siłę lub stabilność

Gdzie ciało odczuwa wsparcie, siłę lub stabilność

Pozytywne i regulujące doświadczenia mogą być zauważalne jako ciepło, ciężar, rozluźnienie, przestrzeń, stabilność, energia albo swobodniejszy ruch. Skan zasobów pomaga klientowi rozpoznawać te sygnały.

Skan zasobów nie polega na przeszukiwaniu całego ciała w poszukiwaniu idealnego spokoju. Wystarczy znaleźć jeden obszar neutralny, mniej napięty albo odrobinę bardziej stabilny.

1. Pozostaw oczy otwarte lub przymknięte zgodnie z preferencją klienta.
2. Zacznij od obszaru ciała, który wydaje się neutralny.
3. Zauważ temperaturę, nacisk, ruch i granice tego obszaru.
4. Nie kieruj uwagi od razu do najbardziej napiętego miejsca.
5. Poszukaj drugiego obszaru, który jest stabilny lub wspierający.
6. Pozwól uwadze przemieszczać się między tymi miejscami.
7. Sprawdź, czy odczucie może rozszerzyć się o niewielki obszar.
8. Wróć do otoczenia i oceń zmianę.

MOŻLIWE JAKOŚCI ZASOBOWE

- ciepło;
- ciężar i podparcie;
- miękkość;
- przestrzeń;
- spokojny ruch;
- siła mięśni;
- stabilność nóg;
- swobodniejszy oddech;
- poczucie granicy skóry;
- neutralność bez bólu lub napięcia.

MAPA CIAŁA

UMIEŚCIĆ NEUTRALNY KONTUR SYLWETKI Z PRZODU I Z TYŁU. KLIENT ZAZNACZA

- kolorem zielonym - miejsca stabilne lub wspierające;
- kolorem niebieskim - miejsca neutralne;
- linią przerywaną - miejsca, których nie chce obecnie obserwować.

POLA DO UZUPEŁNIENIA

Najbardziej stabilny obszar ciała

Jakość odczucia

Drugi neutralny lub wspierający obszar

Co pomaga utrzymać kontakt z tym odczuciem

Sygnał, że należy przerwać skan

Bezpieczne przemieszczanie uwagi między dwoma doświadczeniami

Bezpieczne przemieszczanie uwagi między dwoma doświadczeniami

Wahadłowanie polega na krótkim przenoszeniu uwagi pomiędzy obszarem dyskomfortu a obszarem neutralnym lub zasobowym. Pomaga klientowi zauważyć, że trudne odczucie nie zajmuje całego doświadczenia.

Wahadłowanie to świadome i powolne przemieszczanie uwagi między trudnym odczuciem a miejscem, które jest stabilne, neutralne lub przyjemniejsze.

WARUNKI ROZPOCZĘCIA

- ☐ Klient pozostaje zorientowany w teraźniejszości.
- ☐ Intensywność trudnego odczucia jest możliwa do tolerowania.
- ☐ Zidentyfikowano dostępny zasób lub neutralny obszar.
- ☐ Klient zna sygnał zatrzymania.
- ☐ Terapeuta może obserwować zmiany w kontakcie i pobudzeniu.

1. Zaczynij od neutralnego lub zasobowego miejsca.
2. Opisz jego jakość jednym lub dwoma słowami.
3. Skieruj uwagę na obrzeże dyskomfortu, nie na jego centrum.
4. Pozostań tam przez kilka sekund.
5. Wróć do zasobu i zauważ różnicę.
6. Powtórz tylko wtedy, gdy klient zachowuje orientację i wybór.
7. Zakończ ćwiczenie w miejscu neutralnym lub zasobowym.
8. Ponownie oceń SUDS i poziom obecności.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Najpierw zauważ stabilność stóp na podłodze. Kiedy będziesz gotowy, skieruj niewielką część uwagi na zewnętrzną krawędź napięcia. Nie musisz wchodzić głębiej. Po chwili wróć do stóp i sprawdź, co się zmieniło.

Mniejsza dawka może umożliwić głębszą pracę

Mniejsza dawka może umożliwić głębszą pracę

Dawkowanie polega na świadomym ograniczaniu intensywności, czasu lub zakresu kontaktu z trudnym materiałem. Pozwala zachować wystarczającą obecność i zmniejsza ryzyko zalanania emocjonalnego.

Klient nie musi aktywować całego wspomnienia. Można pracować z krótkim fragmentem, jednym obrazem, jednym przekonaniem, niewielkim odczuciem albo samym sygnałem pojawiającym się w teraźniejszości.

SPOSOBY ZMNIEJSZANIA DAWKI

- skrócenie czasu kontaktu z obrazem;
- obserwowanie wspomnienia z większej odległości;
- zmniejszenie obrazu;
- przejście z obrazu ruchomego do nieruchomego;
- wybór mniej intensywnego fragmentu;
- skupienie na obrzeżu odczucia;
- utrzymywanie jednej części uwagi w pomieszczeniu;
- częstsze powroty do zasobu;
- skrócenie serii stymulacji bilateralnej;
- praca wyłącznie z aktualnym wyzwalaczem.

SPOSOBY ZWIĘKSZANIA DAWKI

- nieco dłuższy kontakt z wybranym fragmentem;
- rozszerzenie uwagi na emocję i ciało;
- dodanie przekonania negatywnego;
- zmniejszenie dystansu do obrazu;
- wydłużenie serii, gdy klient pozostaje obecny;
- przejście od zasobu do trudniejszego elementu.

SKALA DAWKOWANIA

- 0 - Brak kontaktu z materiałem.
- 1 - Samo nazwanie tematu.
- 2 - Krótkie zauważenie bez szczegółów.
- 3 - Kontakt z jednym obrazem lub odczuciem.
- 4 - Umiarkowany kontakt z emocją, ciałem i przekonaniem.
- 5 - Pełniejszy kontakt przy zachowanej orientacji.

POLE PLANOWANIA

Dzisiejszy poziom dawkowania: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Maksymalny czas jednego kontaktu

Zasób używany pomiędzy seriami

Sygnały zmniejszenia dawki

Sygnały całkowitego zatrzymania

Co klient robi po opuszczeniu gabinetu

Co klient robi po opuszczeniu gabinetu

Plan między sesjami pomaga klientowi rozpoznawać spodziewane reakcje, stosować wcześniej przetestowane zasoby oraz wiedzieć, kiedy potrzebna jest dodatkowa pomoc.

SEKCJA 1 - MOŻLIWE REAKCJE PO SESJI

- zmęczenie;
- intensywne sny;
- przejściowy wzrost emocji;
- nowe skojarzenia lub wspomnienia;
- większa potrzeba odpoczynku;
- zmiany napięcia w ciele;
- chwilowa drażliwość;
- poczucie ulgi lub większej przestrzeni;
- potrzeba zapisania ważnych obserwacji.

SEKCJA 2 - WCZESNE SYGNAŁY PRZECIĄŻENIA

PO CZYM ROZPOZNAM, ŻE POTRZEBUJĘ REGULACJI?

- ☐ Trudność w skupieniu.
- ☐ Przyspieszony oddech.
- ☐ Nasilające się napięcie mięśni.
- ☐ Poczucie odrealnienia.
- ☐ Gwałtowna potrzeba izolacji.
- ☐ Utrata poczucia czasu.
- ☐ Nawracające obrazy lub koszmary.
- ☐ Nasilenie impulsów autodestrukcyjnych.
- ☐ Inne

SEKCJA 3 - MÓJ PLAN KROK PO KROKU

1. Zatrzymam aktualne działanie, gdy będzie to bezpieczne.

2. Rozejrzę się i nazwę aktualne miejsce oraz datę.

3. Użyję pierwszego zasobu

4. Użyję drugiego zasobu

5. Skontaktuję się z

6. Ograniczę bodźce poprzez

7. Zapiszę najważniejszą obserwację bez analizowania całego doświadczenia.

8. Skorzystam z dodatkowej pomocy, gdy

Mój indywidualny plan powrotu do regulacji

Mój indywidualny plan powrotu do regulacji

Karta zbiera w jednym miejscu najskuteczniejsze strategie klienta. Powinna być krótka, czytelna i możliwa do wykorzystania podczas sesji oraz poza nią.

SEKCJA „MOJE PIERWSZE SYGNAŁY”

W ciele zauważam

W emocjach zauważam

W myślach zauważam

W zachowaniu zauważam

Sygnał, że zaczynam tracić kontakt z teraźniejszością

SEKCJA „CO POMAGA MI NATYCHMIAST”

Ćwiczenie orientujące

Ćwiczenie groundingowe

Najbardziej wspierający przedmiot

Najbardziej pomocne zdanie

Ruch lub pozycja ciała

SEKCJA „MOJE DWA PODSTAWOWE ZASOBY”

Zasób 1

Jak go stosuję

Zasób 2

Jak go stosuję

SEKCJA „MOJE GRANICE”

Nie chcę podczas ćwiczeń

Sygnał zatrzymania

Słowa, których terapeuta powinien unikać

To pomaga mi zachować poczucie wyboru

SEKCJA „KOREGULACJA”

Ton głosu, który pomaga

Preferowana odległość terapeuty

Czy kontakt wzrokowy pomaga: TAK / NIE / CZASAMI

Czy potrzebuję więcej ciszy czy prowadzenia

Moduł 03

Identyfikacja i porządkowanie celów terapeutycznych

Dobry cel jest konkretny, możliwy do monitorowania i osadzony w szerszej historii klienta.

W tym module uporządkujesz przeszłe wydarzenia, aktualne wyzwalacze i przyszłe obawy. Nauczysz się ograniczać zbyt szerokie cele, rozpoznawać centralne wspomnienia oraz ustalać kolejność pracy zgodną z gotowością klienta.

Nie każde bolesne wspomnienie powinno zostać wybrane jako pierwszy cel. Kolejność pracy zależy od bezpieczeństwa, stabilności, aktualnego funkcjonowania oraz powiązań pomiędzy wspomnieniami.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Pełna mapa problemu w trzech perspektywach czasowych

Pełna mapa problemu w trzech perspektywach czasowych

Trudność klienta może być podtrzymywana przez wcześniejsze doświadczenia, aktualne wyzwalacze oraz lęk przed przyszłymi sytuacjami. Skuteczny plan powinien uwzględniać wszystkie trzy obszary.

OBSZAR 1 - PRZESZŁOŚĆ

PYTANIA

- „Jakie wcześniejsze wydarzenia mogą być związane z aktualną reakcją?
- „Kiedy po raz pierwszy pamiętasz podobne emocje lub przekonanie?
- „Które doświadczenie najlepiej pokazuje, skąd pochodzi ten wzorzec?
- „Czy istnieją późniejsze wydarzenia, które go wzmocniły?
- „Które wspomnienia nadal wywołują reakcję ciała?

POLA

Najwcześniejsze powiązane wspomnienie

Najbardziej intensywne wspomnienie

Najbardziej reprezentatywne wspomnienie

OBSZAR 2 - TERAŻNIEJSZOŚĆ

PYTANIA

- „Co obecnie uruchamia podobną reakcję?
- „Jakie osoby, miejsca, dźwięki, sytuacje lub słowa są wyzwalaczami?
- „Co dzieje się w ciele, emocjach, myślach i zachowaniu?
- „Jak aktualna reakcja wpływa na relacje i codzienne funkcjonowanie?
- „Który wyzwalacz powoduje największe ograniczenie?

POLA

Główny aktualny wyzwalacz

Typowa reakcja

Konsekwencje w codziennym życiu

OBSZAR 3 - PRZYSZŁOŚĆ

PYTANIA

- „Jakiej przyszłej sytuacji klient najbardziej się obawia?
- „Co według niego może się wydarzyć?
- „Jak chciałby reagować po zakończeniu terapii?
- „Jakich umiejętności lub przekonań będzie potrzebować?
- „Po czym pozna, że zmiana jest wystarczająca?

Chronologiczna mapa wydarzeń bez wymuszania szczegółowej narracji

Chronologiczna mapa wydarzeń bez wymuszania szczegółowej narracji

Karta historii pomaga rozpoznać znaczące wydarzenia, okresy przeciążenia, straty, zaniedbanie, przemoc, urazy relacyjne oraz doświadczenia wspierające. Nie wymaga szczegółowego opowiadania każdego zdarzenia.

Zbieraj tylko tyle informacji, ile jest potrzebne do aktualnej konceptualizacji i bezpiecznego planowania. Nie wymagaj pełnej chronologii podczas jednego spotkania. Klient może używać krótkich nazw, symboli lub ogólnych kategorii.

KATEGORIE MOŻLIWYCH WYDARZEŃ

- wypadki i urazy;
- zabiegi i doświadczenia medyczne;
- przemoc fizyczna, seksualna lub emocjonalna;
- zaniedbanie;
- utrata bliskiej osoby;
- rozstania i porzucenie;
- migracja lub utrata domu;
- przemoc rówieśnicza;
- doświadczenia wojenne;
- katastrofy;
- nagłe zagrożenie życia;
- hospitalizacja;
- trudne doświadczenia zawodowe;
- dyskryminacja;
- rany przywiązaniowe;
- okresy chronicznego stresu;
- doświadczenia odporności, wsparcia i odzyskania wpływu.

TABELA CHRONOLOGICZNA

| Wiek lub okres | Krótka nazwa wydarzenia | SUDS obecnie | Przekonanie | Reakcja ciała | Priorytet |

| | | 0-10 | | | 1-5 |

| | | 0-10 | | | 1-5 |

| | | 0-10 | | | 1-5 |

| | | 0-10 | | | 1-5 |

| | | 0-10 | | | 1-5 |

DODATKOWE POLA

Najwcześniejsze wydarzenie związane z obecnym problemem

Wydarzenie o najwyższej obecnej intensywności

Wydarzenie najlepiej reprezentujące cały wzorzec

Okresy, których klient obecnie nie chce omawiać

Ważne doświadczenia wsparcia i odporności

Co uruchamia reakcję w terażniejszości

Co uruchamia reakcję w terażniejszości

Wyzwalacz to bodziec, sytuacja albo relacja, która aktywuje reakcję powiązaną z wcześniejszym doświadczeniem. Może to być obraz, dźwięk, zapach, słowo, ton głosu, pozycja ciała, konflikt, brak odpowiedzi albo wewnętrzne odczucie.

Wyzwalacz nie zawsze przypomina pierwotne wydarzenie w oczywisty sposób. Czasem reakcję uruchamia utrata kontroli, określona odległość, cisza, krytyka, zmęczenie albo poczucie bycia obserwowanym.

KATEGORIE WYZWALACZY

1. Wyzwalacze sensoryczne

- dźwięki;
- zapachy;
- światło;
- dotyk;
- określone miejsca;
- temperatura;
- ruch;
- widok konkretnego przedmiotu.

2. Wyzwalacze relacyjne

- krytyka;
- wycofanie drugiej osoby;
- podniesiony głos;
- brak odpowiedzi;
- naruszenie granicy;
- poczucie odrzucenia;
- zależność;
- konflikt.

3. Wyzwalacze sytuacyjne

- wizyta medyczna;
- prowadzenie pojazdu;
- wystąpienie publiczne;
- spotkanie rodzinne;
- bliskość seksualna;
- kontakt z autorytetem;
- ocena pracy;
- samotność.

4. Wyzwalacze wewnętrzne

- ból;
- przyspieszony oddech;
- zmęczenie;
- napięcie mięśni;
- określona myśl;
- poczucie winy;
- sen lub wspomnienie;
- silna emocja.

ARKUSZ ANALIZY WYZWALACZA

Wyzwalacz

Co wydarzyło się bezpośrednio wcześniej

Pierwsza zauważona reakcja ciała

Pierwsza myśl lub obraz

Emocja

Automatyczne działanie lub impuls

SUDS w momencie aktywacji: / 10

Co pomogło wrócić do terażniejszości

TABELA

| Wyzwalacz | Reakcja ciała | Przekonanie | Zachowanie | SUDS | Wpływ na życie |

| | | | 0-10 | 1-5 |

| | | | 0-10 | 1-5 |

| | | | 0-10 | 1-5 |

Jak różne doświadczenia łączą się w jeden wzorzec

Jak różne doświadczenia łączą się w jeden wzorzec

Sieć wspomnień to grupa wydarzeń, obrazów, emocji, przekonań i reakcji somatycznych połączonych podobnym znaczeniem. Jedno aktualne zdarzenie może aktywować wiele wcześniejszych doświadczeń.

Wspomnienia nie muszą być podobne pod względem szczegółów. Mogą być połączone tym samym poczuciem zagrożenia, bezsilności, winy, odrzucenia, braku kontroli albo niewystarczającej wartości.

ELEMENTY SIECI

- wydarzenia z przeszłości;
- aktualne wyzwalacze;
- obrazy;
- dźwięki i zapachy;
- emocje;
- reakcje ciała;
- przekonania negatywne;
- strategie przetrwania;
- przewidywania dotyczące przyszłości.

PRZYKŁAD

Aktualny wyzwalacz: przełożony nie odpowiada na wiadomość.

MOŻLIWA REAKCJA

- napięcie w brzuchu;
- myśl „Zrobiłem coś złe”;
- lęk przed odrzuceniem;
- wielokrotne sprawdzanie telefonu;
- wspomnienie opiekuna, który wycofywał kontakt;
- przekonanie „Nie jestem ważny”.

PYTANIA MAPUJĄCE

- „Co łączy te wydarzenia?”
- „Jakie znaczenie klient nadaje każdemu z nich?”
- „Które przekonanie pojawia się najczęściej?”
- „Czy ciało reaguje w podobny sposób?”
- „Które wydarzenie wydaje się najwcześniejsze?”
- „Które najlepiej reprezentuje cały wzorzec?”
- „Które wydarzenie ma największy wpływ na teraźniejszość?”

ARKUSZ SIECI WSPOMNIENI

CENTRALNE PRZEKONANIE LUB TEMAT

POWIĄZANE WYDARZENIE 1

POWIĄZANE WYDARZENIE 2

POWIĄZANE WYDARZENIE 3

Poszukiwanie wcześniejszego doświadczenia o podobnym znaczeniu

Poszukiwanie wcześniejszego doświadczenia o podobnym znaczeniu

Procedura „float-back” pomaga rozpoznać wcześniejsze doświadczenie powiązane z aktualną emocją, przekonaniem lub odczuciem ciała. Polega na łagodnym podążaniu za podobieństwem, a nie na wymuszaniu wspomnienia.

Float-back oznacza pozwolenie, aby aktualna emocja, odczucie lub przekonanie poprowadziło uwagę do wcześniejszej sytuacji, w której klient czuł się podobnie.

WARUNKI ZASTOSOWANIA

- ☐ Klient jest stabilny i zorientowany.
- ☐ Zna procedurę zatrzymania.
- ☐ Potrafi korzystać z zasobów.
- ☐ Aktualna aktywacja jest możliwa do tolerowania.
- ☐ Terapeuta ma czas na zamknięcie sesji.
- ☐ Klient wyraził zgodę na poszukiwanie wcześniejszego doświadczenia.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Zauważ na chwilę aktualną emocję, przekonanie lub odczucie w ciele. Nie próbuj niczego wymyślać. Pozwól, aby uwaga cofnęła się do wcześniejszej sytuacji, w której pojawiało się podobne doświadczenie. Może pojawić się obraz, wiek, miejsce, fragment wydarzenia albo tylko poczucie. Co przychodzi jako pierwsze?

ALTERNATYWNE PYTANIA

- „Kiedy wcześniej czułeś się podobnie?
- „Jak młody czujesz się w tej chwili?
- „Z jakim wcześniejszym okresem kojarzy się to odczucie?
- „Czy pojawia się obraz, osoba albo miejsce?
- „Jakie wydarzenie miało podobne znaczenie?
- „Czy ciało przypomina sobie coś, czego umysł nie potrafi jeszcze nazwać?

ARKUSZ

Aktualny wywalacz

Aktywna emocja

Przekonanie negatywne

Reakcja ciała

Pierwsze wcześniejsze skojarzenie

Przybliżony wiek lub okres

Obraz lub fragment

SUDS: / 10

Czy wydarzenie jest odpowiednim celem:
TAK / NIE / JESZCZE NIE WIADOMO

Dalszy plan

Jak znaleźć najtrafniejszy obraz lub fragment wspomnienia

Jak znaleźć najtrafniejszy obraz lub fragment wspomnienia

Obraz celu to moment, który najlepiej reprezentuje najtrudniejszy aspekt doświadczenia. Nie musi przedstawiać całego wydarzenia ani jego najbardziej dramatycznej części.

Obraz może być sceną, pojedynczym kadrem, twarzą, przedmiotem, miejscem, momentem tuż przed wydarzeniem albo chwilą bezpośrednio po nim. Może również być symboliczną reprezentacją doświadczenia.

PYTANIA POMAGAJĄCE WYBRAĆ OBRAZ

- „Który moment najlepiej reprezentuje to, co było najtrudniejsze?
- „Jaki obraz pojawia się jako pierwszy?
- „Który fragment wywołuje największą reakcję teraz?
- „Czy najtrudniejszy jest sam moment wydarzenia, oczekiwanie czy jego następstwa?
- „Która scena najlepiej łączy się z przekonaniem negatywnym?
- „Czy istnieje obraz symboliczny, który lepiej oddaje doświadczenie?

RODZAJE OBRAZÓW

- obraz rzeczywistego wydarzenia;
- obraz najgorszego momentu;
- obraz bezsilności;
- obraz reakcji innej osoby;
- obraz samotności po wydarzeniu;
- obraz własnego ciała;
- obraz konsekwencji;
- obraz symboliczny;
- brak obrazu - praca z odczuciem, przekonaniem lub fragmentem sensorycznym.

ARKUSZ

Krótką nazwa celu

Wybrany obraz lub fragment

Co dokładnie w tym obrazie jest najtrudniejsze

Czy obraz jest nieruchomy czy ruchomy

Czy klient widzi scenę własnymi oczami czy z zewnątrz

Najsilniejsza emocja

Przekonanie negatywne

Reakcja ciała

SUDS: / 10

Kompletny profil celu przed rozpoczęciem przetwarzania

Kompletny profil celu przed rozpoczęciem przetwarzania

Karta zbiera wszystkie podstawowe elementy potrzebne do oceny i prowadzenia pracy: obraz, przekonanie negatywne, przekonanie adaptacyjne, emocje, SUDS, VOC oraz reakcję ciała.

DANE CELU

Data oceny

Krótką nazwa celu

Rodzaj celu: PRZESZŁOŚĆ / TERAŹNIEJSZOŚĆ / PRZYSZŁOŚĆ

Powiązana sieć wspomnień

OBRAZ

Jaki obraz lub moment najlepiej reprezentuje doświadczenie?

PRZEKONANIE NEGATYWNE

Co ten obraz mówi o Tobie teraz?

PRZEKONANIE ADAPTACYJNE

W co chciałbyś wierzyć o sobie, kiedy myślisz o tym wydarzeniu?

VOC

Jak prawdziwe wydaje się teraz przekonanie adaptacyjne?

- 1 - całkowicie nieprawdziwe
- 2 - prawie nieprawdziwe
- 3 - bardziej nieprawdziwe niż prawdziwe
- 4 - częściowo prawdziwe
- 5 - bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
- 6 - prawie całkowicie prawdziwe
- 7 - całkowicie prawdziwe

Aktualny VOC: / 7

EMOCJE

☐ lęk ☐ smutek ☐ złość ☐ wstyd

☐ poczucie winy ☐ bezsilność

☐ odraza ☐ samotność

☐ inne

SUDS

Jak silny jest dyskomfort teraz, gdy przywołujesz cel?

- 0 - brak dyskomfortu
- 10 - najwyższy możliwy do wyobrażenia dyskomfort

Aktualny SUDS: / 10

Od „całego życia” do jednego możliwego do przetwarzania fragmentu

Od „całego życia” do jednego możliwego do przetwarzania fragmentu

Zbyt szeroki cel może aktywować wiele wspomnień, emocji i przekonań jednocześnie. Ograniczenie celu zwiększa możliwość monitorowania procesu oraz zmniejsza ryzyko przeciążenia.

OZNAKI, ŻE CEL JEST ZBYT SZEROKI

- klient opisuje cały okres życia;
- pojawia się wiele niepowiązanych obrazów;
- SUDS szybko wzrasta do poziomu niemożliwego do tolerowania;
- trudno wskazać jedno przekonanie negatywne;
- reakcje ciała zmieniają się chaotycznie;
- klient nie potrafi określić początku i końca celu;
- pojawia się wiele głosów lub części o sprzecznych potrzebach;
- klient traci orientację w czasie;
- nie można określić, co dokładnie uległo zmianie.

SPOSOBY OGRANICZANIA CELU

1. Ograniczenie czasowe

Zamiast: „Całe małżeństwo.

Wybrać: „Moment, w którym usłyszałem, że partner odchodzi.

2. Ograniczenie do jednego obrazu

Zamiast: „Wszystkie sytuacje w szkole.

Wybrać: „Twarz nauczyciela, gdy wyśmiał moją odpowiedź.

3. Ograniczenie do jednego przekonania

Zamiast: „Wszystko było moją winą i nie mam kontroli.

Wybrać: „To moja wina.

4. Ograniczenie do jednego kanału

Zamiast aktywować obraz, emocje, dźwięk i całe ciało, rozpocząć od jednego neutralniejszego elementu, na przykład napięcia dłoni.

5. Ograniczenie do teraźniejszego wyzwacza

Zamiast rozpoczynać od najwcześniejszej traumy, pracować z aktualną reakcją o umiarkowanej intensywności.

6. Ograniczenie do momentu po zakończeniu zagrożenia

Wybrać chwilę, w której klient zauważa, że przeżył, wyszedł z miejsca albo otrzymał pomoc.

Którym celem zająć się najpierw

Którym celem zająć się najpierw

Kolejność celów powinna uwzględniać nie tylko intensywność wspomnienia, lecz także wpływ na aktualne funkcjonowanie, bezpieczeństwo, gotowość klienta i prawdopodobieństwo przeciążenia.

KRYTERIA PRIORYTETU

1. Aktualny wpływ na funkcjonowanie

- relacje;
- praca lub nauka;
- sen;
- zdrowie;
- zdolność do samoopieki;
- unikanie;
- zachowania ryzykowne.

2. Gotowość klienta

- dostępne zasoby;
- orientacja;
- zdolność do komunikowania granic;
- tolerowanie umiarkowanej aktywacji;
- możliwość zamknięcia sesji.

3. Znaczenie w sieci wspomnień

- najwcześniejsze wydarzenie;
- wydarzenie wzmacniające wzorzec;
- wspomnienie najbardziej reprezentatywne;
- cel łączący wiele aktualnych wyzwalaczy.

4. Intensywność i ryzyko

- aktualny SUDS;
- ryzyko dysocjacji;
- fragmentacja materiału;
- brak wsparcia po sesji;
- niestabilne warunki życiowe.

5. Potencjał zwiększenia stabilności

- cel związany z odzyskaniem wpływu;
- mniej intensywny cel umożliwiający doświadczenie skuteczności;
- aktualny wyzwalacz możliwy do szybkiego monitorowania;
- wydarzenie zakończone pozytywnym wynikiem.

Indywidualna mapa celów terapeutycznych

Indywidualna mapa celów terapeutycznych

Plan kolejności porządkuje cele, ale pozostaje elastyczny. Powinien być aktualizowany po każdej ważnej zmianie, nowym wspomnieniu, kryzysie, zmianie warunków życia lub zakończeniu określonego celu.

SEKCJA 1 - CELE PRZYGOTOWAWCZE

Umiejętność regulacji do rozwinięcia

Zasób wymagający wzmocnienia

Obszar bezpieczeństwa wymagający uwagi

Potrzebna konsultacja, diagnoza lub wsparcie

SEKCJA 2 - CELE Z PRZESZŁOŚCI

Cel 1

Priorytet

Warunek rozpoczęcia

Cel 2

Priorytet

Warunek rozpoczęcia

Cel 3

Priorytet

Warunek rozpoczęcia

SEKCJA 3 - AKTUALNE WYZWALACZE

Wyzwalacz 1

Pożądana zmiana

Wyzwalacz 2

Pożądana zmiana

SEKCJA 4 - PRZYSZŁE SCENARIUSZE

Przyszła sytuacja do przećwiczenia

Pożądane przekonanie

Pożądana reakcja ciała

Pożądane zachowanie

SEKCJA 5 - KRYTERIA ZAKOŃCZENIA CELU

☐ SUDS obniżył się do poziomu 0 lub poziomu uzasadnionego klinicznie.

☐ VOC wzrósł do poziomu zgodnego z doświadczeniem klienta.

☐ Skan ciała nie ujawnia istotnego pozostałego napięcia.

☐ Klient zachowuje orientację i poczucie wyboru.

☐ Aktualny wyzwalacz powoduje mniejszą reakcję.

☐ Przyszły scenariusz może być wyobrażony z adaptacyjną reakcją.

☐ Zmiana jest widoczna w codziennym funkcjonowaniu.

Ostatnie sprawdzenie przed rozpoczęciem fazy przetwarzania

Ostatnie sprawdzenie przed rozpoczęciem fazy przetwarzania

Klient może być ogólnie stabilny, ale niegotowy do pracy z konkretnym wspomnieniem. Ta karta pomaga oddzielić ogólną gotowość do terapii od gotowości do określonego celu.

SEKCJA 1 - JASNOŚĆ CELU

☐ Wybrano jeden konkretny obraz lub fragment.

☐ Cel ma krótki i zrozumiały opis.

☐ Zidentyfikowano przekonanie negatywne.

☐ Wybrano wiarygodne przekonanie adaptacyjne.

☐ Można określić emocje, SUDS i reakcję ciała.

☐ Klient rozumie, dlaczego ten cel został wybrany.

SEKCJA 2 - TOLERANCJA AKTYWACJI

☐ Klient może przywołać cel bez natychmiastowej utraty orientacji.

☐ SUDS można określić bez całkowitego załamania emocjonalnego.

☐ Klient może utrzymać część uwagi w teraźniejszości.

☐ Klient może mówić lub użyć sygnału zatrzymania.

☐ Krótkie skupienie na celu nie prowadzi do znacznego odrętwienia.

SEKCJA 3 - ZASOBY

☐ Dostępne są co najmniej dwa przetestowane zasoby.

☐ Klient potrafi wrócić do orientowania.

☐ Ustalono zasób używany podczas przerw.

☐ Klient zna plan zamknięcia.

☐ Istnieje plan regulacji po sesji.

SEKCJA 4 - RYZYKO ZWIĄZANE Z CELEM

☐ Cel nie dotyczy aktualnie trwającego bezpośredniego zagrożenia.

☐ Praca nie zwiększy ryzyka odwetu lub przemocy.

☐ Klient nie będzie bezpośrednio po sesji narażony na kontakt z wyzwalaczem bez wsparcia.

☐ Nie występuje stan medyczny lub psychiczny wymagający wcześniejszej konsultacji.

☐ Terapeuta jest przygotowany na możliwe reakcje dysocjacyjne.

Moduł 04

Ośmiofazowy protokół przetwarzania traumy

Każda faza ma własny cel. Bezpieczeństwo procesu zależy od gotowości do cofnięcia się do wcześniejszego etapu.

W tym module znajdziesz kompletną mapę ośmiu faz: zebranie historii i planowanie, przygotowanie, ocenę celu, desensytyzację, instalację przekonania adaptacyjnego, skanowanie ciała, zamknięcie oraz ponowną ocenę.

Protokół nie jest linią prostą. Terapeuta może wracać do stabilizacji, ponownie ograniczać cel, zmieniać dawkowanie i odraczać kolejne etapy, gdy wymaga tego stan klienta.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Cały proces na jednej stronie

Cały proces na jednej stronie

Ośmiofazowy protokół porządkuje pracę od konceptualizacji przypadku do ponownej oceny efektów. Każda faza ma odrębny cel, kryteria rozpoczęcia oraz warunki bezpiecznego przejścia dalej.

FAZA 1 - ZEBRANIE HISTORII I PLANOWANIE TERAPII

- zrozumienie aktualnego problemu;
- rozpoznanie historii traumy;
- identyfikacja zasobów, ryzyka i sieci wspomnień;
- ustalenie kolejności celów.

PYTANIE PRZEWODNIE

Co należy wiedzieć, aby bezpiecznie zaplanować pracę?

FAZA 2 - PRZYGOTOWANIE

- zbudowanie relacji terapeutycznej;
- omówienie procedury;
- rozwinięcie regulacji i zasobów;
- ustalenie sygnału zatrzymania;
- przygotowanie planu zamknięcia.

PYTANIE PRZEWODNIE

Czy klient potrafi pozostać obecny i wrócić do regulacji?

FAZA 3 - OCENA CELU

- wybór konkretnego obrazu;
- identyfikacja przekonania negatywnego;
- wybór przekonania adaptacyjnego;
- pomiar VOC i SUDS;
- rozpoznanie emocji i reakcji ciała.

PYTANIE PRZEWODNIE

Co dokładnie będzie dziś przetwarzane?

FAZA 4 - DESENSYTYZACJA

- umożliwienie przetwarzania materiału;
- monitorowanie zmian obrazów, emocji, myśli i ciała;
- obniżenie poziomu dystresu;
- reagowanie na blokady i przeciążenie.

PYTANIE PRZEWODNIE

Co pojawia się teraz i czy proces pozostaje możliwy do tolerowania?

FAZA 5 - INSTALACJA

- wzmocnienie przekonania adaptacyjnego;
- sprawdzenie jego aktualnej wiarygodności;
- połączenie nowego przekonania z przetworzonym wspomnieniem.

PYTANIE PRZEWODNIE

W co klient może teraz bardziej wiarygodnie wierzyć o sobie?

Budowanie mapy przypadku przed wyborem techniki

Budowanie mapy przypadku przed wyborem techniki

Pierwsza faza służy zrozumieniu problemu klienta, jego historii, zasobów, ryzyka i aktualnych celów. Terapeuta tworzy hipotezę kliniczną, która będzie aktualizowana w toku terapii.

GŁÓWNE ZADANIA FAZY 1

- określenie powodów zgłoszenia;
- rozpoznanie aktualnych objawów;
- ocena bezpieczeństwa i ryzyka;
- zebranie istotnej historii życia;
- identyfikacja wcześniejszych doświadczeń traumatycznych;
- rozpoznanie aktualnych wyzwalaczy;
- ocena funkcjonowania społecznego, rodzinnego i zawodowego;
- rozpoznanie zasobów i sieci wsparcia;
- ocena możliwej dysocjacji;
- ustalenie celów terapii;
- stworzenie wstępnej kolejności celów.

PYTANIA DOTYCZĄCE AKTUALNEGO PROBLEMU

- „Co sprawiło, że szukasz pomocy właśnie teraz?”
- „Jak problem wpływa na Twoje codzienne życie?”
- „W jakich sytuacjach objawy są najsilniejsze?”
- „Co pomaga choć odrobinę?”
- „Jakiej zmiany oczekujesz po terapii?”
- „Po czym poznasz, że terapia przynosi efekt?”

PYTANIA DOTYCZĄCE HISTORII

- „Czy pamiętasz wcześniejsze sytuacje, w których czułeś się podobnie?”
- „Jakie wydarzenia miały największy wpływ na Twoje poczucie bezpieczeństwa?”
- „Czy były okresy długotrwałego stresu, zaniedbania lub zagrożenia?”
- „Czy istnieją fragmenty historii, o których obecnie nie chcesz mówić?”
- „Jakie doświadczenia pomogły Ci przetrwać lub odzyskać wpływ?”

OBSZARY FUNKCJONOWANIA

- ☐ sen;
- ☐ apetyt;
- ☐ koncentracja;
- ☐ praca lub nauka;
- ☐ relacje;
- ☐ bliskość;
- ☐ samoopieka;
- ☐ zdrowie fizyczne;
- ☐ używanie substancji;
- ☐ impulsywność;
- ☐ unikanie;
- ☐ reakcje somatyczne;
- ☐ poczucie sensu;
- ☐ zdolność odpoczynku.

WSTĘPNA HIPOTEZA KLINICZNA

AKTUALNY PROBLEM JEST PRAWDOPODOBNIIE PODTRZYMYWANY PRZEZ

Podsumowanie fazy 1 w jednym formularzu

Podsumowanie fazy 1 w jednym formularzu

Formularz ma pomóc terapeutce zebrać kluczowe informacje bez tworzenia nadmiernie rozbudowanej dokumentacji. Powinien zawierać wyłącznie dane potrzebne do planowania i bezpiecznego prowadzenia terapii.

DANE PODSTAWOWE

Data sporządzenia planu

Główny powód zgłoszenia

Najważniejszy oczekiwany rezultat

Aktualny etap terapii

AKTUALNE OBJAWY

☐ flashbacki; ☐ koszmary;

☐ unikanie; ☐ nadmierna czujność;

☐ drażliwość; ☐ odrętwienie;

☐ poczucie winy; ☐ wstyd;

☐ trudności relacyjne;

☐ reakcje somatyczne;

☐ problemy ze snem;

☐ trudności z koncentracją;

☐ dysocjacja;

☐ inne

WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE

Najbardziej zaburzony obszar życia

Stopień wpływu: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najważniejsza aktualna konsekwencja

BEZPIECZEŃSTWO

Aktualne czynniki ryzyka

Czynniki chroniące

Obowiązujący plan bezpieczeństwa

Potrzebne konsultacje lub skierowania

ZASOBY

Zasób wewnętrzny

Zasób relacyjny

Zasób środowiskowy

Najskuteczniejsza technika regulacji

Tworzenie warunków do bezpiecznego przetwarzania

Tworzenie warunków do bezpiecznego przetwarzania

Przygotowanie obejmuje psychoedukację, ustalenie zasad współpracy, rozwijanie regulacji, budowanie zasobów oraz sprawdzenie, czy klient potrafi zatrzymać procedurę i wrócić do terażniejszości.

CELE FAZY 2

- stworzenie wystarczającego poczucia bezpieczeństwa w relacji;
- wyjaśnienie sposobu pracy;
- ustalenie realistycznych oczekiwań;
- omówienie możliwych reakcji podczas i po sesji;
- ustalenie sygnału zatrzymania;
- rozwinięcie co najmniej dwóch zasobów;
- sprawdzenie zdolności do orientowania;
- przygotowanie planu zamknięcia;
- uzyskanie świadomej zgody;
- ocena gotowości do konkretnego celu.

PSYCHOEDUKACJA DLA KLIENTA

Podczas przetwarzania nie musisz opowiadać każdego szczegółu. Możemy pracować z obrazem, przekonaniem, emocją albo reakcją ciała. Twoim zadaniem nie jest kontrolowanie tego, co się pojawi. Ważne jest jednak, abyś informował o przeciążeniu, odcięciu, utracie orientacji lub potrzebie zatrzymania.

ELEMENTY KONTRAKTU TERAPEUTYCZNEGO

- ☐ Klient zna cel procedury.
- ☐ Klient rozumie, że może ją zatrzymać.
- ☐ Ustalono sygnał ręką lub słowo.
- ☐ Omówiono rolę terapeuty.
- ☐ Omówiono możliwość pojawienia się nowych skojarzeń.
- ☐ Klient zna plan na czas między sesjami.
- ☐ Ustalono sposób reagowania na znaczne pogorszenie.
- ☐ Omówiono granice kontaktu poza sesjami.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT O ROLI KLIENTA

Nie musisz zmuszać się do określonej reakcji. Zauważaj to, co pojawia się spontanicznie, i informuj mnie o ważnych zmianach. Możesz powiedzieć, że nic się nie dzieje, że pojawia się za dużo materiału albo że potrzebujesz przerwy.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT O ROLI TERAPEUTY

Będę monitorować tempo, poziom aktywacji i kontakt z terażniejszością. Mogę zadawać krótkie pytania, proponować powrót do zasobu lub zatrzymać procedurę, gdy pojawią się oznaki przeciążenia.

Czy przygotowanie jest wystarczające na dziś

Czy przygotowanie jest wystarczające na dziś

Lista pomaga sprawdzić gotowość klienta przed rozpoczęciem oceny i przetwarzania. Brak jednego elementu nie zawsze wyklucza dalszą pracę, ale wymaga świadomej decyzji klinicznej.

RELACJA TERAPEUTYCZNA

- ☐ Klient może komunikować brak zgody.
- ☐ Klient może zgłaszać niezrozumienie.
- ☐ Terapeuta reaguje na zmianę tempa.
- ☐ Omówiono granice relacji.
- ☐ Klient nie czuje obowiązku zadowalania terapeuty.
- ☐ Możliwe jest wspólne omawianie trudności w procesie.

ZROZUMIENIE PROCEDURY

- ☐ Klient wie, co może wydarzyć się podczas pracy.
- ☐ Rozumie, że nie musi relacjonować wszystkich szczegółów.
- ☐ Zna znaczenie SUDS i VOC.
- ☐ Rozumie, że przetwarzanie może trwać dłużej niż jedną sesję.
- ☐ Zna różnicę między przetwarzaniem a zalaniem emocjonalnym.

SYGNAŁ ZATRZYMANIA

Wybrany sygnał

- ☐ Sygnał został przećwiczony.
- ☐ Terapeuta zatrzymał się natychmiast podczas próby.
- ☐ Klient rozumie, że nie musi uzasadniać zatrzymania.
- ☐ Ustalono sposób ponownego rozpoczęcia lub zakończenia.

ORIENTACJA

- ☐ Klient potrafi wskazać aktualne miejsce i datę.
- ☐ Potrafi zauważyć elementy otoczenia.
- ☐ Potrafi poczuć podparcie ciała.
- ☐ Może utrzymać oczy otwarte, gdy tego potrzebuje.
- ☐ Potrafi odróżnić wspomnienie od aktualnego wydarzenia.

Ustalenie punktu wyjścia przed przetwarzaniem

Ustalenie punktu wyjścia przed przetwarzaniem

Faza oceny definiuje dokładny cel i ustala początkowe wartości, które umożliwią monitorowanie zmiany. Powinna być konkretna, ale nie nadmiernie rozbudowana.

PODSTAWOWE ELEMENTY OCENY

1. Obraz

Jaki obraz lub moment najlepiej reprezentuje najtrudniejszą część tego doświadczenia?

2. Przekonanie negatywne

Co ten obraz mówi o Tobie teraz?

3. Przekonanie adaptacyjne

W co chciałbyś wierzyć o sobie, gdy myślisz o tym doświadczeniu?

4. VOC

Jak prawdziwe wydaje się teraz przekonanie adaptacyjne w skali od 1 do 7?

5. Emocje

Jakie emocje pojawiają się teraz?

6. SUDS

Jak silny jest obecnie dyskomfort w skali od 0 do 10?

7. Reakcja ciała

Gdzie odczuwasz to w ciele?

KOLEJNOŚĆ PROWADZENIA

- przypomnij klientowi sygnał zatrzymania;
- poproś o krótkie przywołanie celu;
- wybierz jeden obraz lub fragment;
- zidentyfikuj przekonanie negatywne;
- wybierz przekonanie adaptacyjne;
- oceń VOC;
- nazwij emocje;
- oceń SUDS;
- zlokalizuj reakcję ciała;
- sprawdź orientację i gotowość do fazy 4.

PRZYKŁAD

OBRAZ

Siedzę na korytarzu i widzę zamknięte drzwi.

PRZEKONANIE NEGATYWNE

Jestem bezsilny.

PRZEKONANIE ADAPTACYJNE

Teraz mam wybór.

VOC

2 / 7

EMOCJE

Lęk i smutek.

Pomiar subiektywnego poziomu dystresu

Pomiar subiektywnego poziomu dystresu

SUDS to subiektywna skala od 0 do 10, która pomaga klientowi określić aktualną intensywność dyskomfortu. Nie jest testem obiektywnym ani oceną tego, jak trudne „powinno” być wydarzenie.

SUDS oznacza subiektywny poziom dystresu odczuwanego w tej chwili podczas kontaktu z określonym celem.

SKALA

- 0 - brak zauważalnego dystresu.
- 1 - bardzo niewielki dyskomfort.
- 2 - łagodny dyskomfort, łatwy do tolerowania.
- 3 - wyraźny, ale nadal niewielki dyskomfort.
- 4 - umiarkowana reakcja.
- 5 - średnio silny dyskomfort wymagający uwagi.
- 6 - silny dyskomfort, ale kontakt z terażniejszością jest zachowany.
- 7 - bardzo silny dyskomfort; potrzebne uważne monitorowanie.
- 8 - bardzo wysoka aktywacja; może być potrzebne zmniejszenie dawki.
- 9 - niemal maksymalny poziom dystresu.
- 10 - najwyższy możliwy do wyobrażenia dystres w tej chwili.

INSTRUKCJA DLA KLIENTA

Nie szukaj idealnie dokładnej liczby. Wybierz wartość, która najlepiej opisuje obecną intensywność, gdy na chwilę przywołujesz ten konkretny cel.

PYTANIA POMOCNICZE

- „Czy jest to bliżej umiarkowanego czy bardzo silnego dyskomfortu?”
- „Czy liczba zmieniła się od poprzedniego sprawdzenia?”
- „Co sprawia, że nie jest wyższa?”
- „Czy reakcja jest bardziej emocjonalna, somatyczna czy poznawcza?”
- „Czy mimo tej liczby nadal czujesz kontakt z terażniejszością?”

KARTA MONITOROWANIA

| Moment pomiaru | SUDS | Najważniejsza zmiana |

| Początek oceny | | |

| Po pierwszych seriach | | |

| W połowie pracy | | |

| Przed instalacją | | |

| Przed zamknięciem | | |

| Początek kolejnej sesji | | |

WAŻNE ROZRÓŻNIENIE

Pomiar wiarygodności przekonania adaptacyjnego

Pomiar wiarygodności przekonania adaptacyjnego

VOC określa, jak prawdziwe wydaje się klientowi wybrane przekonanie adaptacyjne, gdy myśli o konkretnym celu. Skala obejmuje wartości od 1 do 7.

VOC oznacza subiektywną wiarygodność przekonania adaptacyjnego w odniesieniu do wybranego wspomnienia, obrazu lub sytuacji.

SKALA

1 - całkowicie nieprawdziwe.

2 - prawie całkowicie nieprawdziwe.

3 - bardziej nieprawdziwe niż prawdziwe.

4 - częściowo prawdziwe.

5 - bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe.

6 - prawie całkowicie prawdziwe.

7 - całkowicie prawdziwe w odniesieniu do tego celu.

Przywołaj na chwilę obraz celu oraz zdanie, w które chciałbyś wierzyć o sobie. Jak prawdziwe wydaje się ono teraz, od 1 do 7?

CECHY DOBREGO PRZEKONANIA ADAPTACYJNEGO

- jest sformułowane w pierwszej osobie;
- dotyczy teraźniejszości;
- jest związane z wybranym celem;
- opisuje wpływ, bezpieczeństwo, odpowiedzialność, wartość lub wybór;
- brzmi naturalnie dla klienta;
- nie wymaga zaprzeczania faktom;
- nie jest perfekcjonistyczne.

PRZYKŁADY

ZAMIAST

Nic złego już nigdy się nie wydarzy.

WYBRAĆ

Teraz potrafię rozpoznawać zagrożenie i szukać pomocy.

ZAMIAST

Jestem całkowicie bezpieczny.

WYBRAĆ

Teraz jestem bezpieczniejszy i mam więcej możliwości.

Faza 3 - karta robocza terapeuty

FAZA 3 - KARTA ROBOCZA TERAPEUTY

FORMULARZ POWINIEN UMOŻLIWIĆ SZYBKIE ZAPISANIE WSZYSTKICH ELEMENTÓW OCENY BEZ PRZERYWANIA NATURALNEGO PRZEBIEGU SESJI.

DANE

Data

Nazwa celu

Rodzaj celu:
PRZESZŁOŚĆ /
TERAŻNIEJSZOŚĆ /
PRZYSZŁOŚĆ

Pozycja celu w planie
terapii

1. Obraz:

NAJTRUDNIEJSZY OBRAZ LUB FRAGMENT

Co dokładnie jest w
nim najtrudniejsze?

2. Przekonanie
negatywne:

Co ten obraz mówi o
kliencie teraz?

KATEGORIA

- ☐ bezpieczeństwo;
- ☐ odpowiedzialność;
- ☐ kontrola;
- ☐ wartość własna;
- ☐ przynależność;
- ☐ inne

3. Przekonanie
adaptacyjne:

4. VOC:

Początkowy VOC: / 7

5. Emocje:

- ☐ lęk; ☐ smutek;
- ☐ złość; ☐ wstyd;
- ☐ poczucie winy;
- ☐ bezsilność;
- ☐ samotność;
- ☐ odraza; ☐ żal;
- ☐ inne

6. SUDS:

Początkowy SUDS: /
10

7. Reakcja ciała:

Lokalizacja

Jakość odczucia

Czy odczucie ma
granice: TAK / NIE /
CZĘŚCIOWO

8. Orientacja i
gotowość:

Poziom kontaktu z
terażniejszością: / 10

Czy klient może użyć
sygnału zatrzymania:
TAK / NIE

Czy pozostaie

DECYZJA PRZED FAZĄ 4

- ☐ Rozpocząć
desensytyzację.
- ☐ Zmniejszyć dawkę.
- ☐ Zmienić obraz
celu.
- ☐ Zmodyfikować
przekonanie
adaptacyjne.
- ☐ Wrócić do
przygotowania.
- ☐ Odroczyć pracę.

RAMKA „ZAPISZ W DOKUMENTACJI”

Odnótuj wartości
początkowe oraz każdą
istotną zmianę celu,
przekonania lub reakcji
somatycznej.

Umożliwienie naturalnego przetwarzania materiału

Umożliwienie naturalnego przetwarzania materiału

W fazie desensytyzacji klient zauważa zmieniające się obrazy, myśli, emocje i reakcje ciała. Terapeuta wspiera proces, monitoruje orientację i ingeruje tylko wtedy, gdy proces się zatrzymuje, staje się chaotyczny albo przekracza możliwości klienta.

CEL FAZY 4

- zmniejszenie dystresu związanego z celem;
- umożliwienie pojawienia się nowych skojarzeń;
- aktualizacja znaczenia wspomnienia;
- rozpoznanie zmieniających się reakcji ciała;
- połączenie doświadczenia z aktualną perspektywą;
- zachowanie wystarczającego kontaktu z teraźniejszością.

PODSTAWOWA SEKWENCJA

1. Przywołaj obraz, przekonanie negatywne i reakcję ciała.
2. Rozpocznij uzgodnioną formę stymulacji lub skupienia uwagi.
3. Zakończ krótką serię.
4. Poproś klienta o oddech lub krótką pauzę bez narzucania sposobu.
5. Zapytaj: „Co pojawia się teraz?”
6. Podążaj za nowym materiałem.
7. Regularnie sprawdzaj orientację i SUDS.
8. Kontynuuj, zmniejsz dawkę, zastosuj interwencję albo zatrzymaj procedurę.

KRÓTKIE PYTANIA WSPIERAJĄCE PROCES

- „Co pojawia się teraz?”
- „Co zauważasz?”
- „Gdzie prowadzi Cię to skojarzenie?”
- „Co zmieniło się w ciele?”
- „Jaka myśl pojawia się teraz?”
- „Czy obraz jest taki sam, czy inny?”
- „Czy nadal czujesz kontakt z pomieszczeniem?”

ZASADA MINIMALNEJ INGERENCJI

Gdy materiał zmienia się spontanicznie, terapeuta nie powinien interpretować, sugerować znaczenia ani kierować klienta do oczekiwanego wniosku.

OBSERWOWANE KANAŁY

- ☐ obraz;
- ☐ dźwięk;
- ☐ myśl;
- ☐ przekonanie;
- ☐ emocja;
- ☐ reakcja ciała;
- ☐ impuls ruchowy;
- ☐ wspomnienie;
- ☐ aktualne skojarzenie;
- ☐ nowa perspektywa.

Jak dopasować sposób prowadzenia do reakcji klienta

Jak dopasować sposób prowadzenia do reakcji klienta

Forma stymulacji, tempo, długość serii i zakres skupienia powinny być dobierane indywidualnie. Terapeuta powinien korzystać wyłącznie z metod, do których posiada odpowiednie przygotowanie i kompetencje.

MOŻLIWE FORMY PRACY

- naprzemienne ruchy oczu;
- naprzemienne dźwięki;
- naprzemienne dotknięcia wykonywane samodzielnie przez klienta;
- wizualne śledzenie punktu;
- spokojne utrzymywanie uwagi na określonym obszarze;
- obserwowanie reakcji somatycznej bez dodatkowej stymulacji;
- praca z częściami i wewnętrzną zgodą;
- krótkie serie połączone z częstym orientowaniem.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA DOBÓR METODY

- preferencje klienta;
- poziom pobudzenia;
- podatność na zawroty głowy lub migrenę;
- trudności ze wzrokiem lub słuchem;
- historia naruszania granic cielesnych;
- stopień dysocjacji;
- możliwość utrzymania kontaktu z terażniejszością;
- warunki sesji stacjonarnej lub online;
- dostępność zasobów;
- zakres kompetencji terapeuty.

USTALANIE TEMPA

TEMPO WOLNIEJSZE MOŻE BYĆ POMOCNE, GDY

- klient potrzebuje więcej czasu na zauważanie reakcji;
- pojawia się znaczne napięcie somatyczne;
- materiał jest fragmentaryczny;
- klient łatwo traci orientację;
- potrzebne jest częstsze sprawdzanie zgody.

TEMPO SZYBSZE MOŻE BYĆ ROZWAŻANE, GDY

- klient zachowuje dobrą orientację;
- materiał porusza się płynnie;
- wolne tempo zwiększa analizowanie lub kontrolę;
- klient sam zgłasza, że szybszy rytm jest bardziej naturalny.

DOBÓR DŁUGOŚCI SERII

KRÓTKA SERIA

- od kilku do kilkunastu powtórzeń;
- zalecana na początku, przy wysokiej aktywacji lub ryzyku dysocjacji;
- pozwala częściej sprawdzać orientację.

Rejestrowanie zmian podczas kolejnych serii

Rejestrowanie zmian podczas kolejnych serii

Karta pomaga terapeutę śledzić rozwój procesu bez zapisywania szczegółowej narracji klienta. Dokumentacja powinna koncentrować się na zmianach klinicznie istotnych.

DANE SESJI

Data

Obraz początkowy

Przekonanie negatywne

SUDS początkowy: / 10

Poziom orientacji początkowej: / 10

TABELA PRZEBIEGU

| Seria | Co pojawiło się po serii | Kanał dominujący | SUDS | Orientacja | Decyzja |

| 1 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

| 2 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

| 3 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

| 4 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

| 5 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

| 6 | | obraz / myśl / emocja / ciało / wspomnienie | | | kontynuuj / zmień / zatrzymaj |

Gdy proces przestaje się zmieniać

Gdy proces przestaje się zmieniać

Blokada oznacza, że materiał wielokrotnie powtarza się bez zauważalnej zmiany albo klient nie może przejść do nowego skojarzenia. Nie każda pauza jest blokadą. Czasem organizm potrzebuje czasu na integrację.

MOŻLIWE OZNAKI BLOKADY

- ten sam obraz powraca bez zmiany;
- SUDS pozostaje na tym samym poziomie przez wiele serii;
- klient powtarza identyczne zdanie;
- pojawia się intensywna analiza bez kontaktu z emocją lub ciałem;
- klient odpowiada „nie wiem” w sposób automatyczny;
- reakcja ciała pozostaje sztywna i niezmienna;
- pojawia się przekonanie uniemożliwiające dalszy proces;
- część klienta nie zgadza się na zmianę;
- aktywna jest obawa przed konsekwencjami wyzdrowienia;
- proces zostaje zatrzymany przez aktualne zagrożenie lub konflikt.

NAJPIERW SPRAWDŹ PODSTAWY

- ☐ Czy cel nadal jest konkretny?
- ☐ Czy klient pozostaje w oknie tolerancji?
- ☐ Czy nie pojawiła się dysocjacja?
- ☐ Czy forma stymulacji jest odpowiednia?
- ☐ Czy tempo nie jest zbyt szybkie albo zbyt wolne?
- ☐ Czy klient nadal wyraża zgodę?
- ☐ Czy aktywował się inny cel?
- ☐ Czy istnieje wystarczająco dużo czasu na dalszą pracę?

Kiedy należy zwolnić, przerwać lub wrócić do przygotowania

Kiedy należy zwolnić, przerwać lub wrócić do przygotowania

Przeciążenie oznacza, że intensywność doświadczenia przekracza aktualną zdolność klienta do pozostawania obecnym i dokonywania wyboru. Dysocjacja może objawiać się odcięciem, odrealnieniem, utratą czasu, dezorientacją albo znaczną zmianą kontaktu.

OZNAKI NADMIERNEGO POBUDZENIA

- gwałtowny wzrost paniki;
- bardzo szybki oddech;
- silne drżenie;
- niemożność słuchania terapeuty;
- chaotyczna mowa;
- narastający impuls ucieczki lub walki;
- utrata zdolności użycia sygnału zatrzymania.

OZNAKI OBNIŻONEGO POBUDZENIA LUB DYSOCJACJI

- nieruchomy wzrok;
- znaczne spowolnienie;
- cichy lub zmieniony głos;
- nagła pustka emocjonalna;
- brak poczucia ciała;
- poczucie oddalenia od pomieszczenia;
- dezorientacja co do czasu;
- brak pamięci ostatnich minut;
- poczucie bycia młodszym;
- automatyczne podporządkowanie.

NATYCHMIASTOWE DZIAŁANIA TERAPEUTY

1. Zatrzymaj stymulację lub intensywne skupienie.
2. Użyj imienia klienta, jeżeli jest to dla niego akceptowalne.
3. Przypomnij aktualne miejsce, datę i kontekst.
4. Poproś o zauważenie elementów otoczenia.
5. Zachęć do pocucia podparcia stóp albo krzesła.
6. Nie wymagaj zamykania oczu.
7. Zmniejsz ilość pytań i używaj prostych zdań.
8. Sprawdź bezpieczeństwo i stan medyczny.
9. Zastosuj wcześniej uzgodniony zasób.
10. Zdecyduj, czy sesja może być kontynuowana.

PRZYKŁADOWE KOMUNIKATY

Spójrz powoli na pomieszczenie. Jesteś tutaj ze mną.

Nie musisz wracać do wspomnienia.

Zauważ podłogę pod stopami.

Powiedz mi, jaki mamy teraz dzień albo gdzie jesteśmy.

Możesz wybrać: więcej przestrzeni, więcej mojego prowadzenia albo ciszę.

PROCEDURA ZOSTAŁA ZATRZYMANA. TERAZ SKUPIAMY SIĘ WYŁĄCZNIE NA TERAŹNIEJSZOŚCI.

Krótkie pytania dostarczające brakującej perspektywy

Krótkie pytania dostarczające brakującej perspektywy

Przeplot poznawczy to krótka interwencja stosowana wtedy, gdy naturalny proces przetwarzania utknął. Ma uruchomić nową perspektywę, a nie zastąpić doświadczenie klienta interpretacją terapeuty.

ZASADY STOSOWANIA

- najpierw upewnij się, że rzeczywiście występuje blokada;
- zastosuj jedno krótkie pytanie;
- po pytaniu wróć do obserwowania procesu;
- nie prowadź długiej dyskusji;
- nie narzucaj klientowi odpowiedzi;
- dopasuj pytanie do brakującej informacji;
- monitoruj reakcję ciała i orientację;
- przerwij, jeżeli interwencja zwiększa wstyd lub podporządkowanie.

KATEGORIE PRZEPLOTÓW

1. Odpowiedzialność

- „Kto rzeczywiście był odpowiedzialny za to, co się wydarzyło?”
- „Jaką odpowiedzialność może ponosić dziecko w tej sytuacji?”
- „Co powiedziałbyś innej osobie, która przeżyła to samo?”

2. Bezpieczeństwo

- „Co jest inne teraz niż wtedy?”
- „Jak rozpoznajesz, że wydarzenie już się zakończyło?”
- „Jakie możliwości masz dzisiaj, których wtedy nie było?”

3. Kontrola i wybór

- „Jaki najmniejszy wybór byłby możliwy teraz?”
- „Czy możesz zdecydować o odległości, tempie lub zatrzymaniu?”
- „Co Twoje obecne dorosłe ja może zrobić dla tamtej wersji Ciebie?”

4. Wartość własna

- „Czy to, co ktoś zrobił, określa Twoją wartość?”
- „Jakie cechy pomogły Ci przetrwać?”
- „Co widzi w Tobie osoba, która Cię szanuje?”

5. Perspektywa czasowa

- „Ile lat masz teraz?”
- „Gdzie znajduje się tamto wydarzenie w czasie?”
- „Co już się wydarzyło od tamtej chwili?”

6. Informacja brakująca

- „Czego wtedy nie mogłeś wiedzieć?”
- „Jaką informację masz dzisiaj?”
- „Co zmienia wiedza, że reakcja była sposobem przetrwania?”

Wzmacnianie nowego, wiarygodnego znaczenia

Wzmacnianie nowego, wiarygodnego znaczenia

Instalacja polega na połączeniu przetworzonego wspomnienia z przekonaniem adaptacyjnym, które obecnie wydaje się klientowi prawdziwe lub bardziej prawdziwe niż wcześniej.

WARUNKI ROZPOCZĘCIA INSTALACJI

- ☐ Główny dystres uległ znacznemu obniżeniu.
- ☐ Klient zachowuje orientację.
- ☐ Obraz celu zmienił się albo utracił wcześniejszą intensywność.
- ☐ Nie pojawia się nowy istotny materiał wymagający przetwarzania.
- ☐ Przekonanie adaptacyjne nadal pasuje do celu.
- ☐ Klient wyraża zgodę na dalszą pracę.

PROCEDURA

1. Przywołaj pierwotny obraz lub aktualną wersję wspomnienia.
2. Zapytaj, jakie przekonanie adaptacyjne pasuje teraz najlepiej.
3. Oceń VOC od 1 do 7.
4. Połącz obraz z wybranym przekonaniem.
5. Zastosuj krótką serię zgodnie z kompetencjami i planem.
6. Ponownie oceń VOC.
7. Sprawdź reakcję ciała.
8. Powtarzaj, dopóki przekonanie staje się bardziej wiarygodne albo pojawia się przeszkoda.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Przywołaj teraz wspomnienie w jego aktualnej formie oraz zdanie: ". Zauważ, jak brzmi ono w tej chwili. Pozwól sobie przez moment utrzymać razem obraz i to przekonanie.

PYTANIA

- „Jak prawdziwe wydaje się to zdanie teraz?
- „Czy istnieje lepsze przekonanie niż to wybrane na początku?
- „Co ciało mówi o tym zdaniu?
- „Czy jakaś część Ciebie nadal się z nim nie zgadza?
- „Co sprawia, że VOC nie jest wyższy?
- „Czy niższy VOC wynika z realnej sytuacji, czy pozostałego materiału?

Sprawdzenie pozostałych reakcji somatycznych

Sprawdzenie pozostałych reakcji somatycznych

Po instalacji terapeuty zaprasza klienta do zauważenia reakcji całego ciała. Celem jest rozpoznanie pozostałego napięcia, bólu, odrętwienia, impulsu ruchowego albo poczucia neutralności.

PROCEDURA

1. Poproś klienta o przywołanie celu i przekonania adaptacyjnego.
2. Zaproś do powolnego zauważenia ciała od głowy do stóp.
3. Nie wymagaj zamykania oczu.
4. Zapytaj o obszary napięcia, neutralności lub pozytywnego odczucia.
5. Jeżeli pojawia się dyskomfort, oceń jego znaczenie.
6. Zdecyduj, czy potrzebna jest dalsza seria, orientowanie albo powrót do desensytyzacji.
7. Zakończ skan w kontakcie z teraźniejszością.

PRZYKŁADOWY SKRYPT

Utrzymując w pamięci aktualną wersję wspomnienia oraz zdanie „, zauważ powoli całe ciało. Nie musisz niczego szukać na siłę. Sprawdź, czy gdzieś pozostało napięcie, ciężar, ból, odrętwienie albo inna reakcja.

MOŻLIWE WYNIKI

1. Brak istotnego dyskomfortu

Klient zauważa neutralność, spokój, zmęczenie lub naturalne emocje bez silnej aktywacji.

2. Pozostałe napięcie związane z celem

Należy krótko skupić uwagę na odczuciu i obserwować zmianę.

3. Nowy materiał

Pojawia się obraz, wspomnienie, przekonanie lub emocja wymagająca powrotu do fazy 4.

4. Realna reakcja fizyczna

Należy odróżnić materiał związany z traumą od bólu, choroby lub potrzeby konsultacji medycznej.

5. Odrętwienie lub brak kontaktu

Należy sprawdzić orientację i możliwą dysocjację.

MAPA CIAŁA

Umieścić dwa neutralne kontury sylwetki: przód i tył.

Bezpieczne zakończenie pełnej i niepełnej pracy

Bezpieczne zakończenie pełnej i niepełnej pracy

Każda sesja powinna zakończyć się przywróceniem wystarczającej orientacji, stabilności i zdolności do codziennego funkcjonowania. Zamknięcie nie wymaga pełnego zakończenia przetwarzania.

CELE ZAMKNIĘCIA

- zatrzymanie aktywnego przetwarzania;
- sprawdzenie orientacji;
- obniżenie pobudzenia do możliwego do tolerowania poziomu;
- zabezpieczenie nieomkniętego materiału;
- omówienie możliwych reakcji po sesji;
- ustalenie planu regulacji;
- potwierdzenie następnego kroku.

PROCEDURA ZAMKNIĘCIA

1. Poinformuj, że aktywna część pracy dobiega końca.
2. Zatrzymaj stymulację.
3. Poproś klienta o rozejrzenie się po pomieszczeniu.
4. Sprawdź datę, miejsce i kontakt z terażniejszością.
5. Oceń końcowy SUDS i poziom obecności.
6. Zastosuj uzgodniony zasób.
7. W razie potrzeby użyj kontenera.
8. Omów plan między sesjami.
9. Sprawdź sposób powrotu do domu lub kolejnego obowiązku.
10. Zapisz stan celu i plan następnej sesji.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT

Na dziś zatrzymamy aktywną pracę. Nie musisz kończyć całego procesu w tej chwili. Zauważ pomieszczenie, podparcie ciała i aktualną datę. Sprawdzimy teraz, czego potrzebujesz, aby bezpiecznie zakończyć spotkanie.

ZAMKNIĘCIE PO ZAKOŃCZONYM CELU

- ☐ SUDS został ponownie oceniony.
- ☐ VOC został zapisany.
- ☐ Wykonano skan ciała.
- ☐ Klient odzyskał pełną orientację.
- ☐ Omówiono możliwe reakcje po sesji.
- ☐ Ustalono ponowną ocenę.

ZAMKNIĘCIE NIEPEŁNEJ SESJI

- ☐ Nazwano fakt, że przetwarzanie nie zostało zakończone.
- ☐ Zapisano ostatni aktywny materiał.
- ☐ Zastosowano kontener lub inną procedurę odkładania.
- ☐ Wzmocniono zasób.
- ☐ Klient zna plan między sesjami.
- ☐ Ustalono, od czego rozpocznie się kolejne spotkanie.

Sprawdzenie, co utrzymało się między sesjami

Sprawdzenie, co utrzymało się między sesjami

Ponowna ocena rozpoczyna kolejne spotkanie i pozwala określić, czy zmiany pozostały stabilne, czy pojawił się nowy materiał oraz jaki powinien być kolejny krok.

OBSZARY PONOWNEJ OCENY

1. Stan celu

- aktualny obraz;
- aktualny SUDS;
- aktualny VOC;
- reakcja ciała;
- nowe znaczenie wspomnienia.

2. Czas między sesjami

- sny;
- nowe wspomnienia;
- zmiany emocjonalne;
- aktualne wyzwalacze;
- zachowanie w codziennych sytuacjach;
- korzystanie z zasobów;
- pogorszenie lub poprawa funkcjonowania.

3. Bezpieczeństwo

- aktualne ryzyko;
- zmiany warunków życiowych;
- używanie substancji;
- stan medyczny;
- dostępność wsparcia;
- gotowość do dalszej pracy.

PYTANIA

- „Co zauważyłeś od poprzedniej sesji?
- „Jak reagujesz teraz, gdy myślisz o celu?
- „Czy pojawiły się nowe obrazy, sny albo skojarzenia?
- „Jak ciało reaguje dzisiaj?
- „Czy wyzwalacze w codziennym życiu uległy zmianie?
- „Czy przekonanie adaptacyjne nadal wydaje się prawdziwe?
- „Czy wydarzyło się coś, co zmienia dzisiejszy plan?

ARKUSZ

Cel z poprzedniej sesji

SUDS na końcu poprzedniej sesji: / 10

SUDS obecnie: / 10

VOC na końcu poprzedniej sesji: / 7

VOC obecnie: / 7

Aktualna reakcja ciała

Nowe wspomnienia lub sny

Zmiany w aktualnych wyzwalaczach

Zmiany w funkcjonowaniu

Skuteczność zasobów

Moduł 05

Przewodnik po przekonaniach i interwencjach poznawczych

Przekonanie powinno opisywać znaczenie doświadczenia dla klienta, a nie jedynie zachowanie innych osób.

W tym module znajdziesz uporządkowane kategorie przekonań dotyczących bezpieczeństwa, odpowiedzialności, kontroli, wartości własnej i przynależności. Materiał pomoże dobrać wiarygodne przekonanie adaptacyjne oraz zastosować przeplot poznawczy wtedy, gdy proces ulega blokadzie.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Co doświadczenie mówi klientowi o nim samym

Co doświadczenie mówi klientowi o nim samym

Przekonanie negatywne to krótkie zdanie opisujące aktualne, nieadaptacyjne znaczenie przypisane traumatycznemu doświadczeniu. Najczęściej dotyczy bezpieczeństwa, odpowiedzialności, kontroli, wartości własnej albo przynależności.

Przekonanie negatywne nie jest szczegółowym opisem wydarzenia. Jest krótkim wnioskiem o sobie, który zostaje aktywowany, gdy klient myśli o określonym obrazie lub sytuacji.

PYTANIE PODSTAWOWE

Gdy patrzysz na ten obraz, co mówi on o Tobie teraz?

PYTANIA POMOCNICZE

- „Co najtrudniejszego myślisz wtedy o sobie?
- „Jakie zdanie pojawia się automatycznie?
- „Co to doświadczenie oznacza dla Twojego bezpieczeństwa?
- „Co mówi o Twojej odpowiedzialności?
- „Co mówi o Twoim wpływie lub możliwościach?
- „Co mówi o Twojej wartości?
- „Co mówi o Twoim prawie do relacji i wsparcia?

RÓŻNICA MIĘDZY OPISEM A PRZEKONANIEM

OPIS WYDARZENIA

On mnie skrzywdził.

MOŻLIWE PRZEKONANIE

Jestem bezbronny.

OPIS EMOCJI

Czuję wstyd.

MOŻLIWE PRZEKONANIE

Jestem zły lub wadliwy.

OPIS ZACHOWANIA

Nie powiedziałem nikomu.

MOŻLIWE PRZEKONANIE

Nie mogę nikomu ufać” albo „To moja wina”.

OPIS PRZYSZŁOŚCI

To wydarzy się ponownie.

MOŻLIWE PRZEKONANIE

Nie jestem bezpieczny.

Cztery elementy, których nie należy ze sobą mylić

Cztery elementy, których nie należy ze sobą mylić

Trafna ocena celu wymaga odróżnienia faktu, automatycznej myśli, emocji oraz przekonania negatywnego. Każdy z tych elementów pełni inną funkcję w konceptualizacji.

1. Fakt

Opisuje możliwe do zaobserwowania wydarzenie.

PRZYKŁAD

Partner zakończył relację.

2. Automatyczna myśl

Jest krótką interpretacją sytuacji.

PRZYKŁAD

Już zawsze będę sam.

3. Emocja

Opisuje stan uczuciowy.

PRZYKŁAD

Czuję smutek i lęk.

4. Przekonanie negatywne

Opisuje znaczenie sytuacji dla obrazu siebie.

PRZYKŁAD

Nie zasługuję na miłość.

TABELA PORÓWNAWCZA

| Element | Główne pytanie | Przykład |

| Fakt | Co się wydarzyło? | „Nie otrzymałem odpowiedzi.” |

| Myśl | Co przewiduję lub interpretuję? | „Na pewno mnie odrzuca.” |

| Emocja | Co czuję? | „Lęk i wstyd.” |

| Przekonanie | Co to mówi o mnie? | „Jestem nieważny.” |

DODATKOWY PRZYKŁAD

FAKT

Podczas spotkania popełniłem błąd.

MYŚL

Wszyscy zauważyli, że sobie nie radzę.

EMOCJA

Wstyd i niepokój.

PRZEKONANIE

Jestem niekompetentny.

Gdy doświadczenie mówi: „Nadal jestem zagrożony

Gdy doświadczenie mówi: „Nadal jestem zagrożony

Przekonania dotyczące bezpieczeństwa pojawiają się wtedy, gdy klient doświadcza teraźniejszości tak, jakby zagrożenie nadal trwało albo mogło pojawić się bez możliwości ochrony.

TYPOWE PRZEKONANIA NEGATYWNE

- „Nie jestem bezpieczny.
- „Zaraz wydarzy się coś złego.
- „Nie mogę się ochronić.
- „Nie mogę nikomu ufać.
- „Świat jest całkowicie niebezpieczny.
- „Nie wolno mi się rozluźnić.
- „Muszę stale uważać.
- „Nie mam dokąd uciec.
- „Moje ciało nie jest bezpieczne.
- „Nie mogę ufać swoim reakcjom.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „To wydarzenie się zakończyło.
- „Jestem teraz tutaj.
- „Mogę rozpoznawać aktualne zagrożenie.
- „Mam więcej możliwości niż wtedy.
- „Mogę szukać pomocy.
- „Mogę chronić swoje granice.
- „Mogę sprawdzać, czy sytuacja jest bezpieczna.
- „Nie muszę być stale w gotowości.
- „Mogę ufać sygnałom swojego ciała i je weryfikować.
- „Teraz mogę dokonywać wyboru.

PYTANIA KLINICZNE

- „Co w aktualnej sytuacji przypomina dawne zagrożenie?
- „Co jest inne teraz niż wtedy?
- „Jakie możliwości ochrony są dostępne dzisiaj?
- „Czy zagrożenie jest aktualne, przewidywane czy zapamiętane przez ciało?
- „Jak klient rozpoznaje rzeczywiste sygnały bezpieczeństwa?
- „Co pomaga odróżnić ostrożność od ciągłej nadmiernej czujności?

ARKUSZ

Aktywny wyzwalacz

Pierwotne zagrożenie

Co jest podobne

Co jest inne teraz

Przekonanie negatywne

Możliwe przekonanie adaptacyjne

Dowody aktualnych możliwości ochrony

Reakcja ciała

VOC: / 7

Gdy klient bierze na siebie odpowiedzialność za cudze działania

Gdy klient bierze na siebie odpowiedzialność za cudze działania

Trauma często prowadzi do przekonań, w których klient przypisuje sobie winę za przemoc, zaniedbanie, brak ochrony, reakcję zamrożenia albo decyzje podjęte w warunkach ograniczonego wyboru.

TYPOWE PRZEKONANIA NEGATYWNE

- „To moja wina.
- „Powinienem był temu zapobiec.
- „Zrobiłem coś złego.
- „Sprowokowałem to.
- „Nie powinienem był zamarznąć.
- „Powinienem był walczyć.
- „Zawiodłem innych.
- „Nie zasługuję na wybaczenie.
- „Jestem odpowiedzialny za emocje innych osób.
- „Jeżeli odpuszczę winę, zdradzę to, co się wydarzyło.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „Odpowiedzialność należy do osoby, która dokonała wyboru.
- „Zrobiłem to, co było możliwe w tamtej sytuacji.
- „Moja reakcja była próbą przetrwania.
- „Nie odpowiadam za cudzą przemoc.
- „Byłem dzieckiem i potrzebowałem ochrony.
- „Mogę oceniać swoje decyzje w kontekście dostępnych możliwości.
- „Mogę wyciągać wnioski bez karania siebie.
- „Odpowiedzialność nie oznacza całkowitej winy.
- „Mogę współczuć sobie z tamtego czasu.
- „Uznanie faktów nie wymaga dalszego cierpienia.

PYTANIA KLINICZNE

- „Ile lat miał klient?
- „Jaką wiedzę posiadał wtedy?
- „Jakie możliwości działania były realnie dostępne?
- „Czy istniała przewaga siły, wieku, pozycji albo zależności?
- „Kto podjął decyzję o skrzywdzeniu?
- „Czy reakcja zamrożenia była świadomym wyborem?
- „Co klient powiedziałby innej osobie w identycznej sytuacji?

Od całkowitego braku wpływu do realistycznego wyboru

Od całkowitego braku wpływu do realistycznego wyboru

Przekonania związane z kontrolą często rozwijają się w sytuacjach, w których klient nie mógł uciec, zatrzymać wydarzenia, przewidzieć zachowania innych albo decydować o własnym ciele.

TYPOWE PRZEKONANIA NEGATYWNE

- „Jestem bezsilny.
- „Nie mam wyboru.
- „Nie mogę nic zrobić.
- „Inni zawsze decydują za mnie.
- „Nie wolno mi powiedzieć nie.
- „Nie potrafię się obronić.
- „Nie mogę ufać własnym decyzjom.
- „Muszę wszystko kontrolować.
- „Jeżeli stracę kontrolę, wydarzy się coś strasznego.
- „Moje ciało mnie zdradziło.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „Teraz mam wybór.
- „Mogę zrobić jeden mały krok.
- „Mogę powiedzieć nie.
- „Mogę zatrzymać tę procedurę.
- „Mogę prosić o pomoc.
- „Mogę ustalać granice.
- „Nie muszę kontrolować wszystkiego, aby mieć wpływ.
- „Moje ciało próbowało mnie chronić.
- „Mogę podejmować decyzje stopniowo.
- „Mogę sprawdzić swoje możliwości przed działaniem.

PYTANIA KLINICZNE

- „Jaki wybór był wtedy niedostępny?
- „Jaki wybór jest dostępny dzisiaj?
- „Czy klient myli wpływ z pełną kontrolą?
- „Co oznaczałoby posiadanie nawet pięciu procent większego wpływu?
- „Jak klient rozpoznaje własne granice?
- „Czy potrzeba całkowitej kontroli pełni funkcję ochronną?

ĆWICZENIE „MAŁY WYBÓR”

KLIENT WYBIERA JEDEN ELEMENT SESJI

- ☐ odległość terapeuty; ☐ pozycję ciała;
- ☐ otwarte lub przymknięte oczy;
- ☐ tempo pracy; ☐ długość serii;
- ☐ moment przerwy; ☐ rodzaj zasobu;
- ☐ sposób zakończenia ćwiczenia.

Gdy krzywda zostaje błędnie połączona z wartością osoby

Gdy krzywda zostaje błędnie połączona z wartością osoby

Doświadczenie przemocy, zaniedbania, upokorzenia lub odrzucenia może prowadzić do wniosku, że klient jest wadliwy, niegodny szacunku albo niewystarczający.

TYPOWE PRZEKONANIA NEGATYWNE

- „Jestem bezwartościowy.
- „Jestem wadliwy.
- „Jestem zły.
- „Nie zasługuję na szacunek.
- „Nie jestem wystarczający.
- „Jestem słaby.
- „Jestem niekompetentny.
- „Moje potrzeby nie mają znaczenia.
- „Nie zasługuję na troskę.
- „To, co mi zrobiono, pokazuje, kim jestem.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „Mam wartość niezależnie od tego, co się wydarzyło.
- „Zasługuję na szacunek.
- „Moje potrzeby mają znaczenie.
- „Mogę być niedoskonały i nadal wartościowy.
- „To doświadczenie nie definiuje całej mojej tożsamości.
- „Mogę traktować siebie z większym szacunkiem.
- „Mam prawo uczyć się i popełniać błędy.
- „Moja reakcja nie oznacza słabości.
- „Jestem kimś więcej niż to, co mnie spotkało.
- „Mogę budować bardziej sprawiedliwy obraz siebie.

PYTANIA KLINICZNE

- „Kto pierwszy przekazał klientowi taki obraz siebie?
- „Czy traktowanie przez innych było wiarygodną oceną jego wartości?
- „Jakie cechy klienta nie pasują do przekonania negatywnego?
- „Czy klient stosuje wobec siebie surowsze kryteria niż wobec innych?
- „Co oznacza ‘wystarczająco dobrze’ w realnym życiu?
- „Czy samokrytyka pełni funkcję ochronną przed odrzuceniem?

Gdy relacja zaczyna oznaczać zagrożenie, odrzucenie lub samotność

Gdy relacja zaczyna oznaczać zagrożenie, odrzucenie lub samotność

Rany przywiązaniowe mogą prowadzić do przekonań, że bliskość jest niebezpieczna, potrzeby są ciężarem, a odrzucenie jest nieuniknione. Praca wymaga szczególnej uważności na relację terapeutyczną.

TYPOWE PRZEKONANIA NEGATYWNE

- „Jestem sam.
- „Nie należę.
- „Nikt mnie nie wybierze.
- „Moje potrzeby są zbyt duże.
- „Bliskość jest niebezpieczna.
- „Jeżeli komuś zaufam, zostanę zraniony.
- „Muszę zasłużyć na miłość.
- „Nie wolno mi potrzebować innych.
- „Zawsze zostanę porzucony.
- „Muszę podporządkować się, aby utrzymać relację.

MOŻLIWE PRZEKONANIA ADAPTACYJNE

- „Mogę budować relacje stopniowo.
- „Moje potrzeby mogą być komunikowane.
- „Mogę wybierać osoby bardziej bezpieczne.
- „Nie każda relacja kończy się porzuceniem.
- „Mogę zachować siebie w relacji.
- „Mogę zaufać etapami.
- „Mam prawo do wzajemności.
- „Mogę należeć bez rezygnowania z granic.
- „Samotność z przeszłości nie musi określać teraźniejszości.
- „Mogę prosić o wsparcie i nadal być samodzielny.

PYTANIA KLINICZNE

- „Jak klient nauczył się, że potrzeby są niebezpieczne?
- „Czy bliskość oznaczała wcześniej utratę granic?
- „Jak klient rozpoznaje wzajemność?
- „Jakie zachowania innych budują zaufanie?
- „Czy wycofanie chroni przed odrzuceniem, ale zwiększa samotność?
- „Jak relacja terapeutyczna aktywuje ten sam wzorzec?

MAPA RELACYJNA

| Osoba | Poziom zaufania 0-5 |
Poszanowanie granic 0-5 | Wzajemność 0-5
| Dostępność |

| | | ----- | ----- | -----
|

| | | ----- | ----- | -----
|

| | | ----- | ----- | -----
|

Zdanie, które jest wspierające, realistyczne i związane z celem

Zdanie, które jest wspierające, realistyczne i związane z celem

Przekonanie adaptacyjne powinno odzwierciedlać aktualną wiedzę, możliwości i pożądaną zmianę. Nie może zaprzeczać faktom ani wymagać od klienta wiary w nierealistyczne zapewnienia.

CECHY DOBREGO PRZEKONANIA ADAPTACYJNEGO

- jest sformułowane w pierwszej osobie;
- dotyczy teraźniejszości;
- pasuje do konkretnego celu;
- jest realistyczne;
- opisuje wybór, wpływ, wartość, bezpieczeństwo lub odpowiedzialność;
- brzmi naturalnie w języku klienta;
- nie zawiera słów „zawsze” ani „nigdy”, gdy nie są prawdziwe;
- nie wymaga wyeliminowania wszystkich emocji;
- może zostać odczute w ciele jako choć częściowo wiarygodne.

SCHEMAT TWORZENIA

PRZEKONANIE NEGATYWNE

Jestem bezsilny.

POTRZEBNA AKTUALIZACJA

Mam obecnie więcej możliwości.

PRZEKONANIE ADAPTACYJNE

Teraz mogę dokonywać wyboru.

PRZYKŁADOWE PARY

Nie jestem bezpieczny” -> „Mogę rozpoznawać i zwiększać swoje bezpieczeństwo.

To moja wina” -> „Odpowiedzialność należy do osoby, która dokonała krzywdy.

Nie mam kontroli” -> „Mam wpływ na swoje obecne decyzje.

Jestem bezwartościowy” -> „Mam wartość niezależnie od tego doświadczenia.

Nie mogę nikomu ufać” -> „Mogę uczyć się rozpoznawać osoby bardziej godne zaufania.

Muszę być perfekcyjny” -> „Mogę być wystarczająco dobry.

Nie wolno mi mieć potrzeb” -> „Moje potrzeby mają znaczenie.

PYTANIA POMAGAJĄCE DOBRAĆ ZDANIE

- „Jak chciałbyś postrzegać siebie w odniesieniu do tego wydarzenia?
- „Jakie zdanie byłoby bardziej sprawiedliwe?
- „Co jest prawdziwe dzisiaj, nawet jeśli wtedy nie było?
- „Jaka wersja zdania jest najbardziej wiarygodna?
- „Czy potrzebujesz słowa ‘mogę’, ‘mam prawo’, ‘teraz’ albo ‘uczę się’?
- „Co ciało akceptuje bardziej naturalnie?

Niska wiarygodność jako informacja kliniczna

Niska wiarygodność jako informacja kliniczna

Niski VOC nie oznacza braku motywacji klienta. Może wskazywać na niewłaściwe przekonanie, pozostały materiał, konflikt wewnętrzny, aktualne zagrożenie albo brak doświadczeń potwierdzających nowe zdanie.

MOŻLIWE PRZYCZYNY NISKIEGO VOC

1. Przekonanie jest zbyt absolutne

PRZYKŁAD

Jestem całkowicie bezpieczny.

MOŻLIWA ZMIANA

Mogę zwiększać swoje bezpieczeństwo i reagować na zagrożenie.

2. Przekonanie nie pasuje do celu

PRZYKŁAD

Przy przekonaniu „To moja wina” wybrano zdanie „Jestem silny”, które nie aktualizuje odpowiedzialności.

3. Pozostał nieprzetworzony materiał

Obraz, emocja albo reakcja ciała nadal podtrzymuje przekonanie negatywne.

4. Istnieje realne zagrożenie

Klient nie może wiarygodnie uznać bezpieczeństwa, gdy sytuacja nadal jest niebezpieczna.

5. Aktywna część ochronna sprzeciwia się zmianie

CZĘŚĆ MOŻE OBAWIAĆ SIĘ, ŻE WYŻSZY VOC DOPROWADZI DO UTRATY CZUJNOŚCI, LOJALNOŚCI ALBO OCHRONY.

6. Klient nie ma doświadczenia potwierdzającego nowe przekonanie

Potrzebne mogą być małe działania w codziennym życiu.

PYTANIA DIAGNOSTYCZNE

- „Co sprawia, że zdanie nie jest bardziej prawdziwe?”
- „Czy problem dotyczy słów, wspomnienia czy reakcji ciała?”
- „Czy jakaś część Ciebie nie chce w to uwierzyć?”
- „Co mogłoby się stać, gdybyś bardziej uwierzył w to zdanie?”
- „Czy istnieje bardziej realistyczna wersja?”
- „Jakiego doświadczenia potrzebujesz, aby zdanie stało się wiarygodniejsze?”

Krótkie pytania według rodzaju blokady

Krótkie pytania według rodzaju blokady

Biblioteka ma służyć jako szybka pomoc podczas sesji.

Terapeuta powinien wybrać jedno pytanie dopasowane do konkretnej blokady, a następnie wrócić do naturalnego procesu przetwarzania.

1. Blokada odpowiedzialności

- „Kto podjął decyzję o tym działaniu?”
- „Jaką możliwość wyboru miałeś wtedy?”
- „Ile odpowiedzialności można przypisać dziecku?”
- „Czy oceniasz siebie według informacji dostępnych dopiero dzisiaj?”
- „Co powiedziałbyś innej osobie w tej samej sytuacji?”

2. Blokada bezpieczeństwa

- „Co jest inne teraz niż wtedy?”
- „Jak rozpoznajesz, że wydarzenie się zakończyło?”
- „Gdzie znajdujesz się w tej chwili?”
- „Jakie możliwości ochrony masz dzisiaj?”
- „Kto może Cię obecnie wesprzeć?”

3. Blokada kontroli

- „Jaki najmniejszy wybór jest możliwy teraz?”

PROCEDURA UŻYCIA

1. Nazwij rodzaj blokady.
2. Wybierz jedno krótkie pytanie.
3. Zadaj je neutralnym tonem.
4. Nie wymagaj natychmiastowej odpowiedzi.
5. Pozwól klientowi zauważyć reakcję.
6. Wróć do stymulacji lub skupienia.
7. Zapytaj: „Co pojawia się teraz?”
8. Oceń zmianę.

ARKUSZ SZYBKIEGO ZAPISU

Rodzaj blokady

Wybrane pytanie

Reakcja klienta

Zmiana obrazu, emocji lub ciała

SUDS przed: / 10

SUDS po: / 10

Dalsza decyzja

RAMKA „WAŻNE”

Nie stosuj kilku przeplotów jeden po drugim. Jeżeli pierwsze pytanie nie uruchamia zmiany, ponownie oceń cel, orientację, zgodę i potrzebę powrotu do stabilizacji.

Gdy negatywne przekonanie pełni ważną funkcję ochronną

Gdy negatywne przekonanie pełni ważną funkcję ochronną

Niektóre przekonania utrzymują się nie dlatego, że klient nie rozumie faktów, lecz dlatego, że przekonanie pomaga mu zachować czujność, unikać ponownego zranienia, utrzymać lojalność albo kontrolować zachowanie.

Przekonanie ochronne może być bolesne, ale jednocześnie dawać klientowi poczucie, że pozostaje przygotowany na zagrożenie. Próba szybkiego zastąpienia go pozytywnym zdaniem może zwiększyć opór, lęk albo brak zaufania.

PRZYKŁADY PRZEKONAŃ OCHRONNYCH

- „Nie mogę nikomu ufać, bo inaczej znów zostanę skrzywdzony.
- „Muszę stale kontrolować sytuację.
- „Nie wolno mi odpuszczać czujności.
- „Jeżeli przestanę czuć winę, stanę się złym człowiekiem.
- „Jeżeli uznaję swoją wartość, inni mnie ukarzą.
- „Nie mogę potrzebować ludzi, bo zależność jest niebezpieczna.
- „Muszę pamiętać cały ból, aby nie zapomnieć, co się wydarzyło.
- „Nie wolno mi być spokojnym, gdy inni nadal cierpią.

PYTANIA POMAGAJĄCE ROZPOZNAĆ FUNKCJĘ

- „Przed czym to przekonanie próbuje Cię chronić?
- „Co mogłoby się wydarzyć, gdybyś przestał w nie wierzyć?
- „Kiedy to przekonanie było szczególnie potrzebne?
- „Czy nadal pełni tę samą funkcję?
- „Jakie koszty powoduje dzisiaj?
- „Jak można zachować ochronę w mniej bolesny sposób?
- „Czego potrzebuje część, która utrzymuje to przekonanie?

ARKUSZ FUNKCJI OCHRONNEJ

Przekonanie

Przed czym chroni

Kiedy powstało

Jak pomagało wtedy

Jak pomaga dzisiaj

Jakie powoduje koszty

Czego obawia się część ochronna

Jaką nową formę ochrony można zaproponować

Od znaczenia traumatycznego do bardziej adaptacyjnej perspektywy

Od znaczenia traumatycznego do bardziej adaptacyjnej perspektywy

Karta prowadzi terapeutę przez proces rozpoznania przekonania, jego źródła, funkcji ochronnej, aktualnych kosztów oraz wyboru bardziej wiarygodnego przekonania adaptacyjnego.

SEKCJA 1 - CEL

Obraz lub sytuacja

Aktualny wyzwalacz

Emocje

Reakcja ciała

SUDS: / 10

SEKCJA 2 - PRZEKONANIE NEGATYWNE

Co sytuacja mówi o kliencie?

KATEGORIA

☐ bezpieczeństwo;

☐ odpowiedzialność;

☐ kontrola;

☐ wartość własna;

☐ przynależność;

☐ inne

SIŁA DOPASOWANIA DO CELU

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEKCJA 3 - ŹRÓDŁO PRZEKONANIA

Najwcześniejsze powiązane doświadczenie

Osoba lub środowisko, które wzmacniało przekaz

Sytuacje, które później potwierdzały przekonanie

Informacje niedostępne wtedy

SEKCJA 4 - FUNKCJA OCHRONNA

Przed czym przekonanie chroniło

Jaką strategię uruchamia

Czego klient obawia się po jego zmianie

Aktualne koszty utrzymywania przekonania

SEKCJA 5 - AKTUALNA PERSPEKTYWA

Co jest inne teraz

Jakie możliwości są obecnie dostępne

Jakie fakty nie pasują do przekonania negatywnego

Jak klient potraktowałby inną osobę w tej samej sytuacji

Tabela wyboru przekonania podczas sesji

TABELA WYBORU PRZEKONANIA PODCZAS SESJI

Jednostronicowa tabela ma umożliwić terapeutę szybkie rozpoznanie głównego tematu przekonania oraz dobranie kilku możliwych, realistycznych przekonań adaptacyjnych.

TABELA

| Temat | Przykładowe przekonanie negatywne | Możliwe przekonanie adaptacyjne |

| Bezpieczeństwo | „Nie jestem bezpieczny.” | „Mogę rozpoznawać zagrożenie i zwiększać swoje bezpieczeństwo.” |

| Bezpieczeństwo | „Nie mogę się ochronić.” | „Mam dziś więcej możliwości ochrony niż wtedy.” |

| Odpowiedzialność | „To moja wina.” | „Odpowiedzialność należy do osoby, która dokonała krzywdy.” |

| Odpowiedzialność | „Powinienem być zrobić więcej.” | „Zrobiłem to, co było możliwe w tamtych warunkach.” |

| Kontrola | „Jestem bezsilny.” | „Teraz mogę dokonywać wyboru.” |

| Kontrola | „Muszę wszystko kontrolować.” | „Mogę mieć wpływ bez kontrolowania wszystkiego.” |

| Wartość | „Jestem bezwartościowy.” | „Moja wartość nie zależy od tego, co mnie spotkało.” |

| Wartość | „Jestem wadliwy.” | „Jestem kimś więcej niż to definiowanie.” |

SZYBKA PROCEDURA WYBORU

1. Przywołaj konkretny obraz.
2. Zapytaj: „Co ten obraz mówi o Tobie?”
3. Rozpoznaj główną kategorię.
4. Wybierz maksymalnie trzy propozycje adaptacyjne.
5. Poproś klienta o sformułowanie zdania własnymi słowami.
6. Oceń VOC.
7. Sprawdź reakcję ciała.
8. Zmodyfikuj zdanie, gdy brzmi sztucznie lub absolutnie.

PYTANIA KONTROLNE

- ☐ Czy zdanie dotyczy klienta?
- ☐ Czy jest związane z konkretnym celem?
- ☐ Czy odnosi się do aktualnej perspektywy?
- ☐ Czy jest realistyczne?
- ☐ Czy nie zaprzecza realnemu zagrożeniu?
- ☐ Czy klient używa własnego języka?
- ☐ Czy ciało toleruje to zdanie?
- ☐ Czy jakaś część zgłasza sprzeciw?

POLE DO SZYBKIEGO ZAPISU

Przekonanie negatywne

Kategoria

Wybrane przekonanie adaptacyjne

VOC: / 7

Najważniejsza przeszkoda

Następny krok

Moduł 06

Mapa integracji wielomodalnej

Najpierw potrzeba kliniczna. Następnie metoda.

W tym module znajdziesz mapę pomagającą dobrać sposób pracy do aktualnego stanu klienta, celu terapii, poziomu regulacji i dominującego kanału doświadczenia. Materiał pokazuje, jak integrować różne podejścia bez chaotycznego zmieniania technik.

Integracja nie polega na stosowaniu wszystkich metod podczas jednej sesji. Polega na świadomym wyborze narzędzia, którego funkcja jest jasna, uzasadniona i zgodna z kompetencjami terapeuty.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Co łączy EMDR, Brainspotting, podejście somatyczne i IFS

Co łączy EMDR, Brainspotting, podejście somatyczne i IFS

Pomimo różnic technicznych wszystkie cztery podejścia mogą wspierać przetwarzanie traumy poprzez zwiększanie obecności, rozpoznawanie wewnętrznych reakcji, aktualizowanie znaczenia doświadczenia i rozwijanie zdolności do regulacji.

WSPÓLNE ELEMENTY

1. Bezpieczeństwo

Każda metoda wymaga oceny aktualnego ryzyka, warunków życia, stabilności i zdolności klienta do świadomego wyboru.

2. Relacja terapeutyczna

Terapeuta zapewnia przewidywalność, dostosowuje tempo, reaguje na granice i monitoruje zmiany w kontakcie.

3. Orientacja w teraźniejszości

Klient powinien zachowywać wystarczający kontakt z aktualnym miejscem, czasem i relacją.

4. Dawkowanie

Kontakt z materiałem powinien być ograniczany zgodnie z możliwością tolerowania i integrowania doświadczenia.

5. Obserwacja bez wymuszania

Terapeuta pomaga klientowi zauważać obrazy, emocje, reakcje ciała, części i znaczenia bez narzucania interpretacji.

6. Zasoby

Każde podejście może wykorzystywać wewnętrzne, relacyjne, somatyczne i wyobrażeniowe źródła wsparcia.

7. Aktualizacja doświadczenia

Celem jest umożliwienie klientowi połączenia dawnego materiału z aktualną wiedzą, możliwościami i poczuciem wyboru.

8. Zamknięcie

Niezależnie od metody sesja wymaga orientowania, oceny stanu, planu po spotkaniu i dokumentacji.

Kiedy potrzebna jest jasna struktura fazowa i monitorowanie celu

Kiedy potrzebna jest jasna struktura fazowa i monitorowanie celu

EMDR oferuje uporządkowany protokół obejmujący historię, przygotowanie, ocenę, przetwarzanie, instalację, skanowanie ciała, zamknięcie i ponowną ocenę.

EMDR MOŻE BYĆ SZCZEGÓLNIIE UŻYTECZNE, GDY

- można zidentyfikować konkretny obraz lub cel;
- klient potrafi określić przekonanie negatywne i adaptacyjne;
- potrzebne jest monitorowanie SUDS i VOC;
- istnieje czytelna sieć wspomnień;
- klient toleruje krótkie skupienie na celu;
- możliwe jest zastosowanie stymulacji bilateralnej zgodnie z kompetencjami;
- terapeuta potrzebuje wyraźnej struktury prowadzenia.

GŁÓWNE ELEMENTY ROBOCZE

- obraz celu;
- przekonanie negatywne;
- przekonanie adaptacyjne;
- VOC;
- emocje;
- SUDS;
- reakcja ciała;
- stymulacja bilateralna;
- obserwacja zmian;
- ponowna ocena.

MOŻLIWE ZASTOSOWANIA INTEGRACYJNE

1. EMDR jako główna struktura

Osiem faz organizuje cały proces, a inne podejścia wspierają regulację, pracę z częściami albo blokadą.

2. EMDR po pracy somatycznej

Najpierw zwiększa się kontakt z ciałem i orientacją, następnie przechodzi do oceny konkretnego celu.

3. EMDR po uzyskaniu zgody części

PRACA IFS POMAGA ROZPOZNAĆ OCHRONNY SPRZECIW, A EMDR JEST STOSOWANE PO ZWIĘKSZENIU WEWNĘTRZNEJ ZGODY.

4. EMDR z elementem wzrokowego skupienia

Punkt wzrokowy może zostać wykorzystany wyłącznie przez terapeuta posiadającego odpowiednie przygotowanie do takiej integracji.

PYTANIA KONTROLNE

- ☐ Czy cel jest wystarczająco konkretny?
- ☐ Czy klient zna sygnał zatrzymania?
- ☐ Czy dostępne są zasoby?
- ☐ Czy można ocenić SUDS i VOC?
- ☐ Czy klient pozostaje w teraźniejszości?
- ☐ Czy stymulacja nie narusza granic?
- ☐ Czy istnieje plan na wypadek dysocjacji?
- ☐ Czy pozostaje czas na zamknięcie?

Praca z punktem wzrokowym powiązanym z aktywacją

PRACA Z PUNKTEM WZROKOWYM POWIĄZANYM Z AKTYWACJĄ

Brainspotting wykorzystuje związek pomiędzy kierunkiem spojrzenia a wewnętrznym doświadczeniem klienta. Punkt wzrokowy może być powiązany z aktywacją, zasobem albo określonym stanem somatycznym.

BRAINSPOTTING MOŻE BYĆ ROZWAŻANE, GDY

- klient doświadcza wyraźnej reakcji przy określonym kierunku spojrzenia;
- materiał jest silnie somatyczny;
- trudno go opisać słowami;
- potrzebna jest większa przestrzeń na wewnętrzne obserwowanie;
- klient dobrze reaguje na skupienie wzrokowe;
- terapeuta posiada odpowiednie szkolenie i kompetencje.

PODSTAWOWE ELEMENTY

- wybór problemu lub celu;
- określenie aktywacji;
- lokalizacja reakcji w ciele;
- znalezienie punktu wzrokowego;
- utrzymanie dostrojonej obecności;
- obserwowanie zmian bez wymuszania;
- regularna ocena orientacji i zgody;
- bezpieczne zamknięcie.

MOŻLIWE RODZAJE PUNKTÓW

- punkt aktywacyjny - pozycja spojrzenia związana z wyraźniejszą reakcją;
- punkt zasobowy - pozycja zwiększająca stabilność lub dostęp do wsparcia;
- punkt wewnętrznie wskazany - klient sam rozpoznaje właściwe miejsce;
- punkt zewnętrznie obserwowany - terapeuta zauważa zmianę odruchową i sprawdza ją z klientem.

PYTANIA

- „Gdzie w polu widzenia reakcja staje się wyraźniejsza?”
- „Czy ten punkt zwiększa aktywację, zasób czy oba doświadczenia?”
- „Co zauważasz w ciele, gdy pozostajesz w tym miejscu?”
- „Czy nadal czujesz pomieszczenie i moją obecność?”
- „Czy chcesz pozostać przy tym punkcie, przesunąć go czy zatrzymać pracę?”

INTEGRACJA Z INNYMI METODAMI

Z EMDR

- użycie struktury oceny celu i monitorowania SUDS;
- powrót do fazy zamknięcia oraz ponownej oceny.

Śledzenie reakcji ciała, granic i niedokończonych impulsów

Śledzenie reakcji ciała, granic i niedokończonych impulsów

Podejście somatyczne kieruje uwagę na aktualne odczucia, ruch, postawę, napięcie, orientację i impulsy ochronne. Celem nie jest wymuszanie rozładowania, lecz zwiększenie świadomości, wyboru i regulacji.

PODEJŚCIE SOMATYCZNE MOŻE BYĆ SZCZEGÓLNIIE POMOCNE, GDY

- klient doświadcza objawów głównie w ciele;
- trudno mu znaleźć słowa lub obrazy;
- pojawia się napięcie, zamrożenie lub odrętwienie;
- potrzebne jest zwiększenie orientacji;
- klient ma trudność w rozpoznawaniu granic;
- pojawia się niedokończony impuls ochronny;
- zbyt szybkie przejście do narracji zwiększa przeciążenie.

GŁÓWNE OBSZARY OBSERWACJI

- podparcie;
- oddech;
- napięcie mięśni;
- temperatura;
- granice ciała;
- kierunek spojrzenia;
- pozycja;
- mikrogesty;
- impuls ucieczki, walki, ochrony lub wycofania;
- zmiany między aktywacją i zasobem.

PYTANIA SOMATYCZNE

- „Gdzie zauważasz to w ciele?”
- „Czy odczucie ma kształt, temperaturę albo granicę?”
- „Czy pozostaje w miejscu, czy się porusza?”
- „Co ciało chciałoby zrobić, gdyby mogło wykonać bardzo mały ruch?”
- „Czy potrzebujesz więcej przestrzeni?”
- „Co zmienia się, gdy czujesz podparcie?”
- „Gdzie w ciele jest choć odrobina neutralności?”

MIKROINTERWENCJE

- powolne orientowanie wzrokowe;
- dociskanie stóp;
- zauważanie podparcia pleców;
- delikatny ruch dłoni symbolizujący granicę;
- świadome zwiększenie odległości;
- wahadłowanie między napięciem a neutralnością;
- zatrzymanie ruchu przed przekroczeniem tolerancji;
- nazwanie impulsu bez konieczności jego pełnego wykonania.

INTEGRACJA Z EMDR

- użycie skanu ciała do rozpoznania pozostałego materiału;
- stabilizacja przed oceną celu;
- śledzenie zmian somatycznych podczas serii;
- powrót do orientacji przy przeciążeniu.

Rozpoznawanie wewnętrznych konfliktów bez walki z objawem

Rozpoznawanie wewnętrznych konfliktów bez walki z objawem

Model IFS zakłada, że wewnętrzne części mogą pełnić role ochronne, reagować zranieniem albo próbować kontrolować dostęp do trudnych wspomnień. Praca koncentruje się na ciekawości, zgodzie i zrozumieniu funkcji części.

PODSTAWOWE POJĘCIA

CZĘŚCI OCHRONNE

Próbują zapobiegać ponownemu zranieniu poprzez kontrolę, unikanie, odcięcie, perfekcjonizm, czujność albo podporządkowanie.

CZĘŚCI REAKTYWNE

Podejmują szybkie działania, aby zmniejszyć ból, na przykład impulsywność, używanie substancji, wycofanie albo intensywną samokrytykę.

CZĘŚCI ZRANIONE

Niosą emocje, wspomnienia, wstyd, lęk, samotność i przekonania związane z wcześniejszym doświadczeniem.

STAN JA

Przestrzeń większej ciekawości, współczucia, jasności, spokoju, odwagi i zdolności do relacji z częściami.

IFS MOŻE BYĆ SZCZEGÓLNIE POMOCNE, GDY

- klient doświadcza silnego konfliktu wewnętrznego;
- jedna część chce przetwarzania, a inna je blokuje;
- pojawia się gwałtowna samokrytyka;
- objaw pełni wyraźną funkcję ochronną;
- niski VOC wynika ze sprzeciwu części;
- klient mówi: „Jedna część mnie chce, ale druga nie może”;
- próba bezpośredniej pracy z traumą uruchamia odcięcie.

PYTANIA DO CZĘŚCI

- „Która część reaguje teraz najsilniej?”
- „Gdzie odczuwasz ją w ciele?”
- „Czego obawia się, gdy myślisz o przetwarzaniu?”
- „Co próbuje dla Ciebie zrobić?”
- „Jak długo pełni tę rolę?”
- „Czego potrzebuje od terapeuty lub od Ciebie?”
- „Czy zgodziłaby się na bardzo mały krok?”
- „Jakie warunki pozwoliłyby jej zaufać procesowi?”

Jak dobrać główny sposób pracy do aktualnej potrzeby

Jak dobrać główny sposób pracy do aktualnej potrzeby

Drzewo decyzji pomaga wybrać metodę na podstawie celu klinicznego, dominującego kanału doświadczenia, poziomu regulacji i rodzaju blokady. Nie zastępuje szkolenia ani osądu klinicznego.

POCZĄTEK DRZEWA

PYTANIE 1: CZY KLIENT JEST WYSTARCZAJĄCO BEZPIECZNY, ZORIENTOWANY I ZDOLNY DO ŚWIADOMEJ ZGODY?

- NIE - nie wybierać metody przetwarzania. Wrócić do bezpieczeństwa, stabilizacji lub dodatkowej pomocy.
- TAK - przejść do pytania 2.

PYTANIE 2: CZY ISTNIEJE KONKRETNY OBRAZ, PRZEKONANIE, SUDS I REAKCJA CIAŁA?

- TAK - rozważyć strukturę EMDR.
- NIE - przejść do pytania 3.

PYTANIE 3: CZY MATERIAŁ JEST DOSTĘPNY GŁÓWNIE JAKO REAKCJA SOMATYCZNA, NAPIĘCIE, ODRĘTWIENIE ALBO IMPULS?

- TAK - rozważyć podejście somatyczne.
- NIE - przejść do pytania 4.

PYTANIE 4: CZY OKREŚLONY KIERUNEK SPOJRZENIA WYRAŹNIE ZMIENIA AKTYWACJĘ LUB DOSTĘP DO ZASOBU?

- TAK - terapeuta z odpowiednimi kompetencjami może rozważyć Brainspotting.
- NIE - przejść do pytania 5.

PYTANIE 5: CZY WYSTĘPUJE WEWNĘTRZNY KONFLIKT, SPRZECIW, SAMOKRYTYKA ALBO CZĘŚĆ OCHRONNA BLOKUJĄCA PRACĘ?

- TAK - rozważyć pracę z częściami w modelu IFS lub innym zgodnym z kompetencjami podejściu.
- NIE - przejść do pytania 6.

PYTANIE 6: CZY KLIENT POTRZEBUJE PRZED WSZYSTKIM WIĘKSZEJ ORIENTACJI I REGULACJI?

- TAK - zastosować zasoby, grounding, orientowanie i podejście somatyczne.
- NIE - przejść do pytania 7.

PYTANIE 7: CZY PROCES PRZEBIEGA PŁYNNIE PRZY AKTUALNEJ METODZIE?

- TAK - nie zmieniać metody bez potrzeby.
- NIE - rozpoznać źródło blokady przed zmianą interwencji.

Kiedy zmienić interwencję, a kiedy pozostać przy aktualnym procesie

Kiedy zmienić interwencję, a kiedy pozostać przy aktualnym procesie

Zmiana metody powinna wynikać z konkretnej informacji klinicznej. Chaotyczne przechodzenie między podejściami może zwiększać dezorientację klienta, utrudniać ocenę skuteczności i osłabiać poczucie przewidywalności.

UZASADNIONE POWODY ZMIANY METODY

- aktualna interwencja zwiększa odcięcie lub dezorientację;
- klient nie może utrzymać kontaktu z wybranym kanałem;
- pojawia się wyraźny konflikt części;
- reakcja somatyczna wymaga zwolnienia i dokładniejszego śledzenia;
- cel okazał się zbyt szeroki dla aktualnej struktury;
- klient traci poczucie wyboru;
- forma stymulacji powoduje ból, zawroty głowy lub dyskomfort sensoryczny;
- potrzebna jest dodatkowa orientacja;
- naturalny proces utknął mimo prawidłowego dawkowania;
- klient świadomie wybiera inną formę pracy.

POWODY, KTÓRE NIE UZASADNIAJĄ AUTOMATYCZNEJ ZMIANY

- chwilowa cisza;
- przejściowy wzrost emocji przy zachowanej orientacji;
- brak natychmiastowego spadku SUDS;
- potrzeba kilku chwil na zauważenie reakcji;
- niecierpliwość terapeuty;
- oczekiwanie spektakularnej zmiany;
- chęć zastosowania nowo poznanej techniki;
- trudność terapeuty w tolerowaniu emocji klienta.

PROCEDURA ZMIANY INTERWENCJI

1. Zatrzymaj aktualne działanie.
2. Sprawdź orientację, SUDS i zgodę klienta.
3. Nazwij powód proponowanej zmiany prostym językiem.
4. Wyjaśnij funkcję nowej interwencji.
5. Zapytaj klienta o zgodę.
6. Ustal, co pozostaje niezmiennie: cel, granice i sygnał zatrzymania.
7. Zastosuj jedną nową interwencję.
8. Oceń jej wpływ przed kolejną zmianą.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT

Zauważam, że przy dalszym skupieniu na obrazie pojawia się więcej odcięcia niż przetwarzania. Proponuję na chwilę zatrzymać tę formę pracy i wrócić do podparcia ciała oraz orientowania. Następnie wspólnie zdecydujemy, czy wrócić do celu.

Jedna mapa kliniczna dla kilku możliwych podejść

Jedna mapa kliniczna dla kilku możliwych podejść

Karta pomaga terapeutce zaplanować rolę każdej metody przed rozpoczęciem sesji. Każda interwencja powinna odpowiadać konkretnej potrzebie i mieć jasno określone kryterium zakończenia.

DANE PRZYPADKU

Data

Główny problem kliniczny

Aktualny etap terapii

Dzisiejszy cel

Poziom gotowości: / 5

Aktualny SUDS: / 10

Poziom obecności: / 10

DOMINUJĄCY KANAŁ DOŚWIADCZENIA

☐ obraz; ☐ przekonanie; ☐ emocja;

☐ reakcja ciała; ☐ impuls ruchowy;

☐ konflikt części; ☐ punkt wzrokowy;

☐ aktualny wyzwalacz;

☐ inny

GŁÓWNA POTRZEBA KLINICZNA

☐ orientacja; ☐ stabilizacja;

☐ ograniczenie celu; ☐ przetwarzanie;

☐ praca z blokadą;

☐ uzyskanie zgody części;

☐ aktualizacja przekonania;

☐ integracja somatyczna; ☐ zamknięcie;

☐ ponowna ocena.

METODA GŁÓWNA

☐ EMDR ☐ Brainspotting

☐ podejście somatyczne ☐ IFS

☐ stabilizacja bez przetwarzania

☐ inne podejście zgodne z kompetencjami

Funkcja metody głównej

Kryterium kontynuacji

Kryterium zatrzymania

METODA WSPIERAJĄCA

☐ brak dodatkowej metody ☐ EMDR

☐ Brainspotting ☐ podejście somatyczne

☐ IFS ☐ orientowanie i grounding

☐ zasób wyobraźniowy

☐ przeplot poznawczy

Funkcja interwencji wspierającej

Moment jej zastosowania

Kryterium powrotu do metody głównej

Dostosowanie pracy z traumą do warunków zdalnych

Dostosowanie pracy z traumą do warunków zdalnych

Sesja online wymaga dodatkowego przygotowania dotyczącego lokalizacji klienta, prywatności, stabilności połączenia, możliwości uzyskania pomocy oraz sposobu reagowania na przerwanie kontaktu.

WARUNKI PRZED ROZPOCZĘCIEM

☐ Terapeuta zna aktualną lokalizację klienta.

☐ Klient przebywa w miejscu zapewniającym wystarczającą prywatność.

☐ Ustalono numer telefonu lub inny sposób przywrócenia kontaktu zgodnie z zasadami praktyki.

☐ Ustalono procedurę na wypadek zerwania połączenia.

☐ Klient zna lokalne możliwości pomocy kryzysowej.

☐ W pomieszczeniu nie ma osoby naruszającej bezpieczeństwo lub poufność.

☐ Klient nie prowadzi pojazdu i nie wykonuje ryzykownego działania.

☐ Urządzenie jest ustawione stabilnie.

☐ Terapeuta widzi wystarczającą część postawy i reakcji klienta.

☐ Pozostaje czas na pełne zamknięcie sesji.

PYTANIA PRZED SESJĄ

- „Gdzie dokładnie znajdujesz się teraz?”
- „Czy ktoś może wejść do pomieszczenia?”
- „Co zrobimy, gdy połączenie zostanie przerwane?”
- „Czy masz przy sobie telefon?”
- „Jak możesz uzyskać pomoc lokalnie, gdy będzie potrzebna?”
- „Czy po sesji masz czas na powrót do równowagi?”
- „Czy w pomieszczeniu znajdują się przedmioty wspierające grounding?”

DOSTOSOWANIE ORIENTOWANIA

- poprosić klienta o pokazanie lub opisanie pomieszczenia;
- ustalić widoczne punkty orientacyjne;
- wykorzystać krzesło, podłogę i ścianę jako podparcie;
- upewnić się, że klient może odejść od ekranu;
- korzystać z prostych przedmiotów sensorycznych dostępnych w domu;
- regularnie sprawdzać datę, miejsce i poziom obecności.

Moduł 07

Trauma złożona, dysocjacja i rany przywiązaniowe

W traumie złożonej tempo, relacja i kolejność pracy są częścią interwencji.

W tym module nauczysz się rozpoznawać sytuacje wymagające leczenia fazowego, ograniczać zakres aktywacji, obserwować objawy dysocjacyjne, pracować z częściami ochronnymi oraz dostosowywać protokół do chronicznych ran relacyjnych.

Trauma złożona rzadko dotyczy jednego odizolowanego wydarzenia. Może obejmować długotrwałe zagrożenie, zaniedbanie, brak ochrony, niestabilne przywiązanie, powtarzającą się przemoc oraz strategie przetrwania rozwijane przez wiele lat.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Różne wzorce doświadczenia wymagają różnych planów terapii

Różne wzorce doświadczenia wymagają różnych planów terapii

Trauma pojedyncza może być związana z jednym wyraźnym wydarzeniem, natomiast trauma złożona najczęściej wynika z długotrwałego lub powtarzającego się zagrożenia, szczególnie w relacjach zależności.

TRAUMA POJEDYNCZA MOŻE OBEJMOWAĆ

- jedno wyraźnie określone wydarzenie;
- stosunkowo jasny początek i koniec;
- stabilne poczucie tożsamości poza doświadczeniem;
- łatwiejszą identyfikację obrazu celu;
- mniejszą liczbę sprzecznych części;
- zachowaną zdolność korzystania z relacji i zasobów.

TRAUMA ZŁOŻONA MOŻE OBEJMOWAĆ

- wielokrotne lub długotrwałe wydarzenia;
- brak wyraźnego początku i końca;
- traumę w relacji z opiekunem lub osobą zależności;
- chroniczne poczucie zagrożenia;
- trudności z tożsamością i wartością własną;
- utrwalone wstydy;
- trudności w regulacji emocji;
- objawy dysocjacyjne;
- problemy z granicami;
- konflikt pomiędzy potrzebą bliskości i ochrony;
- wiele powiązanych sieci wspomnień;
- strategie przetrwania wpływające na codzienne funkcjonowanie.

TABELA PORÓWNAWCZA

| Obszar | Trauma pojedyncza | Trauma złożona |

| Struktura wspomnienia | Jeden lub kilka wyraźnych celów | Wiele nakładających się sieci |

| Relacja | Trauma może nie dotyczyć przywiązania | Często powiązana z relacją zależności |

| Regulacja | Często bardziej stabilna | Często zmienna lub ograniczona |

| Tożsamość | Względnie zachowana | Może być silnie związana z wstydem |

| Dysocjacja | Może występować sytuacyjnie | Może być chroniczna i strukturalna |

| Planowanie | Możliwa krótsza sekwencja | Często potrzebne leczenie fazowe |

| Dawkowanie | Możliwy większy zakres celu | Zwykle potrzebne małe fragmenty |

| Praca z częściami | Niekoniecznie centralna | Często kluczowa |

Stabilizacja, przetwarzanie i integracja jako elastyczny cykl

Stabilizacja, przetwarzanie i integracja jako elastyczny cykl

Leczenie fazowe porządkuje terapię traumy złożonej w trzy główne obszary. Fazy mogą się przeplatać, a powrót do wcześniejszego etapu nie oznacza regresu ani niepowodzenia.

FAZA A - BEZPIECZEŃSTWO, STABILIZACJA I BUDOWANIE ZASOBÓW

GŁÓWNE CELE

- ocena aktualnego ryzyka;
- rozwijanie orientacji;
- zwiększanie zdolności do regulacji;
- budowanie relacji terapeutycznej;
- rozpoznawanie części i strategii ochronnych;
- poprawa codziennego funkcjonowania;
- przygotowanie planu kryzysowego;
- rozwijanie granic i poczucia wyboru.

KRYTERIA PRZEJŚCIA DO OGRANICZONEGO PRZETWARZANIA

- ☐ Klient rozpoznaje wczesne sygnały przeciążenia.
- ☐ Potrafi użyć co najmniej dwóch zasobów.
- ☐ Zachowuje wystarczającą orientację.
- ☐ Może komunikować brak zgody.
- ☐ Istnieje plan po sesji.
- ☐ Wybrano niewielki i możliwy do monitorowania cel.

FAZA B - STOPNIOWE PRZETWARZANIE MATERIAŁU TRAUMATYCZNEGO

GŁÓWNE CELE

- praca z ograniczonymi fragmentami;
- aktualizacja przekonań;
- integracja reakcji somatycznych;
- zmniejszenie wpływu aktualnych wyzwalaczy;
- utrzymanie współpracy z częściami ochronnymi;
- częste powroty do teraźniejszości.

Gdy doświadczenie, ciało lub poczucie siebie staje się oddzielone

Gdy doświadczenie, ciało lub poczucie siebie staje się oddzielone

Dysocjacja może obejmować odłączenie od emocji, ciała, pamięci, czasu, otoczenia lub poczucia tożsamości. Objawy mogą być subtelne i łatwe do pomylenia ze spokojem, zmęczeniem, brakiem motywacji albo unikaniem.

MOŻLIWE OBJAWY

1. Depersonalizacja

- poczucie obserwowania siebie z zewnątrz;
- wrażenie, że ciało nie należy do klienta;
- uczucie bycia nierealnym;
- brak rozpoznawania własnego głosu lub twarzy.

2. Derealizacja

- otoczenie wydaje się odległe, płaskie lub sztuczne;
- dźwięki są oddalone;
- pomieszczenie wydaje się nieprawdziwe;
- zmienia się poczucie odległości.

3. Amnezja dysocjacyjna

- brak pamięci fragmentów rozmowy;
- utrata czasu;
- znajdowanie przedmiotów bez pamięci ich użycia;
- trudność w odtworzeniu określonych okresów życia.

4. Zmiany stanu

- gwałtowna zmiana głosu, postawy lub sposobu myślenia;
- poczucie nagłego stania się dużo młodszym;
- sprzeczne potrzeby lub przekonania;
- brak dostępu do umiejętności dostępnych w innym stanie.

5. Odłączenie somatyczne

- odrętwienie;
- brak poczucia kończyn;
- niemożność określenia głodu, bólu lub zmęczenia;
- niewyjaśnione poczucie paraliżu;
- znaczne opóźnienie reakcji.

Jak określić aktualną zdolność do pracy z materiałem

Jak określić aktualną zdolność do pracy z materiałem

Karta pomaga ocenić orientację, ciągłość pamięci, regulację, komunikację między częściami oraz ryzyko gwałtownego przechodzenia między stanami.

SEKCJA 1 - ORIENTACJA

- ☐ Klient zna aktualną datę.
- ☐ Rozpoznaje miejsce spotkania.
- ☐ Wie, kim jest terapeuta.
- ☐ Potrafi odróżnić wspomnienie od teraźniejszości.
- ☐ Może świadomie kierować część uwagi na otoczenie.

OCENA ORIENTACJI

- 0 - znaczna dezorientacja.
- 1 - orientacja bardzo niestabilna.
- 2 - częściowa orientacja.
- 3 - orientacja wystarczająca przy wsparciu.
- 4 - dobra orientacja.
- 5 - stabilna orientacja.

Wynik: / 5

SEKCJA 2 - REGULACJA

- ☐ Klient rozpoznaje narastające pobudzenie.
- ☐ Potrafi komunikować potrzebę przerwy.
- ☐ Korzysta z zasobów.
- ☐ Może obniżyć aktywację.
- ☐ Potrafi wyjść z odrętwienia bez gwałtownego przeciążenia.

Wynik regulacji: / 5

SEKCJA 3 - CIĄGŁOŚĆ PAMIĘCI

- ☐ Klient pamięta przebieg poprzednich sesji.
- ☐ Nie traci znacznych fragmentów codziennego czasu.
- ☐ Rozpoznaje działania wykonywane w różnych stanach.
- ☐ Potrafi opisać zmianę bez całkowitej utraty dostępu do wydarzeń.
- ☐ Ma wystarczającą ciągłość narracji dla aktualnego celu.

Wynik ciągłości pamięci: / 5

Praca z fragmentem zamiast z całą historią

PRACA Z FRAGMENTEM ZAMIAST Z CAŁĄ HISTORIĄ

W traumie złożonej celem nie jest szybkie uruchomienie całej sieci wspomnień. Terapeuta pomaga klientowi pracować z najmniejszym fragmentem, który może zostać zauważony bez utraty orientacji, zgody i zdolności do zamknięcia.

MOŻLIWE JEDNOSTKI PRACY

- jeden obraz;
- jedna sekunda wydarzenia;
- jeden dźwięk;
- jedno zdanie;
- jedna reakcja ciała;
- jedno przekonanie;
- jeden aktualny wyzwalacz;
- jedna część ochronna;
- jedna obawa dotycząca przyszłości;
- jeden moment po zakończeniu zagrożenia.

CZTERY WYMIARY DAWKOWANIA

1. Czas

Jak długo klient pozostaje przy materiale?

2. Intensywność

Jak silnie materiał jest aktywowany?

3. Zakres

Ile elementów wspomnienia jest obecnych jednocześnie?

4. Odległość

Czy klient doświadcza materiału z bliska, z perspektywy obserwatora czy jako symbol?

SPOSOBY ZMNIEJSZANIA DAWKI

- skrócenie kontaktu do kilku sekund;
- utrzymywanie oczu otwartych;
- częste orientowanie;
- praca z obrzeżem odczucia;
- zmniejszenie obrazu;
- obserwowanie sceny z większej odległości;
- wybór momentu po wydarzeniu;
- oddzielenie przekonania od obrazu;
- praca wyłącznie z częścią ochronną;
- przejście do zasobu przed pełnym wzrostem aktywacji.

SPOSOBY ZWIĘKSZANIA DAWKI

- nieco dłuższy kontakt;
- dodanie jednego kanału, na przykład reakcji ciała;
- zmniejszenie odległości do obrazu;
- wydłużenie serii;
- przejście od aktualnego wyzwalacza do wcześniejszego wspomnienia.

Uzyskiwanie wewnętrznej zgody na mały i bezpieczny krok

Uzyskiwanie wewnętrznej zgody na mały i bezpieczny krok

Część ochronna może blokować dostęp do wspomnienia, zwiększać odrętwienie, uruchamiać samokrytykę lub zmuszać klienta do przerwania terapii. Jej reakcja jest informacją o obawie, a nie przeszkodą, którą należy usunąć.

MOŻLIWE OZNAKI AKTYWNEJ CZĘŚCI OCHRONNEJ

- nagłe „nic nie czuję”;
- gwałtowna senność;
- przekonanie, że terapia jest bez sensu;
- intensywna samokrytyka;
- potrzeba zmiany tematu;
- nagły lęk przed terapeutą;
- przymus kontrolowania każdego etapu;
- poczucie, że ujawnienie materiału będzie zdradą;
- obawa, że zmniejszenie objawów doprowadzi do utraty ochrony;
- potrzeba natychmiastowego zakończenia relacji terapeutycznej.

PIERWSZA REAKCJA TERAPEUTY

- zatrzymać nacisk na wspomnienie;
- uznać sygnał ochronny;
- sprawdzić orientację;
- zapytać o funkcję reakcji;
- nie próbować przekonywać części;
- zaoferować większy wybór i mniejszą dawkę.

PRZYKŁADOWY KOMUNIKAT

Zauważam, że gdy zbliżamy się do tego materiału, pojawia się część, która chce nas zatrzymać. Nie będziemy jej omijać. Chcę najpierw zrozumieć, przed czym próbuje Cię chronić.

PYTANIA

- „Co ta część chce, abyśmy wiedzieli?”
- „Czego najbardziej się obawia?”
- „Co według niej mogłoby się wydarzyć podczas przetwarzania?”
- „Jak długo pełni tę funkcję?”
- „Co pomogłoby jej poczuć więcej wpływu?”
- „Czy zgodziłaby się na krótkie przyjrzenie się tylko jednemu fragmentowi?”
- „Jakiego sygnału użyje, gdy będzie potrzebowała zatrzymania?”
- „Czy woli obserwować, odejść na bezpieczną odległość czy pozostać blisko?”

MOŻLIWE OBAWY CZĘŚCI

- utrata kontroli;
- zalanie emocjonalne;
- ujawnienie tajemnicy;
- kara lub odrzucenie;
- utrata lojalności wobec rodziny;
- osłabienie czujności;
- pojawienie się zachowań autodestrukcyjnych;
- brak możliwości ponownego zamknięcia materiału;
- niezdolność terapeuty do poradzenia sobie z doświadczeniem.

Moduł 08

Zastosowanie w sesji i monitorowanie postępów

Dobra dokumentacja nie opisuje wszystkiego. Pokazuje, dlaczego podjęto określoną decyzję kliniczną.

W tym module połączysz wszystkie wcześniejsze narzędzia w spójny system pracy. Znajdziesz scenariusze sesji, listy kontrolne, formularze postępu, wzory notatek klinicznych, materiały dla klienta oraz przykłady zastosowania zestawu w różnych sytuacjach terapeutycznych.

OCENA

PRZYGOTOWANIE

INTERWENCJA

DOKUMENTACJA

Sesja skoncentrowana na bezpieczeństwie, zasobach i gotowości

Sesja skoncentrowana na bezpieczeństwie, zasobach i gotowości

Sesja przygotowawcza nie jest oczekiwaniem na „właściwą terapię”. Jest aktywną częścią leczenia, podczas której klient rozwija umiejętności potrzebne do bezpieczniejszego kontaktu z trudnym materiałem.

PROPONOWANA STRUKTURA SESJI

1. Otwarcie i aktualna ocena - około 10% czasu

- sprawdzenie aktualnego stanu;
- ocena wydarzeń od poprzedniej sesji;
- sprawdzenie bezpieczeństwa;
- określenie poziomu pobudzenia i obecności;
- ustalenie dzisiejszego celu.

PYTANIA

- „Co zmieniło się od poprzedniego spotkania?”
 - „Jak oceniasz aktualny poziom napięcia?”
 - „Czy wydarzyło się coś, co wpływa na bezpieczeństwo lub dzisiejszy plan?”
 - „Czego najbardziej potrzebujesz podczas tej sesji?”
- 2. Psychoedukacja - około 15% czasu**

MOŻLIWE TEMATY

- okno tolerancji;
 - reakcje walki, ucieczki, zamrożenia i podporządkowania;
 - różnica między wspomnieniem a aktualnym zagrożeniem;
 - regulacja i koregulacja;
 - znaczenie dawkowania;
 - możliwe reakcje między sesjami.
- 3. Nauka lub rozwijanie zasobu - około 30% czasu**
- orientowanie;
 - grounding;
 - spokojne miejsce;
 - kontener;
 - zasób ochronny;
 - zasób mistrzostwa;
 - skan zasobów w ciele;
 - praca z częścią ochronną.
- 4. Próba przy łagodnej aktywacji - około 20% czasu**
- przywołanie neutralnie trudnej sytuacji;
 - użycie zasobu;
 - sprawdzenie, czy klient może obniżyć pobudzenie;
 - obserwacja orientacji i reakcji ciała;
 - modyfikacja ćwiczenia.
- 5. Omówienie i plan między sesjami - około 15% czasu**
- co zadziało;

KARTA SESJI PRZYGOTOWAWCZEJ

Data

Aktualny SUDS: / 10

Poziom obecności: / 10

Dzisiejszy cel przygotowania

Wybrane ćwiczenie

Reakcja przed ćwiczeniem

Reakcja po ćwiczeniu

Co zwiększyło regulację

Co zwiększyło odcięcie lub napięcie

Zadanie między sesjami

Plan kolejnego spotkania

Prowadzenie sesji od ponownej oceny do bezpiecznego zamknięcia

Prowadzenie sesji od ponownej oceny do bezpiecznego zamknięcia

Sesja przetwarzania powinna posiadać jasną strukturę, ale zachowywać elastyczność. Najważniejsze jest utrzymanie bezpieczeństwa, orientacji, świadomej zgody i wystarczającego czasu na zakończenie.

PROPONOWANA STRUKTURA

1. Ponowna ocena - około 10% czasu

- sprawdzenie zmian od poprzedniego spotkania;
- ocena bezpieczeństwa;
- aktualny SUDS i VOC;
- nowe wspomnienia, sny i wyzwalacze;
- decyzja o dzisiejszym celu.

2. Sprawdzenie gotowości - około 10% czasu

☐ Klient jest zorientowany.

☐ Zasoby są dostępne.

☐ Sygnał zatrzymania jest aktualny.

☐ Cel jest konkretny.

☐ Klient wyraża zgodę.

☐ Pozostaje odpowiednia ilość czasu.

☐ Istnieje plan po sesji.

3. Ocena celu - około 10% czasu

- obraz;
- przekonanie negatywne;
- przekonanie adaptacyjne;
- VOC;
- emocje;
- SUDS;
- reakcja ciała.

4. Przetwarzanie -

PUNKT KONTROLNY CZASU

Najpóźniejszy moment rozpoczęcia zamknięcia

Terapeuta powinien wcześniej ustalić godzinę, po której nie rozpoczyna nowego intensywnego fragmentu.

PYTANIA PODCZAS SESJI

- „Czy nadal chcesz kontynuować?”
- „Czy czujesz więcej przetwarzania, czy więcej przeciążenia?”
- „Czy jesteś tutaj i jednocześnie zauważasz wspomnienie?”
- „Czy potrzebujesz mniejszej dawki?”
- „Czy cel nadal jest taki sam?”
- „Czy jakaś część potrzebuje zatrzymania?”

KARTA PRZEBIEGU

SUDS początkowy: / 10

VOC początkowy: / 7

Dominujący kanał

Najważniejsza zmiana podczas przetwarzania

Zastosowana interwencja przy blokadzie

SUDS przed zamknięciem: / 10

VOC przed zamknięciem: / 7

Stan celu:
ZAKOŃCZONY / W TRAKCIE / ZMIENIONY / ODROZCZONY

Pierwszy punkt kolejnej sesji

RAMKA „ZATRZYMAJ PROCEDURĘ”

Nie rozpoczynaj nowej intensywnej części procesu, gdy nie pozostaje wystarczająco dużo czasu na orientowanie, regulację i ocenę gotowości klienta do zakończenia spotkania.

Najważniejsze informacje dostępne na jednej stronie

Najważniejsze informacje dostępne na jednej stronie

Karta służy jako zwięzła pomoc podczas sesji. Powinna być czytelna bez konieczności przeszukiwania całego podręcznika i zawierać wyłącznie informacje potrzebne do bieżącej decyzji.

SEKCJA 1 - POCZĄTEK

Data

Aktualne bezpieczeństwo sprawdzone: TAK / NIE

Aktualny SUDS: / 10

Poziom obecności: / 10

Cel dzisiejszej sesji

Aktualna faza protokołu: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8

SEKCJA 2 - GOTOWOŚĆ

☐ Klient pozostaje zorientowany.

☐ Zna sygnał zatrzymania.

☐ Posiada dwa dostępne zasoby.

☐ Wyraża aktualną zgodę.

☐ Cel jest możliwy do monitorowania.

☐ Istnieje wystarczający czas na zamknięcie.

SEKCJA 3 - OCENA CELU

Obraz

Przekonanie negatywne

Przekonanie adaptacyjne

VOC: / 7

Emocje

SUDS: / 10

Reakcja ciała

SEKCJA 4 - METODA I DAWKOWANIE

Metoda główna

Forma stymulacji lub skupienia

Poziom dawkowania: / 5

Zasób pomiędzy seriami

Sygnały zmniejszenia dawki

Sygnały zatrzymania

Zmiana mierzona w objawach, funkcjonowaniu i zdolności do regulacji

Zmiana mierzona w objawach, funkcjonowaniu i zdolności do regulacji

Postęp w terapii traumy nie powinien być oceniany wyłącznie na podstawie obniżenia SUDS pojedynczego wspomnienia. Należy uwzględnić codzienne funkcjonowanie, relacje, regulację, zachowanie, przekonania i reakcje na wyzwalacze.

OKRES OCENY

Data początkowa

Data aktualnej oceny

Liczba sesji w okresie

OBSZAR 1 - OBJAWY TRAUMATYCZNE

OCENA OD 0 DO 10

Flashbacki: początek / obecnie

Koszmary: początek / obecnie

Unikanie: początek / obecnie

Nadmierna czujność: początek / obecnie

Odrętwienie: początek / obecnie

Wstyd lub poczucie winy: początek / obecnie

OBSZAR 2 - REGULACJA

OCENA OD 0 DO 10

Rozpoznawanie sygnałów ciała: początek / obecnie

Korzystanie z zasobów: początek / obecnie

Powrót do orientacji: początek / obecnie

Zdolność komunikowania granic: początek / obecnie

Tolerowanie emocji: początek / obecnie

OBSZAR 3 - FUNKCJONOWANIE

OCENA OD 0 DO 10

Sen: początek / obecnie

Praca lub nauka: początek / obecnie

Relacje: początek / obecnie

Samoopieka: początek / obecnie

Koncentracja: początek / obecnie

Zdolność odpoczynku: początek / obecnie

Zwięzła dokumentacja decyzji, interwencji i reakcji klienta

Zwięzła dokumentacja decyzji, interwencji i reakcji klienta

Notatka kliniczna powinna umożliwić odtworzenie przebiegu leczenia, uzasadnienie decyzji oraz zaplanowanie kolejnego kroku. Nie powinna zawierać zbędnych, szczegółowych opisów materiału traumatycznego.

NAGŁÓWEK

Data i czas sesji

Forma sesji: STACJONARNA / ONLINE

Etap terapii

Aktualna faza protokołu

SEKCJA 1 - AKTUALNY STAN

GŁÓWNE INFORMACJE OD POPRZEDNIEJ SESJI

AKTUALNE BEZPIECZEŃSTWO I RYZYKO

STAN ORIENTACJI I REGULACJI

SEKCJA 2 - CEL SESJI

UZGODNIONY CEL KLINICZNY

CEL LUB SIEĆ WSPOMNIĘĆ

Początkowy SUDS: / 10

Początkowy VOC: / 7

SEKCJA 3 - ZASTOSOWANE INTERWENCJE

- ☐ psychoedukacja; ☐ orientowanie;
- ☐ grounding; ☐ zasób; ☐ ocena celu;
- ☐ desensytyzacja; ☐ instalacja;
- ☐ skanowanie ciała;
- ☐ przepłot poznawczy; ☐ praca z częścią;
- ☐ podejście somatyczne; ☐ Brainspotting;
- ☐ zamknięcie niepełnej sesji;
- ☐ plan bezpieczeństwa;
- ☐ inne

FUNKCJA ZASTOSOWANYCH INTERWENCJI

SEKCJA 4 - REAKCJA KLIENTA

NAJWAŻNIEJSZA ZMIANA OBRAZU, EMOCJI, PRZEKONANIA LUB CIAŁA

ZMIANY ORIENTACJI LUB POBUDZENIA

ZASTOSOWANE DZIAŁANIA PRZY PRZECIĄŻENIU LUB BLOKADZIE

Rejestrowanie zmian bez samodzielnego uruchamiania wspomnienia

Rejestrowanie zmian bez samodzielnego uruchamiania wspomnienia

Karta pomaga klientowi zauważać sny, wyzwalacze, reakcje ciała, nowe skojarzenia i skuteczność zasobów. Nie powinna zachęcać do intensywnego analizowania ani samodzielnego przetwarzania traumy.

INSTRUKCJA DLA KLIENTA

Zapisuj tylko najważniejsze obserwacje. Nie musisz szczegółowo opisywać wspomnień ani celowo ich przywoływać. Gdy pojawia się silne przeciążenie, najpierw zastosuj plan regulacji lub skorzystaj z uzgodnionej pomocy.

TABELA OBSERWACJI

| Data | Sytuacja lub wyzwalacz | Reakcja |
SUDS | Zastosowany zasób | Efekt |

| | | | | ---- |

| | | | | ---- |

| | | | | ---- |

| | | | | ---- |

MOŻLIWE REAKCJE

- ☐ obraz lub wspomnienie;
- ☐ emocja;
- ☐ reakcja ciała;
- ☐ sen;
- ☐ automatyczna myśl;
- ☐ impuls;
- ☐ odrętwienie;
- ☐ poczucie odrealnienia;
- ☐ nowa perspektywa;
- ☐ zmiana zachowania.

KRÓTKI ZAPIS

Co się wydarzyło

Co zauważyłem w ciele

Jaka myśl lub obraz się pojawił

SUDS: / 10

Czy wiedziałem, że jestem w teraźniejszości:
TAK / NIE / CZĘŚCIOWO

Jakiego zasobu użyłem

Co zmieniło się po zasobie

Czy potrzebowałem wsparcia: TAK / NIE

Praktyczne zastosowanie zestawu krok po kroku

Praktyczne zastosowanie zestawu krok po kroku

Przykład pokazuje sposób myślenia terapeuty, dobór narzędzi i decyzje dotyczące kolejnych faz. Przypadek powinien być fikcyjny i nie może zawierać danych umożliwiających identyfikację rzeczywistej osoby.

OPIS PRZYPADKU

Anna, 36 lat, zgłasza silny lęk podczas rozmów z przełożonym, unikanie zabierania głosu na spotkaniach oraz napięcie w klatce piersiowej. Aktualny wyzwalacz wiąże się z krytycznym tonem głosu. Klientka opisuje wcześniejsze doświadczenia częstego zawstydzania przez nauczyciela.

ETAP 1 - BEZPIECZEŃSTWO I OCENA

- brak aktualnego bezpośredniego zagrożenia;
- klientka zachowuje orientację;
- brak aktywnego kryzysu;
- SUDS przy aktualnym wyzwalaczu: 8/10;
- główny wpływ: praca, samoocena i unikanie.

DECYZJA

Nie rozpoczynać od najbardziej intensywnego wspomnienia. Najpierw rozwinąć zasoby i zdolność komunikowania potrzeby przerwy.

ETAP 2 - PRZYGOTOWANIE

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

- orientowanie w pomieszczeniu;
- nacisk stóp;
- zasób mistrzostwa związany z ukończeniem trudnego szkolenia;
- sygnał zatrzymania dłonią;
- plan regulacji po sesji.

REZULTAT

Klientka potrafi obniżyć SUDS z 5 do 3 przy łagodnym wyzwalaczu i zachować kontakt z terażniejszością.

ETAP 3 - MAPA TRZECH OBSZARÓW

PRZESZŁOŚĆ

Nauczyciel krytykuje odpowiedź klientki przy całej klasie.

TERAŻNIEJSZOŚĆ

Przełożony mówi: 'To wymaga poprawy'.

PRZYSZŁOŚĆ

Klientka chce przedstawiać projekt bez automatycznego zamrożenia.

ETAP 4 - OCENA CELU

OBRAZ

Twarz nauczyciela podczas wyśmiewania odpowiedzi.

Systematyczna analiza zamiast dokładania kolejnych technik

Systematyczna analiza zamiast dokładania kolejnych technik

Brak widocznego postępu może wynikać z niewłaściwego celu, niewystarczającego bezpieczeństwa, nierozpoznanej dysocjacji, aktualnego zagrożenia, konfliktu części, problemu diagnostycznego albo niedopasowania metody.

PIERWSZE PYTANIE

Czy rzeczywiście nie ma postępu, czy zmiana pojawia się w innym obszarze niż oczekiwano?

MOŻLIWE SUBTELNE OZNAKI POSTĘPU

- klient wcześniej zauważa napięcie;
- szybciej wraca do orientacji;
- potrafi powiedzieć „nie”;
- rzadziej unika sesji;
- bardziej precyzyjnie opisuje potrzeby;
- częściej korzysta ze wsparcia;
- zmniejsza się samokrytyka;
- objaw pozostaje, ale ma mniejszy wpływ na zachowanie;
- klient odzyskuje zainteresowania i wartości.

ANALIZA SIĘDMIU OBSZARÓW

1. Bezpieczeństwo

- Czy aktualne zagrożenie nadal trwa?
- Czy istnieje niestabilność mieszkaniowa, relacyjna lub finansowa?
- Czy pojawiło się ryzyko wymagające pierwszeństwa?

2. Cel

- Czy cel jest konkretny?
- Czy jest związany z głównym problemem?
- Czy aktywowanych jest kilka sieci jednocześnie?
- Czy kolejność celów jest właściwa?

3. Regulacja

- Czy klient naprawdę korzysta z zasobów?
- Czy pozorny spokój jest odcięciem?
- Czy proces regularnie przekracza okno tolerancji?

4. Dysocjacja

- Czy występują utraty czasu?
- Czy pojawiają się gwałtowne zmiany stanu?
- Czy klient pamięta przebieg sesji?
- Czy potrzebna jest specjalistyczna ocena?

5. Części ochronne

- Czy jakaś część

ARKUSZ ANALIZY BRAKU POSTĘPU

Obszar, w którym oczekiwano zmiany

Jak mierzono zmianę

Widoczne subtelne postępy

Najbardziej prawdopodobna przeszkoda

Dane wspierające tę hipotezę

Co należy ponownie ocenić

Jedna zmiana w planie

Kryterium oceny tej zmiany

Data ponownej analizy

MOŻLIWE DECYZJE

☐ Kontynuować bez zmiany przez określony czas.

☐ Ograniczyć cel.

☐ Wrócić do przygotowania.

☐ Przeprowadzić dodatkową ocenę dysocjacji.

☐ Skoncentrować się na częściach ochronnych.

☐ Omówić relację terapeutyczną.

☐ Skonsultować przypadek w superwizji.

☐ Rozważyć zmianę lub uzupełnienie metody.

☐ Skierować klienta do dodatkowej diagnozy lub pomocy.

☐ Zrewidować cele terapii wspólnie z klientem.

RAMKA „NAJWAŻNIEJSZA ZASADA”

Nie odpowiadaj na brak postępu automatycznym zwiększaniem intensywności. Większa aktywacja może nasilić dysocjację, wstyd i brak zaufania.

Od pierwszej oceny do integracji zmiany

Od pierwszej oceny do integracji zmiany

Strona ma przedstawiać cały zestaw jako jeden spójny system decyzyjny. Terapeuta powinien móc szybko sprawdzić, na którym etapie znajduje się klient i jaki jest następny uzasadniony krok.

ETAP 1 - OCENA BEZPIECZEŃSTWA

SPRAWDŹ

- aktualne zagrożenie;
- ryzyko samobójcze lub samouszkodzeń;
- przemoc;
- stan psychiczny i medyczny;
- używanie substancji;
- warunki po sesji.

DECYZJA

- bezpieczeństwo i interwencja kryzysowa;
- dodatkowa pomoc;
- dalsza ocena;
- przejście do przygotowania.

ETAP 2 - PRZYGOTOWANIE I STABILIZACJA

ROZWIJAJ

- orientowanie;
- grounding;
- zasoby;
- sygnał zatrzymania;
- regulację;
- plan między sesjami;
- wewnętrzną zgodę.

DECYZJA

- kontynuować przygotowanie;
- ograniczona próba;
- ocena konkretnego celu.

ETAP 3 - KONCEPTUALIZACJA I WYBÓR CELU

ZMAPUJ

- przeszłe wydarzenia;
- aktualne wyzwalacze;
- przyszłe scenariusze;
- sieci wspomnień;
- przekonania;
- reakcje ciała;
- kolejność celów.

DECYZJA

- wybrać cel;
- zmniejszyć zakres;
- zmienić kolejność;
- wrócić do stabilizacji.

ETAP 4 - OCENA CELU

OKREŚL

- obraz;
- przekonanie negatywne;
- przekonanie adaptacyjne;
- VOC;
- emocje;
- SUDS;
- ciało.

DECYZJA

- rozpocząć przetwarzanie;
- zmniejszyć dawkę;
- zmienić cel;
- odroczyć pracę.

ETAP 5 - PRZETWARZANIE

MONITORUJ

- zmiany obrazu;
- emocje;
- myśli;
- reakcje ciała;
- SUDS;
- orientację;
- części ochronne;
- blokady.

DECYZJA

- kontynuować;
- zmodyfikować tempo;
- zastosować interwencję;
- wrócić do zasobu;
- zamknąć sesję.

ETAP 6 - INSTALACJA I CIAŁO

SPRAWDŹ

- aktualne przekonanie adaptacyjne;
- VOC;
- pozostałe napięcie;
- nowy materiał;
- zgodność reakcji ciała.

Jak wprowadzić system do codziennej pracy klinicznej

Jak wprowadzić system do codziennej pracy klinicznej

Wdrożenie zestawu powinno odbywać się etapami. Terapeuta nie musi używać wszystkich formularzy podczas każdej sesji. Najpierw należy wybrać podstawowe narzędzia bezpieczeństwa, następnie karty prowadzenia procesu, a na końcu formularze monitorowania i integracji.

ETAP 1 - PRZYGOTOWANIE WŁASNEGO SYSTEMU PRACY

ZADANIA TERAPEUTY

- ☐ Przeczytać strony dotyczące bezpieczeństwa i przeciwwskazań.
- ☐ Dostosować procedurę kryzysową do miejsca wykonywania praktyki.
- ☐ Uzupełnić lokalne dane dotyczące pomocy kryzysowej.
- ☐ Określić granice własnych kompetencji.
- ☐ Ustalić sposób bezpiecznego przechowywania dokumentacji.
- ☐ Przygotować wersję drukowaną lub cyfrową najważniejszych kart.
- ☐ Sprawdzić, które narzędzia wymagają dodatkowego szkolenia.
- ☐ Ustalić sposób korzystania z zestawu podczas supervizji.

PODSTAWOWY PAKIET TERAPEUTY

- drzewo decyzji przed przetwarzaniem;
- karta gotowości klienta;
- karta pojedynczego celu;
- skale SUDS i VOC;
- szybka karta prowadzenia sesji;
- procedura zamknięcia;
- notatka kliniczna;
- plan regulacji między sesjami.

ETAP 2 - WPROWADZENIE MATERIAŁÓW DLA KLIENTA

NAJPIERW WPROWADZIĆ

- orientowanie w teraźniejszości;
- grounding;
- sygnał zatrzymania;
- dwa podstawowe zasoby;
- plan regulacji;
- wyjaśnienie SUDS;
- kartę obserwacji między sesjami.

ZASADA

Klient powinien rozumieć funkcję każdego narzędzia. Nie należy przekazywać całego zestawu jednocześnie, jeżeli mogłoby to zwiększyć przeciążenie.

ETAP 3 - INTEGRACJA Z KONSEPTUALIZACJĄ PRZYPADKU

Najważniejsze pytania przed, podczas i po każdej pracy z traumą

Najważniejsze pytania przed, podczas i po każdej pracy z traumą

Lista zbiera podstawowe kryteria bezpieczeństwa i jakości całego zestawu. Powinna być używana jako szybkie przypomnienie, a nie jako automatyczny test kwalifikacyjny.

PRZED ROZPOCZĘCIEM SESJI

BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Znam aktualną sytuację klienta.
- ☐ Sprawdziłem istotne zmiany ryzyka.
- ☐ Klient znajduje się w stanie umożliwiającym świadomą zgodę.
- ☐ Istnieje wykonalny plan reagowania kryzysowego.
- ☐ Warunki sesji zapewniają wystarczającą prywatność i bezpieczeństwo.
- ☐ Wiem, jaki jest główny cel dzisiejszego spotkania.
- ☐ Cel jest zgodny z aktualnym planem terapii.
- ☐ Wybrana interwencja ma jasno określoną funkcję.
- ☐ Nie próbuję rozwiązać zbyt wielu problemów jednocześnie.

GOTOWOŚĆ

- ☐ Klient pozostaje zorientowany.
- ☐ Potrafi użyć sygnału zatrzymania.
- ☐ Posiada dostępne zasoby.
- ☐ Może komunikować brak zgody.
- ☐ Pozostaje wystarczająco dużo czasu na zamknięcie.

PODCZAS PRACY

KONTAKT I ZGODA

- ☐ Regularnie sprawdzam aktualną zgodę.
- ☐ Reaguję na zmianę głosu, postawy, wzroku i orientacji.
- ☐ Nie interpretuję podporządkowania jako zgody.
- ☐ Klient ma możliwość zmiany tempa, odległości i sposobu pracy.

DAWKOWANIE

- ☐ Aktywacja pozostaje możliwa do tolerowania.
- ☐ Cel nie rozszerzył się na wiele sieci jednocześnie.
- ☐ Klient zachowuje część uwagi w teraźniejszości.
- ☐ Reaguję na wczesne sygnały przeciążenia.
- ☐ Nie zwiększam intensywności wyłącznie z powodu braku szybkiej zmiany.

Gdzie znaleźć właściwe narzędzie

Gdzie znaleźć właściwe narzędzie

Indeks porządkuje wszystkie formularze, skale, mapy i listy kontrolne według ich funkcji. Powinien ułatwić szybkie przejście do potrzebnej strony w wersji cyfrowej oraz drukowanej.

BEZPIECZEŃSTWO I GOTOWOŚĆ

Strona 07 - Wstępna ocena bezpieczeństwa i przeciwwskazań

Strona 09 - Drzewo decyzji przed rozpoczęciem przetwarzania

Strona 10 - Świadoma zgoda na pracę z traumą

Strona 11 - Karta gotowości do przetwarzania

Strona 38 - Lista kontrolna gotowości konkretnego celu

Strona 44 - Lista kontrolna fazy przygotowania

Strona 87 - Karta oceny stabilności i fragmentacji

Strona 101 - Główna lista kontrolna terapeuty

REGULACJA I STABILIZACJA

Strona 14 - Orientowanie w teraźniejszości

Strona 15 - Grounding poprzez ciało i zmysły

Strona 16 - Oddech bez presji i hiperwentylacji

Strona 17 - Spokojne lub bezpieczne miejsce

Strona 18 - Kontener na niedomknięty materiał

Strona 19 - Mapa zasobów klienta

Strona 20 - Zasób ochronny i wspierająca postać

Strona 21 - Zasób mistrzostwa

Strona 22 - Skan zasobów w ciele

Strona 23 - Wahadłowanie

Strona 24 - Stopniowanie i dawkowanie

Strona 25 - Plan regulacji między sesjami

Strona 26 - Osobista karta stabilizacji klienta

MAPOWANIE I WYBÓR CELÓW

Strona 28 - Model przeszłość-teraźniejszość-przyszłość

Strona 29 - Karta historii traumy

Strona 30 - Mapa aktualnych wyzwalaczy

Strona 31 - Sieć wspomnień

Strona 32 - Procedura float-back

Strona 33 - Wybór obrazu celu

Strona 34 - Karta pojedynczego celu terapeutycznego

Strona 35 - Ograniczanie zbyt szerokiego celu

Strona 36 - Ustalanie priorytetu celów

Strona 37 - Plan kolejności przetwarzania

Strona 38 - Gotowość konkretnego celu

Struktura daje kierunek, a relacja nadaje procesowi bezpieczeństwo

Struktura daje kierunek, a relacja nadaje procesowi bezpieczeństwo

Ostatnia strona ma podsumować sposób korzystania z zestawu, wzmocnić poczucie kompetencji terapeuty oraz przypomnieć, że skuteczna praca z traumą wymaga elastyczności, pokory klinicznej, superwizji i stałego monitorowania bezpieczeństwa.

TEKST KOŃCOWY

Praca z traumą wymaga jednoczesnego utrzymywania wielu perspektyw. Terapeuta obserwuje historię klienta, aktualne bezpieczeństwo, reakcje układu nerwowego, przekonania, ciało, relację, tempo oraz możliwości funkcjonowania poza gabinetem.

Ten zestaw porządkuje te elementy, aby decyzje kliniczne nie musiały opierać się wyłącznie na pamięci lub improwizacji.

Nie każda sesja powinna prowadzić do intensywnego przetwarzania.

Czasami najważniejszym rezultatem jest zauważenie sygnału przeciążenia, użycie granicy, odzyskanie orientacji, uzyskanie zgody części ochronnej albo stworzenie planu bezpiecznego powrotu do domu.

Nie każda zmiana jest widoczna w wyniku SUDS. Postęp może oznaczać, że klient szybciej rozpoznaje reakcję, potrafi poprosić o pomoc, przerywa automatyczne podporządkowanie, podejmuje bardziej świadomą decyzję albo

OSIEM ZASAD KOŃCOWYCH

1. Bezpieczeństwo ma pierwszeństwo przed realizacją planu.
2. Zgoda klienta musi być aktualna i możliwa do wycofania.
3. Regulacja nie oznacza braku emocji.
4. Najmniejszy skuteczny krok jest wystarczającym krokiem.
5. Brak szybkiej zmiany wymaga oceny, a nie większego nacisku.
6. Integracja metod wymaga jasnej funkcji i kompetencji.
7. Zamknięcie jest pełnoprawną fazą pracy.
8. Zmiana powinna być widoczna także w codziennym życiu.

OSTATNIA KARTA REFLEKSJI TERAPEUTY

CO TEN ZESTAW POMOŻE MI UPORZĄDKOWAĆ

KTÓRY OBSZAR MOJEJ PRAKTYKI WYMAGA NAJWIĘKSZEJ UWAGI

JAK BĘDĘ SPRAWDZAĆ BEZPIECZEŃSTWO PRZED PRZETWARZANIEM

JAK OCHRONIĘ CZAS PRZEZNACZONY NA ZAMKNIĘCIE

KIEDY SKORZYSTAM Z SUPERWIZJI LUB KONSULTACJI

JAK BĘDĘ MIERZYĆ ZMIANĘ POZA WYNIKIEM SUDS

PIERWSZE NARZĘDZIE, KTÓRE WDROŻĘ

DATA ROZPOCZĘCIA WDROŻENIA

KOŃCOWE PRZYPOMNIENIE

Nie musisz używać wszystkiego jednocześnie. Wybierz narzędzie odpowiadające aktualnej potrzebie, zachowaj jasność celu i regularnie wracaj do czterech fundamentów: bezpieczeństwa, orientacji, zgody oraz świadomej decyzji klinicznej.