

MATERIAŁ DLA SPECJALISTÓW

PEŁNY HTML • E-BOOK

Biblioteka skryptów EMDR do rozmów z klientem



Gotowe skrypty, które pomogą Ci jasno wyjaśnić klientowi, na czym polega terapia EMDR, odpowiadać na najczęstsze pytania i pewnie prowadzić trudne rozmowy. Ułatwiają psychoedukację i budują zaufanie, zanim rozpoczniesz właściwe przetwarzanie.

Praktyczne wypowiedzi do wykorzystania przed sesją, podczas przygotowania, w trudnych momentach i przy zamykaniu procesu.

PSYCHOEDUKACJA

ZGODA

BEZPIECZEŃSTWO

SKRYPTY

Informacje prawne i zasady bezpiecznego korzystania

Wszelkie prawa zastrzeżone. Materiał nie może być kopiowany, odsprzedawany, publikowany ani udostępniany osobom trzecim bez zgody właściciela praw.

Biblioteka zawiera przykładowe skrypty psychoedukacyjne i komunikacyjne. Nie stanowi szkolenia podstawowego, certyfikacji, diagnozy, superwizji, porady prawnej ani zamiennika indywidualnej oceny klinicznej.

Skrypty nie powinny być odczytywane automatycznie bez uwzględnienia historii klienta, jego języka, stanu psychicznego, zdolności do regulacji, ryzyka kryzysowego oraz kontekstu kulturowego.

Terapia EMDR jest ustrukturyzowanym podejściem obejmującym osiem faz. Jej stosowanie wymaga właściwego przygotowania zawodowego, świadomej zgody, oceny gotowości klienta oraz przestrzegania standardów etycznych i procedur bezpieczeństwa.

Obowiązkowy komunikat:

„Nie używaj żadnego skryptu jako zamiennika oceny klinicznej. W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia, ostrego kryzysu, znacznej destabilizacji albo sytuacji przekraczającej Twoje kompetencje zastosuj odpowiednie procedury interwencyjne, konsultację, superwizję lub skierowanie do właściwego specjalisty.”

Spis treści

Wprowadzenie — 03	Uziemienie przy silnym pobudzeniu — 34
MODUŁ 01 — FUNDAMENTY ROZMOWY Z KLIENTEM	Odłączenie, zamrożenie i dysocjacja — 35
Zanim użyjesz skryptu — 04	„Nic nie czuję” — 36
Jak korzystać z biblioteki skryptów — 05	„Nie potrafię zrobić tego dobrze” — 37
Sześć zasad bezpiecznego języka terapeutycznego — 06	Wstyd, wina i obwinianie siebie — 38
Jak mówić o traumie i przetwarzaniu — 07	Chęć zbyt szybkiego rozpoczęcia — 39
Świadoma zgoda, autonomia i prawo do zatrzymania — 08	Sceptycyzm i ambiwalencja — 40
Checklista przed rozmową o rozpoczęciu EMDR — 09	MODUŁ 05 — SKRYPTY DO PROWADZENIA PROCESU I ZAMYKANIA SESJI
MODUŁ 02 — JAK WYJAŚNIĆ KLIENTOWI, CZYM JEST EMDR	Od przygotowania do bezpiecznego zakończenia — 41
Jasne wyjaśnienie terapii EMDR — 10	Orientacja na początku sesji — 42
Skrypt 30-sekundowy — 11	Wybór celu, SUD i VOC — 43
Skrypt 2-minutowy — 12	Rozpoczęcie stymulacji bilateralnej — 44
Metafora przetwarzania wspomnień — 13	Krótkie komunikaty podczas przetwarzania — 45
Stymulacja bilateralna — 14	Zatrzymanie lub utknięcie procesu — 46
Możliwe doświadczenia podczas sesji — 15	Zamknięcie niedokończonych sesji — 47
Osiem faz EMDR prostym językiem — 16	Reakcje pomiędzy sesjami i plan bezpieczeństwa — 48
Czym EMDR nie jest — 17	Indeks sytuacyjny i końcowa checklista — 49
Zakończenie rozmowy informacyjnej — 18	
MODUŁ 03 — ODPOWIEDZI NA NAJCZĘSTSZE PYTANIA I OBAWY	
Pytania, wątpliwości i świadome decyzje — 19	
Czy EMDR usunie moje wspomnienia? — 20	
Czy stracę kontrolę? — 21	
Czy muszę opowiadać wszystkie szczegóły? — 22	
Czy podczas EMDR poczuję się gorzej? — 23	
Czy EMDR na pewno mi pomoże? — 24	
Ile sesji będę potrzebować? — 25	
Czy mogą pojawić się nowe wspomnienia? — 26	
Czy mogę przerwać? — 27	
Dlaczego stosuje się naprzemienne bodźce? — 28	
Co może dziać się pomiędzy sesjami? — 29	
MODUŁ 04 — TRUDNE ROZMOWY, STABILIZACJA I REAKCJE OBRONNE	
Kiedy klient potrzebuje więcej bezpieczeństwa — 30	
Okno tolerancji i przygotowanie — 31	
Spokojne lub bezpieczne miejsce — 32	
Ćwiczenie pojemnika — 33	

Dobra rozmowa zaczyna terapię, zanim rozpocznie się przetwarzanie

Rozpocząć od sytuacji znanej wielu terapeutom: klient pyta, czym jest EMDR, dlaczego ma śledzić ruch albo słuchać naprzemiennych dźwięków, czy będzie musiał opowiadać szczegóły i czy może zatrzymać proces. Nawet dobrze przygotowany specjalista może w takim momencie szukać właściwych słów.

Wyjaśnić, że ta biblioteka została zaprojektowana po to, aby ograniczyć improwizowanie w rozmowach, lecz nie po to, aby zastąpić naturalną relację terapeutyczną.

Podkreślić trzy główne rezultaty korzystania z produktu:

1. Klient otrzymuje jasne informacje i ma więcej przestrzeni na świadomą decyzję.
2. Terapeuta może spokojniej odpowiadać na pytania i trudne reakcje.
3. Rozmowa przed przetwarzaniem staje się częścią budowania zaufania, współpracy oraz bezpieczeństwa.

Dodać instrukcję:

„Nie musisz używać każdego zdania dokładnie w zapisanej formie. Wybierz wersję zgodną z sytuacją, dostosuj słowa do klienta, zachowaj sens kliniczny i sprawdzaj, jak klient rozumie Twoje wyjaśnienie.”

Zakończyć motywującym komunikatem:

„Przejdź przez bibliotekę przynajmniej raz przed użyciem jej podczas sesji. Zaznacz skrypty, które odpowiadają Twojemu stylowi pracy, a następnie ćwicz wypowiadanie ich własnymi słowami. Celem nie jest brzmieć idealnie. Celem jest pomóc klientowi poczuć się poinformowanym, szanowanym i aktywnie zaangażowanym w proces.”

Fundamenty rozmowy z klientem

Jak korzystać ze skryptów w sposób naturalny, etyczny i dostosowany do osoby siedzącej przed Tobą.

Duży tytuł modułu.

KRÓTKI KOMUNIKAT:

„Zanim wybierzesz właściwe słowa, określ cel rozmowy, oceń gotowość klienta i pozostaw miejsce na jego pytania. Skrypt ma wspierać relację, a nie ją zastępować.”

TRZY HASŁA MODUŁU:

Jasność.

Autonomia.

Bezpieczeństwo.

Skrypt jest mapą rozmowy, a nie tekstem do mechanicznego odczytania

Wyjaśnić, że każda kolejna strona biblioteki powinna zawierać sześć stałych elementów:

1. Cel rozmowy — po co terapeuta rozpoczyna dany temat.
2. Gotowy skrypt — pełna, naturalnie brzmiąca wersja wypowiedzi.
3. Wersja krótka — odpowiedź do wykorzystania, gdy klient potrzebuje jednego prostego komunikatu.
4. Gdy klient odpowie... — przykłady możliwych reakcji klienta.
5. Kolejna odpowiedź terapeuty — bezpieczna kontynuacja rozmowy.
6. Uwaga kliniczna — informacja, czego nie obiecywać, co sprawdzić i kiedy zwolnić.

Dodać cztery zasady korzystania:

Przeczytaj skrypt przed sesją.

Nie udawaj pewności, której nie masz.

Zatrzymuj się i pytaj, co klient zrozumiał.

Nie stosuj uspokajających obietnic zamiast rzetelnej informacji.

Przykład praktyczny:

Zamiast czytać:

„EMDR zawsze działa szybko i nie musi Pan opowiadać o traumie.”

Powiedz:

„W EMDR nie zawsze trzeba szczegółowo opowiadać całe wydarzenie. Zakres informacji ustalamy wspólnie. Tempo i długość terapii są indywidualne, dlatego nie chcę obiecywać konkretnego rezultatu ani liczby spotkań.”

Mini-checklista przed użyciem skryptu:

Czy wiem, jaki jest cel tej rozmowy?

Czy klient poprosił o wyjaśnienie lub wyraził zgodę na jego otrzymanie?

Czy używam słów zrozumiałych dla tej osoby?

Czy pozostawiam przestrzeń na sprzeciw, pytania i zmianę decyzji?

Jak mówić, aby informować, a nie naciskać

ZASADA 01 — Poproś o zgodę na wyjaśnienie

Przykład:

„Czy mogę krótko opowiedzieć, jak wygląda EMDR i odpowiedzieć na pytania, zanim zdecydujemy, czy jest to dla Pani odpowiedni kierunek?”

ZASADA 02 — Mów krótkimi fragmentami

Po każdym ważnym wyjaśnieniu zatrzymaj się i zapytaj:

„Jak to brzmi z Pana perspektywy?”

ZASADA 03 — Wyjaśniaj termin natychmiast po jego użyciu

Przykład:

„Stymulacja bilateralna oznacza naprzemienne bodźce kierowane raz na jedną, raz na drugą stronę — mogą to być ruchy oczu, dźwięki albo delikatne dotknięcia.”

ZASADA 04 — Oddziel możliwość od gwarancji

Nie mówić:

„Po EMDR wspomnienie przestanie Panią niepokoić.”

Powiedzieć:

„Celem pracy jest zmniejszenie cierpienia związanego ze wspomnieniem, ale reakcja i tempo zmiany są indywidualne.”

ZASADA 05 — Podkreślaj wybór klienta

„Może Pan poprosić o przerwę, zmianę tempa albo zakończenie ćwiczenia.”

ZASADA 06 — Sprawdzaj zrozumienie bez egzaminowania

Zamiast:

„Czy wszystko jest jasne?”

Zapytać:

„Co z tego wyjaśnienia wydaje się najbardziej zrozumiałe, a co nadal budzi pytania?”

Pole wyróżnione:

„Najważniejszym testem dobrego wyjaśnienia nie jest to, czy terapeuta przekazał wszystkie informacje. Jest nim to, czy klient potrafi własnymi słowami opisać, na co się zgadza.”

Proste słowa do wyjaśniania złożonego procesu

Termin: Trudne lub traumatyczne wspomnienie

Proste wyjaśnienie:

„To wspomnienie, które nadal wywołuje silne emocje, napięcie, obrazy, myśli albo reakcje ciała, mimo że wydarzenie już się zakończyło.”

Termin: Przetwarzanie

Proste wyjaśnienie:

„To proces, podczas którego wspomnienie może zostać połączone z bardziej aktualnymi informacjami, dzięki czemu nie musi wywoływać tak silnej reakcji jak wcześniej.”

Termin: Cel pracy

Proste wyjaśnienie:

„To konkretne wspomnienie, obraz, sytuacja, reakcja albo przewidywane wydarzenie, na którym w danym momencie koncentrujemy pracę.”

Termin: Stymulacja bilateralna

Proste wyjaśnienie:

„To naprzemienne bodźce pojawiające się raz po jednej, raz po drugiej stronie. W zależności od potrzeb mogą to być ruchy oczu, dźwięki lub dotknięcia.”

Termin: SUD

Proste wyjaśnienie:

„To subiektywna ocena poziomu napięcia lub dyskomfortu, zwykle na skali od 0 do 10.”

Termin: VOC

Proste wyjaśnienie:

„To ocena, w jakim stopniu pozytywne przekonanie wydaje się teraz prawdziwe.”

Termin: Okno tolerancji

Proste wyjaśnienie:

„To zakres pobudzenia, w którym może Pan nadal zauważać emocje i ciało, a jednocześnie pozostawać w kontakcie ze mną i z tym, co dzieje się w gabinecie.”

Ramka „Unikaj nadmiernych uproszczeń”:

Nie przedstawiać EMDR jako „resetowania mózgu”, „kasowania traumy”, „przeprogramowywania pamięci” ani jako procedury, która działa identycznie u każdej osoby.

„To Pani decyduje, czy i w jakim tempie będziemy pracować”

Gotowy skrypt:

„Zanim zdecydujemy się rozpocząć pracę metodą EMDR, chcę upewnić się, że wie Pani, jak będzie wyglądał proces i jakie ma Pani możliwości wyboru.

Będziemy wspólnie ustalać temat, tempo oraz sposób prowadzenia pracy. Nie musi Pani opowiadać więcej, niż jest potrzebne i na co jest Pani gotowa.

Podczas ćwiczenia mogą pojawić się obrazy, emocje, myśli albo reakcje ciała. Nie jestem w stanie przewidzieć dokładnie, co się pojawi ani jak szybko zmieni się poziom napięcia.

W każdej chwili może Pani powiedzieć »stop«, podnieść rękę, poprosić o przerwę albo zdecydować, że nie chce Pani kontynuować. Zatrzymanie ćwiczenia nie oznacza, że robi Pani coś źle.

Zanim zaczniemy, chciałbym odpowiedzieć na wszystkie pytania. Co jest dla Pani teraz najważniejsze do wyjaśnienia?”

Wersja krótka:

„To Pani zachowuje kontrolę nad tempem. Może Pani zatrzymać ćwiczenie w dowolnej chwili, bez konieczności uzasadniania tej decyzji.”

Gdy klient odpowie: „Nie chcę Pana rozczarować, przerywając ćwiczenie.”

Odpowiedź terapeuty:

„Przerwanie nie jest rozczarowaniem ani porażką. Informacja, że potrzebuje Pani pauzy, pomaga mi lepiej dostosować pracę do Pani potrzeb.”

Uwaga kliniczna:

Nie używać presji wynikającej z autorytetu terapeuty. Nie przedstawiać zgody na EMDR jako warunku kontynuowania całej psychoterapii. Przed rozpoczęciem pracy ustalić czytelny sygnał zatrzymania i sprawdzić, czy klient potrafi go użyć.

Zanim powiesz „możemy zacząć”

SEKCJA 01 — CEL

- ☐ Potrafię jasno określić, dlaczego rozważam EMDR w przypadku tej osoby.
- ☐ Potrafię wyjaśnić, jaki problem lub objaw ma być przedmiotem pracy.
- ☐ Nie przedstawiam EMDR jako jedynej możliwej drogi.

SEKCJA 02 — ZROZUMIENIE

- ☐ Klient otrzymał proste wyjaśnienie, czym jest EMDR.
- ☐ Klient rozumie, że EMDR obejmuje więcej niż samą stymulację bilateralną.
- ☐ Klient zna możliwe formy stymulacji.
- ☐ Klient miał możliwość zadania pytań.

SEKCJA 03 — AUTONOMIA

- ☐ Klient wie, że może odmówić.
- ☐ Ustaliliśmy sygnał zatrzymania.
- ☐ Klient wie, że może zmienić zdanie podczas sesji.
- ☐ Sprawdziłem, czy zgoda nie wynika z presji, potrzeby zadowolenia terapeuty lub obawy przed zakończeniem terapii.

SEKCJA 04 — GOTOWOŚĆ I

BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Oceeniłem aktualny poziom stabilności i zdolność do pozostawania w kontakcie.
- ☐ Sprawdziłem aktualne ryzyko kryzysowe zgodnie z obowiązującymi procedurami.
- ☐ Omówiliśmy sposoby regulacji i zakończenia sesji.

- ☐ Dysponujemy wystarczającą ilością czasu na bezpieczne domknięcie spotkania.
- ☐ W terapii online znam aktualną lokalizację klienta oraz właściwy plan reagowania w sytuacji zagrożenia.

SEKCJA 05 — OCZEKIWANIA

- ☐ Nie obiecałem konkretnej liczby sesji.
- ☐ Nie zagwarantowałem skuteczności.
- ☐ Nie zasugerowałem, że silna reakcja jest konieczna, aby terapia zadziałała.
- ☐ Wyjaśniłem, że przebieg procesu jest indywidualny.

Końcowy skrypt sprawdzający:

„Zanim podejmiemy decyzję, chciałbym usłyszeć Pani własnymi słowami, jak rozumie Pani ten sposób pracy, jakie ma Pani prawa podczas ćwiczenia i co może Pani zrobić, gdy będzie potrzebowała przerwy.”

Decyzja po checkliście:

- ☐ Można kontynuować rozmowę o rozpoczęciu.
- ☐ Potrzebne jest dodatkowe wyjaśnienie.
- ☐ Potrzebne jest więcej przygotowania lub stabilizacji.
- ☐ Potrzebna jest konsultacja albo supervizja.
- ☐ EMDR nie jest obecnie właściwym kierunkiem.

Jak wyjaśnić klientowi, czym jest EMDR

Proste, spokojne i rzetelne sposoby przedstawiania procesu bez obiecywania wyników i bez przeciążania klienta terminologią.

Duży tytuł modułu.

KRÓTKI TEKST WPROWADZAJĄCY:

„Klient nie musi znać całej teorii EMDR, aby świadomie zdecydować o udziale w terapii. Potrzebuje jednak wystarczająco jasnych informacji, aby rozumieć cel pracy, możliwy przebieg sesji, swoje prawa oraz to, czego metoda nie może zagwarantować.”

TRZY CELE MODUŁU:

Wyjaśnić bez przeciążania.

Odpowiadać bez upraszczania.

Budować zaufanie bez składania obietnic.

Jak wyjaśnić EMDR w kilku prostych zdaniach

Gotowy skrypt:

„EMDR jest ustrukturyzowaną formą psychoterapii, która może być wykorzystywana w pracy z trudnymi wspomnieniami i reakcjami związanymi z wcześniejszymi doświadczeniami. Podczas części sesji może Pani krótko skupiać się na określonym wspomnieniu, myśli, emocji albo reakcji ciała, a ja będę prowadzić naprzemienną stymulację, na przykład za pomocą ruchów oczu, dźwięków lub delikatnych dotknięć. Pracujemy we wspólnie ustalonym tempie, a Pani może zatrzymać ćwiczenie w każdej chwili.”

Wersja bardzo krótka:

„EMDR to forma psychoterapii pomagająca pracować z trudnymi wspomnieniami i związanymi z nimi reakcjami. Proces jest prowadzony etapami, a klient przez cały czas może decydować o tempie i poprosić o zatrzymanie.”

Wersja bardziej codziennym językiem:

„To sposób pracy terapeutycznej, w którym wracamy do trudnego doświadczenia tylko w takim zakresie, jaki jest potrzebny i możliwy do zniesienia. Podczas części ćwiczenia stosujemy naprzemienne bodźce, a Pani przez cały czas może mówić, czego potrzebuje.”

Gdy klient zapyta: „Czy to jest hipnoza?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie. Podczas EMDR pozostaje Pani przytomna, świadoma tego, co dzieje się w gabinecie, i może Pani rozmawiać ze mną oraz zatrzymać proces. Nie chodzi o wprowadzanie Pani w trans ani przejmowanie kontroli nad Pani reakcjami.”

Gdy klient zapyta: „Czy mam po prostu patrzeć na palce?”

Odpowiedź terapeuty:

„Ruchy oczu są jedną z możliwych form naprzemiennej stymulacji, ale nie stanowią całej terapii. EMDR obejmuje także przygotowanie, wybór celu pracy, obserwowanie reakcji, ocenę zmian oraz bezpieczne zakończenie sesji.”

Uwaga kliniczna:

Nie przedstawiać EMDR jako szybkiej techniki, pojedynczego ćwiczenia ani procedury ograniczonej do ruchów oczu. Nie sugerować, że krótkie wyjaśnienie wystarczy do uzyskania świadomej zgody.

Pełne wyjaśnienie dla klienta rozważającego rozpoczęcie terapii

Gotowy skrypt:

„EMDR jest ustrukturyzowanym podejściem psychoterapeutycznym. Stosuje się je między innymi wtedy, gdy wcześniejsze doświadczenia nadal wywołują silne emocje, obrazy, przekonania, napięcie albo reakcje ciała.

Nie zaczynamy od razu od najtrudniejszego wspomnienia. Najpierw poznajemy Pani obecną sytuację, ustalamy cele terapii, omawiamy sposób pracy oraz sprawdzamy, czego potrzebuje Pani, aby czuć się wystarczająco bezpiecznie i stabilnie.

Jeżeli wspólnie zdecydujemy się na etap przetwarzania, wybierzemy konkretny temat lub wspomnienie. Poproszę Panią o krótkie zauważenie obrazu, myśli, emocji lub odczucia w ciele. Następnie zastosujemy naprzemienną stymulację, na przykład ruchy oczu, dźwięki albo dotknięcia wykonywane raz po jednej, raz po drugiej stronie.

Po każdej krótkiej serii zatrzymamy się, a ja zapytam, co Pani zauważa. Nie trzeba wymuszać żadnej konkretnej reakcji. Mogą pojawiać się wspomnienia, obrazy, myśli, emocje, zmiany w ciele albo chwilowo nic wyraźnego.

Celem nie jest wymazanie pamięci ani przekonanie Pani, że wydarzenie nie miało znaczenia. Chodzi raczej o to, aby wspomnienie mogło być odczuwane jako coś, co wydarzyło się w przeszłości, a nie jako zagrożenie dziejące się teraz.

Tempo pracy ustalamy wspólnie. W każdej chwili może Pani poprosić o przerwę, zmianę sposobu stymulacji albo całkowite zatrzymanie ćwiczenia. Zanim rozpoczniemy, omówimy pytania, możliwe reakcje i sposób zakończenia sesji.”

Pytanie sprawdzające zrozumienie:

„Jak opisałaby Pani własnymi słowami to, co będziemy robić podczas EMDR?”

Gdy klient odpowie nieprecyzyjnie:

„To naturalne, że po pierwszym wyjaśnieniu nie wszystko jest jasne. Która część procesu wydaje się najbardziej niepewna?”

Ramka „Najważniejsze elementy do zachowania”:

EMDR jest psychoterapią, a nie pojedynczą techniką.

Proces obejmuje przygotowanie.

Klient zachowuje możliwość zatrzymania.

Reakcje są indywidualne.

Nie ma gwarancji wyniku ani określonego czasu trwania.

Uwaga kliniczna:

Skrypt należy skrócić lub podzielić na części, gdy klient jest silnie pobudzony, zmęczony, ma trudności z koncentracją albo potrzebuje więcej czasu na przetworzenie informacji.

Metafora dokumentu, który ciągle otwiera się na ekranie

Gotowy skrypt:

„Możemy porównać trudne wspomnienie do dokumentu, który został zapisany w taki sposób, że ciągle sam otwiera się na ekranie. Nawet gdy chce Pani zająć się czymś innym, obraz, emocja albo reakcja ciała ponownie pojawiają się i domagają uwagi.

W EMDR nie próbujemy usunąć tego dokumentu ani udawać, że nigdy nie powstał. Pracujemy nad tym, aby mógł zostać właściwie uporządkowany i zapisany jako część przeszłości. Nadal może Pani pamiętać, co się wydarzyło, ale wspomnienie nie musi uruchamiać tej samej intensywnej reakcji za każdym razem, gdy coś je przypomni.

To tylko metafora pomagająca opisać cel pracy. Rzeczywiste doświadczenie każdej osoby może wyglądać inaczej.”

Wersja alternatywna — książka:

„Trudne wspomnienie może przypominać stronę książki, która ciągle otwiera się sama, niezależnie od tego, który rozdział życia próbuje Pan teraz czytać. Celem terapii nie jest wyrwanie tej strony, lecz umieszczenie jej w odpowiednim rozdziale przeszłości.”

Wersja alternatywna — alarm:

„Czasami pamięć o wydarzeniu działa jak alarm, który uruchamia się także wtedy, gdy obecnie

nie ma zagrożenia. Praca terapeutyczna może pomóc organizmowi lepiej odróżniać to, co wydarzyło się wtedy, od tego, co dzieje się teraz.”

Pytanie do klienta:

„Która z tych metafor najlepiej pasuje do Pani doświadczenia, a która zupełnie nie?”

Gdy klient powie: „Chcę całkowicie usunąć to wspomnienie.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że pamiętanie może być bardzo bolesne. Nie mogę obiecać usunięcia wspomnienia. Możemy natomiast pracować nad zmniejszeniem intensywności

reakcji, które pojawiają się, gdy Pani je przywołuje albo gdy coś je przypomina.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Przeprogramujemy Pani mózg.”

„Usuniemy zablokowane wspomnienie.”

„Zresetujemy układ nerwowy.”

„Po terapii trauma przestanie istnieć.”

Uwaga kliniczna:

Metaforę zawsze należy przedstawić jako pomoc językową, a nie biologiczne wyjaśnienie mechanizmu. Jeżeli klient nie odnajduje się w zaproponowanym obrazie, nie należy go przekonywać do metafory.

„Dlaczego bodźce pojawiają się raz po jednej, raz po drugiej stronie?”

Gotowy skrypt:

„Podczas części pracy będziemy stosować stymulację bilateralną. Oznacza to bodźce pojawiające się naprzemiennie po lewej i po prawej stronie.

Najczęściej wykorzystuje się ruchy oczu, podczas których wzrok podąża za poruszającym się punktem lub moją dłoń. Możemy również zastosować naprzemiennie dźwięki albo delikatne dotknięcia, na przykład wykonywane samodzielnie na ramionach lub kolanach.

Nie ma potrzeby znosić dyskomfortu związanego z wybraną formą stymulacji. Możemy zmienić jej szybkość, zakres, czas trwania albo wybrać inny rodzaj bodźców. Stymulacja bilateralna nie jest całą terapią.

Jest jednym z elementów ustrukturyzowanego procesu, który obejmuje także ocenę, przygotowanie, ustalenie celu, obserwowanie reakcji i bezpieczne zakończenie.”

Wersja krótka:

„Są to naprzemiennie bodźce po lewej i prawej stronie. Możemy wspólnie wybrać ruchy oczu, dźwięki albo dotknięcia oraz dostosować tempo do Pani komfortu.”

Skrypt wyboru formy:

„Chciałbym pokazać Pani kilka możliwości. Najpierw wypróbujemy je bez przywoływania trudnego wspomnienia. Po każdej krótkiej próbie proszę powiedzieć, co było

wygodne, co rozpraszało, a czego nie chce Pani używać.”

Mini-procedura próbna:

1. Wyjaśnij trzy dostępne formy.
2. Uzyskaj zgodę na krótką próbę neutralną.
3. Wykonaj kilka wolnych powtórzeń.
4. Zapytaj o komfort oczu, ciała, słuchu i koncentracji.
5. Dostosuj szybkość oraz zakres.
6. Ustal prosty sygnał zatrzymania.

Gdy klient powie: „Ruchy oczu są dla mnie nieprzyjemne.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie musi Pan ich stosować. Możemy sprawdzić dźwięki, naprzemiennie dotknięcia albo inną formę zgodną z moim

przygotowaniem i Pana potrzebami.”

Gdy klient zapyta: „Która forma działa najlepiej?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie chcę zakładać, że jedna forma będzie najlepsza dla każdej osoby. Ważne jest, aby wybrać sposób możliwy do bezpiecznego zastosowania i taki, przy którym może Pan pozostać w kontakcie z procesem.”

Uwaga kliniczna:

Przed wyborem formy uwzględnić wzrok, słuch, ból, ograniczenia ruchowe, migreny, zawroty głowy, nadwrażliwość sensoryczną, historię urazów oraz osobiste granice dotyczące dotyku. Nie wprowadzać dotyku bez jasnej zgody i ustalenia sposobu jego wykonania.

Co może pojawić się podczas przetwarzania

Gotowy skrypt:

„Podczas krótkich serii stymulacji mogą pojawiać się różne doświadczenia. Może Pani zauważyć obraz, myśl, emocję, zmianę napięcia w ciele, inne wspomnienie albo nowe skojarzenie.

Czasami materiał zmienia się szybko, a czasami przez pewien czas pozostaje podobny. Może się również zdarzyć, że nie pojawi się nic wyraźnego. Nie trzeba wymuszać żadnego obrazu ani szukać właściwej odpowiedzi.

Po każdej serii zapytam, co Pani zauważa. Wystarczy krótka odpowiedź, na przykład: »pojawił się smutek«, »napięcie przeniosło się do klatki piersiowej«, »zobaczyłam inny obraz« albo »nic się nie zmieniło«.

Nie będę oceniać odpowiedzi jako dobrej lub złej. Informacje, które Pani przekazuje, pomagają nam zdecydować, czy kontynuować, zwolnić, zmienić sposób pracy albo zrobić przerwę.”

Wersja krótka:

„Może pojawić się obraz, emocja, myśl, reakcja ciała, inne wspomnienie albo nic wyraźnego. Nie trzeba niczego wymuszać.”

Możliwe reakcje, które należy wymienić w oddzielnych polach:

Obrazy lub fragmenty wspomnień.

Emocje o różnym nasileniu.

Myśli i przekonania.

Zmiany oddechu, napięcia lub temperatury ciała.

Nowe skojarzenia.

Poczucie oddalenia od wspomnienia.

Chwilowe zmęczenie lub trudność w koncentracji.

Brak zauważalnej zmiany.

Gdy klient zapyta: „Co powinienem zobaczyć?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie ma obrazu, który powinien się pojawić. Proszę tylko zauważać to, co rzeczywiście się pojawia, nawet jeżeli odpowiedzią jest brak wyraźnej zmiany.”

Gdy klient zapyta: „Czy muszę płakać, żeby to zadziałało?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie. Płacz nie jest miarą skuteczności ani warunkiem pracy. Ludzie reagują bardzo różnie, a naszym zadaniem nie jest wywołanie konkretnej emocji.”

Ramka „Nie sugeruj klientowi reakcji”:

Nie mówić:

„Za chwilę powinno pojawić się inne wspomnienie.”

„Teraz prawdopodobnie poczuje Pani ulgę.”

„Jeżeli nic się nie dzieje, to znaczy, że Pani blokuje proces.”

Uwaga kliniczna:

Należy odróżniać możliwe reakcje mieszczące się w tolerowanym procesie od objawów wymagających natychmiastowego zatrzymania, orientacji w teraźniejszości, dodatkowej oceny albo zastosowania procedur bezpieczeństwa.

EMDR to proces składający się z etapów

FAZA 01 — Poznanie historii i planowanie

Wyjaśnienie dla klienta:

„Najpierw poznaję Pani obecną sytuację, ważne doświadczenia, zasoby, trudności i cele, aby ustalić, czy oraz w jaki sposób EMDR może być pomocne.”

FAZA 02 — Przygotowanie

Wyjaśnienie dla klienta:

„Omawiamy przebieg terapii, ćwiczymy sposoby zatrzymania i regulacji oraz upewniamy się, że wie Pani, czego może się spodziewać.”

FAZA 03 — Ocena celu pracy

Wyjaśnienie dla klienta:

„Wspólnie określamy konkretne wspomnienie lub sytuację, związany z nimi obraz, przekonanie, emocję i reakcję ciała.”

FAZA 04 — Przetwarzanie

Wyjaśnienie dla klienta:

„Krótko skupia się Pani na wybranym materiale, a następnie obserwuje, co pojawia się podczas kolejnych serii stymulacji.”

FAZA 05 — Wzmacnianie pozytywnego przekonania

Wyjaśnienie dla klienta:

„Sprawdzamy, czy bardziej wspierające i realistyczne przekonanie może stać się wiarygodniejsze w odniesieniu do przepracowanego doświadczenia.”

FAZA 06 — Skanowanie ciała

Wyjaśnienie dla klienta:

„Zwracamy uwagę na ciało, aby sprawdzić, czy pozostało napięcie albo inna reakcja związana z tym wspomnieniem.”

FAZA 07 — Zamknięcie sesji

Wyjaśnienie dla klienta:

„Kończymy spotkanie w sposób, który pomaga wrócić do teraźniejszości, także wtedy, gdy przetwarzanie nie zostało jeszcze zakończone.”

FAZA 08 — Ponowna ocena

Wyjaśnienie dla klienta:

„Na początku kolejnego spotkania sprawdzamy, co zmieniło się od poprzedniej sesji i czego potrzebujemy dalej.”

Gotowy skrypt podsumowujący:

„Nie wszystkie fazy muszą zostać zakończone podczas jednego spotkania. Możemy wracać do przygotowania, ponownie oceniać cel albo odkładać przetwarzanie, gdy potrzebuje Pani więcej stabilności.”

Wersja krótka:

„EMDR obejmuje poznanie historii, przygotowanie, wybór celu, przetwarzanie, wzmacnianie nowych informacji, sprawdzenie reakcji ciała, zamknięcie oraz ponowną ocenę.”

Uwaga kliniczna:

Nie sugerować klientowi, że przechodzenie do kolejnej fazy jest nagrodą albo dowodem postępu. Powrót do przygotowania powinien być przedstawiany jako właściwa część procesu, a nie cofnięcie lub porażka.

Siedem mitów, które mogą zwiększać niepokój klienta

MIT 01 — „EMDR jest hipnozą”

Gotowa odpowiedź:

„EMDR nie jest hipnozą. Pozostaje Pani świadoma, może Pani rozmawiać, orientować się w teraźniejszości i zatrzymać proces.”

MIT 02 — „Terapeuta kontroluje moje wspomnienia”

Gotowa odpowiedź:

„Nie mam dostępu do Pani wspomnień poza tym, czym zdecyduje się Pani podzielić. Nie mogę kontrolować tego, co Pani zobaczy, poczuje ani zapamięta.”

MIT 03 — „Muszę opowiedzieć wszystkie szczegóły”

Gotowa odpowiedź:

„Nie zawsze jest potrzebne szczegółowe opowiadanie całego wydarzenia. Ustalamy wspólnie, jakie informacje są potrzebne do bezpiecznej i odpowiedzialnej pracy.”

MIT 04 — „EMDR usuwa wspomnienia”

Gotowa odpowiedź:

„Celem nie jest wymazanie pamięci. Celem może być zmniejszenie cierpienia i intensywności reakcji związanej ze wspomnieniem.”

MIT 05 — „Jeżeli terapia działa, poprawa musi być natychmiastowa”

Gotowa odpowiedź:

„Tempo zmiany jest indywidualne. Niektóre osoby zauważają zmianę szybciej, inne potrzebują więcej przygotowania lub dłuższej pracy.”

MIT 06 — „Im silniejsze emocje, tym lepszy efekt”

Gotowa odpowiedź:

„Silne pobudzenie nie jest celem terapii ani dowodem skuteczności. Ważne jest, aby pracować w tempie, które pozwala zachować wystarczający kontakt i bezpieczeństwo.”

MIT 07 — „EMDR polega wyłącznie na poruszaniu oczami”

Gotowa odpowiedź:

„Ruchy oczu są jedną z możliwych form stymulacji. Cały proces obejmuje ocenę, przygotowanie, wybór celu, przetwarzanie, zamknięcie i ponowną ocenę.”

Skrypt otwierający rozmowę o mitach:

„Wokół EMDR krąży wiele uproszczeń. Czy słyszał Pan coś, co wywołało niepokój albo sprawiło, że ma Pan wątpliwości?”

Gdy klient powie: „Widziałem film, na którym ktoś został wyleczony podczas jednej sesji.”

Odpowiedź terapeuty:

„Takie materiały często pokazują tylko fragment procesu i nie pozwalają ocenić całej historii terapii. Nie chcę porównywać Pana przebiegu do nagrania ani obiecywać podobnego rezultatu.”

Nie mów tego w ten sposób:

„To nieprawda, proszę nie wierzyć internetowi.”

„Nie ma się czego bać.”

„To naukowo udowodnione, więc musi Pan spróbować.”

Uwaga kliniczna:

Nie zamieniać psychoedukacji w przekonywanie klienta do wyboru EMDR. Po wyjaśnieniu mitu zapytać, czy odpowiedź zmieniła jego rozumienie i czy nadal pozostają wątpliwości.

Jak zakończyć psychoedukację bez wywierania presji

Gotowy skrypt:

„Omówiliśmy dziś, czym jest EMDR, jak może wyglądać proces, jakie reakcje mogą się pojawić oraz w jaki sposób może Pani zatrzymać ćwiczenie.

Nie musi Pani podejmować decyzji natychmiast. Może Pani zastanowić się nad tym, co usłyszała, zapisać pytania i wrócić do tematu na kolejnym spotkaniu.

Chciałbym teraz sprawdzić trzy rzeczy. Jak Pani rozumie cel tej metody? Co w tym sposobie pracy wydaje się możliwe do zaakceptowania? Co nadal budzi obawę albo wymaga wyjaśnienia?

Na podstawie Pani odpowiedzi możemy

ustalić następny krok. Może nim być dalsza psychoedukacja, ćwiczenie sposobów regulacji, krótka neutralna próba stymulacji, konsultacja dotycząca innych możliwości albo odłożenie decyzji.”

Wersja krótka:

„Nie musi Pani decydować dzisiaj. Proszę powiedzieć, co jest już jasne, a co nadal wymaga rozmowy.”

Cztery możliwe zakończenia:

WARIANT 01 — Klient chce kontynuować przygotowanie

„Dobrze. Na kolejnym spotkaniu skupimy się na przygotowaniu i sposobach zatrzymania. Nie oznacza to jeszcze,

że rozpoczniemy przetwarzanie.”

WARIANT 02 — Klient potrzebuje czasu

„To w porządku. Wrócimy do tematu, gdy będzie Pani gotowa. Może Pani również wcześniej zapisać pytania lub wątpliwości.”

WARIANT 03 — Klient odmawia EMDR

„Szanuję tę decyzję. Możemy omówić inne możliwości terapeutyczne i wspólnie ustalić dalszy kierunek.”

WARIANT 04 — Klient chce zacząć natychmiast

„Rozumiem, że zależy Panu na szybkim rozpoczęciu. Zanim przejdziemy do przetwarzania, musimy zakończyć ocenę i

przygotowanie. To część odpowiedzialnego prowadzenia terapii, a nie niepotrzebne opóźnienie.”

Pytania końcowe:

„Co chciałaby Pani zabrać z dzisiejszej rozmowy?”

„Jakiej dodatkowej informacji potrzebuje Pani przed podjęciem decyzji?”

„Który następny krok wydaje się teraz najbardziej odpowiedni?”

Uwaga kliniczna:

Nie interpretować potrzeby czasu jako unikania bez dalszej oceny. Nie stosować zwrotów sugerujących, że klient traci szansę, opóźnia leczenie albo nie chce wyzdrowieć.

Odpowiedzi na najczęstsze pytania i obawy

Gotowe sposoby reagowania na pytania, które często pojawiają się przed rozpoczęciem pracy metodą EMDR.

Duży tytuł modułu.

KRÓTKI TEKST WPROWADZAJĄCY:

„Pytanie klienta nie jest przeszkodą w terapii. Jest informacją o tym, czego potrzebuje, aby zrozumieć proces, poczuć większy wpływ i podjąć świadomą decyzję.”

GŁÓWNA ZASADA MODUŁU:

„Najpierw uznaj obawę. Następnie odpowiedz prostym językiem. Na końcu sprawdź, czy odpowiedź rzeczywiście pomogła.”

TRZYETAPOWY MODEL ODPOWIEDZI:

1. Uznaj:

„Rozumiem, dlaczego może to budzić niepokój.”

2. Wyjaśnij:

Przekaż krótką, rzetelną odpowiedź bez składania obietnic.

3. Sprawdź:

„Czy to odpowiada na Pani pytanie, czy potrzebuje Pani dokładniejszego wyjaśnienia?”

Jak wyjaśnić różnicę między zapomnieniem a zmniejszeniem cierpienia

Gotowy skrypt:

„EMDR nie służy do usuwania ani wymazywania wspomnień. Nadal może Pani pamiętać, co się wydarzyło.

Celem terapii jest raczej zmiana sposobu, w jaki to wspomnienie wpływa na Panią obecnie. Możemy pracować nad tym, aby nie uruchamiało ono tak silnego lęku, napięcia, wstydu, poczucia winy albo reakcji ciała.

Po skutecznym przetwarzaniu wspomnienie często nadal jest dostępne, ale może być odczuwane jako wydarzenie z przeszłości, a nie jako coś, co dzieje się ponownie w tej chwili. Nie mogę obiecać, jak dokładnie zmieni się Pani reakcja. Będziemy obserwować proces i regularnie sprawdzać, co się zmienia.”

Wersja krótka:

„Nie próbujemy usunąć wspomnienia. Pracujemy nad tym, aby było mniej obciążające i nie wywoływało tak silnej reakcji w teraźniejszości.”

Gdy klient powie:
„Chcę o tym całkowicie zapomnieć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że pamiętanie może być bardzo bolesne i że zapomnienie wydaje się teraz jedynym sposobem na ulgę. Nie mogę obiecać usunięcia pamięci. Możemy jednak pracować nad tym, aby wspomnienie miało mniejszą siłę i mniej wpływało na Pani codzienne życie.”

Gdy klient zapyta:
„Czy po terapii wspomnienie

będzie wydawało się nieprawdziwe?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie chodzi o podważanie tego, co się wydarzyło. Wspomnienie może pozostać prawdziwą częścią Pani historii, ale nie musi wywoływać tej samej intensywnej reakcji.”

Przykład prostego porównania:

„To trochę tak, jak różnica pomiędzy oglądaniem wydarzenia przez okno a pocuciem, że nadal znajduje się Pani w samym środku tej sytuacji.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Po EMDR przestanie Pani o tym myśleć.”

„Mózg sam usunie niepotrzebne informacje.”

„Trauma zostanie skasowana.”

„Po terapii wspomnienie nie będzie miało żadnego znaczenia.”

Pytanie sprawdzające:

„Kiedy mówi Pani, że chce zapomnieć, czego najbardziej chciałaby Pani już nie doświadczać: obrazów, emocji, napięcia w ciele, poczucia winy czy jeszcze czegoś innego?”

Uwaga kliniczna:

Pragnienie całkowitego zapomnienia może wskazywać na bardzo silne cierpienie, unikanie, bezradność lub obawę przed kontaktem z materiałem. Należy potraktować je jako ważną informację kliniczną, a nie błąd wymagający szybkiego poprawienia.

Jak rozmawiać o kontroli, wyborze i sygnale zatrzymania

Gotowy skrypt:

„Podczas EMDR pozostaje Pan świadomy tego, co dzieje się w gabinecie. Może Pan mówić, zadawać pytania, zmieniać pozycję, otwierać oczy, poprosić o przerwę albo całkowicie zatrzymać ćwiczenie.

Nie kontroluję Pana wspomnień ani nie decyduję, co ma się pojawić. Moją rolą jest prowadzenie struktury procesu, obserwowanie Pana reakcji i pomaganie w dostosowaniu tempa. Przed rozpoczęciem ustalimy prosty sygnał zatrzymania. Może to być słowo »stop«, podniesienie dłoni albo inny gest, który będzie dla Pana naturalny. Jeżeli w dowolnym momencie uzna Pan, że intensywność jest zbyt duża, zatrzymamy się i ocenimy, czego Pan potrzebuje.”

Wersja krótka:

„Pozostaje Pan świadomy i może

zatrzymać proces w każdej chwili. To terapeuta prowadzi strukturę, ale klient decyduje, czy kontynuować.”

Skrypt ustalania sygnału:

„Jaki sygnał będzie dla Pani najłatwiejszy, gdy będzie Pani chciała zatrzymać ćwiczenie: słowo »stop«, podniesienie dłoni czy jeszcze inny gest?”

Skrypt sprawdzający możliwość użycia sygnału:

„Proszę teraz użyć ustalonego sygnału, zanim rozpoczniemy jakiegokolwiek trudniejsze ćwiczenie. Chcę upewnić się, że jest dla Pani wygodny i łatwy do wykonania.”

Gdy klient powie: „Czasami zamieram i nie potrafię nic powiedzieć.”

Odpowiedź terapeuty:

„To ważna informacja. W takiej

sytuacji nie będziemy opierać się wyłącznie na słowie. Możemy ustalić gest, obserwować dodatkowe sygnały oraz częściej zatrzymywać się, aby sprawdzać kontakt i poziom pobudzenia.”

Gdy klient zapyta: „A co, jeśli pojawi się coś, czego nie chcę widzieć?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie możemy całkowicie przewidzieć, jakie skojarzenia się pojawią. Możemy jednak ustalić tempo, przygotować sposoby zatrzymania i reagować, gdy materiał stanie się zbyt intensywny. Nie musi Pan kontynuować tylko dlatego, że coś się pojawiło.”

Ramka „Kontrola nie oznacza braku emocji”:

Wyjaśnić, że zachowanie wpływu na proces nie oznacza pełnej kontroli nad

każdą myślą, emocją czy reakcją ciała. Oznacza możliwość informowania, decydowania o kontynuacji i korzystania ze wsparcia terapeuty.

Nie mów tego w ten sposób:

„Nic złego nie może się wydarzyć.”

„Zawsze będzie Pan w pełni kontrolować każdą reakcję.”

„Proszę po prostu zaufać procesowi.”

„Nawet jeśli będzie trudno, musi Pan kontynuować.”

Uwaga kliniczna:

Jeżeli klient opisuje częste zamieranie, utratę orientacji, omdlenia, odłączenie albo trudność w komunikowaniu granic, należy uwzględnić te informacje w ocenie gotowości i planie bezpieczeństwa przed przetwarzaniem.

Jak wyjaśnić zakres ujawniania informacji

Gotowy skrypt:

„Nie zawsze musi Pani szczegółowo opowiadać całe wydarzenie. W wielu momentach wystarczy, że określi Pani ogólnie, z jakim doświadczeniem pracujemy, jaki obraz jest najbardziej obciążający, jakie przekonanie się z nim wiąże oraz co Pani czuje.

Jednocześnie mogę potrzebować pewnych informacji, aby ocenić bezpieczeństwo, zrozumieć kontekst i odpowiedzialnie prowadzić terapię. Będę wyjaśniać, dlaczego pytam o konkretną rzecz, a Pani może powiedzieć, że nie chce teraz odpowiadać albo że potrzebuje więcej czasu.

Nie musi Pani udowadniać, że wydarzenie było wystarczająco trudne. Nie będę również prosić o szczegóły wyłącznie z ciekawości.”

Wersja krótka:

„Nie zawsze trzeba opowiadać całe wydarzenie. Ustalamy zakres informacji wspólnie, a ja wyjaśniam, czego potrzebuję i dlaczego.”

Gdy klient powie:
„Nie chcę opowiadać tego na głos.”

Odpowiedź terapeuty:

„Możemy sprawdzić, czy możliwa jest praca przy bardziej ogólnym opisie. Ważne jest jednak, abym miał wystarczające informacje do oceny sytuacji i bezpiecznego prowadzenia procesu.”

Gdy klient zapyta:
„Czy mogę zachować szczegóły tylko dla siebie?”

Odpowiedź terapeuty:

„W niektórych częściach pracy tak. Może Pan nie wypowiadać każdego obrazu czy

szczegółu. Jeżeli pojawi się informacja ważna dla bezpieczeństwa albo kierunku terapii, będę zachęcać do jej omówienia i wyjaśnię dlaczego.”

Gdy klient mówi:
„Wstydzę się tego, co zrobiłem.”

Odpowiedź terapeuty:

„Dziękuję, że mówi Pan o wstydzie. Nie musi Pan od razu przedstawiać wszystkich szczegółów. Możemy najpierw porozmawiać o tym, czego obawia się Pan w związku z ujawnieniem tej historii.”

Pytania pomocnicze terapeuty:

„Jaki poziom szczegółowości jest dla Pani dziś możliwy?”

„Czego obawia się Pani, gdy myśli o opowiedzeniu tej historii?”

„Czy łatwiej byłoby określić wydarzenie

jednym zdaniem lub neutralnym hasłem?”

„Jak mogę zadawać pytania, aby zachować Pani poczucie wpływu?”

Nie mów tego w ten sposób:

„Nie musi mi Pani nic mówić.”

„Szczegóły nie mają żadnego znaczenia.”

„Proszę opowiedzieć wszystko, inaczej terapia nie zadziała.”

„Im więcej szczegółów, tym lepszy efekt.”

Uwaga kliniczna:

Należy jasno rozróżnić ograniczenie szczegółowego opowiadania od pomijania informacji istotnych dla bezpieczeństwa, oceny ryzyka, obowiązków prawnych lub planowania leczenia. Nie należy obiecywać pełnej poufności bez przedstawienia jej obowiązujących granic.

Jak uczciwie rozmawiać o możliwym wzroście dyskomfortu

Gotowy skrypt:

„Podczas pracy z trudnym wspomnieniem może chwilowo wzrosnąć napięcie, smutek, lęk, złość albo dyskomfort w ciele. Wynika to z kontaktu z materiałem, który już wcześniej był obciążający.

Nie oznacza to jednak, że musi Pani znosić dowolnie silne pobudzenie. Będziemy regularnie sprawdzać intensywność reakcji, tempo procesu oraz Pani kontakt z terażniejszością.

Jeżeli reakcja stanie się zbyt silna, możemy zwolnić, skrócić serię, zmienić sposób pracy, zatrzymać przetwarzanie albo wrócić do przygotowania.

Po sesji również mogą pojawić się emocje, sny, wspomnienia lub zmęczenie. Omówimy wcześniej, co może Pani wtedy zrobić i kiedy skontaktować się ze mną lub skorzystać z dodatkowej pomocy.”

Wersja krótka:

„Dyskomfort może chwilowo wzrosnąć,

ale nie powinien być ignorowany. Będziemy monitorować reakcje i dostosowywać proces.”

Gdy klient zapyta: „Czy pogorszenie oznacza, że terapia działa?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie. Silniejsze cierpienie nie jest dowodem skuteczności. Oceniamy cały proces, poziom bezpieczeństwa, funkcjonowanie oraz zmiany zachodzące w czasie.”

Gdy klient powie: „Boję się, że po sesji nie będę w stanie funkcjonować.”

Odpowiedź terapeuty:

„To ważna obawa. Zanim rozpoczniemy, powinniśmy omówić Pani obowiązki po sesji, dostępne wsparcie, wcześniejsze reakcje na trudne rozmowy oraz plan postępowania, gdyby napięcie

utrzymywało się dłużej.”

Gdy klient pyta: „Skąd będę wiedzieć, że jest za dużo?”

Odpowiedź terapeuty:

„Ustalimy konkretne sygnały. Mogą to być trudność w usłyszeniu mojego głosu, poczucie odłączenia, utrata orientacji, gwałtowny wzrost napięcia, niemożność odpowiedzi albo wrażenie, że sytuacja dzieje się ponownie.”

Ramka „Przejściowy dyskomfort a sygnał zatrzymania”:

Możliwy przejściowy dyskomfort:

Emocje pozostają zauważalne, ale klient nadal utrzymuje kontakt.

Klient potrafi odpowiedzieć na proste pytania. Orientacja w miejscu i czasie pozostaje zachowana.

Klient może skorzystać z ustalonego sygnału.

Sygnał zatrzymania i oceny:

Utrata orientacji.
Znaczne odłączenie lub zamrożenie.
Brak możliwości komunikacji.
Nagły wzrost ryzyka.
Reakcja somatyczna wymagająca oceny.
Silne pobudzenie utrzymujące się mimo zatrzymania.

Nie mów tego w ten sposób:

„Na początku zawsze jest gorzej.”

„Musi boleć, żeby pomogło.”

„To tylko emocje, nic Pani nie grozi.”

„Proszę wytrzymać jeszcze jedną serię.”

Uwaga kliniczna:

Każde pogorszenie należy oceniać indywidualnie. Nie wolno automatycznie interpretować destabilizacji jako naturalnej części przetwarzania ani zachęcać klienta do kontynuowania wbrew jego sygnałom.

Jak odpowiadać bez gwarantowania rezultatu

Gotowy skrypt:

„Nie mogę zagwarantować, że EMDR przyniesie określony rezultat. Reakcja na terapię zależy od wielu czynników, takich jak Pani cele, historia, aktualna sytuacja, gotowość do pracy, bezpieczeństwo oraz inne trudności, które mogą wpływać na proces.

Mogę natomiast wyjaśnić, dlaczego rozważam tę metodę w Pani przypadku, jakie są inne możliwości oraz po czym będziemy oceniać, czy obrany kierunek jest pomocny.

Będziemy regularnie sprawdzać zmiany w objawach, codziennym funkcjonowaniu, reakcjach emocjonalnych i realizacji ustalonych celów. Jeżeli podejście nie będzie przynosić oczekiwanych korzyści albo pojawią się przeciwwskazania, omówimy zmianę planu.”

Wersja krótka:

„Nie mogę obiecać efektu. Mogę

wyjaśnić, dlaczego rozważam EMDR i jak będziemy wspólnie oceniać, czy terapia Pani pomaga.”

Gdy klient pyta: „Jakie mam szanse?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie chcę podawać procentu, który nie uwzględnia Pani indywidualnej sytuacji. Bardziej pomocne będzie omówienie Pani celów, czynników wspierających i możliwych trudności.”

Gdy klient mówi: „Potrzebuję pewności, zanim zacznę.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem potrzebę pewności, szczególnie jeżeli wcześniejsze próby terapii były rozczarowujące. W psychoterapii nie da się zagwarantować wyniku. Możemy jednak zadbać o jasny plan, regularną ocenę i

prawo do zmiany decyzji.”

Gdy klient pyta: „Dlaczego uważa Pan, że to może być dla mnie odpowiednie?”

Odpowiedź terapeuty:

„Widzę związek między Pana obecnymi trudnościami a doświadczeniami, które nadal wywołują silne reakcje. EMDR jest jedną z metod, które możemy rozważyć. Zanim podejmiemy decyzję, potrzebujemy ocenić gotowość, cele i możliwe alternatywy.”

Element praktyczny:
Tabela z trzema kolumnami.

Kolumna 01 — Co możemy wspólnie ustalić:

Cele terapii.

Kryteria poprawy.

Tempo pracy.

Moment ponownej oceny.

Kolumna 02 — Czego nie można zagwarantować:

Określonej liczby sesji.

Całkowitego ustąpienia objawów.
Braku trudnych reakcji.

Jednakowego efektu u każdej osoby.

Kolumna 03 — Co będziemy monitorować:

Poziom cierpienia.
Funkcjonowanie w codzienności.

Reakcje pomiędzy sesjami.

Gotowość do kontynuowania.

Nie mów tego w ten sposób:

„EMDR jest bardzo skuteczne, więc na pewno pomoże.”

„To najlepsza metoda dla każdego po traumie.”

„Jeżeli będzie Pani współpracować, terapia zadziała.”

„Nie ma Pani nic do stracenia.”

Uwaga kliniczna:

Nie wykorzystywać badań, statystyk ani autorytetu terapeuty do wywierania presji. Informacje o skuteczności powinny wspierać świadomą decyzję, a nie zastępować indywidualną ocenę.

Jak rozmawiać o czasie terapii bez tworzenia fałszywych oczekiwań

Gotowy skrypt:

„Nie mogę odpowiedzialnie podać dokładnej liczby sesji przed pełniejszą oceną i rozpoczęciem pracy.

Czas terapii może zależeć od liczby oraz rodzaju doświadczeń, obecnych objawów, stopnia stabilności, dostępnego wsparcia, innych trudności zdrowotnych i tego, jak Pani reaguje na kolejne etapy.

EMDR obejmuje nie tylko przetwarzanie. Potrzebujemy również czasu na poznanie historii, przygotowanie, wybór celów, zamknięcie sesji i ponowną ocenę. Możemy ustalić konkretny moment przeglądu, na przykład po kilku spotkaniach, i wtedy ocenić, co się zmieniło, co nadal wymaga pracy oraz czy kontynuowanie tego podejścia jest zasadne.”

Wersja krótka:

„Liczba sesji jest indywidualna. Ustalimy cele i regularnie będziemy oceniać postęp

zamiast obiecywać konkretny termin zakończenia.”

Gdy klient pyta:
„Czy jedna sesja może wystarczyć?”

Odpowiedź terapeuty:

„Niektóre osoby zauważają zmianę dotyczącą konkretnego celu stosunkowo szybko, ale pojedyncza poprawa nie zawsze oznacza zakończenie całej terapii. Nie chcę zakładać z góry, że jedna sesja wystarczy.”

Gdy klient pyta:
„Czy to może trwać latami?”

Odpowiedź terapeuty:

„Długość terapii zależy od jej zakresu i Pani potrzeb. Możemy zadbać o jasne cele, regularne przeglądy i otwarte omawianie, czy praca nadal jest pomocna.”

Gdy klient mówi:
„Stać mnie tylko

na kilka spotkań.”

Odpowiedź terapeuty:

„Dziękuję, że mówi Pan o tym wprost. Powinniśmy uwzględnić ograniczenia finansowe w planie. Możemy określić priorytetowy cel, omówić realny zakres pracy i sprawdzić, czy EMDR jest odpowiednim wyborem w dostępnych warunkach.”

Czynniki wpływające na czas terapii:

Zakres i złożoność historii.

Liczba celów terapeutycznych.

Aktualne bezpieczeństwo i stabilność.

Występowanie dysocjacji.

Zdolność do regulacji pomiędzy sesjami.

Częstotliwość spotkań.

Bieżące stresory i kryzysy.

Choroby somatyczne lub inne trudności psychiczne.

Dostępne wsparcie.

Reakcja na terapię.

Skrypt ustalania przeglądu:

„Proponuję, abyśmy po określonej liczbie spotkań zatrzymali się i wspólnie ocenili cztery rzeczy: zmianę objawów, codzienne funkcjonowanie, realizację celów i Pani odczucia dotyczące procesu.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Zwykle wystarczą trzy sesje.”

„Przy pojedynczej traumie zawsze idzie szybko.”

„To zależy wyłącznie od Pani gotowości.”

„Im częściej się spotykamy, tym szybciej problem zniknie.”

Uwaga kliniczna:

Nie przedstawiać długości terapii jako testu zaangażowania klienta. Wolniejsze tempo może wynikać z wielu czynników i nie powinno być automatycznie określane jako opór.

Jak odpowiadać na obawę przed nieoczekiwanymi obrazami i skojarzeniami

Gotowy skrypt:

„Podczas pracy mogą pojawić się inne wspomnienia, obrazy albo skojarzenia, których nie planowaliśmy omawiać. Nie oznacza to automatycznie, że są one nowym, dokładnym zapisem wydarzenia.

Pamięć może być fragmentaryczna, podatna na wpływ emocji i zmieniać się w czasie. Dlatego nie będę sugerować, co powinno się pojawić, ani od razu interpretować obrazu jako faktu.

Jeżeli pojawi się coś nieoczekiwanego, możemy zatrzymać się, opisać to neutralnie i zdecydować, czy kontynuować, odłożyć temat albo wrócić do stabilizacji.”

Wersja krótka:

„Mogą pojawić się inne wspomnienia lub skojarzenia. Traktujemy je ostrożnie i nie zakładamy automatycznie, że

każdy obraz jest dosłownym faktem.”

Gdy klient powie:
„Nagle zobaczyłam coś, czego wcześniej nie pamiętałam.”

Odpowiedź terapeuty:

„Zauważmy to jako obraz lub fragment, który pojawił się w tej chwili. Nie musimy od razu rozstrzygać, co dokładnie oznacza ani czy odzwierciedla wydarzenie w sposób dosłowny.”

Gdy klient zapyta:
„Czy EMDR odzyskuje wyparte wspomnienia?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie należy przedstawiać EMDR jako metody odzyskiwania ukrytych wspomnień. Celem terapii nie jest poszukiwanie brakujących historii, lecz praca z doświadczeniami i reakcjami, które są obecnie dostępne.”

Gdy klient powie:
„Teraz jestem pewna, że to musiało się wydarzyć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że ten obraz może wydawać się bardzo wyraźny i przekonujący. Jednocześnie sama intensywność lub szczegółowość obrazu nie pozwala potwierdzić jego historycznej dokładności. Możemy pracować z emocją i reakcją, zachowując ostrożność wobec interpretacji.”

Zasady neutralnego języka:

Mówić: „Pojawił się obraz.”

Nie mówić: „Odzyskała Pani wspomnienie.”

Mówić: „To skojarzenie jest teraz bardzo silne.”

Nie mówić:
„Podświadomość ujawniła prawdę.”

Mówić: „Nie wiemy jeszcze, jak rozumieć

ten materiał.”

Nie mówić: „To na pewno wyjaśnia Pani objawy.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Mózg pokazuje tylko prawdziwe wspomnienia.”

„Skoro ciało reaguje, to wydarzenie musiało mieć miejsce.”

„Proszę pozwolić, aby ukryte obrazy się ujawniły.”

„EMDR pomoże przypomnieć sobie, co naprawdę się stało.”

Uwaga kliniczna:

Należy unikać pytań sugerujących, presji na uzupełnianie luk oraz potwierdzania niezweryfikowanych interpretacji. Szczególnej ostrożności wymagają sytuacje, w których nowe treści mogą prowadzić do poważnych decyzji osobistych, rodzinnych, medycznych lub prawnych.

Prawo do zatrzymania, odmowy i zmiany decyzji

Gotowy skrypt:

„Może Pani zatrzymać ćwiczenie w dowolnej chwili. Nie musi Pani podawać powodu ani czekać, aż zakończy się seria.

Może Pani również zdecydować, że nie chce kontynuować pracy metodą EMDR. Wtedy omówimy, co wpłynęło na tę decyzję i jakie inne możliwości są dostępne.

Zatrzymanie nie oznacza porażki, braku współpracy ani zmarnowania wcześniejszej pracy. Jest informacją, którą powinniśmy wspólnie uwzględnić.

Jeżeli będzie Pani chciała zakończyć całą terapię, warto poświęcić osobne spotkanie na podsumowanie, ocenę aktualnego stanu i ustalenie dalszego wsparcia. Nie chodzi o przekonywanie Pani do pozostania, lecz o bezpieczne domknięcie procesu.”

Wersja krótka:

„Może Pani przerwać ćwiczenie lub zrezygnować z EMDR. Zatrzymanie jest prawem klienta, a nie błędem.”

Skrypt natychmiastowego zatrzymania:

„Widzę sygnał zatrzymania. Kończymy tę serię. Proszę rozejrzeć się po pomieszczeniu i powiedzieć, co pomoże Pani teraz wrócić do teraźniejszości.”

Gdy klient mówi: „Chcę przerwać, ale nie wiem dlaczego.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie musi Pan znać dokładnego powodu, aby poprosić o zatrzymanie. Najpierw zadbajmy o to, czego potrzebuje Pan teraz. Do przyczyn możemy wrócić później, jeżeli będzie Pan chciał.”

Gdy klient mówi: „Nie chcę już EMDR, ale chcę dalej przychodzić na

terapię.”

Odpowiedź terapeuty:

„Możemy kontynuować rozmowę o innych formach pracy. Zgoda na terapię nie oznacza obowiązku korzystania z jednej konkretnej metody.”

Gdy klient mówi: „Chcę zakończyć wszystkie spotkania od razu.”

Odpowiedź terapeuty:

„Szanuję Pani decyzję. Chciałbym zaproponować krótkie spotkanie podsumowujące, aby omówić aktualne potrzeby i dostępne wsparcie. To propozycja, a nie warunek zakończenia.”

Ramka „Trzy poziomy zatrzymania”:

Poziom 01 — Zatrzymanie jednej serii.

Poziom 02 — Zakończenie przetwarzania podczas danej sesji.

Poziom 03 — Rezygnacja z EMDR lub całej terapii.

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę nie przerywać w najważniejszym momencie.”

„To opór, który musimy przepracować.”

„Jeżeli teraz Pani wyjdzie, będzie jeszcze gorzej.”

„Poświęciliśmy już za dużo czasu, żeby zrezygnować.”

Uwaga kliniczna:

Autonomia klienta nie zwalnia terapeuty z obowiązku oceny aktualnego ryzyka i przekazania informacji o dostępnej pomocy. Procedury bezpieczeństwa należy stosować bez karania, zawstydzania ani wykorzystywania ich do wymuszania kontynuacji terapii.

Jak wyjaśnić rolę stymulacji bez nadmiernych twierdzeń

Gotowy skrypt:

„Naprzemienna stymulacja jest jednym z elementów terapii EMDR. Może mieć formę ruchów oczu, dźwięków albo dotknięć pojawiających się raz po lewej, raz po prawej stronie.

Stosujemy ją podczas krótkiego skupienia na określonym wspomnieniu, emocji, myśli lub reakcji ciała. Po każdej serii zatrzymujemy się i sprawdzamy, co się zmieniło.

Istnieją różne wyjaśnienia dotyczące tego, dlaczego ten element może wspierać przetwarzanie, ale nie chcę przedstawiać jednej uproszczonej teorii jako całkowicie pewnej.

Ważne jest również to, że same ruchy oczu nie stanowią całej terapii. Skuteczna i odpowiedzialna praca obejmuje ocenę, przygotowanie, ustalenie celu, monitorowanie reakcji i zamknięcie.”

Wersja krótka:

„Naprzemiennie bodźce są częścią ustrukturyzowanego procesu EMDR. Nie są magicznym mechanizmem ani całą terapią.”

Gdy klient pyta:
„Czy to przełącza półkule mózgowe?”

Odpowiedź terapeuty:

„Czasami używa się takiego uproszczenia, ale nie jest ono wystarczająco precyzyjnym opisem. Wolę powiedzieć, że naprzemienna stymulacja jest badanym elementem procedury EMDR, a dokładny mechanizm nie powinien być sprowadzany do prostego przełączania półkul.”

Gdy klient pyta:
„Czy mogę zrobić

to samodzielnie w domu?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie zalecam samodzielnego przetwarzania trudnych wspomnień bez odpowiedniego planu. Niektóre proste naprzemiennie ćwiczenia mogą być używane jako element regulacji, ale ich cel i sposób stosowania trzeba wcześniej jasno ustalić.”

Gdy klient mówi:
„To wygląda dziwnie i trudno mi w to uwierzyć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że może to wyglądać nietypowo. Nie musi Pan przyjmować tego bez pytań. Mogę dokładniej wyjaśnić procedurę, pokazać neutralną próbę i omówić inne możliwości.”

Ramka „Co można powiedzieć z pewnością”:

Stymulacja może mieć kilka form.

Jej tempo i rodzaj można dostosować.

Jest stosowana w określonym kontekście terapeutycznym.

Po każdej serii sprawdza się reakcję klienta.

Klient może ją zatrzymać.

Ramka „Czego nie należy twierdzić”:

„Ruchy oczu odblokowują mózg.”

„Bodźce przesyłają traumę do właściwej półkuli.”

„Stymulacja automatycznie naprawia pamięć.”

„Każdy potrzebuje takiej samej szybkości.”

Uwaga kliniczna:

W przypadku dolegliwości wzrokowych, migren, zawrotów głowy, bólu, nadwrażliwości sensorycznej lub innych ograniczeń należy rozważyć zmianę formy stymulacji albo odstępianie od niej zgodnie z oceną kliniczną i kompetencjami terapeuty.

Jak przygotować klienta na reakcje po spotkaniu

Gotowy skrypt:

„Po sesji może Pani zauważyć dodatkowe myśli, emocje, sny, wspomnienia, zmiany napięcia albo zmęczenie. Niektóre osoby nie zauważają żadnych wyraźnych zmian.

Proszę obserwować reakcje bez celowego wracania do trudnego materiału i bez samodzielnego rozpoczynania przetwarzania.

Może Pani krótko zapisać, co się pojawiło, kiedy to się wydarzyło, jak długo trwało i co pomogło. Nie musi Pani szczegółowo analizować ani rozwijać każdego wspomnienia.

Omówimy również, w jakich sytuacjach może Pani skorzystać z wcześniej ustalonych sposobów regulacji, kiedy skontaktować się ze mną oraz kiedy potrzebna jest pilna pomoc.”

Wersja krótka:

„Pomiędzy sesjami mogą pojawić się emocje, sny, wspomnienia lub zmęczenie. Proszę je krótko zanotować, nie wymuszać dalszej pracy i

korzystać z ustalonego planu bezpieczeństwa.”

Skrypt dotyczący notowania:

„Jeżeli coś się pojawi, może Pani zapisać cztery informacje: sytuację, reakcję, jej intensywność oraz to, co pomogło. Jedno lub dwa zdania wystarczą.”

Prosty formularz:

Data i pora:

Co się pojawiło:

Intensywność od 0 do 10:

Co działo się bezpośrednio wcześniej:

Co pomogło:

Czy potrzebny jest kontakt przed kolejną sesją:

Gdy klient zapyta: „Czy mam analizować sny?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie musi Pani samodzielnie ich interpretować. Może Pani zanotować najważniejsze elementy i przynieść je na kolejne spotkanie, jeżeli uzna Pani, że są istotne.”

Gdy klient pyta: „Czy mam robić sobie ruchy oczu w domu?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie zalecam samodzielnego przetwarzania trudnych wspomnień. Proszę korzystać wyłącznie z ćwiczeń, które wcześniej jasno ustaliliśmy jako bezpieczne sposoby regulacji.”

Gdy klient mówi: „Po ostatniej sesji byłem bardzo zmęczony.”

Odpowiedź terapeuty:

„Dziękuję, że Pan o tym mówi. Sprawdźmy, jak długo trwało zmęczenie, jak wpłynęło na funkcjonowanie oraz czy potrzebujemy zmienić tempo, długość sesji albo sposób jej zamykania.”

Plan pomiędzy sesjami:

- ☐ Wiem, jakie reakcje mam obserwować.
- ☐ Mam zapisane ćwiczenia ustalone z terapeutą.
- ☐ Wiem, czego nie robić samodzielnie.

☐ Znam sposób kontaktu w godzinach pracy terapeuty.

☐ Wiem, że terapeuta może nie odpowiadać natychmiast.

☐ Znam lokalne formy pilnej pomocy.

☐ Wiem, co zrobić w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.

Nie mów tego w ten sposób:

„To normalne, proszę się nie martwić.”

„Każdy sen oznacza, że mózg dalej przetwarza.”

„Im więcej się dzieje po sesji, tym lepiej.”

„Proszę samodzielnie dokończyć ćwiczenie w domu.”

Uwaga kliniczna:

Przed sesją przetwarzania należy omówić dostępność terapeuty, granice kontaktu, procedury kryzysowe i lokalne źródła pilnej pomocy. Utrzymujące się pogorszenie, znacząca utrata funkcjonowania, nasilone objawy dysocjacyjne lub wzrost ryzyka wymagają odrębnej oceny, a nie wyłącznie normalizacji.

Trudne rozmowy, stabilizacja i reakcje obronne

Gotowe sposoby reagowania wtedy, gdy klient potrzebuje więcej bezpieczeństwa, wolniejszego tempa lub innej formy wsparcia.

Duży tytuł modułu.

KRÓTKI TEKST WPROWADZAJĄCY:

„Gotowość do EMDR nie polega na braku lęku ani na umiejętności znoszenia wszystkiego. Polega na tym, że klient i terapeuta potrafią rozpoznać reakcje, zatrzymać proces, wrócić do teraźniejszości i wspólnie zdecydować o następnym kroku.”

GŁÓWNE ZAŁOŻENIE MODUŁU:

„Zwolnienie tempa nie jest porażką. Powrót do przygotowania jest częścią odpowiedzialnej terapii.”

CZTERY HASŁA MODUŁU:

Zauważ reakcję.

Nazwij ją bez oceniania.

Przywróć orientację i wybór.

Oceń, czy można bezpiecznie kontynuować.

„Nie chodzi o to, aby nic nie czuć”

Gotowy skrypt:

„Podczas pracy z trudnym doświadczeniem nie chodzi o to, aby nie czuła Pani żadnych emocji. Pewien poziom napięcia może się pojawić.

Potrzebujemy jednak sprawdzać, czy pozostaje Pani w zakresie, w którym może zauważać emocje i ciało, a jednocześnie słyszeć mój głos, orientować się, że jest Pani tutaj, oraz informować mnie o swoich potrzebach. Ten zakres czasami nazywamy oknem tolerancji. Gdy pobudzenie jest zbyt wysokie, może pojawić się panika, chaos, poczucie ponownego przeżywania wydarzenia albo trudność w kontakcie. Gdy pobudzenie jest zbyt niskie, może pojawić się odłączenie, pustka, zamrożenie, senność albo wrażenie, że nic nie jest realne. Przygotowanie pomaga nam rozpoznawać te sygnały i wracać do bardziej stabilnego poziomu. Nie jest testem ani przeszkodą przed właściwą terapią. Jest częścią terapii.”

Wersja krótka:

„Okno tolerancji to zakres, w którym może Pan czuć emocje, a jednocześnie pozostawać w kontakcie ze mną, z ciałem i z terażniejszością.”

Skrypt normalizujący potrzebę przygotowania:

„To, że potrzebujemy więcej czasu na przygotowanie, nie oznacza, że coś jest z Panem nie tak. Oznacza, że chcemy dobrać tempo do sposobu, w jaki Pana organizm reaguje na trudny materiał.”

Gdy klient powie: „Ale ja chcę wreszcie przejść do konkretów.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że dalsze przygotowanie może wydawać się opóźnieniem. Jego celem jest zwiększenie szansy, że podczas kontaktu z trudnym materiałem będzie Pan mógł nadal korzystać ze wsparcia i podejmować decyzje.”

Gdy klient powie: „Czy muszę być całkowicie spokojna?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie. Całkowity spokój nie jest warunkiem. Sprawdzamy raczej, czy pobudzenie pozostaje na poziomie, przy którym może Pani nadal komunikować się, orientować w terażniejszości i wracać do równowagi.”

Trzy obszary obserwacji:

Zbyt wysokie pobudzenie:

Przyspieszony oddech.
Silne napięcie.
Poczucie zagrożenia dziejącego się teraz.
Trudność w usłyszeniu terapeuty.
Impuls do ucieczki lub działania.

Zakres możliwy do pracy:

Emocje są obecne, ale możliwe do obserwowania.
Klient słyszy pytania.
Orientacja w miejscu i czasie jest zachowana.
Możliwe jest użycie sygnału zatrzymania.

Zbyt niskie pobudzenie:

Pustka lub odrętwienie.
Nagła senność.
Spowolnienie reakcji.
Wrażenie oddalenia od ciała.
Brak poczucia realności otoczenia.

Pytanie sprawdzające:

„Po czym najłatwiej poznać, że napięcie zaczyna być dla Pani zbyt wysokie albo że zaczyna się Pani odłączać?”

Nie mów tego w ten sposób:

„Musi Pani pozostać w oknie tolerancji.”

„Jeżeli się Pani odłączy, nie będziemy mogli pracować.”

„Najpierw musi się Pan nauczyć kontrolować emocje.”

„Nie jest Pani jeszcze gotowa na prawdziwe EMDR.”

Uwaga kliniczna:

Okno tolerancji jest pomocnym modelem psychoedukacyjnym, a nie precyzyjnym pomiarem ani etykietą diagnostyczną. Ocenę należy opierać na całym obrazie klinicznym i aktualnej reakcji klienta.

Jak zaproponować wyobrażenie wspierającego miejsca bez narzucania obrazu

Skrypt wprowadzający:

„Chciałbym zaproponować krótkie ćwiczenie, które może pomóc Pani przywołać poczucie spokoju, bezpieczeństwa albo neutralności.

Nie musi to być realne miejsce. Może to być przestrzeń wyobrażona, wspomnienie, kolor, dźwięk, obecność zwierzęcia, fragment natury albo inne doświadczenie, przy którym ciało reaguje odrobinę spokojniej. Nie będziemy używać obrazu, który budzi niepokój. Jeżeli nic odpowiedniego się nie pojawi, zatrzymamy ćwiczenie i wybierzemy inną formę przygotowania.”

Gotowy skrypt ćwiczenia:

„Proszę pozwolić oczom znaleźć wygodny punkt albo zamknąć je, tylko jeśli jest to komfortowe.

Proszę pomyśleć o miejscu, sytuacji lub obrazie, który kojarzy się z odrobiną spokoju, ochrony albo neutralności.

Co Pani zauważa w tym miejscu?

Jakie są kolory, światło, dźwięki lub

temperatura?

Czy jest tam coś, co pomaga poczuć większą stabilność?

Proszę zauważyć, co dzieje się teraz w ciele. Nie trzeba wymuszać rozluźnienia.

Wystarczy sprawdzić, czy pojawia się choćby niewielka zmiana.

Jakie jedno słowo najlepiej pasuje do tego doświadczenia?”

Wersja bez wizualizacji:

„Nie musi Pan tworzyć obrazu. Może Pan skupić uwagę na ciężarze ciała opartym o fotel, kontakcie stóp z podłogą, spokojnym dźwięku albo innym neutralnym bodźcu.”

Skrypt krótkiego wzmacniania:

„Proszę zauważyć ten element, który daje najwięcej stabilności. Zatrzymamy przy nim uwagę przez kilka chwil. Jeżeli będzie Pan chciał, możemy dodać bardzo krótką i łagodną naprzemienną stymulację.”

Gdy klient powie:
„Nie mam żadnego

bezpiecznego miejsca.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie musimy używać słowa »bezpieczne«. Możemy poszukać miejsca wystarczająco neutralnego, spokojniejszego albo takiego, w którym napięcie nie zwiększa się.”

Gdy klient powie:
„Kiedy próbuję je sobie wyobrazić, od razu coś złego się dzieje.”

Odpowiedź terapeuty:

„Zatrzymajmy ćwiczenie. Nie będziemy próbować naprawiać tego obrazu na siłę. Wybierzemy inną metodę, opartą bardziej na teraźniejszości i konkretnych bodźcach.”

Gdy klient powie:
„Nic nie widzę.”

Odpowiedź terapeuty:

„To w porządku. Nie każdy tworzy wyraźne obrazy. Możemy pracować z odczuciem, dźwiękiem, kolorem, słowem albo

kontaktem ciała z otoczeniem.”

Pytania oceniające po ćwiczeniu:

„Czy napięcie zmniejszyło się, wzrosło czy pozostało bez zmian?”

„Który element był pomocny?”

„Czy pojawiło się coś niepokojącego?”

„Czy chciałaby Pani wrócić do tego ćwiczenia w przyszłości?”

Nie mów tego w ten sposób:

„Każdy ma jakieś bezpieczne miejsce.”

„Proszę po prostu wyobrazić sobie plażę.”

„Tutaj nic złego nie może się wydarzyć.”

„Musi się Pani rozluźnić.”

Uwaga kliniczna:

Ćwiczenie może być nieodpowiednie dla klientów, u których obrazy bezpieczeństwa szybko przekształcają się w zagrożenie, nasilają odłączenie lub uruchamiają bolesne wspomnienia. Nie należy traktować braku pozytywnej reakcji jako oporu.

Jak czasowo odłożyć trudny materiał bez zaprzeczania jego znaczeniu

Skrypt wprowadzający:

„Chciałbym zaproponować ćwiczenie pomagające czasowo odłożyć materiał, którego nie będziemy dziś dalej rozwijać.

Nie chodzi o usunięcie emocji ani udawanie, że problem nie istnieje. Chodzi o świadome podjęcie decyzji: »Nie muszę zajmować się tym teraz. Wróć do tego w bezpieczniejszych warunkach«.

Gotowy skrypt ćwiczenia:

„Proszę wyobrazić sobie pojemnik odpowiedni do tego zadania. Może to być sejf, skrzynia, folder komputerowy, szafa, pudełko albo inna forma, która wydaje się wystarczająco trwała.

Proszę sprawdzić, czego potrzebuje ten pojemnik: zamka, kodu, mocnych ścian, odpowiedniej odległości albo opiekuna.

Teraz proszę zauważyć materiał, którego nie chcemy dalej rozwijać podczas tej sesji. Nie trzeba wchodzić w szczegóły.

Może Pani symbolicznie umieścić

w pojemniku obrazy, myśli, pytania lub emocje, które wymagają dalszej pracy.

Proszę zamknąć pojemnik w wybrany sposób i zdecydować, gdzie będzie przechowywany.

To Pani decyduje, kiedy i w jakich warunkach ponownie go otworzyć.”

Wersja bez wizualizacji:

„Możemy zapisać jedno neutralne hasło na kartce, włożyć ją do zamykanej koperty i umówić się, że wrócimy do tematu podczas kolejnej sesji.”

Skrypt podkreślający czasowość:

„Nie wyrzucamy tego doświadczenia. Odkładamy je z intencją powrotu, gdy będziemy mieć odpowiednią ilość czasu i wsparcia.”

Gdy klient powie: „Pojemnik nie chce się zamknąć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie będziemy wymuszać zamknięcia. Sprawdźmy, czy pomocna będzie inna forma, większy

dystans, zapisanie tematu albo skupienie się na konkretnych elementach otoczenia.”

Gdy klient powie: „Boję się, że wszystko z niego wyjdzie.”

Odpowiedź terapeuty:

„To może oznaczać, że ta metafora nie daje wystarczającego poczucia wpływu. Możemy z niej zrezygnować i zastosować bardziej konkretny sposób zakończenia.”

Gdy klient powie: „Nie chcę tego odkładać. Chcę skończyć dzisiaj.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem potrzebę domknięcia. Jednocześnie musimy uwzględnić pozostały czas i Pani aktualny stan. Odłożenie materiału nie oznacza rezygnacji z pracy, tylko odpowiedzialne przerwanie jej w tym momencie.”

Pytania sprawdzające:

„Czy materiał wydaje się teraz

bardziej oddalony, bliższy czy bez zmian?”

„Czy ma Pani poczucie, że może zdecydować o powrocie do niego?”

„Czy ćwiczenie zmniejszyło napięcie, czy je zwiększyło?”

„Czego potrzebuje Pani przed zakończeniem sesji?”

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę zamknąć wszystkie emocje w pudełku.”

„Od teraz nie wolno o tym myśleć.”

„Pojemnik zatrzyma wszystko do następnej sesji.”

„Wystarczy schować wspomnienie i problem zniknie.”

Uwaga kliniczna:

Ćwiczenie pojemnika może być niewystarczające lub niewłaściwe przy znacznym pobudzeniu, silnym odłączeniu, objawach psychotycznych, utracie orientacji lub wzroście ryzyka. Nie może zastępować oceny klinicznej i planu bezpieczeństwa.

Jak pomóc klientowi wrócić do „tu i teraz”

Sygnaly wskazujące na potrzebę zatrzymania:

Klient przestaje odpowiadać.
Oddech gwałtownie przyspiesza.
Kontakt wzrokowy i orientacja wyraźnie się zmieniają.
Klient mówi, że wydarzenie dzieje się ponownie.
Pojawia się panika, silne drżenie lub gwałtowna potrzeba ucieczki.
Klient nie może użyć wcześniej ustalonego sygnału.

Gotowy skrypt zatrzymania:

„Zatrzymujemy stymulację.

Proszę nie wracać teraz do wspomnienia. Proszę spojrzeć na mnie albo na wybrany punkt w pomieszczeniu.

Jest Pani tutaj, w gabinecie. Dzisiaj jest [podać aktualną datę]. Trudne wydarzenie nie dzieje się w tej chwili. Proszę rozejrzeć się i wymienić trzy rzeczy, które Pani widzi.

Proszę poczuć oparcie fotela i nacisk stóp na podłogę.

Nie musi Pani uspokoić się natychmiast.

Będziemy wracać do teraźniejszości krok po kroku.”

Wersja skrócona:

„Stop. Proszę spojrzeć dookoła. Jest Pan tutaj ze mną. Proszę nazwać trzy rzeczy, które Pan widzi, i poczuć stopy na podłodze.”

Skrypt orientacji za pomocą zmysłów:

„Proszę nazwać:

pięć rzeczy, które Pani widzi,
cztery rzeczy, których może Pani dotknąć,
trzy dźwięki, które Pani słyszy,
dwie neutralne rzeczy odczuwane w ciele,
jedną informację potwierdzającą, że jest Pani teraz bezpieczniejsza niż wtedy.”

Skrypt pracy ze stopami:

„Proszę docisnąć stopy do podłogi na tyle, aby wyraźnie poczuć podłogę. Proszę zauważyć, że podłoga utrzymuje ciężar ciała. Może Pani delikatnie poruszyć palcami stóp i sprawdzić, czy odzyskuje Pani większy kontakt z teraźniejszością.”

Skrypt wyboru:

„Co będzie teraz bardziej pomocne: spojrzenie na konkretne przedmioty, kontakt stóp z podłogą, łyk wody, zmiana pozycji czy chwila ciszy?”

Gdy klient mówi: „Nie mogę oddychać.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie będę prosić o głęboki oddech na siłę. Proszę najpierw zauważyć kontakt ciała z fotelem i pozwolić wydechowi być odrobinę dłuższym, tylko jeśli jest to możliwe.”

Gdy klient mówi: „To dzieje się teraz.”

Odpowiedź terapeuty:

„Część Pani organizmu reaguje tak, jakby zagrożenie nadal trwało. Sprawdźmy wspólnie teraźniejszość. Proszę powiedzieć, gdzie teraz jesteśmy, jaki mamy dzień i co widzi Pani przed sobą.”

Gdy klient nie

odpowiada:

Co zrobić:

Przerwać stymulację. Mówić spokojnie, krótko i konkretnie. Nie zadawać wielu pytań naraz. Ograniczyć kontakt fizyczny, chyba że został wcześniej uzgodniony i jest odpowiedni. Ocenić orientację, stan fizyczny i aktualne ryzyko. Zastosować właściwe procedury bezpieczeństwa.

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę się uspokoić.”

„To tylko wspomnienie.”

„Nic się nie dzieje.”

„Musi Pani wziąć głęboki oddech.”

„Proszę wrócić do mnie.”

Uwaga kliniczna:

Objawy somatyczne, takie jak ból w klatce piersiowej, utrata przytomności, trudności oddechowe lub inne ostre reakcje, mogą wymagać oceny medycznej. Nie należy automatycznie przypisywać ich lękowi lub przetwarzaniu.

Jak mówić, gdy klient staje się nieobecny lub traci kontakt

Możliwe sygnały:

Nieruchome, nieobecne spojrzenie. Znacznie opóźnione odpowiedzi. Nagła zmiana głosu lub postawy. Brak poczucia czasu. Wrażenie oddalenia od ciała. Poczucie nierealności otoczenia. Brak reakcji na wcześniej ustalone pytania. Nagła pustka lub utrata dostępu do emocji.

Gotowy skrypt:

„Zatrzymujemy ćwiczenie.

Widzę, że kontakt stał się słabszy. Nie musi Pani teraz wracać do wspomnienia. Proszę rozejrzeć się po pomieszczeniu. Jest Pani tutaj ze mną. Proszę znaleźć jeden przedmiot w wyraźnym kolorze i opisać jego kształt. Proszę poczuć, gdzie ciało styka się z fotelem i podłogą. Czy może Pani powiedzieć swoje imię, miejsce, w którym teraz jesteście, oraz dzisiejszą datę? Nie będziemy kontynuować przetwarzania, dopóki nie sprawdzimy, czego Pani potrzebuje.”

Wersja bardzo krótka:

„Zatrzymujemy się. Proszę spojrzeć dookoła i powiedzieć, gdzie jesteście. Nie musi Pan teraz wracać do wspomnienia.”

Skrypt przy wrażeniu nierealności:

„Może mieć Pani wrażenie, że otoczenie jest odległe albo nierzeczywiste. Nie będę przekonywać Pani, że powinna czuć inaczej. Sprawdźmy konkretne informacje: proszę dotknąć oparcia fotela, nazwać kolor ściany i powiedzieć, jaki dźwięk słyszy Pani najbliżej.”

Skrypt przy odłączeniu od ciała:

„Nie musi Pan próbować poczuć całego ciała. Zaczniemy od neutralnego miejsca, na przykład dłoni opartych o kolana albo stóp w butach. Czy jest tam nacisk, temperatura albo ruch?”

Gdy klient mówi: „Nic nie jest prawdziwe.”

Odpowiedź terapeuty:

„Słyszę, że ma Pani silne poczucie nierealności. Zatrzymujemy wszystkie ćwiczenia związane ze wspomnieniem. Skupimy się wyłącznie na orientacji i ocenie aktualnego stanu.”

Gdy klient po chwili mówi: „Możemy już kontynuować.”

Odpowiedź terapeuty:

„Najpierw sprawdzimy, czy orientacja i kontakt rzeczywiście wróciły. Nie musimy wracać do przetwarzania podczas tej sesji tylko dlatego, że czuje się Pan trochę lepiej.”

Gdy klient wstydzi się reakcji:

„Ta reakcja nie oznacza, że zrobiła Pani coś złe. Jest dla nas ważną informacją o tym, jak organizm reaguje na materiał i jakiego przygotowania potrzebujemy.”

Kryteria przed rozważeniem

dalszej pracy:

Klient jest zorientowany w miejscu i czasie. Może odpowiadać na proste pytania. Rozpoznaje terapeutę i aktualne otoczenie. Może świadomie wyrazić zgodę lub odmowę. Poziom pobudzenia jest możliwy do monitorowania. Nie występuje aktualne zagrożenie wymagające interwencji.

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę się nie odłączać.”

„Musi Pani wrócić do ciała.”

„To tylko dysocjacja.”

„Proszę walczyć z tą reakcją.”

„Już jest dobrze, możemy iść dalej.”

Uwaga kliniczna:

Znaczące lub nawracające objawy dysocjacyjne wymagają odpowiedniej oceny, planowania, kompetencji oraz często konsultacji lub superwizji. Skrypt orientacyjny nie zastępuje diagnozy różnicowej ani procedur kryzysowych.

Jak reagować bez naciskania na emocje

Gotowy skrypt:

„Dziękuję, że mówi Pan, że nic nie czuje. Nie będziemy próbować wywołać emocji na siłę.

Kiedy mówi Pan »nic«, czy oznacza to spokój, pustkę, odrętwienie, trudność w nazwaniu reakcji, brak zmiany czy jeszcze coś innego?

Możemy również sprawdzić, czy pojawia się jakakolwiek neutralna informacja: nacisk stóp, temperatura dłoni, oddech, obraz, myśl albo poczucie odległości od wspomnienia.

Jeżeli nadal nic wyraźnego się nie pojawia, przyjmiemy to jako ważną odpowiedź i zdecydujemy, czy kontynuować, zmienić sposób pracy czy zatrzymać się.”

Wersja krótka:

„Nie musi Pan niczego czuć na polecenie. Sprawdźmy spokojnie, co oznacza dziś to »nic«.”

Możliwe znaczenia odpowiedzi „nic

nie czuję”:

Brak silnej reakcji.
Spokój lub obojętność.
Odrętwienie.
Odłączenie od ciała.
Trudność w nazywaniu emocji.
Obawa przed powiedzeniem prawdy.
Zmęczenie.
Nadmierne skupienie na wykonaniu zadania.
Wstyd związany z emocjami.
Brak kontaktu z wybranym celem.

Pytania pomocnicze:

„Czy to »nic« jest spokojne czy raczej niepokojące?”

„Czy ciało wydaje się obecne, odległe czy neutralne?”

„Czy łatwiej zauważyć myśl niż emocję?”

„Czy obawia się Pan, że poda niewłaściwą odpowiedź?”

„Czy wspomnienie wydaje się bliskie, dalekie czy zupełnie niedostępne?”

„Czy potrzebuje Pan przerwy od szukania reakcji?”

Gdy klient mówi: „Nie wiem, co

powiniennem czuć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie ma emocji, którą powinien Pan czuć. Proszę nie zgadywać. Interesuje nas wyłącznie to, co jest obecne, nawet jeśli jest to niepewność.”

Gdy klient mówi: „Chyba robię to źle.”

Odpowiedź terapeuty:

„Brak wyraźnej emocji nie oznacza błędu. To informacja, która pomaga nam dostosować sposób pracy.”

Gdy terapeuta podejrzewa odłączenie:

„Zanim będziemy dalej pytać o wspomnienie, sprawdzimy kontakt z teraźniejszością. Proszę nazwać trzy rzeczy, które Pan widzi, i zauważyć nacisk stóp na podłogę.”

Gdy klient mówi: „Wiem, że powiniennem być

smutny, ale nie jestem.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie będziemy oceniać reakcji według tego, jaka powinna być. Możemy zauważyć różnicę między tym, co Pan myśli o wydarzeniu, a tym, co jest teraz odczuwalne.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Na pewno coś Pan czuje.”

„Blokuję Pan emocje.”

„Proszę zejść z głowy do ciała.”

„Musi Pan bardziej się otworzyć.”

„Bez emocji terapia nie zadziała.”

Uwaga kliniczna:

Jeżeli brak odczuwania wiąże się z utratą orientacji, znacznym spowolnieniem, zmianą kontaktu lub objawami dysocjacyjnymi, należy zatrzymać pracę z celem i przejść do orientacji oraz oceny aktualnego stanu.

Jak zmniejszyć presję wykonania i lęk przed błędem

Gotowy skrypt:

„Nie ma jednej prawidłowej reakcji, którą powinien Pan uzyskać. To nie jest test ani zadanie do zaliczenia.

Nie musi Pan widzieć wyraźnych obrazów, szybko odpowiadać, czuć konkretnej emocji ani doprowadzić do zmiany podczas każdej serii.

Pana zadaniem jest tylko zauważyć, co rzeczywiście się pojawia. Odpowiedzią może być obraz, myśl, napięcie, brak zmiany, niepewność albo potrzeba zatrzymania. Moją rolą jest dostosować instrukcję i sprawdzić, czy sposób pracy jest dla Pana zrozumiały i możliwy do wykonania.”

Wersja krótka:

„Nie da się nie zdać EMDR. Proszę nie szukać właściwej odpowiedzi, tylko powiedzieć, co rzeczywiście Pan zauważa.”

Gdy klient pyta: „Co mam powiedzieć po serii?”

Odpowiedź terapeuty:

„Wystarczy jedno krótkie zdanie, na

przykład: »pojawił się obraz«, »napięcie się nie zmieniło«, »mam pustkę« albo »nie wiem«. Nie musi Pan tworzyć pełnego wyjaśnienia.”

Gdy klient mówi: „Moje myśli uciekają.”

Odpowiedź terapeuty:

„To również informacja. Proszę powiedzieć, dokąd uciekła uwaga. Nie będziemy jej karać ani wymuszać koncentracji.”

Gdy klient mówi: „Inni pewnie robią to lepiej.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie porównujemy Pana procesu z innymi osobami. Każdy reaguje inaczej, a szybkość i intensywność nie są oceną wartości ani zaangażowania.”

Gdy klient przeprasza za zatrzymanie:

„Nie musi Pani przepraszać. Informacja o potrzebie zatrzymania pomaga prowadzić proces odpowiedzialnie.”

Skrypt zmniejszający presję:

„Spróbujmy na chwilę odłożyć cel, aby coś zmienić. W kolejnej krótkiej serii proszę tylko zauważyć pierwszą rzecz, która się pojawi, nawet jeśli wydaje się nieistotna.”

Możliwe przekonania ukryte pod obawą przed błędem:

„Muszę spełnić oczekiwania terapeuty.”

„Jeżeli nie zareaguję, pomoc zostanie mi odebrana.”

„Nie wolno mi zajmować zbyt dużo czasu.”

„Moje doświadczenie jest nieważne.”

„Zawsze wszystko psuję.”

„Terapeuta będzie rozczarowany.”

Pytania pogłębiające:

„Co według Pani oznaczałoby zrobienie tego źle?”

„Czego obawia się Pani w mojej reakcji?”

„Czy podobna presja pojawia się również w innych relacjach?”

„Jak mogę prowadzić ćwiczenie, aby było mniej podobne do testu?”

Nie mów tego w ten sposób:

„Za bardzo Pan analizuje.”

„Proszę przestać kontrolować.”

„Musi Pan zaufać swojemu mózgowi.”

„Inni klienci nie mają z tym problemu.”

„Proszę bardziej się postarać.”

Uwaga kliniczna:

Poczucie wykonywania terapii źle może być związane z ważnymi przekonaniami negatywnymi, relacyjnym lękiem, perfekcjonizmem, historią krytyki lub reakcją podporządkowania. Nie należy sprowadzać go wyłącznie do niezrozumienia instrukcji.

Jak odpowiadać bez przedwczesnego przekonywania klienta

Gotowy skrypt:

„Słyszę, że bardzo silnie obwinia się Pani za to, co się wydarzyło. Nie chcę od razu przekonywać Pani, że powinna myśleć inaczej.

Chciałbym najpierw zrozumieć, co dokładnie według Pani było Pani odpowiedzialnością. Czy obwinia się Pani za decyzję, brak reakcji, zamrożenie, zaufanie komuś, pozostanie w sytuacji, niezauważenie zagrożenia czy jeszcze coś innego?

Możemy stopniowo sprawdzać różnicę między odpowiedzialnością, którą naprawdę Pani ponosi, a odpowiedzialnością, którą przejęła Pani za działania innych osób lub za reakcje organizmu w sytuacji zagrożenia.”

Wersja krótka:

„Nie będę zmuszać Pani do natychmiastowej zmiany przekonania. Najpierw sprawdźmy, za co dokładnie się Pani obwinia.”

Skrypt dotyczący reakcji

zamrożenia:

„Brak ruchu, głosu lub walki w sytuacji zagrożenia może być automatyczną reakcją organizmu. Nie jest tym samym co świadoma zgoda ani dobrowolny wybór.”

Skrypt dotyczący perspektywy czasu:

„Dzisiaj zna Pan zakończenie tej historii i widzi więcej możliwości. Wtedy podejmował Pan decyzje z informacjami, możliwościami i poziomem zagrożenia dostępnymi w tamtym momencie.”

Skrypt rozróżniający winę i odpowiedzialność:

„Możemy jednocześnie uznać, że żałuje Pan określonego działania, i sprawdzać, czy całkowite potępienie siebie jest jedynym możliwym sposobem rozumienia tej sytuacji.”

Gdy klient mówi: „Powinnam była walczyć.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że z dzisiejszej perspektywy walka wydaje się właściwą reakcją. W sytuacji zagrożenia organizm może automatycznie walczyć, uciekać, zamierać albo podporządkować się. Nie zawsze jest to świadomy wybór.”

Gdy klient mówi: „Sam do tego doprowadziłem.”

Odpowiedź terapeuty:

„Sprawdźmy krok po kroku, co było Pana decyzją, czego nie mógł Pan przewidzieć oraz za jakie działania odpowiadały inne osoby.”

Gdy klient mówi: „Jestem złym człowiekiem.”

Odpowiedź terapeuty:

„To bardzo globalna ocena całej osoby. Czy możemy na chwilę oddzielić ocenę »jestem zły« od konkretnego zachowania, decyzji

lub sytuacji, której Pan żałuje?”

Gdy klient odrzuca współczucie:

„Nie musimy teraz używać słowa »współczucie«. Możemy zacząć od bardziej neutralnego pytania: czy sposób, w jaki Pani siebie ocenia, uwzględnia wszystkie okoliczności?”

Nie mów tego w ten sposób:

„To absolutnie nie była Pani wina” — bez wcześniejszego poznania kontekstu.

„Proszę sobie wybaczyć.”

„Nie ma się czego wstydzić.”

„Każdy popełnia błędy.”

„Musi Pan przestać się obwiniać.”

Uwaga kliniczna:

Należy unikać automatycznego zdejmowania odpowiedzialności w sytuacjach, w których klient rzeczywiście dopuścił się krzywdzących działań. Odpowiedzialność, naprawa szkody i współczucie wobec siebie mogą wymagać jednoczesnej, zniuansowanej pracy.

Jak wyjaśnić potrzebę oceny i przygotowania bez odbierania nadziei

Gotowy skrypt:

„Słyszę, że bardzo zależy Panu na szybkim rozpoczęciu i że dalsze czekanie może być frustrujące.

Nie chcę jednak przechodzić do najtrudniejszego wspomnienia, zanim nie zakończymy potrzebnej oceny i przygotowania. Muszę wiedzieć, jak reaguje Pan na silne emocje, czy potrafimy zatrzymać proces, co pomaga wrócić do teraźniejszości oraz jaki mamy plan na zakończenie sesji i czas pomiędzy spotkaniami. To nie jest odkładanie pomocy. Przygotowanie ma zmniejszyć ryzyko, że praca stanie się zbyt intensywna albo pozostawi Pana bez wystarczającego wsparcia.”

Wersja krótka:

„Rozumiem, że chce Pan zacząć jak najszybciej. Nie pominie jednak oceny i przygotowania, ponieważ są one częścią bezpiecznej terapii.”

Gdy klient mówi:
„Jestem gotowy, mogę znieść wszystko.”

Odpowiedź terapeuty:

„Doceniam Pana determinację.

Gotowość nie oznacza jednak konieczności znoszenia wszystkiego. Sprawdzamy również zdolność do zatrzymania, komunikowania potrzeb i powrotu do stabilności.”

Gdy klient mówi:
„Czy uważa Pani, że jestem za słaba?”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie. Potrzeba przygotowania nie jest oceną siły ani słabości. Jest sposobem dostosowania terapii do Pani aktualnej sytuacji i reakcji organizmu.”

Gdy klient mówi:
„Nie mam czasu na wiele sesji przygotowania.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem ograniczenie czasowe. Możemy jasno ustalić priorytety i ocenić, jaki zakres pracy jest realny. Nie będę jednak pomijać elementów potrzebnych do odpowiedzialnego rozpoczęcia.”

Gdy klient mówi:
„Inny terapeuta powiedział, że

EMDR działa od razu.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie mogę oceniać tamtej rozmowy bez pełnego kontekstu. Mogę wyjaśnić, jak ja rozumiem odpowiedzialne prowadzenie EMDR i dlaczego nie obiecuję natychmiastowego rezultatu.”

Gdy klient grozi rezygnacją:

„Ma Pan prawo zdecydować, czy ten sposób pracy Panu odpowiada. Nie będę przyspieszać procesu pod presją. Mogę natomiast dokładnie wyjaśnić, jakie kroki są potrzebne i jakie inne możliwości możemy rozważyć.”

Element praktyczny: Lista „Co musi być ustalone przed przetwarzaniem”:

Jasny cel pracy.
Podstawowe zrozumienie procesu.
Świadoma zgoda.
Sygnał zatrzymania.
Rozpoznanie oznak nadmiernego pobudzenia i odłączenia.
Dostępne sposoby orientacji i regulacji.
Wystarczający czas na zamknięcie sesji.
Plan reakcji pomiędzy spotkaniami.

Ocena aktualnego ryzyka.

Gotowość terapeuty do prowadzenia danego przypadku.

Skrypt wspólnego planowania:

„Ustalmy konkretne kroki zamiast nieokreślonego czekania. Dzisiaj zajmijmy się oceną i sygnałem zatrzymania. Na następnym spotkaniu sprawdzimy sposoby regulacji i podejmiemy decyzję, czy można przejść dalej.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Nie jest Pan jeszcze gotowy.”

„Najpierw musi się Pan ustabilizować.”

„Proszę mi zaufać, wiem lepiej.”

„Jeżeli będzie Pan naciskał, nie rozpoczniemy EMDR.”

„Prawdziwa praca zacznie się dopiero później.”

Uwaga kliniczna:

Presja na szybkie rozpoczęcie może być ważnym elementem wzorca klienta, ale nie należy jej natychmiast interpretować jako oporu, impulsywności lub patologii. Najpierw trzeba zrozumieć jej źródło i praktyczne ograniczenia klienta.

Jak rozmawiać z klientem, który nie jest przekonany do EMDR

Gotowy skrypt:

„Słyszę, że jedna część Pana rozważa EMDR, a inna ma wątpliwości. Nie musimy przekonywać tej niepewnej części ani podejmować decyzji natychmiast.

Chciałbym zrozumieć, co dokładnie budzi Pana sceptycyzm. Czy chodzi o samą metodę, naprzemienne bodźce, obawę przed emocjami, brak pewności co do efektu, wcześniejsze doświadczenia z terapią czy jeszcze coś innego? Mogę odpowiedzieć na pytania, przedstawić to, co wiem, jasno powiedzieć, czego nie mogę zagwarantować, oraz omówić inne dostępne możliwości. Pana zgoda powinna wynikać ze zrozumienia i własnej decyzji, a nie z potrzeby spełnienia moich oczekiwań.”

Wersja krótka:

„Nie musi Pan być przekonany tylko dlatego, że proponuję EMDR. Najpierw ustalmy, co budzi wątpliwości i jakich informacji Pan potrzebuje.”

Gdy klient mówi:
„To brzmi jak pseudonauka.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że ta procedura może wyglądać nietypowo.

Nie oczekuję, że zaakceptuje ją Pan bez pytań. Mogę wyjaśnić strukturę terapii, omówić ograniczenia naszej wiedzy i przedstawić alternatywne możliwości pracy.”

Gdy klient mówi:
„Nie wierzę, że poruszanie oczami może coś zmienić.”

Odpowiedź terapeuty:

„Same ruchy oczu nie są całą terapią. Są jednym z elementów ustrukturyzowanego procesu. Nie musimy również wybierać tej formy stymulacji ani rozpoczynać pracy, dopóki nie uzyska Pan wystarczających odpowiedzi.”

Gdy klient mówi:
„Spróbuję, skoro Pani uważa, że powinienem.”

Odpowiedź terapeuty:

„Moja opinia jest tylko jedną częścią decyzji. Chcę sprawdzić, czy Pan sam rozumie tę propozycję i rzeczywiście chce ją wypróbować. Brak zgody nie będzie dla mnie rozczarowaniem.”

Gdy klient mówi:
„Nie wiem, czy chcę, ale boję się stracić szansę.”

Odpowiedź

terapeuty:

„Nie musi Pani wybierać pod wpływem lęku, że później nie będzie możliwości. Możemy dać sobie czas, ustalić pytania i ponownie omówić decyzję.”

Gdy klient miał wcześniej negatywne doświadczenie:

„Chciałbym zrozumieć, co wcześniej było niepomocne albo przekroczyło Pani granice. Nie będę zakładać, że tym razem wystarczy zrobić to samo wolniej. Potrzebujemy wspólnie określić, czego Pani nie chce powtarzać.”

Pytania wspierające autonomię:

„Co przemawia za wypróbowaniem EMDR?”

„Co przemawia przeciwko?”

„Czego najbardziej obawia się Pan w przypadku rozpoczęcia?”

„Czego obawia się Pan w przypadku rezygnacji?”

„Jakich informacji brakuje do podjęcia decyzji?”

„Czy istnieje inna forma terapii, którą chciałby Pan omówić?”

Skala gotowości:

„W skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza »zdecydowanie nie chcę«, a 10 oznacza »jestem gotowy świadomie rozpocząć przygotowanie«, gdzie znajduje się Pan teraz?”

Pytanie pogłębiające:

„Co sprawia, że wybrał Pan tę liczbę, a nie niższą?”

„Czego potrzebowałby Pan, aby decyzja stała się bardziej świadoma — niezależnie od tego, czy będzie nią zgoda, czy odmowa?”

Nie mów tego w ten sposób:

„To naturalne, że się Pan opiera.”

„Proszę zaufać badaniom.”

„Nie dowie się Pan, dopóki nie spróbuje.”

„Sceptycyzm blokuje proces.”

„Jeżeli naprawdę chce Pani sobie pomóc, warto zaryzykować.”

Uwaga kliniczna:

Ambiwalencja może pozostać nawet po rzetelnej psychoedukacji. Terapeuta powinien tolerować możliwość odmowy i nie przekształcać relacji terapeutycznej w kampanię przekonywania do konkretnej metody.

Skrypty do prowadzenia procesu i zamykania sesji

Krótkie komunikaty pomagające zachować strukturę, monitorować zgodę, reagować na zmiany i bezpiecznie kończyć spotkanie.

Duży tytuł modułu.

KRÓTKI TEKST WPROWADZAJĄCY:

„Dobre prowadzenie nie polega na wypowiadaniu wielu słów. Polega na używaniu krótkich, jasnych komunikatów, które pomagają klientowi obserwować doświadczenie bez presji i zachować możliwość zatrzymania.”

GŁÓWNA ZASADA MODUŁU:

„Najpierw orientacja i zgoda. Następnie krótka instrukcja. Potem obserwacja, ponowna ocena i bezpieczne zakończenie.”

PIĘĆ HASEŁ MODUŁU:

Sprawdź teraźniejszość.

Potwierdź zgodę.

Dawaj jedną instrukcję naraz.

Nie wymuszaj zmiany.

Zostaw czas na zamknięcie.

Zanim wrócicie do celu pracy

Gotowy skrypt otwierający:

„Zanim zdecydujemy, czym zajmiemy się dzisiaj, chciałbym sprawdzić, jak funkcjonowała Pani od ostatniego spotkania.

Czy pojawiły się nowe wspomnienia, sny, emocje, zmiany w ciele albo trudności, o których powinienem wiedzieć?

Jak wyglądał sen, codzienne obowiązki, poziom napięcia i możliwość korzystania ze wsparcia?

Czy wydarzyło się coś, co zmienia nasze wcześniejsze ustalenia albo sprawia, że potrzebuje Pani dziś innego rodzaju pracy?”

Skrypt orientacyjny:

„Proszę przez chwilę rozejrzeć się po pomieszczeniu i zauważyć, że jest Pani tutaj, w gabinecie.

Jaki mamy dzisiaj dzień?

Jak odczuwa Pani kontakt stóp z podłogą i ciała z fotelem?

Czy może Pani swobodnie słyszeć mój głos i odpowiadać na pytania?”

Skrypt przypominający plan:

„Na poprzedniej sesji ustaliliśmy, że rozważymy pracę z

[neutralna nazwa celu]. Zanim do tego wrócimy, chcę sprawdzić, czy ten plan nadal jest dla Pani odpowiedni.”

Skrypt ponownego potwierdzenia zgody:

„Czy po tym, co omówiliśmy, nadal wyraża Pani zgodę na dzisiejszą pracę z tym celem?”

Może Pani zgodzić się, odmówić, poprosić o zmianę celu albo zdecydować, że dzisiaj skupimy się wyłącznie na przygotowaniu. Przypominam również, że może Pani zatrzymać proces w dowolnym momencie.”

Wersja krótka:

„Czy dzisiejszy plan nadal jest dla Pana odpowiedni i czy świadomie zgadza się Pan na rozpoczęcie? Odmowa lub zmiana planu są możliwe.”

Skrypt przypominający sygnał zatrzymania:

„Przypomnijmy nasz sygnał zatrzymania. Proszę pokazać go teraz, zanim rozpoczniemy. Po jego użyciu natychmiast przerywam stymulację.”

Gdy klient mówi: „Tak, zaczynamy”, ale wygląda na

wyrażnie odłączonego:

Odpowiedź terapeuty:

„Słyszę zgodę, ale widzę również zmianę w kontakcie. Najpierw sprawdzmy orientację i aktualny stan. Sama odpowiedź »tak« nie wystarczy, jeżeli istnieje wątpliwość, czy może Pan swobodnie podejmować decyzję.”

Gdy klient mówi:

„Nie chcę znowu tracić czasu na pytania.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że chce Pani przejść do pracy. Te pytania pomagają sprawdzić, czy wcześniejszy plan nadal jest bezpieczny i odpowiedni. Ograniczę je do informacji koniecznych na dziś.”

Gdy klient zmienia zdanie:

„Dziękuję, że mówi Pan o zmianie decyzji. Ustalmy, czego potrzebuje Pan zamiast planowanego przetwarzania.”

Checklista terapeuty przed rozpoczęciem:

- ☐ Klient jest zorientowany w miejscu i czasie.
- ☐ Omówiono ważne reakcje od

poprzedniej sesji.

☐ Nie pojawiła się nowa sytuacja wymagająca pierwszeństwa.

☐ Klient rozumie dzisiejszy cel.

☐ Klient potwierdził zgodę bez widocznej presji.

☐ Sygnał zatrzymania jest znany i możliwy do użycia.

☐ Dostępne są sposoby orientacji i regulacji.

☐ Pozostało wystarczająco dużo czasu na zamknięcie.

☐ Omówiono plan po sesji.

Nie mów tego w ten sposób:

„Przecież już się Pani zgodziła.”

„Dzisiaj musimy dokończyć ten temat.”

„Nie zmieniamy planu w ostatniej chwili.”

„Skoro przyszła Pani na sesję, zakładam zgodę.”

Uwaga kliniczna:

W przypadku istotnej zmiany stanu psychicznego, zdrowia, przyjmowanych substancji, bezpieczeństwa lub zdolności do orientacji należy ponownie ocenić plan. Nie rozpoczynać przetwarzania wyłącznie dlatego, że zostało wcześniej zaplanowane.

Prosty skrypt oceny celu pracy

Skrypt wprowadzający:

„Teraz spróbujemy określić konkretny punkt, od którego rozpoczniemy pracę. Nie musi Pan opowiadać całej historii ani znaleźć idealnej odpowiedzi.

Będę zadawać krótkie pytania o obraz, myśl, emocję i reakcję ciała. Odpowiedzi pomogą nam uchwycić, co jest obecnie najbardziej obciążające.”

Skrypt wyboru obrazu:

„Kiedy myśli Pan o tym wydarzeniu, jaki obraz, moment lub fragment najlepiej przedstawia jego najtrudniejszą część?

Nie musi to być dokładna scena. Może to być pojedynczy szczegół, wrażenie, dźwięk albo symbol.”

Gdy klient nie widzi obrazu:

„Nie musi Pan niczego widzieć. Możemy oprzeć się na myśli, odczuciu w ciele, dźwięku albo ogólnym poczuciu związanym z wydarzeniem.”

Skrypt dotyczący negatywnego przekonania:

„Kiedy zauważa Pani ten obraz, co negatywnego mówi on o Pani teraz?

Nie pytam o opis wydarzenia, lecz o

przekonanie dotyczące siebie, na przykład: »jestem bezradna«, »to moja wina«, »nie jestem bezpieczna« albo »nie mam wpływu«.”

Skrypt dotyczący pozytywnego przekonania:

„Co chciałaby Pani móc myśleć o sobie, kiedy wspomina Pani to wydarzenie?

Pozytywne przekonanie powinno być wspierające, realistyczne i dotyczyć Pani teraz, na przykład: »przetrwalam«, »mam wybór«, »jestem teraz bezpieczniejsza« albo »zrobiłam tyle, ile mogłam«.”

Skrypt VOC:

„W skali od 1 do 7 proszę ocenić, jak prawdziwe wydaje się teraz to pozytywne przekonanie, kiedy myśli Pani o wydarzeniu.

Jeden oznacza, że wydaje się całkowicie nieprawdziwe, a siedem — całkowicie prawdziwe. Nie musi Pani długo obliczać. Proszę podać pierwszą przybliżoną ocenę.”

Skrypt dotyczący emocji:

„Jakie emocje pojawiają się teraz, gdy łączy Pani obraz z negatywnym przekonaniem?”

Skrypt SUD:

„W skali od 0 do 10 proszę określić aktualny poziom dyskomfortu.

Zero oznacza brak zauważalnego dyskomfortu, a dziesięć najwyższy poziom, jaki może Pani sobie teraz wyobrazić.

To subiektywna skala. Nie ma prawidłowego wyniku.”

Skrypt lokalizacji w ciele:

„Gdzie w ciele najbardziej zauważa Pani tę reakcję?”

Wersja krótka:

„Wyberzemy obraz lub fragment, sprawdzimy związaną z nim myśl o sobie, emocję, reakcję ciała oraz przybliżony poziom dyskomfortu.”

Gdy klient mówi: „Nie wiem, czy to jest właściwy obraz.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie musi być idealny. Potrzebujemy punktu, który obecnie najlepiej łączy się z trudnością. Jeżeli w procesie pojawi się inny materiał, zauważymy go.”

Gdy klient podaje kilka negatywnych przekonań:

„Wszystkie mogą być ważne. Które z nich najmocniej łączy się z

tym konkretnym obrazem w tej chwili?”

Gdy klient nie potrafi wybrać pozytywnego przekonania:

„Nie będziemy go wymuszać. Możemy sprawdzić, co byłoby odrobinę bardziej wspierające i realistyczne niż obecna myśl.”

Gdy wynik SUD wydaje się niespójny z reakcją:

„Nie będę poprawiać Pani liczby. Proszę tylko sprawdzić, czy zero oznacza spokój, odłączenie, brak dostępu do reakcji czy jeszcze coś innego.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę wybrać najgorszy moment.”

„Jaka jest prawidłowa pozytywna myśl?”

„To powinno być co najmniej osiem.”

„Proszę nie analizować i podać liczbę.”

„Ta odpowiedź nie pasuje do protokołu.”

Uwaga kliniczna:

Skale SUD i VOC są subiektywne i zależne od kontekstu. Nie powinny być traktowane jako obiektywny pomiar, jedyne kryterium postępu ani powód do pomijania obserwowanej reakcji klinicznej.

Krótką i jasną instrukcją przed pierwszą serią

Skrypt przed rozpoczęciem:

„Za chwilę rozpoczniemy krótką serię naprzemienną stymulacji.

Proszę zauważyć wybrany obraz, związane z nim negatywne przekonanie oraz miejsce w ciele, w którym odczuwa Pan reakcję.

Nie trzeba niczego zmieniać ani wymuszać. Proszę tylko zauważać, co pojawia się podczas serii.

Po chwili zatrzymam stymulację i zapytam, co Pan zauważa.

Przypominam, że może Pan w każdej chwili użyć sygnału zatrzymania.”

Wersja skrócona:

„Proszę zauważyć obraz, słowa i reakcję ciała. Niczego nie wymuszać. Zaczynamy krótką serię. W każdej chwili może Pani powiedzieć »stop«.”

Skrypt sprawdzający gotowość:

„Czy instrukcja jest

jasna?

Czy wybrana forma stymulacji jest nadal wygodna?

Czy chce Pani rozpocząć teraz?”

Skrypt przy ruchach oczu:

„Proszę ustawić głowę wygodnie i podążać wzrokiem za ruchem, bez zmuszania oczu do nadmiernego wysiłku. Jeżeli pojawi się ból, zawroty głowy, rozmazany obraz lub dyskomfort, proszę natychmiast dać znać.”

Skrypt przy naprzemiennych dźwiękach:

„Dźwięki będą pojawiać się naprzemiennie po lewej i prawej stronie. Proszę powiedzieć, jeżeli głośność, tempo albo słuchawki staną się niekomfortowe.”

Skrypt przy samodzielnych dotknięciach:

„Proszę wykonywać delikatne naprzemiennie dotknięcia własnych ramion lub kolan w ustalonym tempie.

Może Pani zatrzymać ruch w każdej chwili.”

Po pierwszej krótkiej serii:

„Proszę wziąć chwilę.

Co pojawia się teraz?

Może to być obraz, myśl, emocja, reakcja ciała, zmiana albo brak zmiany.”

Gdy klient pyta: „Co mam zrobić z tym, co się pojawi?”

Odpowiedź terapeuty:

„Na razie proszę tylko to zauważyć i krótko nazwać. Wspólnie zdecydujemy, czy kontynuować, zatrzymać się albo zmienić sposób pracy.”

Gdy klient zamyka oczy podczas ruchów oczu:

„Widzę, że zamknęła Pani oczy. Zatrzymajmy się. Czy pojawił się dyskomfort, silna reakcja, zmęczenie oczu czy potrzeba odcięcia bodźca?”

Gdy klient mówi, że tempo jest zbyt

szybkie:

„Dziękuję za informację. Zwolnimy albo wybierzemy inną formę. Nie musi Pan dostosowywać się do tempa, które jest niekomfortowe.”

Nie mów tego w ten sposób:

„Proszę pozwolić mózgowi zrobić swoje.”

„Niech Pan za tym podąży, cokolwiek się wydarzy.”

„Proszę się nie zatrzymywać.”

„Teraz zaczyna się właściwe leczenie.”

„Im szybciej, tym skuteczniej.”

Uwaga kliniczna:

Przed pierwszą serią należy przeprowadzić neutralną próbę wybranej formy stymulacji. Instrukcji nie należy stosować bez odpowiedniego przygotowania, oceny, zgody i kompetencji klinicznych.

Co mówić, aby prowadzić bez narzucania kierunku

SEKCJA 01 — Po zakończeniu serii

- „Co pojawia się teraz?”
- „Co Pani zauważa?”
- „Jaka jest pierwsza rzecz, którą Pan dostrzega?”
- „Czy coś się zmieniło?”
- „Co dzieje się teraz w ciele?”
- „Czy materiał wydaje się bliższy, dalszy czy bez zmian?”

SEKCJA 02 — Gdy klient opisuje zmianę

- „Proszę to zauważyć.”
- „Zostańmy przy tym przez chwilę.”
- „Proszę pozwolić, aby pojawiło się to, co pojawia się naturalnie.”
- „Zauważmy tę zmianę bez oceniania.”
- „Czy chce Pani kontynuować z tym, co jest teraz?”

SEKCJA 03 — Gdy klient mówi „nie wiem”

- „»Nie wiem« jest wystarczającą odpowiedzią.”
- „Czy pojawia się bardziej pustka, zamieszanie czy brak zmiany?”
- „Możemy chwilę poczekać albo zatrzymać się.”
- „Nie trzeba szukać odpowiedzi na siłę.”

SEKCJA 04 — Gdy pojawia się silna emocja

- „Widzę, że reakcja jest intensywna.”
- „Czy nadal słyszy Pan mój głos?”
- „Czy wie Pan, gdzie teraz jesteśmy?”
- „Czy chce Pan kontynuować, zwolnić czy zatrzymać się?”
- „Proszę użyć sygnału, kiedy będzie potrzebna przerwa.”

SEKCJA 05 — Gdy pojawia się reakcja ciała

- „Gdzie odczuwa Pani to najwyraźniej?”
- „Czy odczucie porusza się, zmienia czy pozostaje takie samo?”
- „Nie trzeba go usuwać. Proszę tylko zauważyć.”
- „Czy ciało potrzebuje zmiany pozycji?”

SEKCJA 06 — Gdy pojawia się nowe wspomnienie

- „Zauważmy, że pojawiło się inne wspomnienie.”
- „Nie musimy teraz rozstrzygać, co ono oznacza.”
- „Czy pozostajemy przy nim, wracamy do wcześniejszego celu czy zatrzymujemy się?”
- „Proszę opisać je tylko w takim zakresie, jaki

[jest potrzebny.”

SEKCJA 07 — Gdy klient mówi bardzo dużo

- „Zatrzymam Panią na chwilę, abyśmy nie stracili kontaktu z tym, co dzieje się teraz.”
- „Czy może Pani podsumować to jednym zdaniem?”
- „Co jest najważniejsze w tej chwili: obraz, emocja, myśl czy reakcja ciała?”

SEKCJA 08 — Gdy klient potrzebuje ciszy

- „Możemy przez chwilę nic nie mówić.”
- „Proszę dać znać gestem, kiedy będzie Pan gotowy.”
- „Nie musi Pan wypełniać ciszy odpowiedzią.”

SEKCJA 09 — Sprawdzanie zgody w trakcie

- „Czy chce Pani wykonać kolejną krótką serię?”
- „Czy tempo jest nadal odpowiednie?”
- „Czy potrzebuje Pani zmiany formy stymulacji?”
- „Czy kontynuowanie jest teraz świadomym wyborem?”

SEKCJA 10 — Neutralne zakończenie jednej sekwencji

- „Zatrzymajmy się i oceńmy, gdzie jesteśmy.”

„Proszę ponownie zauważyć pierwotny obraz.”

„Jaki jest teraz poziom dyskomfortu od 0 do 10?”

„Czego potrzebuje Pan przed podjęciem decyzji o kolejnym kroku?”

Ramka „Zasada jednej instrukcji”:

Najpierw jedno pytanie. Następnie czas na odpowiedź.

Potem krótka decyzja: kontynuować, zwolnić, zmienić kierunek albo zatrzymać się.

Nie mów tego w ten sposób:

„To na pewno oznacza, że...”

„Pani mózg chce teraz pokazać...”

„Proszę znaleźć ukryte wspomnienie.”

„Proszę wejść w to głębiej.”

„Niech Pan nie ucieka od emocji.”

„Jeszcze tylko jedna seria.”

Uwaga kliniczna:

Neutralność nie oznacza biernego ignorowania objawów ryzyka, odłączenia lub destabilizacji.

Terapeuta powinien aktywnie zatrzymać proces, gdy wymaga tego bezpieczeństwo, nawet jeżeli klient nie użyje sygnału.

Co mówić, gdy materiał się nie zmienia

Skrypt neutralnego zatrzymania:

„Zauważam, że od kilku serii materiał pozostaje podobny. Nie oznacza to, że robi Pani coś źle.

Zatrzymajmy się i sprawdźmy, czego teraz potrzebujemy: krótszej instrukcji, zmiany tempa, powrotu do przygotowania, innego punktu skupienia albo zakończenia przetwarzania na dziś.”

Wersja krótka:

„Proces się nie zmienia. Nie będziemy go wymuszać. Sprawdźmy, co może być teraz pomocne.”

SCENARIUSZ 01 — Powtarzający się obraz

Skrypt:

„Ten sam obraz nadal wraca. Co w nim jest teraz najbardziej przyciągające uwagę: konkretny szczegół, emocja, przekonanie czy reakcja ciała?”

SCENARIUSZ 02 — Niezmienny poziom SUD

Skrypt:

„Liczba pozostaje taka sama. Czy sposób odczuwania dyskomfortu również jest identyczny, czy zmieniła się jego jakość, miejsce w ciele albo znaczenie?”

SCENARIUSZ 03 — Nadmierna analiza

Skrypt:

„Widzę, że próbuje Pan dokładnie wyjaśnić, dlaczego wszystko się pojawia. Czy możemy na chwilę odłożyć interpretację i zauważyć pierwszą obecną reakcję?”

Gdy analiza pomaga klientowi zachować

stabilność:

„Nie będziemy odbierać Panu sposobu, który pomaga pozostać w kontakcie. Sprawdźmy, czy można połączyć rozumienie z krótkim zauważeniem ciała, bez presji na silniejsze emocje.”

SCENARIUSZ 04 — Presja, aby coś się zmieniło

Skrypt:

„Czy część Pani uwagi jest skupiona na tym, aby terapia zadziałała albo aby mnie nie rozczarować?”

Dalsza odpowiedź:

„Możemy na chwilę zrezygnować z oczekiwania zmiany. Brak zmiany jest informacją, a nie porażką.”

SCENARIUSZ 05 — Konflikt wewnętrzny

Skrypt:

„Czy jedna część Pana chce kontynuować, a inna obawia się tego, co mogłoby się wydarzyć?”

Dalsza odpowiedź:

„Nie będziemy zmuszać żadnej części do ustąpienia. Najpierw spróbujemy zrozumieć, przed czym chce Pana chronić.”

SCENARIUSZ 06 — Brak dostępu do celu

Skrypt:

„Czy wybrany obraz nadal łączy się z obecną trudnością, czy wydaje się odległy albo nieistotny?”

Dalsza odpowiedź:

„Możliwe, że potrzebujemy ponownie ocenić cel zamiast kontynuować tę samą procedurę.”

SCENARIUSZ 07 — Zmęczenie

Skrypt:

„Widzę oznaki zmęczenia. Zanim zdecydujemy o kolejnej serii, sprawdźmy koncentrację, napięcie i pozostały czas. Możemy zakończyć wcześniej.”

SCENARIUSZ 08 — Brak poczucia bezpieczeństwa w relacji

Skrypt:

„Czy jest coś w moim sposobie prowadzenia, co zwiększa presję, niepewność albo utrudnia powiedzenie »stop«?”

SCENARIUSZ 09 — Potrzeba interwencji poznawczej

Instrukcja dla terapeuty:

Zastosować interwencję tylko wtedy, gdy wynika z oceny klinicznej, jest krótka, otwarta i nie narzuca fałszywego wspomnienia ani gotowej interpretacji.

Przykładowe pytania:

„Co powiedziałyby dzisiejsza Pani tej młodszej części siebie?”

„Kto naprawdę odpowiadał za zapewnienie bezpieczeństwa w tamtej sytuacji?”

„Jaką informację posiada Pan dzisiaj, której nie miał Pan wtedy?”

„Co zmienia fakt, że wydarzenie już się zakończyło?”

Skrypt po interwencji:

„Proszę zauważyć tę nową informację tylko

wtedy, gdy wydaje się Pani prawdziwa lub możliwa. Nie trzeba jej przyjmować na siłę.”

Drzewo decyzji:

Czy klient jest zorientowany i może świadomie wybierać? Jeżeli nie — zatrzymać przetwarzanie i wrócić do orientacji. Czy wybrany cel nadal jest trafny? Jeżeli nie — przeprowadzić ponowną ocenę. Czy instrukcja jest zrozumiała? Jeżeli nie — uprościć ją. Czy pojawia się presja wykonania? Jeżeli tak — zmniejszyć oczekiwanie zmiany. Czy pozostaje wystarczająco dużo czasu? Jeżeli nie — rozpocząć zamknięcie.

Nie mów tego w ten sposób:

„Pani blokuje proces.”

„Podświadomość nie chce puścić.”

„Musisz przestać kontrolować.”

„Zrobimy więcej serii, aż coś się wydarzy.”

„Nie możemy zakończyć przy tak wysokim wyniku.”

Uwaga kliniczna:

Utknięcie może wynikać z błędnego wyboru celu, niewystarczającego przygotowania, nieuwzględnionej dysocjacji, konfliktu, presji relacyjnej, stanu somatycznego lub innych czynników. Należy korzystać z wiedzy klinicznej, konsultacji i superwizji zamiast mechanicznie powtarzać procedurę.

Jak zakończyć spotkanie, gdy materiał nadal jest aktywny

Skrypt zapowiadający zakończenie:

„Zostało nam około [podać czas] minut. Nie będziemy rozpoczynać kolejnego intensywnego fragmentu.

Zatrzymamy przetwarzanie i skupimy się na bezpiecznym zakończeniu sesji.”

Skrypt uznający niedokończony materiał:

„Dzisiejsza praca nie została jeszcze całkowicie zakończona. To może się zdarzyć i nie oznacza, że coś poszło źle.

Zapiszemy, gdzie zatrzymaliśmy proces, aby nie musiała Pani utrzymywać wszystkiego w pamięci.”

Skrypt orientacyjny:

„Proszę pozwolić obrazowi oddalić się na tyle, na ile jest to teraz możliwe.

Proszę spojrzeć dookoła i nazwać trzy rzeczy, które potwierdzają, że jest Pani tutaj, w gabinecie.

Dzisiaj jest [aktualna data].

Proszę poczuć kontakt stóp z podłogą i ciała z fotelem.

Czy może Pani powiedzieć, gdzie jest, co będzie robić po

wyjściu i jak wróci do domu?”

Skrypt wykorzystujący pojemnik:

„Czy chce Pani skorzystać z wcześniej przećwiczonego pojemnika i czasowo odłożyć materiał do kolejnej sesji?

Nie usuwamy go. Ustalamy, że nie musi Pani zajmować się nim teraz.”

Skrypt bez wizualizacji:

„Zapiszę neutralne hasło określające miejsce, w którym zakończyliśmy. Może Pani również zapisać jedno zdanie i schować je do koperty lub notatnika.”

Skrypt oceny po zamknięciu:

„Jaki jest teraz poziom dyskomfortu od 0 do 10?

Czy jest Pani zorientowana w miejscu i czasie?

Czy czuje Pani możliwość wykonania zaplanowanych czynności po sesji?

Czego potrzebuje Pani przed wyjściem?”

Gdy klient mówi: „Nie chcę kończyć, dopóki napięcie nie spadnie do zera.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem potrzebę pełnego domknięcia. Nie możemy jednak zagwarantować

spadku do zera w ramach każdej sesji. Dalsze intensywne przetwarzanie bez czasu na zakończenie mogłoby zwiększyć obciążenie.”

Gdy klient mówi: „Zostawi mnie Pani z tym wszystkim.”

Odpowiedź terapeuty:

„Nie chcę pozostawić Pani bez planu. Zatrzymamy się, wrócimy do teraźniejszości, ustalimy działania po sesji i omówimy, kiedy oraz w jaki sposób może Pani szukać pomocy.”

Gdy poziom pobudzenia nadal jest wysoki:

„Nie zakończymy spotkania mechanicznie. Potrzebujemy ponownie ocenić orientację, bezpieczeństwo, możliwość samodzielnego funkcjonowania i dostępne wsparcie.”

Element praktyczny – checklista zamknięcia:

- ☐ Przetwarzanie zatrzymane z odpowiednim wyprzedzeniem.
- ☐ Klient wie, że niedokończenie nie oznacza porażki.
- ☐ Zapisano punkt zatrzymania.
- ☐ Przywrócono orientację w miejscu i

czasie.

☐ Sprawdzono reakcję ciała i poziom dyskomfortu.

☐ Klient może świadomie opisać plan po sesji.

☐ Omówiono możliwe reakcje pomiędzy spotkaniami.

☐ Przypomniano dozwolone sposoby regulacji.

☐ Klient zna zasady kontaktu z terapeutą.

☐ Klient zna źródła pilnej pomocy.

☐ W razie potrzeby wdrożono dodatkowe procedury bezpieczeństwa.

Nie mów tego w ten sposób:

„Musimy skończyć, bo czas minął.”

„Proszę zostawić emocje w gabinecie.”

„Do następnej sesji wszystko się uspokoi.”

„Niech mózg sam dokończy pracę.”

„Proszę o tym nie myśleć.”

Uwaga kliniczna:

Jeżeli klient pozostaje znacznie zdezorientowany, niestabilny, odłączony lub zagrożony, samo wykonanie ćwiczenia zamykającego może być niewystarczające. Należy zastosować właściwą ocenę, procedury interwencyjne i dostępne formy wsparcia.

Co klient powinien wiedzieć przed opuszczeniem gabinetu

Gotowy skrypt:

„Przed zakończeniem ustalmy konkretny plan na czas do kolejnego spotkania.

Może Pani zauważyć dodatkowe emocje, sny, wspomnienia, reakcje ciała, zmęczenie albo brak szczególnych zmian. Nie należy samodzielnie wymuszać dalszego przetwarzania. Jeżeli coś się pojawi, może Pani krótko zapisać sytuację, reakcję, intensywność i to, co pomogło. Proszę korzystać wyłącznie z ćwiczeń, które wcześniej wspólnie ustaliliśmy jako odpowiednie. Jeżeli reakcja stanie się niepokojąca, zastosujemy plan kontaktu i pomocy, który teraz omówimy.”

SEKCJA 01 — Konkretnie działania po sesji

Skrypt:

„Co będzie Pani robić bezpośrednio po wyjściu?

Czy będzie Pani prowadzić samochód, wracać komunikacją, opiekować się dziećmi, pracować albo pozostawać sama?

Czy możemy zmniejszyć liczbę wymagających obowiązków na kilka godzin po sesji?”

SEKCJA 02 — Dostępne zasoby

Pytania:

„Które wcześniej przećwiczone działania pomaga Pani wracać do teraźniejszości?”

„Czy istnieje osoba, z którą może Pani bezpiecznie porozmawiać bez konieczności opowiadania szczegółów?”

„Jakie miejsce lub rutyna wspierają stabilność?”

„Których zachowań chce Pani unikać, ponieważ zwykle pogarszają stan?”

SEKCJA 03 — Granice kontaktu z terapeutą

Gotowy skrypt:

„Może Pani skontaktować się ze mną poprzez [wpisać właściwy kanał] w sprawach zgodnych z ustalonymi zasadami.

Odpowiadam w [wpisać rzeczywiste godziny i przewidywane zasady odpowiedzi].

Ten kanał nie służy do natychmiastowej pomocy kryzysowej. Jeżeli potrzebna jest pilna interwencja, proszę skorzystać z ustalonych lokalnych źródeł pomocy.”

SEKCJA 04 — Sygnały do wcześniejszego kontaktu

Utrzymujące się nasilenie objawów.

Znaczące trudności ze snem lub funkcjonowaniem.

Nasilone odłączenie lub utrata czasu.

Częste i intensywne reakcje, których nie łagodzą ustalone sposoby.

Nowe objawy budzące niepokój.

Potrzeba zmiany terminu lub planu kolejnej sesji.

SEKCJA 05 — Sygnały wymagające pilnej pomocy

Bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia.

Nasilone myśli lub zamiary samobójcze. Ryzyko skrzywdzenia innej osoby.

Utrata zdolności do zadbania o podstawowe bezpieczeństwo.

Ostry stan medyczny. Znaczna dezorientacja lub utrata kontaktu z

rzeczywistością.

Skrypt:

„W takiej sytuacji nie należy czekać na odpowiedź ode mnie. Proszę skontaktować się z lokalnym numerem alarmowym, najbliższą pomocą kryzysową, oddziałem ratunkowym albo inną wcześniej ustaloną służbą.”

SEKCJA 06 — Plan w formie do uzupełnienia

Moje pierwsze sygnały narastającego napięcia:

1. ---
2. ---
3. ---

Działania, które mogę podjąć samodzielnie:

1. ---
2. ---
3. ---

Osoby lub miejsca wspierające:

1. ---
2. ---

Kontakt z terapeutą — kanał i zasady:

Lokalna pomoc kryzysowa:

Numer alarmowy odpowiedni dla miejsca pobytu:

Plan na pierwsze godziny po sesji:

Skrypt sprawdzający zrozumienie:

„Proszę własnymi słowami opisać, co robi Pani, jeżeli napięcie wzrośnie, kiedy skontaktuje się Pani ze mną, a kiedy skorzysta z pilnej pomocy.”

Gdy klient mówi: „Nie mam nikogo, do kogo mogę zadzwonić.”

Odpowiedź

terapeuty:

„Nie będziemy wpisywać nieistniejącego wsparcia. Poszukajmy dostępnych rozwiązań formalnych, publicznych, medycznych lub kryzysowych oraz działań, które może Pan wykonać samodzielnie.”

Gdy klient mówi: „Nie chcę korzystać z pomocy kryzysowej.”

Odpowiedź terapeuty:

„Rozumiem, że może mieć Pani ważne powody. Porozmawiajmy o wcześniejszych doświadczeniach, obawach oraz możliwych alternatywach, zachowując jasność co do sytuacji, w których potrzebna jest natychmiastowa pomoc.”

Nie mów tego w ten sposób:

„W razie czego proszę do mnie napisać.”

„Na pewno nic poważnego się nie wydarzy.”

„Proszę po prostu wykorzystać zasoby.”

„Jeżeli będzie źle, ktoś Pani pomoże.”

„Proszę obiecać, że nic Pani sobie nie zrobi.”

Uwaga kliniczna:

Plan bezpieczeństwa powinien być zgodny z lokalnym prawem, zasadami placówki, zakresem kompetencji i rzeczywistą dostępnością usług. Nie należy umieszczać fikcyjnych danych kontaktowych ani obiecywać dostępności poza ustalonymi granicami.

Znajdź właściwe słowa we właściwym momencie

SEKCJA 01 — Indeks według pytania klienta

„Czym właściwie jest EMDR?” — strony 11-12.

„Czy może Pan wyjaśnić to za pomocą prostego przykładu?” — strona 13.

„Dlaczego stosuje się ruchy oczu, dźwięki lub dotknięcia?” — strony 14 i 28.

„Co może się ze mną dziać podczas sesji?” — strona 15.

„Jak wygląda cały proces?” — strona 16.

„Czy EMDR jest hipnozą?” — strona 17.

„Czy terapia usunie moje wspomnienia?” — strona 20.

„Czy stracę kontrolę?” — strona 21.

„Czy muszę opowiadać wszystkie szczegóły?” — strona 22.

„Czy mogę poczuć się gorzej?” — strona 23.

„Czy EMDR na pewno mi pomoże?” — strona 24.

„Ile sesji będę potrzebować?” — strona 25.

„Czy mogą pojawić się nowe wspomnienia?” — strona 26.

„Czy mogę przerwać?” — strona 27.

„Co może dziać się pomiędzy sesjami?” — strony 29 i 48.

SEKCJA 02 — Indeks według reakcji klienta

Klient jest silnie pobudzony — strona 34.

Klient traci kontakt lub odłącza się — strona 35.

Klient mówi: „Nic nie czuję” — strona 36.

Klient mówi: „Robię to źle” — strona 37.

Klient odczuwa wstyd lub obwinia siebie —

strona 38.

Klient chce rozpocząć zbyt szybko — strona 39.

Klient jest sceptyczny lub niezdecydowany — strona 40.

Klient wycofuje wcześniejszą zgodę — strony 27 i 42.

Proces nie zmienia się lub utknął — strona 46.

Sesja kończy się przed zakończeniem przetwarzania — strona 47.

SEKCJA 03 — Indeks według etapu terapii

Przed przedstawieniem EMDR — strony 05-09.

Psychoedukacja — strony 11-18.

Odpowiadanie na pytania — strony 20-29.

Przygotowanie i stabilizacja — strony 31-35.

Trudne rozmowy — strony 36-40.

Początek sesji przetwarzania — strony 42-44.

Prowadzenie podczas serii — strony 45-46.

Zamknięcie sesji — strony 47-48.

SEKCJA 04 — Końcowa checklista przed użyciem dowolnego skryptu

CEL

☐ Wiem, po co rozpoczynam tę rozmowę.

☐ Wybrany skrypt odpowiada rzeczywistości pytania lub potrzebie klienta.

☐ Nie używam skryptu wyłącznie po to, aby przekonać klienta do EMDR.

JĘZYK

☐ Dostosowałem słownictwo do klienta.

☐ Wyjaśniłem każdy potrzebny termin techniczny.

☐ Skróciłem tekst, jeżeli klient jest

zmęczony lub pobudzony.

☐ Nie używam metafor jako dosłownego opisu działania mózgu.

AUTONOMIA

☐ Klient wie, że może odmówić.

☐ Klient wie, że może przerwać.

☐ Nie przedstawiam zgody jako warunku otrzymania dalszej pomocy.

☐ Sprawdziłem, czy klient nie odpowiada wyłącznie z potrzeby zadowolenia terapeuty.

BEZPIECZEŃSTWO

☐ Oceniałem aktualny stan i orientację.

☐ Znam sygnały wymagające zatrzymania.

☐ Mam wystarczająco dużo czasu na zamknięcie.

☐ Plan pomiędzy sesjami jest konkretny i aktualny.

☐ Znam granice własnych kompetencji.

RZETELNOŚĆ

☐ Nie obiecuję skuteczności.

☐ Nie obiecuję konkretnej liczby sesji.

☐ Nie obiecuję usunięcia wspomnień.

☐ Nie przedstawiam silnego cierpienia jako dowodu postępu.

☐ Nie potwierdzam automatycznie historycznej prawdziwości nowych obrazów.

RELACJA

☐ Mówię naturalnie, a nie mechanicznie.

☐ Zostawiam czas na odpowiedź.

☐ Sprawdzam zrozumienie własnymi słowami klienta.

☐ Jestem gotowy zmienić plan na

podstawie jego reakcji.

SEKCJA 05 — Pięć pytań kontrolnych terapeuty

1. Czy klient rozumie, co proponuję?

2. Czy może swobodnie powiedzieć „nie”?

3. Czy moja odpowiedź informuje, czy próbuje przekonać?

4. Czy uwzględniam aktualną reakcję zamiast mechanicznie realizować skrypt?

5. Czy wiem, co zrobię, jeżeli klient stanie się zdezorientowany, odłączony lub zagrożony?

SEKCJA 06 — Końcowy komunikat produktu

„Najlepszy skrypt nie brzmi jak tekst odczytany z kartki. Brzmi jak spokojna, rzetelna odpowiedź udzielona konkretnej osobie w konkretnym momencie.

Korzystaj z tych wypowiedzi jako z mapy. Zachowuj ich sens, dostosowuj język, obserwuj reakcję klienta i pozostawiaj mu realny wybór. Jasność buduje zaufanie. Autonomia wzmacnia współpracę. Bezpieczeństwo zawsze ma pierwszeństwo przed tempem.”

„Zrozumienie” → „Wybór” → „Zgoda” → „Proces” → „Ponowna ocena”.

Na dole strony umieścić jasne pole z komunikatem:

„Skrypt wspiera kompetencje terapeuty. Nie zastępuje szkolenia, oceny klinicznej, konsultacji, supervizji ani procedur bezpieczeństwa.”