

PRAKTYCZNE WYZWANIE DLA TERAPEUTÓW I SPECJALISTÓW KLINICZNYCH

Wyzwanie 7 dni obecności klinicznej

Codzienny trening uważności, kontaktu
i jakości terapeutycznej obecności w gabinecie



Prawa autorskie i ważna informacja kliniczna



Ten materiał został przygotowany jako praktyczne narzędzie wspierające rozwój obecności klinicznej, jakości kontaktu, uważności terapeutycznej i refleksji nad własnym sposobem bycia w sesji.



Wyzwanie 7 dni obecności klinicznej pomaga terapeutce codziennie ćwiczyć konkretny aspekt pracy: kontakt z własnym ciałem, słuchanie bez pośpiechu, pracę z ciszą, rozpoznawanie własnych reakcji, regulację, granice, tempo oraz świadome domykanie spotkania terapeutycznego.



Materiał nie zastępuje szkolenia psychoterapeutycznego, supervizji, psychoterapii własnej, diagnozy klinicznej, procedur bezpieczeństwa ani odpowiedzialności zawodowej terapeuty. Nie jest sztywnym scenariuszem prowadzenia sesji. Ma wspierać jakość obecności, kontakt, etykę i zdolność terapeuty do uważnego reagowania.



W sytuacjach kryzysowych, przy wysokim ryzyku samobójczym, samouszkodzeniach, przemocy, silnej dysocjacji, dekompensacji, aktywnych objawach psychotycznych lub innych stanach wymagających pilnej interwencji, priorytetem jest bezpieczeństwo, odpowiednie procedury, konsultacja i specjalistyczne wsparcie.



© Wyzwanie 7 dni obecności klinicznej.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

Spis treści



Wprowadzenie

03



Moduł 01 ·

Fundamenty obecności
klinicznej

04, 05,
06, 07,
08, 09



Moduł 02 ·

Dzień 01: Powrót do
własnego ciała
terapeuty

10, 11,
12, 13,
14, 15



Moduł 03 ·

Dzień 02: Słuchanie
bez pośpiechu

16, 17,
18, 19,
20, 21



Moduł 04 ·

Dzień 03: Kontakt
wzrokowy, głos i rytm

22, 23,
24, 25,
26, 27



Moduł 05 ·

Dzień 04: Praca
z ciszą i niepewnością

28, 29,
30, 31,
32, 33



Moduł 06 ·

Dzień 05:
Rozpoznawanie
własnych reakcji
terapeuty

34, 35,
36, 37,
38, 39



Moduł 07 ·

Dzień 06: Granice,
tempo i bezpieczeństwo
kontaktu

40, 41,
42, 43,
44, 45



Moduł 08 ·

Dzień 07: Integracja
obecności klinicznej

46, 47,
48, 49

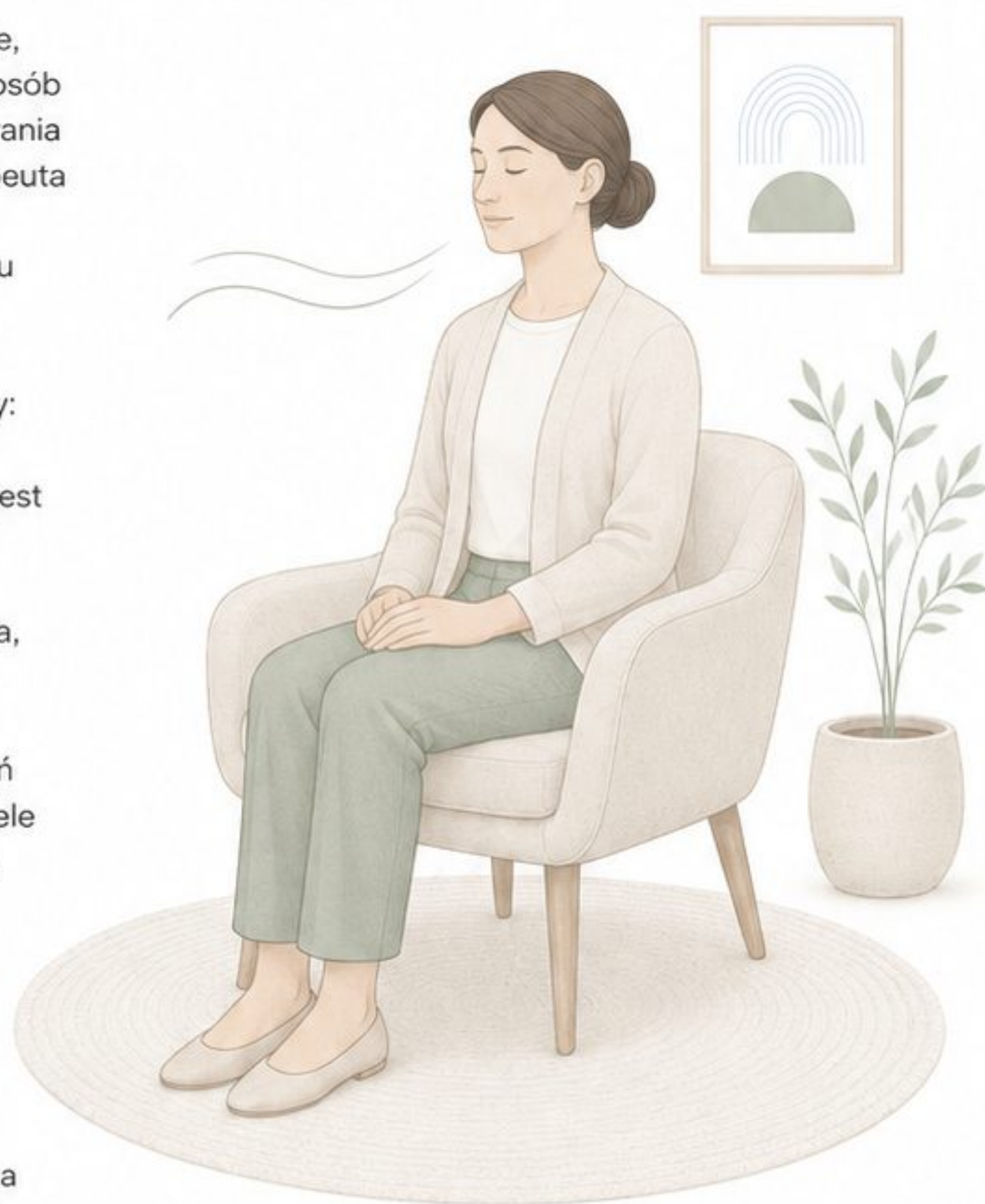
Obecność kliniczna zaczyna się przed pierwszą interwencją

Obecność kliniczna to jakość, którą pacjent często czuje, zanim terapeuta wypowie pierwszą interpretację. To sposób siedzenia, słuchania, oddychania, patrzenia, zatrzymywania się, reagowania i regulowania siebie w kontakcie. Terapeuta obecny nie musi mieć natychmiastowej odpowiedzi. Nie musi zapełniać ciszy. Nie musi przyspieszać procesu tylko dlatego, że pojawia się niepewność.

Obecność kliniczna oznacza, że terapeuta jest dostępny: dla pacjenta, dla własnego ciała, dla tego, co dzieje się w relacji i dla subtelnych zmian w polu kontaktu. To nie jest perfekcyjny spokój. To zdolność powrotu do kontaktu, gdy pojawia się napięcie, pośpiech, chęć ratowania, lęk przed ciszą, własna reakcja emocjonalna albo presja, aby szybko pomóc.

To wyzwanie prowadzi przez 7 dni praktyki. Każdy dzień skupia się na jednym aspekcie obecności klinicznej: ciele terapeuty, słuchaniu, głosie, ciszy, reakcjach własnych, granicach oraz integracji. Każdy dzień zawiera krótkie ćwiczenie, pytania refleksyjne i konkretne wskazówki do użycia przed sesją, w trakcie sesji lub po niej.

Nie traktuj tego wyzwania jako testu bycia idealnym terapeutą. Traktuj je jako zaproszenie do pogłębiania kontaktu z tym, co już jest obecne. Im bardziej terapeuta potrafi być świadomy siebie, tym mniej musi reagować automatycznie.



“

Obecność kliniczna nie polega na tym, że terapeuta nigdy się nie gubi. Polega na tym, że zauważa, kiedy się gubi, i potrafi wrócić.



Moduł 01

Fundamenty obecności klinicznej

Zanim użyjesz techniki, sprawdź jakość swojej obecności.

Kontakt



Uważność



Powrót



Co oznacza być obecnym jako terapeuta?



“

*Obecność kliniczna to nie pasywność.
To aktywna gotowość do bycia w kontakcie
z tym, co się dzieje.*



Obecność nie oznacza perfekcyjnego spokoju

✗ Obecność kliniczna nie jest

- ✗ byciem zawsze spokojnym
- ✗ wiedzeniem od razu, co powiedzieć
- ✗ brakiem emocji terapeuty
- ✗ idealnym kontaktem wzrokowym
- ✗ ciągłym mówieniem ciepłym głosem
- ✗ ratowaniem pacjenta przed każdym dyskomfortem
- ✗ zapelnianiem każdej ciszy
- ✗ techniką udawanej neutralności
- ✗ rezygnacją z granic
- ✗ byciem dostępnym bez ograniczeń



powrót

✓ Obecność kliniczna jest

- ✓ zauważaniem własnego stanu
- ✓ wracaniem do ciała i oddechu
- ✓ słuchaniem procesu, nie tylko treści
- ✓ odwagą zostania przy ciszy
- ✓ sprawdzaniem, co dzieje się w relacji
- ✓ świadomym wyborem interwencji
- ✓ szacunkiem dla tempa pacjenta
- ✓ gotowością do niepewności
- ✓ jasnością granic
- ✓ zdolnością powrotu po rozproszeniu



“

Terapeuta obecny nie jest terapeutą bez reakcji.
Jest terapeutą, który zauważa swoje reakcje.

Ja, pacjent i pole między nami



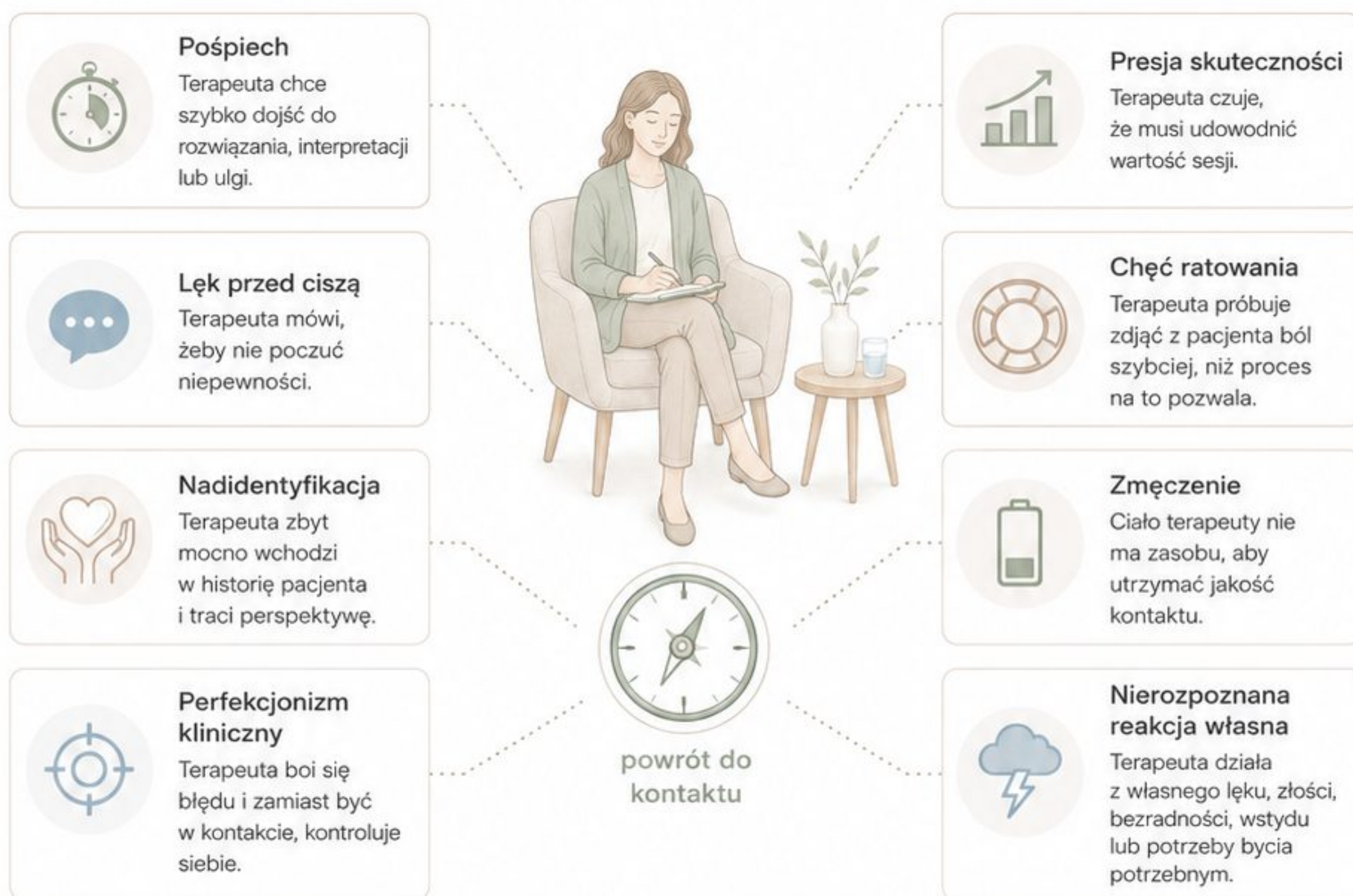
MINI-PRAKTYKA

W trakcie sesji zatrzymaj się wewnątrz na trzy sekundy i sprawdź: **ja** — **pacjent** — **relacja**.

“

Obecność kliniczna to zdolność trzymania trzech poziomów naraz, bez utraty kontaktu z żadnym z nich.

Co odciąga terapeuta od kontaktu?



PYTANIA DO REFLEKSJI

1 Co najczęściej wyciąga mnie z obecności?

.....

.....

2 Jak rozpoznaję to w ciele?

.....

.....

3 Jaki jest mój pierwszy automatyczny impuls?

.....

.....

4 Co pomaga mi wrócić?

.....

.....

“

*To, co przeszkadza w obecności,
staje się materiałem do rozwoju, gdy zostaje zauważone.*



Jak rozpocząć 7 dni praktyki?

- ☐ Wybieram 7 kolejnych dni praktyki lub 7 kolejnych dni pracy klinicznej.
- ☐ Nie traktuję wyzwania jako testu perfekcji.
- ☐ Każdego dnia skupiam się na jednym aspekcie obecności.
- ☐ Przed sesją ustawiam jedną krótką intencję.
- ☐ W trakcie sesji zauważam jeden konkretny sygnał.
- ☐ Po sesji zapisuję krótką refleksję.
- ☐ Nie analizuję siebie godzinami.
- ☐ Zwracam uwagę na ciało, kontakt, relację i własne impulsy.
- ☐ Jeśli się rozproszę, ćwiczę powrót, nie samokrytykę.
- ☐ Po 7 dniach tworzę osobistą mapę obecności klinicznej.



Codzienna struktura:



Przed sesją:
jedna intencja.



W trakcie sesji:
jedna obserwacja.



Po sesji:
jedna refleksja.



Na koniec dnia:
jeden wniosek.



Celem wyzwania nie jest idealna obecność. Celem jest szybszy, łagodniejszy i bardziej świadomy powrót do kontaktu.



Moja karta startowa – 7 dni obecności

	DZIEŃ 01	DZIEŃ 02	DZIEŃ 03	DZIEŃ 04	DZIEŃ 05	DZIEŃ 06	DZIEŃ 07
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intencja							
Obserwacja							
Refleksja							
Wniosek							

Dzień 01

Powrót do własnego ciała terapeuty

Nie możesz być w pełni z pacjentem,
jeśli całkowicie tracisz kontakt ze sobą.

Stopy

Oddech

Postawa



DZIEŃ
01

Dziś wracam do własnego ciała



INTENCJA NA DZIŚ

Dziś ćwiczę kontakt z własnym ciałem jako podstawą obecności klinicznej. Nie próbuję być idealnie spokojnym terapeutą. Zauważam, co dzieje się w moim ciele przed sesją, w trakcie sesji i po sesji. Moje ciało może stać się kompasem: pokazuje mi pośpiech, napięcie, lęk, zmęczenie, zaniepokojenie, poruszenie i momenty, w których tracę kontakt.



Przed sesją

- 1 Jak siedzę?
- 2 Gdzie w ciele czuję napięcie lub podparcie?
- 3 Czy mój oddech jest dostępny, czy kontrolowany?



W trakcie sesji

- 1 Czy nadal czuję stopy?
- 2 Czy oddycham, gdy pacjent mówi coś trudnego?
- 3 Czy moje ciało chce przyspieszyć, uratować, wycofać się lub przejąć kontrolę?



Po sesji

- 1 Co moje ciało niosło po tym spotkaniu?
- 2 Gdzie byłem/byłam obecny/obecna?
- 3 Gdzie straciłem/straciłam kontakt ze sobą?

“

Ciało terapeuty nie jest tłem pracy.
Jest częścią pola klinicznego.



Wejdź w sesję z własnego centrum.



1 Usiądź świadomie

Zauważ, że ciało siedzi na krześle.



2 Poczuj stopy

Sprawdź kontakt stóp z podłogą. Nie musisz nic zmieniać.



3 Zauważ oddech

Nie pogłębiaj oddechu na siłę. Zauważ, czy jest płytki, spokojny, szybki, zatrzymany czy neutralny.



4 Sprawdź twarz i szczękę

Czy twarz jest napięta, neutralna, zmęczona, gotowa, kontrolująca?



5 Zauważ impuls

Czy mam ochotę pomóc szybko, udowodnić skuteczność, uniknąć ciszy, być perfekcyjny/perfekcyjna?



6 Ustaw intencję

W tej sesji chcę być bardziej obecny/obecna niż doskonały/doskonała.



Wersja bardzo krótka:

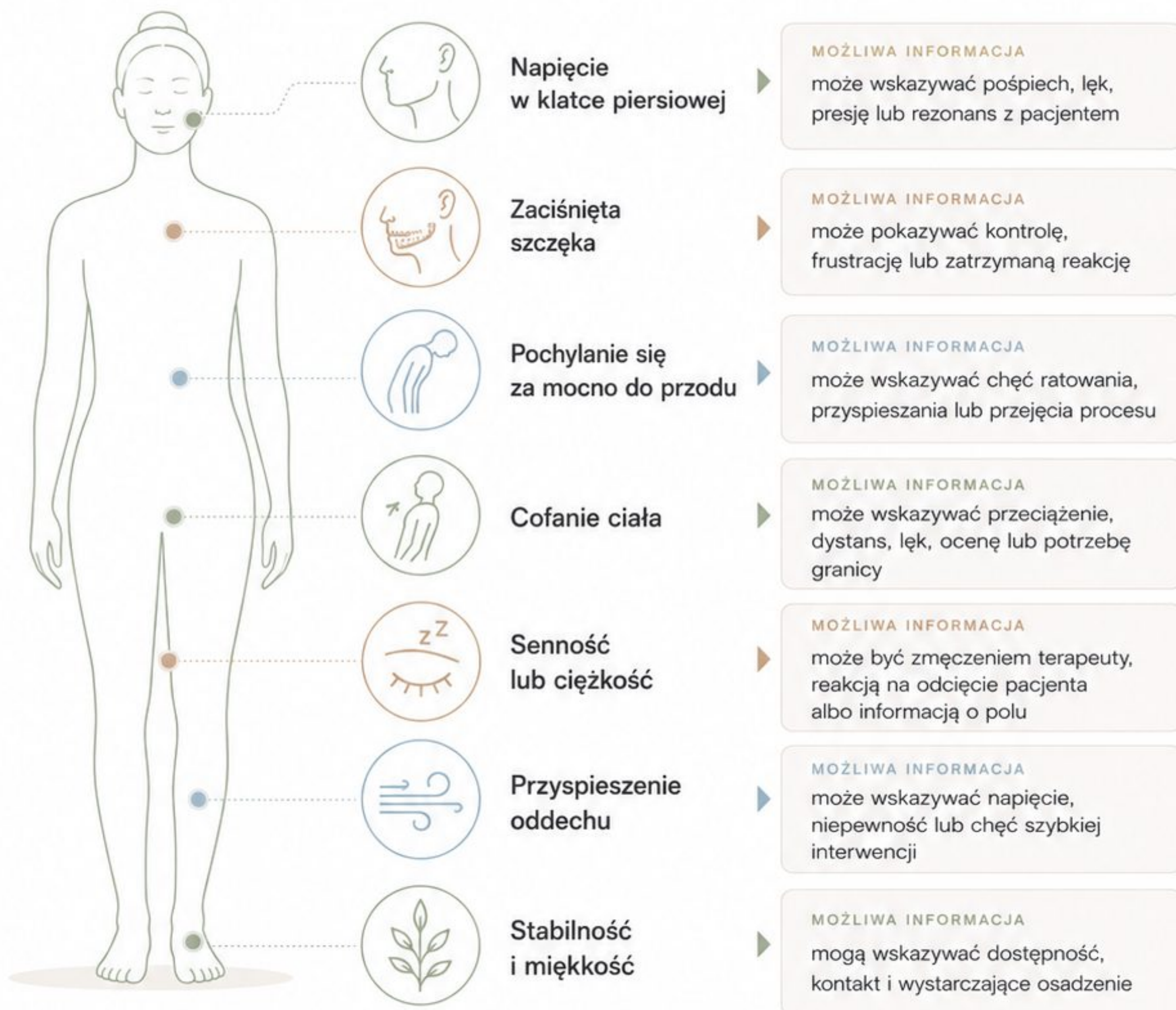
Stopy. Krzesło. Oddech. Twarz. Impuls. Intencja.

“

Jedna minuta przed sesją może zmienić jakość pierwszych dziesięciu minut kontaktu.



Co moje ciało mówi o procesie?



Pytania wewnętrzne terapeuty:

- ? Czy to jest moje, pacjenta, czy coś w relacji?
- ↔ Czy muszę działać, czy najpierw mogę zauważyć?
- ⏸ Czy moje ciało prosi o pauzę?
- 👣 Co się dzieje, jeśli wrócę do stóp?



“
Sygnał ciała terapeuty
jest informacją kliniczną,
ale wymaga sprawdzenia,
nie automatycznej
interpretacji.

Wracaj mało, często i dyskretnie



1

Stopy

Na sekundę poczuć kontakt stóp z podłogą.



2

Krzesło

Zauważyć ciężar ciała na siedzisku.



3

Wydech

Pozwolić na jeden naturalny, nieprzesadzony wydech.



4

Dłonie

Zauważyć kontakt dłoni z kolanami, notatnikiem lub oparciem.



5

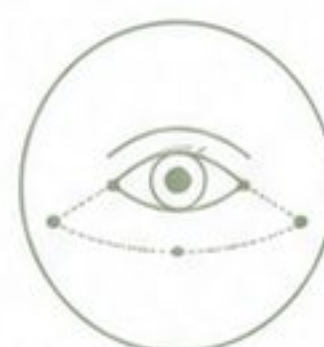
Szczeka

Sprawdzić, czy nie zaciska się z wysiłku.



Pauza przed odpowiedzią

Zostawić jedną sekundę między słowami pacjenta a własną interwencją.



7

Wzrok

Zobaczyć pacjenta i jednocześnie zauważyć przestrzeń pokoju.



8

Intencja

Wewnętrznie powiedzieć: wracam do kontaktu.



Nie rób z tego techniki pokazowej

Mikropowrót ma pomóc terapeutce odzyskać obecność, nie przenieść uwagi z pacjenta na wykonanie ćwiczenia.



“

Obecność często buduje się przez małe powroty, nie przez jeden wielki akt koncentracji.

Refleksja: moje ciało w pracy klinicznej



1 Przed sesją moje ciało było

- ☐ spokojne / ☐ napięte / ☐ zmęczone / ☐ pobudzone
☐ odcięte / ☐ obecne / ☐ inne: _____

2 Najbardziej zauważalny sygnał ciała

3 Moment, w którym straciłem/straciłam kontakt ze sobą

4 Moment, w którym wróciłem/wróciłam do siebie

5 Co pomogło mi wrócić?

- ☐ stopy / ☐ oddech / ☐ pauza / ☐ krzesło / ☐ dłonie / ☐ spojrzenie
☐ świadomość impulsu / ☐ inne: _____

6 Jak moje ciało wpływało na kontakt z pacjentem?

7 Jedna rzecz, którą chcę zabrać na jutro



Dziś zauważyłem/zauważyłam, że moja obecność zaczyna się od _____.



Refleksja po sesji ma być krótka i życzliwa.
Nie jest egzaminem z idealnej obecności.



Dzień 02

Słuchanie bez pośpiechu

Nie każda odpowiedź musi pojawić się natychmiast.

Pauza



Proces

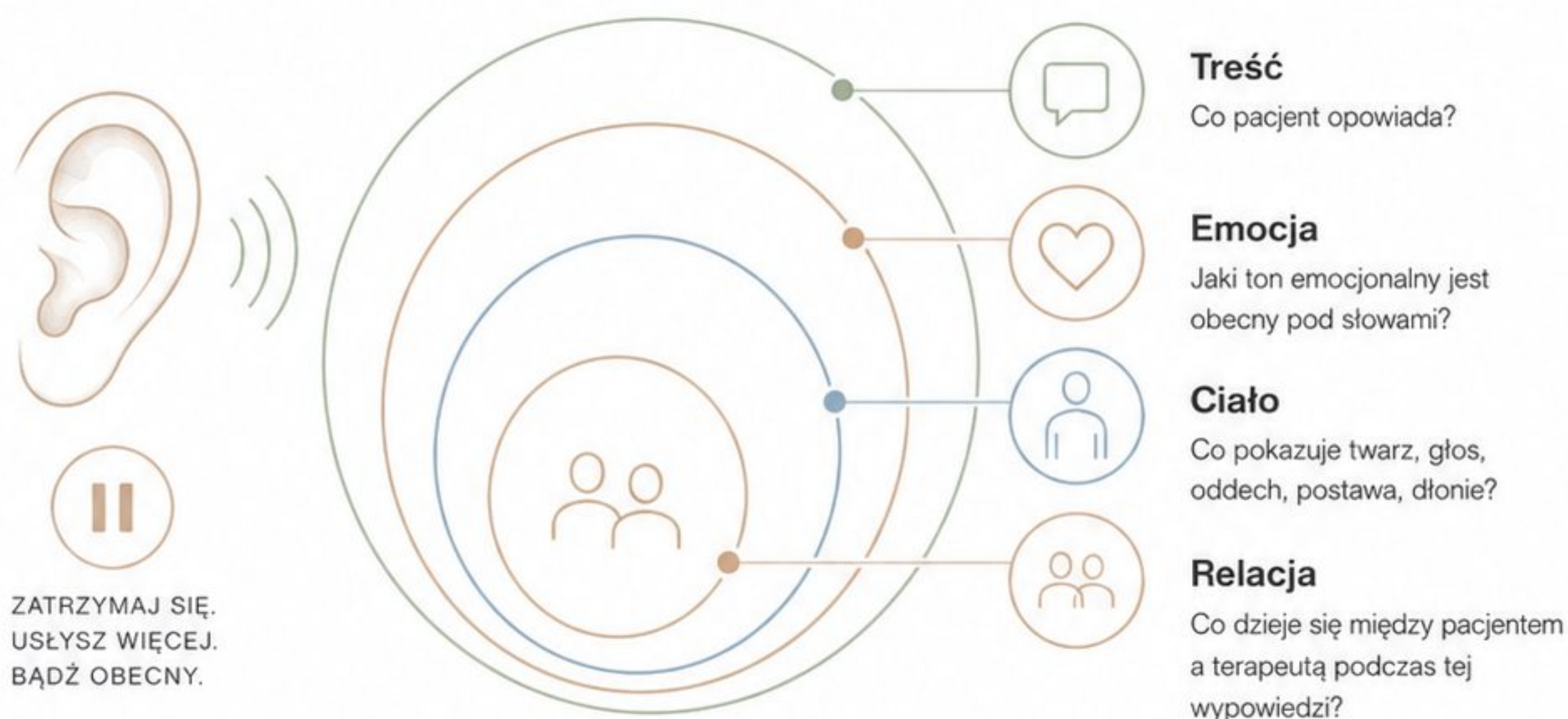


Słuchanie



Dziś słucham procesu, nie tylko słów.

Dziś ćwiczę słuchanie bez pośpiechu. Nie szukam natychmiast najlepszej interwencji. Słucham tego, co pacjent mówi, ale także tego, jak mówi, czego unika, gdzie zwalnia, gdzie przyspiesza, gdzie pojawia się emocja, a gdzie kontakt się oddala. Moje zadanie nie polega na szybkim odpowiadaniu, ale na tym, aby być wystarczająco obecnym, by usłyszeć proces.



Pytania dnia:

- ? Czy słucham, czy już przygotowuję odpowiedź?
- ? Czy moja interwencja wynika z procesu, czy z mojego pośpiechu?
- ? Co zmieniło się w pacjencie, kiedy zaczął mówić o tym temacie?
- ? Czego nie chcę usłyszeć, bo jest to dla mnie trudne?

“



Słuchanie kliniczne to nie tylko odbieranie informacji.
To obecność przy żywym procesie.

Zostaw jedną sekundę przestrzeni



1 Usłysz koniec wypowiedzi pacjenta

Nie wchodź w słowo i nie kończ zdania za pacjenta.



2 Zostaw jedną sekundę

Niech między pacjentem a interwencją pojawi się mała przestrzeń.



3 Sprawdź ciało

Czy czuję pośpiech, napięcie, chęć ratowania, pustkę, ciekawość czy kontakt?



4 Sprawdź intencję

Czy chcę odpowiedzieć, żeby pogłębić kontakt, czy żeby zmniejszyć własne napięcie?



5 Wybierz prostą odpowiedź

Czasem wystarczy: »zatrzymajmy się przy tym«, »co Pan/Pani czuje teraz?«, »to brzmi ważnie«.



6 Zauważ efekt

Czy pauza pogłębiła kontakt, zwiększyła napięcie, otworzyła emocję czy pokazała coś nowego?



Trzy zdania wspierające pauzę:



Zostańmy przy tym chwilę.



Potrzebuję sekundy, żeby to dobrze usłyszeć.



Nie chcę odpowiedzieć za szybko.



Pauza nie jest brakiem kompetencji.
Jest przestrzenią, w której może pojawić się trafniejsza odpowiedź.



Jakie słowo prosi o zatrzymanie?

Słuchaj słów, które niosą największy ładunek znaczenia.
To one często prowadzą do sedna doświadczenia pacjenta.



Interwencje:

- Powiedział/Powiedziała Pan/Pani słowo »_____«. Zatrzymajmy się przy nim.
- Co to słowo robi w ciele?
- Czy to słowo jest znane z innych sytuacji?
- Jakie emocje są najbliższe tego słowa?



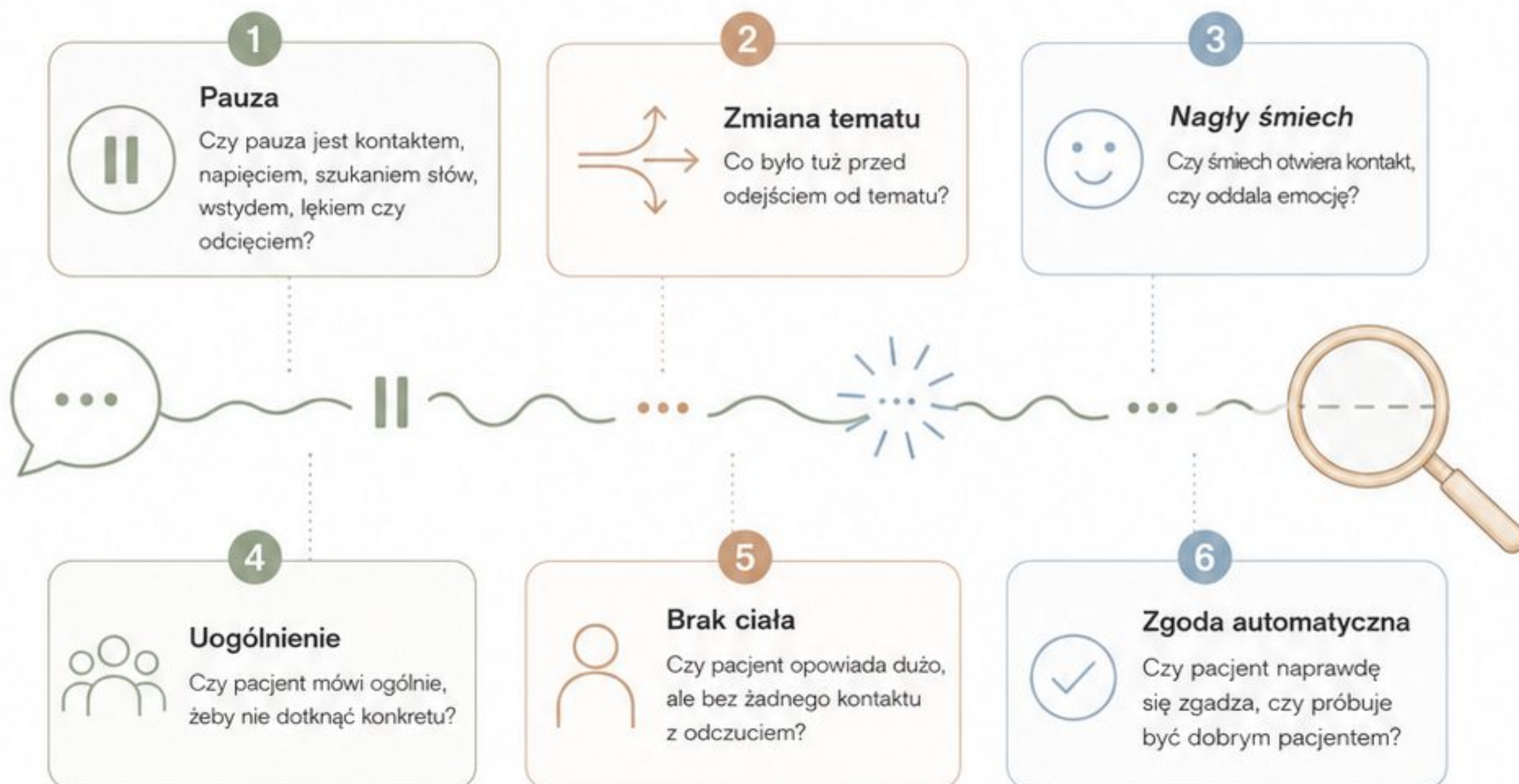
“

Jedno słowo pacjenta może być wejściem do całego procesu.

Co jest obecne w milczeniu, pominięciu lub zmianie tematu?

Słuchanie kliniczne obejmuje nie tylko słowa pacjenta, ale także to, czego pacjent nie mówi: zatrzymania, pauzy, omijane tematy, nagłe żarty, intelektualizację, skrócenie wypowiedzi lub utratę kontaktu z emocją.

Mapa uważności: czego słuchać między słowami



Pytania terapeutyczne:

- ? Zauważyłem/zauważyłam, że w tym miejscu pojawiła się pauza. Co się wtedy wydarzyło?
- ? Czy coś zostało pominięte, bo było zbyt trudne?
- ? Czy możemy sprawdzić, co było tuż przed zmianą tematu?
- ? Czy to milczenie jest bardziej spokojem, wstydem, lękiem czy brakiem słów?



Czasem najważniejsza część procesu pojawia się dokładnie tam, gdzie pacjent przestaje mówić.

Refleksja: jak dziś słuchałem/słuchałam?

Ta strona zamyka drugi dzień wyzwania i pomaga terapeutcie ocenić jakość słuchania bez pośpiechu. Celem jest zauważenie własnych reakcji, momentów pośpiechu, pauz i tego, co zostało naprawdę usłyszane.



1 Moment, w którym słuchałem/słuchałam najpełniej

.....



2 Moment, w którym zacząłem/zaczęłam przygotowywać odpowiedź zamiast słuchać

.....



3 Jedno słowo pacjenta, które było ważne

.....



4 Jedna pauza, która coś pokazała

.....



5 Co było pod treścią wypowiedzi?

☐ lęk / ☐ wstyd / ☐ złość / ☐ smutek / ☐ potrzeba / ☐ granica /
☐ odcięcie / ☐ nadzieja / ☐ inne:



6 Jak moje ciało reagowało, gdy słuchałem/słuchałam?

.....



7 Czy moja interwencja wynikała z kontaktu czy z pośpiechu?

.....



8 Jedna rzecz do zabrania na jutro

.....



Dziś odkryłem/odkryłam, że słuchanie bez pośpiechu oznacza dla mnie



Słuchanie kliniczne pogłębia się wtedy,
gdy terapeuta zauważa także własny pośpiech.



Dzień 03

Kontakt wzrokowy, głos i rytm

Obecność kliniczna jest słyszana i widziana, zanim zostanie zrozumiana.

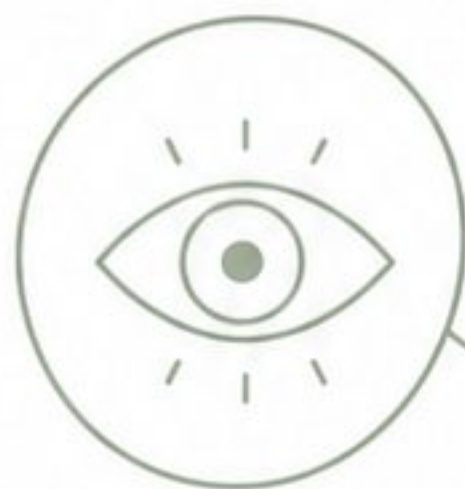
Spojrzenie



Głos



Rytm



Dziś zauważam, jak jestem w kontakcie

Dziś ćwiczę uważność na to, jak jestem obecny/obecna przez spojrzenie, głos i rytm. Nie chodzi o sztuczne kontrolowanie siebie ani o perfekcyjny ton. Chodzi o zauważanie, czy mój sposób patrzenia, mówienia i reagowania pomaga pacjentowi pozostać w kontakcie, czy wprowadza pośpiech, napięcie, dystans albo presję.



Kontakt wzrokowy

Czy moje spojrzenie jest dostępne, natarczywe, unikające, zmęczone, oceniające, ciepłe, zbyt intensywne?



Głos

Czy mówię zbyt szybko, zbyt cicho, zbyt technicznie, zbyt uspokajająco, zbyt kontrolująco, z żywym kontaktem?



Rytm

Czy zostawiam przestrzeń na odpowiedź, czy przyspieszam proces? Czy potrafię podążać za rytmem pacjenta?

Pytania dnia:

-  Jak mój głos wpływa na pacjenta?
-  Czy moje spojrzenie daje kontakt czy presję?
-  Czy moje tempo służy procesowi?
-  Czy potrafię zwolnić, gdy pacjent zbliża się do czegoś ważnego?

“



Terapeuta komunikuje obecność nie tylko treścią interwencji, ale całym sposobem bycia.

Patrz tak, aby kontakt mógł oddychać

Kontakt wzrokowy powinien być zaproszeniem, nie wymogiem. Zbyt intensywny może zwiększać wstyd, napięcie i poczucie bycia ocenianym. Zbyt duże unikanie może osłabiać kontakt i poczucie bycia spotkanym. Kluczem jest elastyczność, uważność i dopasowanie do pacjenta oraz tematu.

Kontakt wzrokowy wspiera, gdy

- ✓ jest elastyczny
- ✓ daje pacjentowi przestrzeń
- ✓ nie wymusza odpowiedzi
- ✓ jest połączony z miękkim tonem głosu
- ✓ pozwala pacjentowi odwrócić wzrok
- ✓ uwzględnia temat, wstyd, traumę i różnice indywidualne
- ✓ jest obecny, ale nie dominujący

Kontakt wzrokowy może obciążać, gdy

- ✗ jest zbyt intensywny
- ✗ terapeuta patrzy bez przerwy
- ✗ pacjent czuje się obserwowany zamiast spotkany
- ✗ spojrzenie ma w sobie presję odpowiedzi
- ✗ terapeuta używa wzroku do kontroli procesu
- ✗ pacjent nie ma przestrzeni, by patrzeć gdzie indziej
- ✗ temat jest bardzo zawstydzający lub delikatny

Gotowe zdania terapeutyczne:

- Może Pan/Pani patrzeć tam, gdzie jest wygodniej.
- Nie musi Pan/Pani utrzymywać ze mną kontaktu wzrokowego.
- Możemy zostać w kontakcie także wtedy, gdy patrzy Pan/Pani w bok.



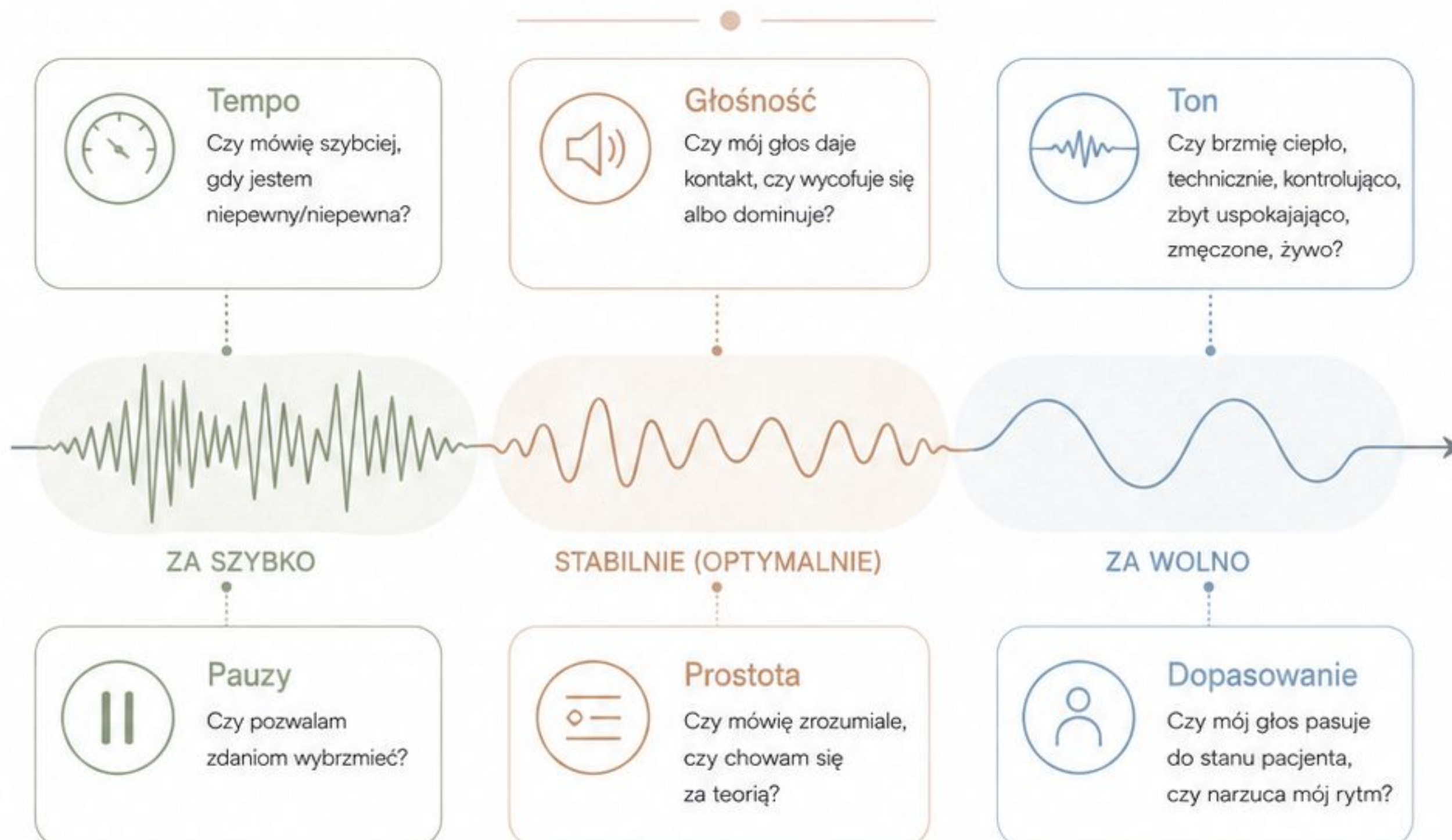
“

Dobry kontakt wzrokowy nie zamyka pacjenta w spojrzeniu terapeuty. Daje możliwość kontaktu i wolność regulacji.



Twój głos może zwalniać lub przyspieszać proces

Twój głos ma realny wpływ na poczucie bezpieczeństwa pacjenta, tempo sesji, jakość kontaktu i regulację emocji. Nie chodzi o sztucznie spokojny ton, ale o rozpoznawanie momentów, w których głos niesie presję, lęk, pośpiech, dystans lub stabilność.



Ćwiczenie w sesji:

Przed ważną interwencją sprawdź: czy mogę powiedzieć to wolniej, prościej i z większym kontaktem?

Przykłady zdań:



Zatrzymajmy się tutaj.



To brzmi ważne.



Nie musimy się spieszyć.



Sprawdźmy, co dzieje się teraz.

“



Głos terapeuty nie ma usypiać procesu. Ma wspierać kontakt.

Czy podążasz za procesem, czy go wyprzedzasz?

Rytm terapeutyczny to sposób, w jaki sesja oddycha. To przestrzeń na słowo, ciszę, interwencję, ciało i domknięcie. Obecny terapeuta nie narzuca sztywnego rytmu, lecz współtworzy go uważnie i świadomie.

MAPA RYTMU SESJI



OŚ RYTMU SESJI



Pytania terapeutyczne:

- ? Czy to jest moment na pytanie, czy na pauzę?
- ? Czy interwencja przyspieszy kontakt, czy go pogłębi?
- ? Czy pacjent potrzebuje więcej przestrzeni, czy więcej struktury?
- ? Czy jesteśmy w rytmie procesu, czy w rytmie mojego lęku?

KOMPAS TEMPA KONTAKTU



“

Dobre tempo nie oznacza wolno.
Oznacza adekwatnie do kontaktu, bezpieczeństwa i procesu.



Refleksja: mój sposób bycia w kontakcie

Ta strona zamyka dzień trzeci i pomaga Ci ocenić, jak Twój kontakt wzrokowy, głos i rytm wpłynęły na jakość sesji.



1 Mój kontakt wzrokowy był dziś

- ☐ elastyczny / ☐ intensywny / ☐ unikający / ☐ zmęczony / ☐ ciepły /
☐ kontrolujący / ☐ świadomy / ☐ inne: _____



2 Mój głos był dziś

- ☐ spokojny / ☐ szybki / ☐ cichy / ☐ techniczny / ☐ żywy / ☐ zmęczony /
☐ zbyt uspokajający / ☐ inne: _____



3 Moje tempo w sesji było

- ☐ adekwatne / ☐ za szybkie / ☐ za wolne / ☐ nierówne /
☐ zależne od napięcia / ☐ inne: _____

4 Moment, w którym głos lub spojrzenie pomogły kontaktowi

5 Moment, w którym mogłem/mogłam dać więcej przestrzeni

6 Czy mój rytm wynikał z procesu, czy z mojego napięcia?

7 Jedno zdanie, które chcę mówić wolniej i prościej

8 Jedna rzecz do zabrania na jutro



Dziś zauważyłem/zauważyłam, że mój sposób kontaktu wpływa na _____.



Kontakt wzrokowy, głos i rytm są interwencjami, nawet jeśli terapeuta nie nazywa ich technikami.



Dzień 04

Praca z ciszą i niepewnością

Nie każdą ciszę trzeba wypełnić. Nie każdą niepewność trzeba natychmiast rozwiązać.

Cisza

Niewiedza

Zaufanie



Dziś nie uciekam od ciszy

Dziś ćwiczę pozostawanie obecnym/obecną w ciszy i niepewności. Nie traktuję ciszy automatycznie jako problemu. Sprawdzam, czy cisza jest miejscem kontaktu, emocji, regulacji, integracji, oporu, wstydu, przeciążenia czy braku słów. Uczę się nie wypełniać każdej przerwy tylko po to, aby zmniejszyć własne napięcie.



Pytania dnia:

-  Czy ta cisza należy do pacjenta, do mnie, czy do relacji?
.....
-  Czy chcę mówić, bo to potrzebne, czy bo nie wytrzymuję?
.....
-  Czy cisza pogłębia kontakt, czy zwiększa odcięcie?
.....
-  Jak mogę nazwać ciszę bez presji?

“



Cisza nie zawsze jest pusta.
Czasem jest najbardziej aktywną częścią sesji.



Zanim coś powiesz, sprawdź, czy cisza nadal pracuje

To ćwiczenie pomaga terapeutce nie przerywać ciszy zbyt szybko. Trzy naturalne oddechy dają czas, aby rozpoznać, czy cisza służy kontaktowi, czy wymaga łagodnej interwencji.

1. 

Zauważ ciszę

Nie zakładaj od razu, że trzeba ją wypełnić.

2. 

Pierwszy oddech

Sprawdź własne ciało: czy pojawia się napięcie, pośpiech, niepewność, lęk przed błędem?

3. 

Drugi oddech

Sprawdź pacjenta: czy jest w kontakcie, odcięciu, emocji, zamrożeniu, refleksji?

4. 

Trzeci oddech

Sprawdź relację: czy cisza nas zbliża, oddala, napina, pogłębia, zatrzymuje?

5. 

Wybierz odpowiedź

Zostań w ciszy, nazwij ciszę, zapytaj o doświadczenie albo zaproponuj regulację.

6. 

Nie rób z ciszy testu

Jeśli pacjent jest przeciążony, nie przedłużaj ciszy dla idei.



Przykłady interwencji:



Zauważam, że zrobiła się cisza.
Co się teraz dzieje?



Mam wrażenie, że to miejsce
jest ważne.



Możemy zostać przy tej ciszy
jeszcze chwilę.



Czy ta cisza jest bardziej pomocna,
czy trudna?

“



Cisza potrzebuje obecności, nie kontroli.



Nie muszę wiedzieć od razu

Niepewność terapeutyczna jest naturalną częścią pracy klinicznej. Obecność nie polega na ukrywaniu każdej niepewności, lecz na tym, aby nie działać z niej automatycznie. Czasem proste, odpowiedzialne nazwanie niewiedzy może pogłębić kontakt.



01

Zauważ wewnętrznie

- Nie wiem, co powiedzieć.
- Czuję presję, aby odpowiedzieć.
- Chcę znaleźć rozwiązanie za szybko.
- Boję się, że cisza oznacza porażkę.



02

Ureguluj siebie

- Poczuj stopy.
- Zwolnij wydech.
- Zauważ krzesło.
- Nie odpowiadaj natychmiast z napięcia.



03

Nazwij klinicznie, jeśli to służy procesowi

- Potrzebuję chwili, żeby dobrze usłyszeć, co Pan/Pani powiedział/powiedziała.
- Nie chcę odpowiedzieć za szybko.
- Zatrzymajmy się, bo to wydaje się ważne.
- Nie jestem pewien/pewna, czy teraz potrzebne jest pytanie, czy chwila ciszy. Sprawdźmy.



Czego unikać

- ✗ Nie przerzucaj na pacjenta ciężaru swojej niepewności.
- ✗ Nie używaj niewiedzy jako ucieczki od odpowiedzialności.
- ✗ Nie udawaj pewności, gdy działasz z lęku.
- ✗ Nie wypełniaj przestrzeni teorią, jeśli potrzebna jest obecność.

“

Odpowiedzialna
niepewność może być
bardziej terapeutyczna
niż szybka, pozorna
pewność.



Pozwól doświadczeniu się ułożyć

Po ważnym zdaniu, emocji, odkryciu lub kontakcie z ciałem pacjent może potrzebować ciszy, aby doświadczenie mogło zostać zintegrowane. Terapeuta obecny nie spieszy się z kolejnym pytaniem tylko dlatego, że pojawiła się przestrzeń.



Po ważnym zdaniu

Pacjent powiedział coś prawdziwego i potrzebuje chwili, aby to usłyszeć.



Po emocji

Placz, złość, wstyd lub ulga potrzebują czasu, aby opaść i znaleźć znaczenie.



Po kontakcie z ciałem

Ciało może pokazywać zmianę, której nie trzeba natychmiast tłumaczyć.



Po interwencji terapeuty

Jeśli interwencja dotknęła procesu, pacjent może potrzebować milczenia, aby ją sprawdzić.



Po nowym wyborze

Nowa możliwość może budzić nadzieję i lęk jednocześnie.



Po nazwaniu relacji

Kiedy coś dzieje się między terapeutą a pacjentem, cisza może pozwolić temu wybrzmieć.



Pytania terapeutyczne:

-  Czy ta cisza coś układa?
-  Czy pacjent jest obecny w ciszy?
-  Czy potrzebna jest moja interwencja, czy moja obecność?
-  Co się zmienia w ciele pacjenta, kiedy nie przyspieszamy?

“



Nie każda cisza czeka na pytanie.
Niektóre cisze potrzebują świadka.



Refleksja: moja relacja z ciszą

Ta strona zamyka czwarty dzień wyzwania i pomaga terapeutcie zapisać, jak doświadczał ciszy, niepewności, pauzy i własnej potrzeby interwencji.



1 Najważniejsza cisza dzisiejszej sesji

.....

2 Ten rodzaj ciszy był najbliższy

- ☐ cisza kontaktu
 ☐ cisza obronna
 ☐ cisza przeciążenia
 ☐ cisza integracji
 ☐ nie wiem
☐ inna:

3 Moja pierwsza reakcja na ciszę

- ☐ spokój
 ☐ napięcie
 ☐ pośpiech
 ☐ ciekawość
 ☐ lęk
 ☐ chęć mówienia
☐ niepewność
☐ inne:

4 Co zrobiłem/zrobiłam z tą reakcją?

.....

5 Czy przerwałem/przerwałam ciszę z procesu czy z własnego napięcia?

.....

6 Co cisza pokazała o pacjencie?

.....

7 Co cisza pokazała o mnie jako terapeutcie?

.....

8 Jedna rzecz do zabrania na jutro

.....



Dziś odkryłem/odkryłam, że cisza w sesji może



Relacja terapeuty z ciszą wpływa na to, czy pacjent może zostać przy własnym doświadczeniu.



Dzień 05

Rozpoznawanie własnych reakcji terapeuty

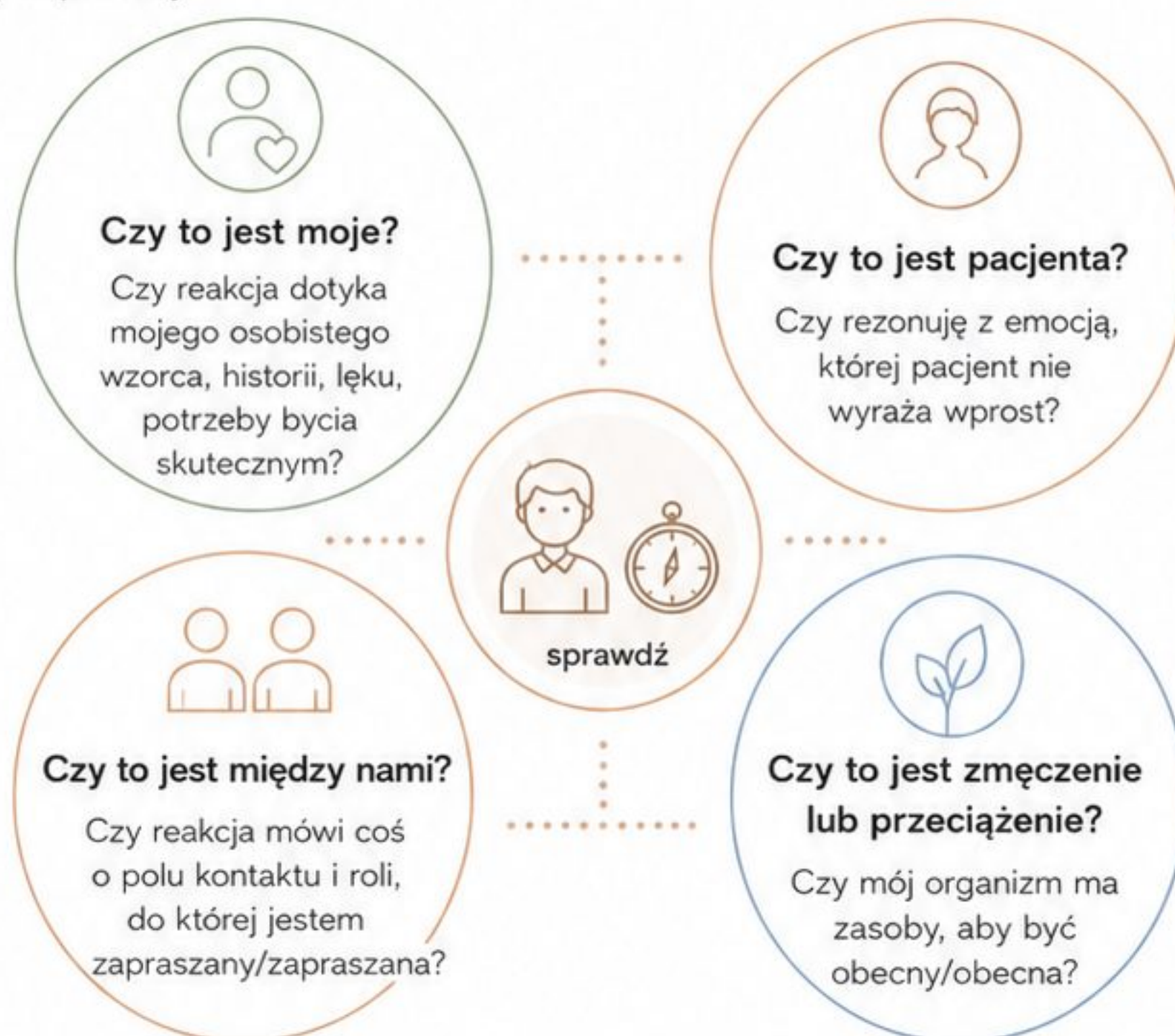
Twoja reakcja może być informacją kliniczną,
jeśli ją zauważysz, zanim zaczniesz z niej działać.

Reakcja • Impuls • Świadomość



Dziś zauważam własne reakcje, zanim z nich zadziałam

Dziś ćwiczę rozpoznawanie własnych reakcji w sesji. Nie oceniam ich automatycznie jako złych ani nie traktuję ich od razu jako prawdy o pacjencie. Zauważam, że moja reakcja może mieć różne źródła: może należeć do mojego osobistego tematu, może być odpowiedzią na proces pacjenta, może być informacją o relacji albo sygnałem zmęczenia, przeciążenia lub potrzeby superwizji.



Pytania dnia:

- ❓ Jaki impuls pojawił się we mnie najmocniej?
- ❓ Czy chciałem/chciałam ratować, kontrolować, wycofać się, przekonywać, pocieszać?
- ❓ Co zrobiłem/zrobiłam z tym impulsem?
- ❓ Czy potrzebuję superwizji, odpoczynku lub dodatkowej refleksji?

“

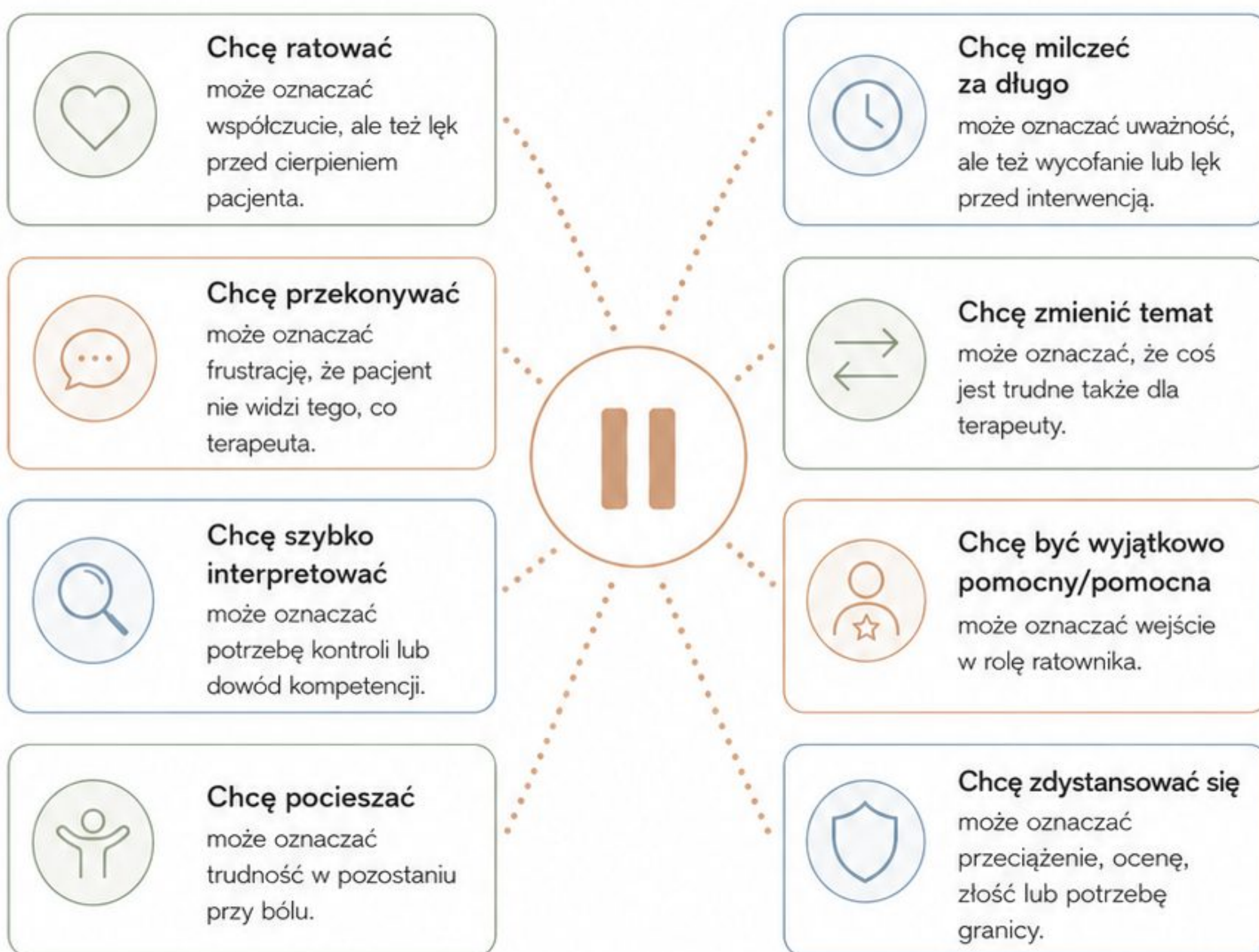


Reakcja terapeuty staje się użyteczna dopiero wtedy, gdy nie jest natychmiast mylona z faktem.



Co chcę zrobić, zanim to zrobię?

Terapeuta może mieć wiele impulsów w trakcie sesji. Niektóre są trafne klinicznie, inne wynikają z napięcia, lęku, frustracji, potrzeby kontroli lub chęci bycia potrzebnym. Ta strona pomaga zatrzymać impuls i sprawdzić jego źródło.



Trzy pytania przed działaniem:

- 1 Czy ten impuls służy pacjentowi, procesowi czy mojej regulacji?
- 2 Co się stanie, jeśli poczekam trzy sekundy?
- 3 Jaka interwencja byłaby prostsza i bardziej kontaktowa?

“

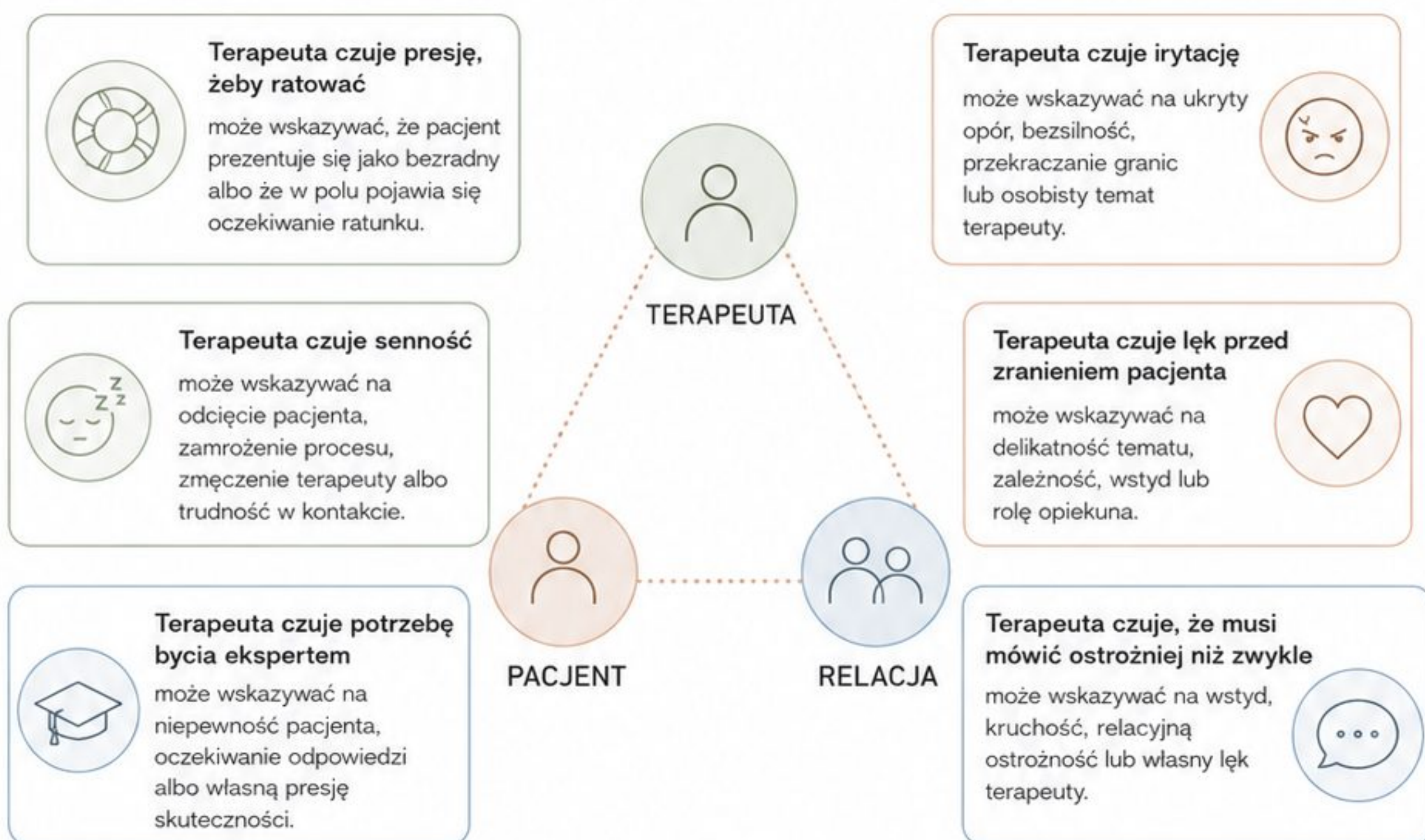


Nie każdy impuls wymaga działania.
Niektóre wymagają zauważenia.



Co moja reakcja mówi o polu kontaktu?

Czasem reakcja terapeuty nie jest tylko osobista. Może wskazywać na wzorzec relacyjny pacjenta, niewypowiedzianą emocję, zaproszenie do konkretnej roli albo napięcie w kontakcie terapeutycznym.



Pytania refleksyjne:

- ? Czy ta reakcja pojawia się często z tym pacjentem?
- ? Czy inne osoby w życiu pacjenta mogą czuć coś podobnego?
- ? Czy jestem zapraszany/zapraszana do znanej roli?
- ? Czy warto wnieść to do supervizji?

“



Reakcja terapeuty nie jest dowodem
prawdy o pacjencie.
Jest hipotezą do sprawdzenia.



Nie wszystko trzeba rozwiązywać samotnie

Obecność kliniczna obejmuje także świadomość własnych ograniczeń. Jeśli reakcje terapeuty są silne, powtarzalne, wciągające lub trudne do odróżnienia od procesu pacjenta, potrzebna może być superwizja, konsultacja lub praca własna.

Wnieś temat do superwizji, gdy

- | | |
|---|--|
| ☐ ciągle czujesz silną frustrację wobec pacjenta | ☐ tracisz jasność granic |
| ☐ masz poczucie, że musisz pacjenta ratować | ☐ myślisz o pacjencie nadmiernie poza sesją |
| ☐ boisz się powiedzieć coś ważnego | ☐ czujesz pociąg, złość, wstyd, lęk lub bezradność, które trudno pomieścić |
| ☐ unikasz konkretnych tematów | ☐ nie wiesz, czy Twoja reakcja jest osobista, relacyjna czy kliniczna |
| ☐ idealizujesz pacjenta lub czujesz się wyjątkowo potrzebny/potrzebna | ☐ czujesz, że działasz automatycznie |
| ☐ czujesz, że pacjent Cię testuje, kontroluje lub atakuje | ☐ po sesjach regularnie czujesz ciężar, którego nie rozumiesz |



Zdanie do superwizji

Chcę przyrzeć się mojej reakcji na pacjenta, bo zauważam _____
i nie jestem pewien/pewna, czy to moje, pacjenta, czy coś w relacji.



REFLEKSJA



KIERUNEK



RELACJA

“



Superwizja nie jest dowodem braku kompetencji.
Jest elementem odpowiedzialnej obecności klinicznej.



Refleksja: moje reakcje w sesji

Ta strona zamyka piąty dzień wyzwania i pomaga terapeutce zapisać własne reakcje w sposób kliniczny, bez samokrytyki i bez automatycznego przenoszenia ich na pacjenta.



1 Najsilniejsza reakcja, którą dziś zauważyłem/zauważyłam

.....



2 Ta reakcja była w ciele jako

.....



3 Mój pierwszy impuls

☐ ratować ☐ przekonywać ☐ interpretować ☐ pocieszać ☐ milczeć
☐ wycofać się ☐ kontrolować ☐ zmienić temat ☐ inne:



4 Co zrobiłem/zrobiłam z tym impulsem?

.....



5 Możliwe źródło reakcji

☐ moje ☐ pacjenta ☐ relacja ☐ zmęczenie ☐ nie wiem ☐ wymaga supervizji



6 Czy reakcja pomogła mi zrozumieć proces?

.....



7 Czy coś wymaga supervizji?

.....



8 Jedna rzecz do zabrania na jutro

.....

“

Dziś zauważyłem/zauważyłam, że moja reakcja może być

”



“

Świadomość reakcji terapeuty
chroni pacjenta przed automatycznym
działaniem terapeuty.

”



Dzień 06

Granice, tempo i bezpieczeństwo kontaktu

Obecność kliniczna potrzebuje ciepła,
ale także jasnych granic.

Granica • Tempo • Bezpieczeństwo



granica



tempo



bezpieczeństwo

Dziś ćwiczę obecność z granicą

Dziś ćwiczę obecność kliniczną, która ma jednocześnie kontakt i granicę. Zauważam, czy moja chęć pomocy nie prowadzi mnie do przyspieszania, ratowania, przedłużania, nadmiernego wyjaśniania lub rezygnacji z jasnej ramy. Obecność nie oznacza braku granic. Oznacza, że potrafię być dostępny/dostępna w sposób odpowiedzialny, osadzony i bezpieczny.



Pytania dnia:



Czy moja obecność ma dziś jasną ramę?



Czy mówię »nie« wtedy, gdy jest to klinicznie potrzebne?



Czy przyspieszam, bo proces tego potrzebuje, czy bo ja nie wytrzymuję napięcia?



Czy zostawiam pacjentowi jego odpowiedzialność w sposób wspierający, nie oskarżający?



„ Granica nie zmniejsza obecności. Dobra granica sprawia, że obecność staje się bezpieczniejsza. ”



Obecność obejmuje także koniec spotkania

Terapeuta może być bardzo obecny w środku sesji, a jednocześnie tracić ramę przy końcu. Dbanie o czas i domknięcie sesji jest elementem bezpieczeństwa klinicznego, szczególnie gdy pojawiły się silne emocje, ciało, opór lub głębokie wglądy.



1.

Zauważ czas wcześniej

Nie czekaj do ostatniej minuty. Sprawdź czas około 10-15 minut przed końcem.

2.

Nazwij przejście

Mamy jeszcze kilka minut, więc chciałbym/chciałabym pomóc domknąć to, co dziś się otworzyło.

3.

Nie otwieraj nowego głębokiego tematu

Jeśli pojawia się coś ważnego na końcu, nazwij to i zaplanuj powrót.

4.

Sprawdź ciało pacjenta

Z czym ciało kończy tę sesję?

5.

Nazwij najważniejszy punkt

Co dziś było najważniejsze do zobaczenia?

6.

Ustal mały krok lub obserwację

Do czego pacjent może wrócić między sesjami?

7.

Zamknij ramę

Na dziś zatrzymamy się tutaj i wrócimy do tego w kolejnym spotkaniu.



Gotowe zdania terapeuty:

- To jest ważne i nie chcę otwierać tego zbyt szybko na sam koniec.
- Zapiszmy to jako temat do powrotu.
- Sprawdźmy, co jest potrzebne, żeby wyjść z sesji bardziej stabilnie.



“ Domknięcie nie jest formalnością.
Jest częścią opieki klinicznej nad procesem. ”



Idź tak głęboko, jak kontakt może pomieścić

Obecność kliniczna wymaga dostosowania tempa do pacjenta, tematu, ciała, relacji i poziomu bezpieczeństwa. Głębokość pracy nie jest wartością samą w sobie. Zbyt szybkie pogłębianie może zwiększyć odcięcie, opór, wstyd lub zalanie emocjonalne.



1 Zwolnij, gdy

- ☐ pacjent traci kontakt z ciałem
- ☐ pojawia się długie odcięcie lub pustka
- ☐ pacjent mówi »nie wiem« w sposób zamrożony
- ☐ emocja rośnie szybciej niż zdolność do jej utrzymania
- ☐ pacjent zgadza się automatycznie bez kontaktu
- ☐ pojawia się silny wstyd lub potrzeba ukrycia się
- ☐ terapeuta czuje presję, żeby szybko pomóc
- ☐ temat dotyczy traumy, przemocy, straty lub silnego lęku
- ☐ pacjent przestaje słyszeć interwencje
- ☐ relacja terapeutyczna nie ma jeszcze wystarczającej stabilności



2 Możesz pogłębiać, gdy

- ☐ pacjent ma kontakt z tu i teraz
- ☐ może powiedzieć stop
- ☐ ciało pozostaje choć trochę dostępne
- ☐ emocja jest obecna, ale nie całkowicie zalewająca
- ☐ pacjent rozumie cel pracy
- ☐ jest zgoda na dalsze badanie tematu
- ☐ terapeuta ma wystarczającą stabilność i czas na domknięcie



“

*Tempo jest interwencją kliniczną.
Zbyt szybko może być naruszeniem,
zbyt wolno może być unikaniem.*

”



Nie bierz więcej niż należy do terapeuty

Obecność kliniczna obejmuje jasne rozróżnienie odpowiedzialności. Terapeuta odpowiada za ramę, jakość kontaktu, etykę, interwencje, bezpieczeństwo i refleksję kliniczną.

Pacjent zachowuje własną podmiotowość, tempo, wybór, granice i odpowiedzialność za swoje życie w możliwym zakresie.



Odpowiedzialność terapeuty



utrzymać ramę sesji



dbać o bezpieczeństwo i granice



proponować interwencje zgodne z procesem



sprawdzać zgodę pacjenta



rozpoznawać własne reakcje



korzystać z superwizji, gdy potrzeba



domykać sesję odpowiedzialnie



nie działać z potrzeby ratowania



Odpowiedzialność pacjenta



mówić, jeśli coś jest za dużo lub nie pasuje



odkrywać własne doświadczenie w możliwym tempie



podejmować decyzje poza gabinetem



zauważać własne granice



sprawdzać, co jest prawdziwe dla niego



brać udział w procesie na miarę gotowości



obserwować wzorce między sesjami



wnosić ważne tematy do pracy

Gotowe zdania terapeuty:



Mogę Panu/Pani towarzyszyć w sprawdzaniu wyboru, ale nie mogę wybrać za Pana/Panią.



Moim zadaniem jest dbać o ramę i proces. Pana/Pani tempo i zgoda są ważne.



Nie musimy robić tego szybciej, niż jest bezpiecznie.



“ Ratowanie odbiera pacjentowi wpływ.
Obecność wspiera pacjenta
w odzyskiwaniu wpływu. ”



Refleksja: moja obecność z granicą

Ta strona zamyka szósty dzień wyzwania i pomaga terapeutę ocenić, jak pracował z granicami, tempem, odpowiedzialnością i bezpieczeństwem kontaktu.



1 Dziś moja granica czasu była

☐ jasna ☐ zbyt luźna ☐ zbyt sztywna ☐ świadoma ☐ trudna ☐ inna: _____



2 Moment, w którym zadbałem/zadbałam o domknięcie

.....



3 Moment, w którym mogłem/mogłam zwolnić tempo

.....



4 Czy przejmowałem/przejmowałam za dużo odpowiedzialności?

.....



5 Czy zostawiłem/zostawiłam pacjentowi wpływ?

.....



6 Jedna sytuacja, w której granica zwiększyła bezpieczeństwo

.....



7 Jedna sytuacja, w której bałem/bałam się postawić granicę

.....



8 Co chcę praktykować dalej?

.....

“

Dziś zauważyłem/zauważyłam, że obecność z granicą oznacza _____.

”



“

Granice terapeuty są częścią troski o pacjenta, proces i samego terapeuty.

”

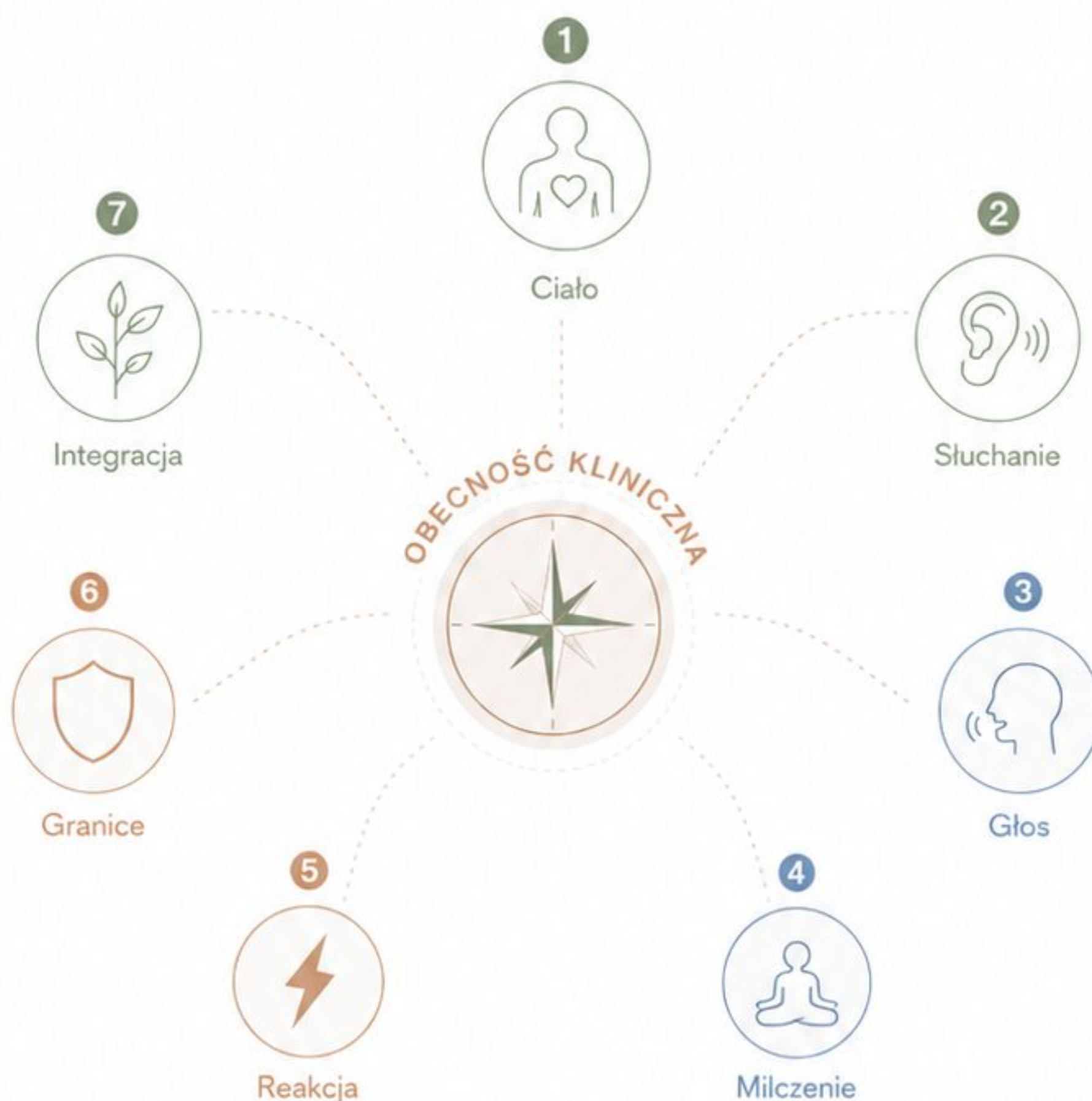


Dzień 07

Integracja obecności klinicznej

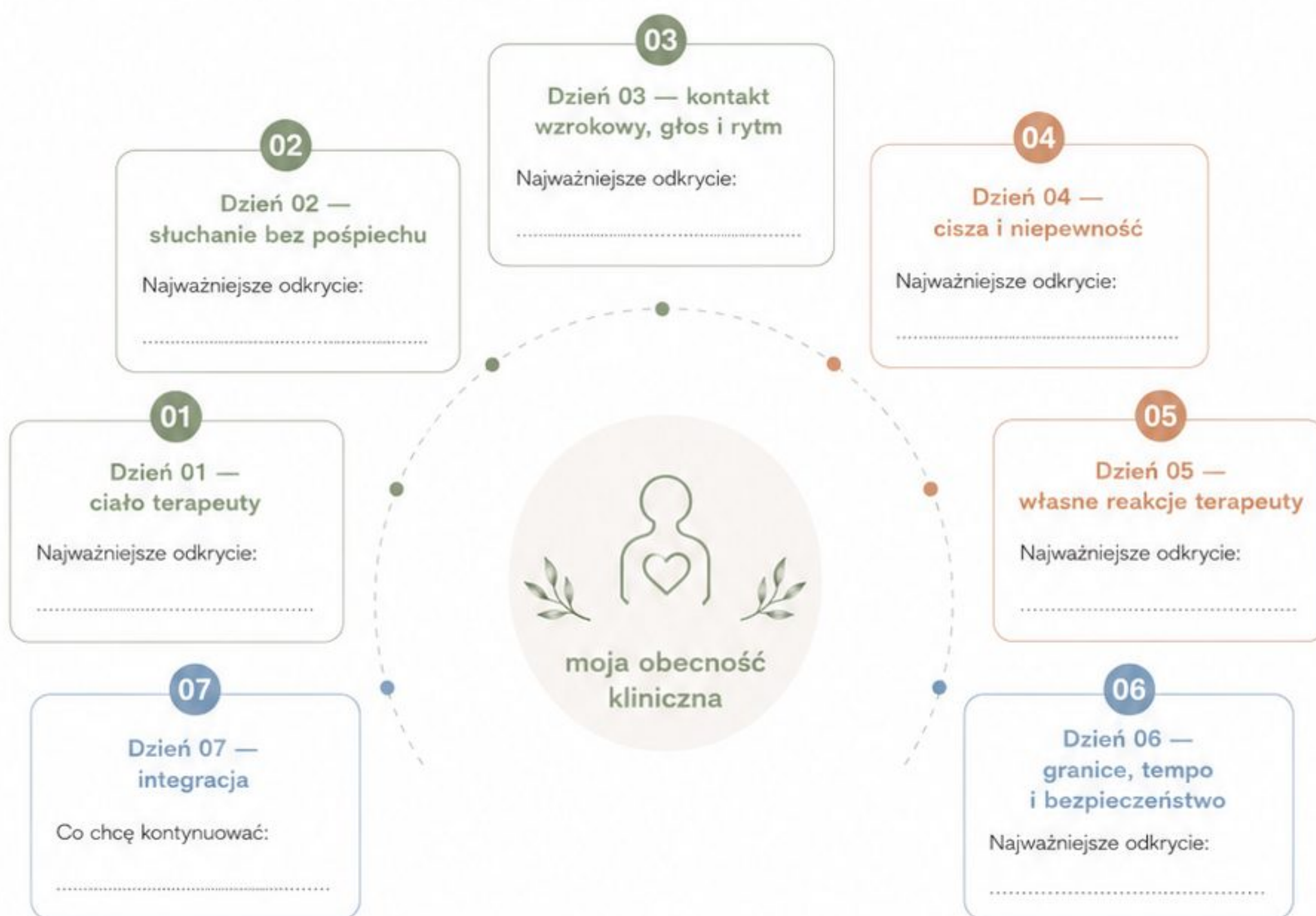
Obecność kliniczna nie kończy się po siedmiu dniach.
Staje się sposobem praktyki.

Integracja • Mapa • Dalsza praktyka



Co zmieniło się w mojej obecności?

Ta strona pomaga terapeutce zebrać najważniejsze obserwacje z całego wyzwania. Celem jest zobaczenie własnego rozwoju, wzorców automatycznych, mocnych stron i obszarów wymagających dalszej praktyki.



Pytania integracyjne:

- Który obszar obecności jest moją mocną stroną?
- Który obszar wymaga dalszej praktyki?
- Jaki mój automatyczny wzorec terapeutyczny stał się bardziej widoczny?
- Co pomaga mi wracać do kontaktu najszybciej?
- Co chcę wnieść do superwizji?



“ Rozwój obecności klinicznej nie polega na eliminowaniu reakcji, ale na coraz bardziej świadomym wracaniu do kontaktu. ”



Moja mapa powrotu do obecności

Ta strona daje terapeutę narzędzie do stworzenia osobistej mapy obecności klinicznej: co go osadza, co wytrąca, jakie sygnały ciała rozpoznaje, jakie interwencje pomagają i czego potrzebuje w dalszym rozwoju.

1 Co pomaga mi wrócić do obecności?

- ☐ stopy
- ☐ oddech
- ☐ pauza
- ☐ ciało
- ☐ głos
- ☐ spojrzenie
- ☐ superwizja
- ☐ inne: _____

5 Moje zdanie powrotu

.....

2 Co najczęściej wytrąca mnie z obecności?

- ☐ pośpiech
- ☐ cisza
- ☐ płacz
- ☐ złość
- ☐ bezradność
- ☐ presja skuteczności
- ☐ zmęczenie
- ☐ inne: _____

6 Moja granica, o którą chcę dbać

.....

3 Mój sygnał ciała, że tracę kontakt

.....

7 Mój temat do superwizji

.....

4 Mój typowy impuls terapeutyczny

☐ ratować	☐ kontrolować
☐ wyjaśniać	☐ wycofać się
☐ przyspieszać	☐ inne: _____
☐ milczeć	

8 Moja praktyka na kolejny miesiąc

.....



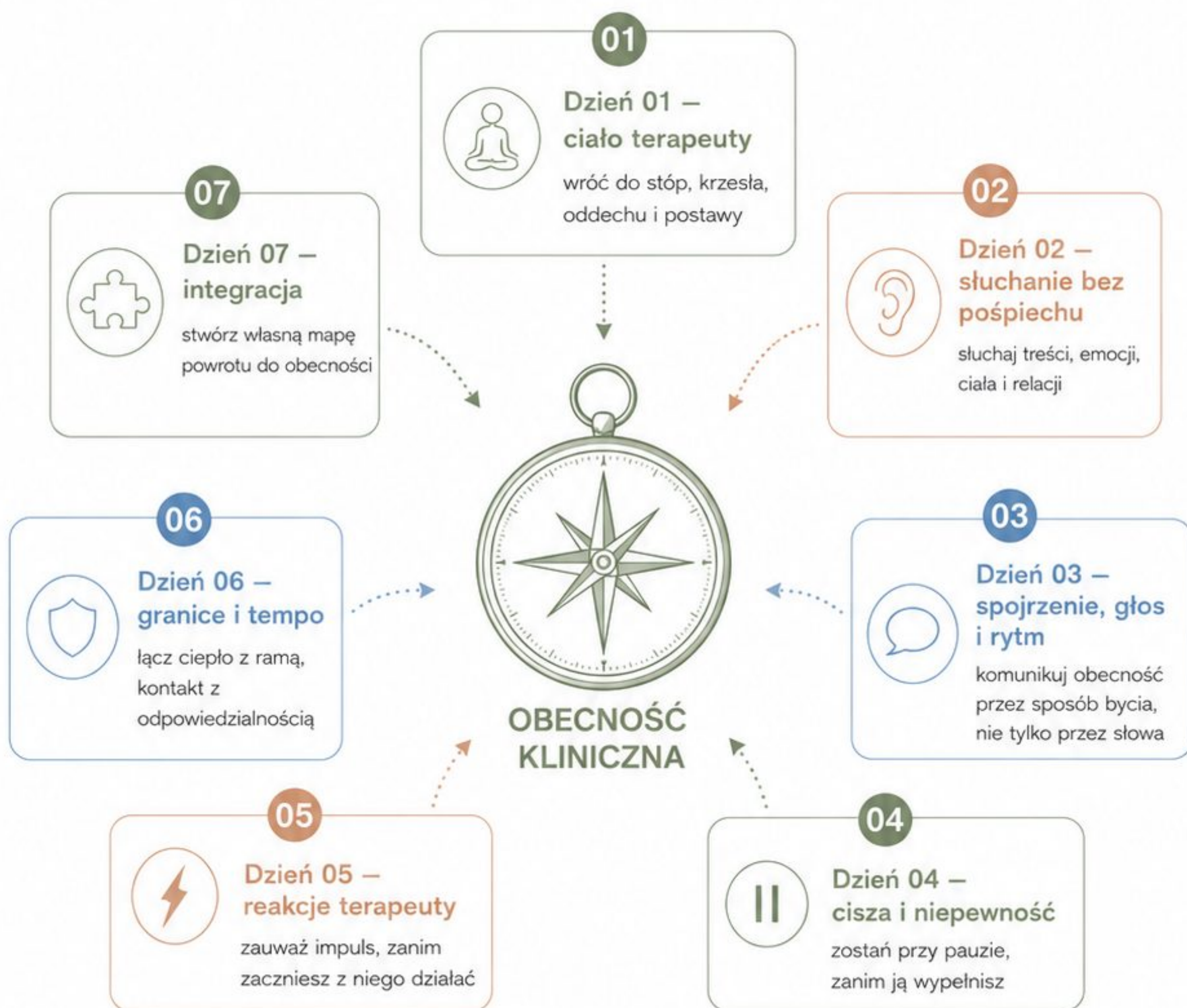
Kiedy zauważam, że tracę obecność, mogę wrócić przez: _____.



“ Osobista mapa obecności pomaga terapeutę mieć własny protokół powrotu, zamiast polegać wyłącznie na improwizacji. ”



Wyzwanie 7 dni obecności klinicznej: mapa końcowa



Obecność kliniczna nie jest cechą, którą terapeuta ma albo nie ma. Jest praktyką powrotu: do ciała, słuchania, relacji, ciszy, granic i świadomej odpowiedzi. Im więcej terapeuta potrafi zauważyć w sobie, tym bardziej może być dostępny dla pacjenta bez utraty siebie.