

PRAKTYCZNY PRZEWODNIK KLINICZNY

Bonus 5 — Przewodnik Zastosowania Według Obszaru Klinicznego

Sugestie użycia materiałów przy lęku, panice, traumie, burnout, przeciążeniu i innych częstych trudnościach klinicznych

Jaki materiał wybrać, kiedy go zastosować, czego unikać i jak dopasować pracę do stanu układu nerwowego pacjenta

DOBÓRMATERIAŁU

Prawa autorskie

TREŚĆ GŁÓWNA

Ten materiał został opracowany jako praktyczny przewodnik zastosowania zasobów psychoedukacyjnych, somatycznych i regulacyjnych według częstych obszarów klinicznych. Jego celem jest pomoc specjalistom w bezpiecznym, elastycznym i świadomym doborze materiału do potrzeb pacjenta, jego aktualnego stanu układu nerwowego, poziomu aktywacji oraz etapu procesu.

Materiał może być wykorzystywany przez terapeutów, psychologów, pedagogów, coachów, specjalistów pracy z ciałem oraz osoby prowadzące procesy wspierające regulację układu nerwowego. Nie zastępuje diagnozy klinicznej, psychoterapii, konsultacji medycznej, leczenia psychiatrycznego, interwencji kryzysowej, superwizji klinicznej ani indywidualnej oceny ryzyka.

Sugestie zawarte w przewodniku mają charakter edukacyjny i powinny być dostosowane do pacjenta. Ten sam objaw może mieć różne przyczyny, a ta sama interwencja może być regulująca dla jednej osoby i zbyt intensywna dla innej. Specjalista powinien zawsze uwzględniać zgodę pacjenta, tempo procesu, sygnały przeciążenia, historię traumy, aktualne ryzyko oraz własne kompetencje zawodowe.

Jeśli pacjent doświadcza bezpośredniego zagrożenia życia, przemocy, myśli samobójczych, ciężkich objawów somatycznych, silnej dysocjacji, ostrego kryzysu psychicznego lub objawów wymagających pomocy medycznej, należy działać zgodnie z odpowiednimi procedurami, lokalnymi przepisami i zasadami interwencji kryzysowej.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, rozpowszechnianie, odsprzedaż lub modyfikowanie tego materiału bez zgody właściciela praw jest zabronione.

Spis treści

TREŚĆ

Wprowadzenie — strona 03

Jak korzystać z przewodnika według obszaru klinicznego — strona 05

Najpierw stan układu nerwowego, potem technika — strona 06

Dobór materiału do poziomu aktywacji pacjenta — strona 07

Kiedy upraszczać, zwalniać lub przerywać ćwiczenie — strona 08

Tabela szybkiej decyzji dla specjalisty — strona 09

Zastosowanie materiału przy lęku uogólnionym — strona 11

Zastosowanie materiału przy atakach paniki — strona 12

Zastosowanie materiału przy nadmiernej kontroli i zamartwianiu — strona 13

Zastosowanie materiału przy napięciu somatycznym — strona 14

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta lękowego — strona 15

Czego unikać przy wysokiej aktywacji — strona 16

Zastosowanie materiału przy historii traumy — strona 18

Zastosowanie materiału przy zamrożeniu — strona 19

Zastosowanie materiału przy odcięciu i dysocjacji — strona 20

Zastosowanie materiału przy wstydzie i bezradności — strona 21

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta z odcięciem — strona 22

Czego unikać przy traumie i zamrożeniu — strona 23

Zastosowanie materiału przy stresie przewlekłym — strona 25

Zastosowanie materiału przy wypaleniu — strona 26

Zastosowanie materiału przy przeciążeniu bodźcami — strona 27

Zastosowanie materiału przy zmęczeniu i spadku energii — strona 28

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta przeciążonego — strona 29

Czego unikać przy burnout i przeciążeniu — strona 30

Zastosowanie materiału przy trudnościach z granicami — strona 32

Zastosowanie materiału przy konflikcie relacyjnym — strona 33

Zastosowanie materiału przy zależności od aprobaty — strona 34

Zastosowanie materiału przy wycofaniu społecznym — strona 35

Mini-sekwencja sesji dla tematu granic — strona 36

Tabela: warunek kliniczny → zalecany materiał — strona 38

Tabela: objaw → możliwy stan układu nerwowego → pierwszy krok — strona 39

Plan pierwszych 3 sesji według obszaru klinicznego — strona 40

Plan pracy między sesjami według obszaru klinicznego — strona 41

Wersja do pracy online — strona 42

Wersja do pracy stacjonarnej — strona 43

Najczęstsze błędy w doborze materiału — strona 44

Zamknięcie i dalsze użycie — strona 45

Wprowadzenie

TREŚĆ

Ten przewodnik został stworzony po to, aby specjalista mógł szybciej i bezpieczniej dobrać materiał do aktualnych potrzeb pacjenta. W praktyce klinicznej nie wystarczy wiedzieć, że dane ćwiczenie jest dobre. Trzeba jeszcze wiedzieć, kiedy je zastosować, dla jakiego stanu układu nerwowego, w jakiej dawce i z jaką ostrożnością.

Pacjent z lękiem może potrzebować orientacji i podparcia, zanim przejdzie do pracy z myślami. Pacjent z odcięciem może potrzebować głosu, czasu i małego ruchu, zanim zacznie opisywać emocje. Pacjent z burnout może potrzebować zmniejszenia presji, a nie kolejnej listy zadań. Pacjent po traumie może potrzebować stabilizacji, przewidywalności i prawa do przerywania ćwiczenia.

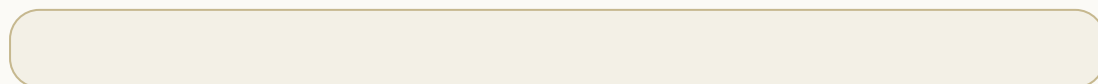
Ten materiał pomoże Ci stosować zasoby w sposób bardziej precyzyjny. Każdy obszar kliniczny zawiera: opis typowych potrzeb pacjenta, zalecane materiały, sposób użycia w sesji, wskazówki ostrożności, przykładową mini-sekwencję oraz informację, czego unikać.

Najważniejsza zasada: nie dobieraj ćwiczenia wyłącznie do nazwy trudności. Najpierw sprawdź aktualny stan układu nerwowego pacjenta, poziom aktywacji, dostęp do kontaktu i tolerancję interwencji. Dopiero potem wybierz materiał.

CZĘŚĆ 2: TREŚĆ STRONA PO STRONIE

MODUŁ 01

Zasady bezpiecznego zastosowania



Jaki stan?

Jaki poziom aktywacji?

Jaki pierwszy mały krok?

Jak korzystać z przewodnika według obszaru klinicznego

Ten przewodnik nie jest sztywnym protokołem leczenia. Jest mapą zastosowania materiałów. Pomaga odpowiedzieć na pytania: od czego zacząć, jaką stronę pokazać pacjentowi, które ćwiczenie wybrać, czego unikać i jak sprawdzić, czy materiał był pomocny.

TREŚĆ

Korzystaj z przewodnika w pięciu krokach:

1. Nazwij główny obszar trudności

Na przykład: lęk, panika, trauma, burnout, przeciążenie, granice, odcięcie, napięcie somatyczne.

2. Sprawdź aktualny stan układu nerwowego

Ten sam pacjent może w jednej sesji być pobudzony, a w innej odcięty. Nie zakładaj automatycznie, że diagnoza lub temat oznacza jeden stan.

3. Wybierz materiał o najniższej bezpiecznej intensywności

Zacznij od psychoedukacji, orientacji, mapy stanu, prostej skali lub krótkiego ćwiczenia, zanim przejdiesz do głębszej eksploracji.

4. Obserwuj reakcję pacjenta

Sprawdzaj oddech, głos, kontakt z pokojem, tempo mowy, napięcie, odcięcie, przeciążenie i zdolność do odpowiedzi.

5. Zapisz, co działało

Po sesji zanotuj, który materiał pomógł, który był za intensywny, co wymaga uproszczenia i co warto powtórzyć.

PRAKTYCZNE PYTANIA PRZED WYBOREM MATERIAŁU

Czy pacjent jest w kontakcie, w alarmie czy w odcięciu?

Czy ciało pacjenta może przyjąć ćwiczenie, czy najpierw potrzebuje stabilizacji?

Czy materiał ma być edukacyjny, regulacyjny, refleksyjny czy diagnostycznie obserwacyjny?

Czy pacjent ma zgodę i poczucie wyboru?

Czy po ćwiczeniu pacjent jest bardziej obecny, czy bardziej przeciążony?

Najpierw stan układu nerwowego, potem technika

Pacjent z tym samym rozpoznaniem lub trudnością może potrzebować zupełnie różnych interwencji w zależności od stanu. Lęk w stanie pobudzenia wymaga orientacji i spowolnienia. Lęk z odcięciem wymaga głosu, podparcia i czasu. Trauma z wysoką aktywacją wymaga stabilizacji. Trauma z zamrożeniem wymaga bardzo małych kroków i braku presji.

TREŚĆ

Zasada podstawowa:

Nie pytaj najpierw: „jaką technikę zastosować?”.

Zapytaj najpierw: „w jakim stanie jest teraz układ nerwowy pacjenta?”.

Jeśli pacjent jest bliżej stanu regulacji:

Można stosować psychoedukację, refleksję, mapowanie wzorców, pracę z granicami, analizę reakcji i planowanie praktyk między sesjami.

Jeśli pacjent jest w wysokiej aktywacji:

Najpierw orientacja, podparcie, zmniejszenie bodźców, skala aktywacji, krótkie zdania i odzyskanie poczucia wpływu. Dopiero później refleksja.

Jeśli pacjent jest w zamrożeniu lub odcięciu:

Najpierw głos, pokój, podparcie, mały ruch, mniej pytań, więcej czasu i prawo do milczenia. Dopiero później kontakt z emocją lub treścią.

Jeśli pacjent jest w stanie mieszanym:

Wybierz najłagodniejszą interwencję dla najbardziej obciążonego elementu. Jeśli jest jednocześnie alarm i bezruch, zacznij od bezpieczeństwa i orientacji, nie od analizy.

ZDANIE DO ZAPAMIĘTANIA

„Technika jest pomocna tylko wtedy, gdy układ nerwowy pacjenta może ją przyjąć.”

Dobór materiału do poziomu aktywacji pacjenta

Poziom aktywacji pomaga dobrać intensywność materiału. Gdy aktywacja jest bardzo wysoka, pacjent zwykle nie potrzebuje długich wyjaśnień ani głębokiej eksploracji. Gdy aktywacja jest bardzo niska i pojawia się odcięcie, pacjent może potrzebować prostego kontaktu z miejscem, głosem i podparciem. Gdy aktywacja jest umiarkowana, możliwa jest praca refleksyjna i psychoedukacyjna.

TREŚĆ

SKALA ZASTOSOWANIA

Aktywacja 0–2: odcięcie, spadek energii, brak dostępu

Zastosuj: głos, orientację w pokoju, ciepło, podparcie, mikro-ruch, bardzo proste pytania.

Unikaj: intensywnego oddechu, długich analiz, konfrontacji, presji na odpowiedź.

Materiał najlepszy: mapa stanów, karta odcięcia, ćwiczenia powrotu do terażniejszości, skrypt dla stanu grzbietowego.

Aktywacja 3–5: względna regulacja lub łagodne napięcie

Zastosuj: psychoedukację, mapowanie sygnałów ciała, pracę z zasobami, krótką refleksję, plan praktyki.

Unikaj: zbyt dużej ilości materiału naraz.

Materiał najlepszy: mapa stanów, karta obserwacji, dziennik stanów, praca z granicami.

Aktywacja 6–8: pobudzenie, lęk, presja, mobilizacja

Zastosuj: orientację, stopy, skalę 0–10, krótkie zdania, granicę, oddzielenie faktów od alarmu.

Unikaj: głębokiej eksploracji traumy, zamykania oczu, długiej pracy oddechowej.

Materiał najlepszy: protokół regulacji w 5 minut, mapa lęku, karta pierwszej pomocy, ćwiczenia podparcia.

Aktywacja 9–10: bardzo silny alarm lub kryzys

Zastosuj: bezpieczeństwo, procedury kryzysowe, stabilizację, minimalne instrukcje, kontakt z aktualnym miejscem.

Unikaj: nowych technik, intensywnych ćwiczeń, ekspozycji, analizy i pracy z pamięcią traumatyczną.

Materiał najlepszy: tylko bardzo proste zasoby stabilizujące, jeśli pacjent może je przyjąć. W razie ryzyka konieczna odpowiednia pomoc.

Kiedy upraszczać, zwalniać lub przerywać ćwiczenie

Dobry specjalista nie tylko wie, jak rozpocząć ćwiczenie, ale też kiedy je uprościć, zwolnić albo zatrzymać. Przerwanie ćwiczenia nie jest porażką. Może być dokładnie tym, czego układ nerwowy pacjenta potrzebuje, aby odzyskać poczucie wyboru i bezpieczeństwa.

TREŚĆ

UPRASZCZAJ, GDY PACJENT

- prosi o powtórzenie wielu instrukcji,
- wygląda na zdezorientowanego,
- traci kontakt z ciałem,
- mówi „nie wiem” coraz częściej,
- próbuje wykonać ćwiczenie perfekcyjnie,
- zaczyna się napinać przy zbyt wielu krokach.

ZWALNIAJ, GDY PACJENT

- mówi coraz szybciej,
- ma płytki oddech,
- odpowiada automatycznie,
- zaczyna się śmiać w sposób maskujący napięcie,
- przerywa, przyspiesza lub traci pauzy,
- zgłasza wzrost aktywacji.

Przerywaj lub zatrzymuj ćwiczenie, gdy pacjent:

- odpływa lub traci kontakt z pokojem,
- zamiera, błędnie lub przestaje odpowiadać,
- zgłasza panikę, zawroty głowy lub silne objawy somatyczne,
- doświadcza silnej dysocjacji,
- mówi, że nie chce kontynuować,
- pokazuje wyraźny sygnał „stop”,
- aktywacja gwałtownie rośnie i nie spada po uproszczeniu.

CO ZROBIĆ PO ZATRZYMANIU

Nazwij, że można przerwać.

Wróć do pokoju i orientacji.

Zaproponuj podparcie ciała.

Użyj spokojnego głosu.

Zadaj mniej pytań.

Sprawdź, czego pacjent potrzebuje teraz.

Zapisz, że ćwiczenie było zbyt intensywne lub wymaga modyfikacji.

Tabela szybkiej decyzji dla specjalisty

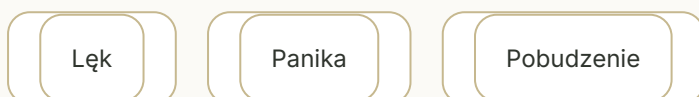
Ta tabela działa jak szybki kompas przed sesją lub w trakcie procesu. Nie zastępuje oceny klinicznej, ale pomaga uporządkować wybór: czy zacząć od edukacji, regulacji, mapowania, pracy z granicą, zasobu, obserwacji, czy domknięcia.

TABELA

Sytuacja pacjenta: wysoki lęk, szybka mowa, napięcie
Możliwy stan: pobudzenie współczulne
Pierwszy materiał: protokół regulacji w 5 minut lub mapa lęku
Pierwszy krok: orientacja, stopy, skala 0–10
Unikaj: długiej analizy i pracy z traumą na początku
Sytuacja pacjenta: panika, uczucie utraty kontroli
Możliwy stan: bardzo wysoka aktywacja
Pierwszy materiał: wersja skrócona stabilizacji, orientacja w pokoju
Pierwszy krok: bezpieczeństwo, aktualne miejsce, krótki głos prowadzący
Unikaj: głębokiego oddechu na siłę i zamykania oczu
Sytuacja pacjenta: pustka, brak słów, „nie wiem”
Możliwy stan: odcięcie lub grzbietowy
Pierwszy materiał: mapa odcięcia, karta powrotu do teraźniejszości
Pierwszy krok: głos, pokój, podparcie, mały ruch
Unikaj: wielu pytań i presji na refleksję
Sytuacja pacjenta: zmęczenie, brak siły, wypalenie
Możliwy stan: przeciążenie lub stan grzbietowy
Pierwszy materiał: mapa zasobów, plan regeneracji, karta energii
Pierwszy krok: zmniejszenie presji, ciało, sen, granice
Unikaj: dodawania zadań bez sprawdzenia energii
Sytuacja pacjenta: trudność z mówieniem „nie”
Możliwy stan: lęk relacyjny, pobudzenie lub zamrożenie
Pierwszy materiał: karta granic, mapa „tak” i „nie” w ciele
Pierwszy krok: sygnały ciała, mała granica, zasób
Unikaj: konfrontacji i wymagania natychmiastowej asertywności
Sytuacja pacjenta: powtarzające się napięcie w ciele
Możliwy stan: przewlekła mobilizacja lub przeciążenie
Pierwszy materiał: mapa napięcia, karta obserwacji somatycznej
Pierwszy krok: lokalizacja, skala, czynnik nasilający, zasób
Unikaj: interpretacji bez sprawdzenia doświadczenia pacjenta

MODUŁ 02

Lęk, panika i wysoka aktywacja



Zastosowanie materiału przy lęku uogólnionym

Przy lęku uogólnionym pacjent często żyje w stanie przewlekłej czujności. Umysł próbuje przewidzieć zagrożenie, a ciało pozostaje w gotowości. Materiał powinien pomagać pacjentowi odróżnić aktualne fakty od alarmu układu nerwowego, rozpoznawać sygnały ciała wcześniej i tworzyć małe kroki powrotu do regulacji.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa stanów układu nerwowego
- Protokół regulacji w 5 minut
- Karta sygnałów bezpieczeństwa i zagrożenia
- Karta faktów kontra lękowych myśli
- Dziennik stanów układu nerwowego
- Mapa zasobów zewnętrznych i wewnętrznych
- Skala aktywacji 0–10

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od krótkiej psychoedukacji: „lęk może być sygnałem alarmu układu nerwowego”.

2. Pokaż pacjentowi mapę stanów i zapytaj, gdzie ciało jest najczęściej.

3. Użyj skali aktywacji przed rozmową o trudnych tematach.

4. Wybierz jeden sygnał ciała, który pacjent będzie obserwował przez tydzień.

5. Zastosuj 5-minutowy protokół regulacji na początku sesji.

6. Oddziel fakty od lękowych przewidywań.

7. Zakończ sesję jednym małym krokiem regulacyjnym.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zauważ, kiedy ciało zaczyna wchodzić w alarm, zanim umysł stworzy pełny scenariusz zagrożenia.”

CZEGO UNIKAĆ

- zbyt szybkiego kwestionowania lękowych myśli,
- mówienia „nie ma się czego bać”,
- długiej analizy bez wcześniejszej regulacji,
- nadmiaru zadań domowych,
- ćwiczeń oddechowych, jeśli nasilają kontrolę.

Zastosowanie materiału przy atakach paniki

Atak paniki jest doświadczeniem bardzo wysokiej aktywacji układu nerwowego. Pacjent może odczuwać szybkie bicie serca, duszność, zawroty głowy, drżenie, ucisk, derealizację, lęk przed śmiercią lub utratą kontroli. Materiał powinien być krótki, prosty, stabilizujący i mocno osadzony w teraźniejszości.

ZALECANE MATERIAŁY

- Protokół regulacji w 5 minut, wersja skrócona
- Karta powrotu do teraźniejszości
- Mapa lęku i pobudzenia
- Skala aktywacji 0–10
- Lista sygnałów „to alarm, nie wyrok”
- Karta orientacji wzrokowej
- Karta podparcia ciała

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Najpierw wyjaśnij, że celem nie jest szybkie „wyłączenie” paniki, ale odzyskanie kontaktu z teraźniejszością.
2. Zaczynaj od orientacji: pokój, drzwi, światło, przedmioty.
3. Zaproponuj kontakt ze stopami lub krzesłem.
4. Używaj bardzo krótkich zdań.
5. Pracuj ze skalą aktywacji, ale nie wymagaj długich opisów.
6. Jeśli oddech nasila objawy, pomiń oddech i zostań przy orientacji.
7. Po obniżeniu aktywacji pokaż mapę pętli paniki.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Znajdź trzy rzeczy, które widzisz teraz, i jeden punkt podparcia w ciele.”

CZEGO UNIKAĆ

- zamykania oczu, jeśli pacjent czuje panikę,
- głębokiego oddychania na siłę,
- długich wyjaśnień w trakcie silnej aktywacji,
- analizowania przyczyn paniki w momencie szczytu,
- mówienia „uspokój się”,
- wprowadzania nowych, skomplikowanych technik podczas ataku.

WSKAZÓWKA BEZPIECZEŃSTWA

Jeśli pacjent zgłasza objawy mogące wymagać konsultacji medycznej albo występuje ryzyko zdrowotne, należy działać zgodnie z odpowiednimi procedurami i zalecić właściwą pomoc.

Zastosowanie materiału przy nadmiernej kontroli i zamartwianiu

Nadmierna kontrola często jest strategią układu nerwowego, który próbuje zapobiec zagrożeniu. Pacjent może nie czuć się „lękowy”, ale jego ciało pozostaje w mobilizacji: analizuje, planuje, sprawdza, przewiduje i napina się. Praca powinna pomagać odróżnić realny wpływ od kontroli napędzanej alarmem.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa stanów układu nerwowego
- Karta faktów kontra lękowych myśli
- Karta granic odpowiedzialności
- Mapa spirali stresu
- Karta „co jest pod moim wpływem?”
- Dziennik aktywacji i kontroli
- Ćwiczenia podparcia ciała

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynj od normalizacji: kontrola może być próbą stworzenia bezpieczeństwa.
2. Pokaż pacjentowi, jak mobilizacja współczulna wpływa na myśli i potrzebę przewidywania.
3. Zidentyfikuj sytuacje, w których kontrola wzrasta.
4. Użyj tabeli: „fakt, przewidywanie, wpływ, brak wpływu”.
5. Wprowadź krótkie zatrzymanie ciała przed działaniem.
6. Pracuj z pytaniem: „czy to jest działanie z wyboru, czy z alarmu?”.
7. Ustal jedną małą praktykę ograniczania kontroli bez utraty bezpieczeństwa.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zanim zaczniesz analizować, sprawdź aktywację ciała na skali 0–10.”

CZEGO UNIKAĆ

- odbierania kontroli zbyt szybko,
- zawstydzania perfekcjonizmu,
- mówienia „po prostu odpuść”,
- proponowania chaotycznych eksperymentów bez stabilizacji,
- dawania zbyt wielu zadań, które pacjent może zamienić w kolejną kontrolę.

PRZYDATNE ZDANIE TERAPEUTYCZNE

„Nie będziemy zabierać kontroli. Sprawdzimy, gdzie kontrola naprawdę pomaga, a gdzie jest sygnałem alarmu.”

Zastosowanie materiału przy napięciu somatycznym

Napięcie somatyczne może być śladem mobilizacji, ochrony, niewyrażonej granicy, stresu, przeciążenia lub reakcji organizmu na długotrwałą czujność. Materiał powinien pomagać pacjentowi obserwować napięcie bez natychmiastowej walki z nim i rozpoznawać, co ciało próbuje zakomunikować.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa napięcia w ciele
- Karta obserwacji somatycznej
- Skala intensywności 0–10
- Karta „co moje ciało próbuje powiedzieć?”
- Ćwiczenia podparcia i orientacji
- Karta granicy „za dużo”
- Dziennik sygnałów ciała

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Wybierz jeden obszar napięcia, nie całe ciało naraz.
2. Zapytaj o intensywność na skali 0–10.
3. Zapytaj, kiedy napięcie rośnie, a kiedy maleje.
4. Sprawdź, czy kontakt z napięciem nie zwiększa przeciążenia.
5. Zastosuj podparcie, orientację lub ruch o bardzo małej intensywności.
6. Zapytaj, czy napięcie ma kierunek: ściskanie, pchanie, cofanie, trzymanie, chronienie.
7. Zakończ pracę zasobem lub neutralnym punktem ciała.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zamiast rozluźniać całe ciało, wybierz jeden obszar i opisz go trzema słowami.”

CZEGO UNIKAĆ

- zmuszania do rozluźnienia,
- intensywnego skanowania całego ciała u pacjenta z traumą,
- interpretowania napięcia bez zgody pacjenta,
- pracy z bólem bez uwzględnienia konsultacji medycznej,
- zbyt długiego pozostawiania przy odczuciu, jeśli rośnie aktywacja.

WSKAZÓWKI BEZPIECZEŃSTWA

Objawy somatyczne wymagające oceny medycznej nie powinny być wyjaśniane wyłącznie stresem lub układem nerwowym.

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta lękowego

Pacjent lękowy zwykle potrzebuje jasnej struktury, spokojnego tempa i poczucia wpływu. Sesja nie powinna zaczynać się od najbardziej intensywnego tematu. Lepiej rozpocząć od orientacji, skali aktywacji i krótkiej psychoedukacji, a dopiero potem przejść do refleksji lub pracy z treścią.

PROPONOWANA SEKWENCJA SESJI

1. Otwarcie i sprawdzenie stanu

Pytanie: „Gdzie jest teraz aktywacja na skali 0–10?”

2. Orientacja i podparcie

Ćwiczenie: pacjent znajduje jeden neutralny przedmiot i jeden punkt podparcia.

3. Mapa stanu układu nerwowego

Materiał: mapa stanów lub mapa lęku.

4. Rozpoznanie pętli lęku

Pytanie: „Co zwykle uruchamia ciało, a co uruchamia myśli?”

5. Jeden punkt wpływu

Materiał: karta faktów kontra lękowych myśli lub karta zasobu.

6. Domknięcie

Pytanie: „Co ciało potrzebuje po tej sesji, żeby nie wyjść w większym napięciu?”

ZADANIE MIĘDZY SESJAMI

Pacjent zapisuje przez tydzień: sytuacja, aktywacja 0–10, sygnał ciała, pierwszy krok regulacyjny.

Czego unikać w tej sekwencji:

- analizowania wszystkich lęków naraz,
- długiej ekspozycji bez stabilizacji,
- nadmiaru ćwiczeń do domu,
- zbyt intensywnej pracy z oddechem,
- kończenia sesji bez domknięcia.

Czego unikać przy wysokiej aktywacji

Wysoka aktywacja zmniejsza dostęp do refleksji, złożonego myślenia i tolerancji na bodźce. W takim stanie pacjent zwykle potrzebuje mniej słów, mniej pytań, więcej struktury, więcej orientacji i większej przewidywalności. Zbyt intensywna technika może zwiększyć alarm.

Unikaj:

1. Zbyt wielu pytań naraz

Zamiast: „Co czujesz, skąd to znasz, z czym się kojarzy i gdzie to prowadzi?” Lepiej: „Gdzie jest aktywacja na skali 0–10?”

2. Głębokiego oddechu na siłę

U pacjenta w panice oddech może stać się obszarem kontroli i nasilić objawy. Lepiej: orientacja, stopy, pokój, wydech tylko jeśli dostępny.

3. Długiej psychoedukacji podczas alarmu

Gdy ciało jest w stanie zagrożenia, pacjent może nie przetwarzać długich wyjaśnień. Lepiej: jedno zdanie, jeden krok, jedna pauza.

4. Natychmiastowego wejścia w traumę lub historię

Wysoka aktywacja wymaga stabilizacji przed eksploracją. Lepiej: „najpierw sprawdźmy, czy ciało ma podparcie”.

5. Mówienia „uspokój się”

To może zwiększyć presję i wstyd. Lepiej: „nie musimy teraz osiągnąć spokoju, możemy tylko znaleźć jeden punkt kontaktu”.

6. Zamykania oczu bez sprawdzenia bezpieczeństwa

Dla wielu pacjentów oczy zamknięte zwiększają lęk. Lepiej: oczy otwarte, orientacja w przestrzeni.

7. Kończenia sesji w wysokiej aktywacji

Zawsze zostaw kilka minut na domknięcie, podparcie i plan po sesji.

SZYBKĄ ZASADĄ

Przy wysokiej aktywacji: mniej treści, więcej teraźniejszości.

MODUŁ 03

Trauma, zamrożenie i odcięcie



Bezpieczeństwo

Tempo

Wybór

Zastosowanie materiału przy historii traumy

U pacjentów z historią traumy materiały dotyczące ciała i układu nerwowego mogą być bardzo pomocne, ale wymagają ostrożności. Kontakt z ciałem, oddechem, wspomnieniami lub emocjami może być regulujący albo przeciążający. Dlatego najpierw pracujemy z bezpieczeństwem, orientacją, zasobami i prawem do przerwania.

ZALECANE MATERIAŁY

- Mapa stanów układu nerwowego
- Karta „to jest stan, nie wada”
- Protokół regulacji w 5 minut, wersja łagodna
- Karta zasobów wewnętrznych i zewnętrznych
- Karta podparcia ciała
- Karta granic i sygnału stop
- Karta obserwacji bez wchodzenia w szczegóły historii

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od psychoedukacji o reakcjach ochronnych.
2. Podkreśl, że pacjent nie musi opowiadać szczegółów, aby pracować z układem nerwowym.
3. Ustal sygnał stop lub sposób przerwania.
4. Wybierz zasób przed wejściem w trudniejszy temat.
5. Pracuj krótkimi dawkami.
6. Regularnie wracaj do pokoju, stóp i kontaktu z teraźniejszością.
7. Zapisuj, które ćwiczenia były bezpieczne, a które zbyt intensywne.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Nie musimy zaczynać od historii. Możemy zacząć od tego, co pomaga ciału poczuć choć trochę więcej teraźniejszości.”

CZEGO UNIKAĆ

- wymuszania szczegółowego opowiadania traumy,
- intensywnego skanowania ciała bez zasobów,
- zamykania oczu bez zgody,
- pracy z oddechem, jeśli nasila panikę lub odcięcie,
- interpretowania reakcji pacjenta jako oporu,
- przekraczania zakresu własnych kompetencji bez superwizji.

Zastosowanie materiału przy zamrożeniu

Zamrożenie jest reakcją ochronną, w której ciało zatrzymuje działanie, mowę, decyzję lub impuls. Pacjent może czuć jednocześnie napięcie i niemożność ruchu. Materiał powinien być bardzo prosty, łagodny i ukierunkowany na minimalny sygnał sprawczości: jeden ruch, jedno słowo, jeden punkt podparcia, jedna decyzja.

ZALECANE MATERIAŁY

- Mapa stanu grzbietowego i zamrożenia
- Karta małego ruchu
- Karta podparcia ciała
- Karta sygnału stop
- Mini-mapa „jeden następny krok”
- Karta orientacji w pokoju
- Karta zasobów bardzo niskiej intensywności

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Nie interpretuj zamrożenia jako braku współpracy.
2. Zmniejsz liczbę pytań.
3. Daj możliwość odpowiedzi gestem, ruchem głowy lub milczeniem.
4. Zaproponuj jeden punkt w pokoju zamiast głębokiego kontaktu z ciałem.
5. Użyj bardzo małego ruchu: palce, dłonie, stopy, przesunięcie ciężaru.
6. Wzmocnij każde pojawienie się wyboru.
7. Nie przyspieszaj, gdy pacjent zacznie wracać do kontaktu.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Nie musisz niczego wyjaśniać. Sprawdź tylko, czy jeden palec, dłoń albo stopa może wykonać bardzo mały ruch.”

CZEGO UNIKAĆ

- motywowania na siłę,
- mówienia „musisz działać”,
- wielu pytań „dlaczego?”,
- nacisku na kontakt wzrokowy,
- głębokiej eksploracji emocji przed powrotem do teraźniejszości,
- kończenia sesji bez sprawdzenia stanu.

Zastosowanie materiału przy odcięciu i dysocjacji

Odcięcie i dysocjacja mogą być sposobem układu nerwowego na ochronę przed przeciążeniem. Pacjent może mówić: „nic nie czuję”, „jestem jak za szybą”, „odpływam”, „nie ma mnie”, „nie pamiętam”, „to jakby nie dotyczyło mnie”. Materiał powinien być używany bardzo łagodnie, z naciskiem na orientację, teraźniejszość, głos, wybór i krótkie sprawdzenia kontaktu.

ZALECANE MATERIAŁY

- Karta powrotu do teraźniejszości
- Mapa stanu grzbietowego
- Mini-mapa „jestem tutaj”
- Karta orientacji wzrokowej
- Karta podparcia ciała
- Karta zasobów sensorycznych
- Karta skali kontaktu 0–10

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Użyj spokojnego, krótkiego głosu i prostych zdań.
2. Zapytaj, czy pacjent widzi trzy rzeczy w pokoju lub na ekranie.
3. Zaproponuj kontakt ze stopami, krzesłem albo przedmiotem w dłoni.
4. Nie wymagaj opisu emocji, jeśli pacjent nie ma do nich dostępu.
5. Użyj skali kontaktu: „na ile jesteś tutaj od 0 do 10?”.
6. Zaproponuj mały ruch, jeśli pacjent może go wykonać bez przeciążenia.
7. Po powrocie do większego kontaktu zapisz, co pomogło.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Nie musimy teraz szukać emocji. Sprawdźmy tylko, czy możesz zauważyć jeden przedmiot, jeden dźwięk albo jeden punkt podparcia.”

CZEGO UNIKAĆ

- długiego skanowania ciała,
- wielu pytań o emocje,
- silnego kontaktu ze wspomnieniami,
- zamykania oczu, jeśli nasila odpływanie,
- presji na „bycie obecnym”,
- interpretowania odcięcia jako braku zaangażowania.

Wskazówka ostrożności:

Przy częstej, silnej lub nasilającej się dysocjacji konieczna może być praca w ramach odpowiednich kompetencji klinicznych, superwizja, konsultacja lub skierowanie do specjalisty z doświadczeniem w pracy z traumą i dysocjacją.

Zastosowanie materiału przy wstydzie i bezradności

Wstyd i bezradność często zawężają kontakt, obniżają głos, zmniejszają ruch, utrudniają proszenie o pomoc i zwiększają odcięcie. Pacjent może nie potrzebować natychmiastowej analizy przekonań. Często najpierw potrzebuje doświadczenia, że jego reakcja ma sens jako stan ochronny, a nie dowód osobistej porażki.

ZALECANE MATERIAŁY

- Karta „to jest stan, nie wada”
- Mapa stanów układu nerwowego
- Karta łagodnego języka wobec siebie
- Karta zasobów relacyjnych
- Karta granicy „nie muszę opowiadać wszystkiego”
- Mini-checklist bezpieczeństwa w sesji
- Karta małego wyboru

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od zmniejszenia wstydu przez normalizację reakcji ochronnych.
2. Nie przyspieszaj z pytaniami „dlaczego”.
3. Pokaż mapę stanu, aby pacjent zobaczył reakcję jako proces układu nerwowego.
4. Zapytaj o najmniejszy możliwy wybór w sesji: mówić, milczeć, zmienić temat, zrobić pauzę.
5. Wprowadź język: „część mnie czuje wstyd” zamiast „jestem wstydem”.
6. Użyj zasobu relacyjnego: głos terapeuty, stabilność, przewidywalność, zgoda.
7. Zakończ sesję jednym zdaniem oddzielającym osobę od stanu.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Sprawdźmy, czy możemy nazwać to jako stan wstydu, a nie jako całą Twoją tożsamość.”

CZEGO UNIKAĆ

- zawstydzania wstydu,
- forsowania kontaktu wzrokowego,
- szybkiej konfrontacji przekonań,
- mówienia „nie powinieneś się tak czuć”,
- wymagania natychmiastowego współczucia dla siebie,
- zbyt intensywnego skupiania się na ciele, jeśli zwiększa wstyd.

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta z odcięciem

Przy odcięciu celem sesji nie jest szybkie dotarcie do emocji. Celem jest stworzenie warunków, w których układ nerwowy może zauważyć teraźniejszość, relację, podparcie i choć minimalny wybór. Sekwencja powinna być wolna, przewidywalna i możliwa do przerywania.

PROPONOWANA SEKWENCJA SESJI

1. Otwarcie z przewidywalnością

Zdanie terapeuty: „Dziś możemy pracować bardzo powoli. Nie musisz niczego wymuszać.”

2. Orientacja w teraźniejszości

Ćwiczenie: pacjent zauważa trzy rzeczy w pokoju lub na ekranie.

3. Podparcie ciała

Ćwiczenie: stopy, krzesło, dłonie lub przedmiot w ręce.

4. Skala obecności

Pytanie: „Na ile jesteś teraz tutaj od 0 do 10?”

5. Mały ruch lub mały wybór

Możliwości: poruszyć palcem, zmienić pozycję, napić się wody, powiedzieć „pauza”, wybrać temat.

6. Psychoedukacja bardzo krótka

Zdanie: „Odcięcie może być reakcją ochronną organizmu, gdy było za dużo.”

7. Domknięcie z zasobem

Pytanie: „Co pomaga Ci teraz zostać trochę bardziej w teraźniejszości?”

ZADANIE MIĘDZY SESJAMI

Pacjent wybiera jedną bardzo małą praktykę: zauważyć stopy raz dziennie, nazwać jeden przedmiot w pokoju albo trzymać stabilny przedmiot przez 30 sekund.

Czego unikać w tej sekwencji:

- długich pytań,
- pracy z historią traumy, jeśli kontakt jest niski,
- wymagania emocjonalnego wglądu,
- presji na „czucie ciała”,
- wielu zadań między sesjami.

Czego unikać przy traumie i zamrożeniu

Przy traumie i zamrożeniu zbyt szybka, zbyt głęboka lub zbyt nieprzewidywalna praca może nasilić przeciążenie. Bezpieczeństwo nie polega na unikaniu wszystkiego, ale na właściwym dawkowaniu, jasnym wyborze, możliwości przerwania i pracy w granicach tolerancji pacjenta.

Unikaj:

1. Wymuszania szczegółowej narracji traumatycznej

Zamiast: „opowiedz dokładnie, co się wydarzyło”. Lepiej: „nie musimy wchodzić w szczegóły, możemy sprawdzić, co pomaga ciału teraz”.

2. Zakładania, że kontakt z ciałem zawsze pomaga

Dla części pacjentów ciało może być początkowo zbyt intensywne. Lepiej: zacząć od pokoju, przedmiotów, głosu i podparcia.

3. Zamykania oczu bez sprawdzenia

Oczy zamknięte mogą nasilić wspomnienia, lęk lub odpływanie. Lepiej: oczy otwarte i orientacja.

4. Wielu pytań o emocje

Pacjent w odcięciu może nie mieć dostępu do emocji. Lepiej: zapytać o teraźniejszość, miejsce, kontakt lub mały wybór.

5. Nacisku na szybki postęp

Układ nerwowy potrzebuje powtarzalnego bezpieczeństwa, nie presji. Lepiej: małe kroki i regularne domknięcie.

6. Interpretowania zamrożenia jako oporu

Zamrożenie może być reakcją ochronną. Lepiej: uznać je jako sygnał przeciążenia lub potrzebę zmniejszenia intensywności.

7. Braku superwizji przy złożonych reakcjach

Jeśli pojawia się silna dysocjacja, ryzyko, złożona trauma lub impas, specjalista powinien korzystać z adekwatnej konsultacji i superwizji.

SZYBKA ZASADA

Przy traumie i zamrożeniu: najpierw bezpieczeństwo, potem znaczenie.

MODUŁ 04

Stres przewlekły, burnout i przeciążenie



Regeneracja

Granice

Mniej presji

Zastosowanie materiału przy stresie przewlekłym

Stres przewlekły często utrzymuje układ nerwowy w stanie ciągłej gotowości. Pacjent może funkcjonować, pracować i „dawać radę”, ale ciało pozostaje w alarmie. Materiał powinien pomagać rozpoznawać kumulację stresu, sygnały wczesnego ostrzegania, granice obciążenia i małe momenty regeneracji.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa spirali stresu
- Dziennik stanów układu nerwowego
- Karta wczesnych sygnałów przeciążenia
- Karta planu dnia z regulacją
- Mapa zasobów
- Skala napięcia 0–10
- Karta granic obciążenia

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynij od mapowania tygodnia: gdzie stres się kumuluje?

2. Zidentyfikuj trzy pierwsze sygnały przeciążenia w ciele.

3. Użyj skali napięcia 0–10 dla typowych sytuacji.

4. Pokaż, że regulacja musi wejść wcześniej niż kryzys.

5. Wybierz jedną mikroprzerwę realną w codzienności.

6. Sprawdź granice odpowiedzialności pacjenta.

7. Zaplanuj monitorowanie sygnałów przez tydzień.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Nie czekaj, aż napięcie będzie 9/10. Sprawdź, co ciało pokazuje przy 4/10.”

CZEGO UNIKAĆ

- dodawania wielu zadań do przeciążonego życia,
- traktowania stresu wyłącznie jako problemu organizacji czasu,
- pomijania sygnałów ciała,
- zachęcania do większej dyscypliny bez regeneracji,
- planów, które wyglądają dobrze, ale są nierealne.

Zastosowanie materiału przy wypaleniu

Wypalenie nie jest zwykłym zmęczeniem. Często obejmuje wyczerpanie układu nerwowego, utratę poczucia sensu, przewlekłe przeciążenie, trudność z regeneracją i granicami. Materiał powinien zmniejszać presję, pomagać rozpoznać koszt długotrwałej mobilizacji i odbudowywać zasoby bardzo małymi krokami.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa energii i przeciążenia
- Karta zasobów niskiej intensywności
- Plan regeneracji między obowiązkami
- Karta granic pracy i odpoczynku
- Skala energii 0–10
- Karta „co zabiera energię, co ją oddaje?”
- Dziennik regeneracji

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od uznania realnego wyczerpania, bez motywacyjnej presji.

2. Zmapuj źródła drenażu energii.

3. Oddziel odpoczynek od odrętwienia i ucieczki.

4. Sprawdź, jakie zasoby są realnie dostępne przy niskiej energii.

5. Pracuj z granicami: czas, obowiązki, dostępność, odpowiedzialność.

6. Wybierz jedną praktykę regeneracji, która nie wymaga dużej motywacji.

7. Ustal sygnały, że pacjent przekracza zasoby.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zanim zaplanujemy działanie, sprawdźmy, ile energii naprawdę jest dostępne.”

CZEGO UNIKAĆ

- mówienia „musisz bardziej o siebie zadbać” bez konkretnego,
- dawania ambitnych zadań domowych,
- mylenia wypalenia z lenistwem,
- pracy wyłącznie poznawczej bez uwzględnienia ciała,
- zachęcania do intensywnych zmian bez zasobów,
- ignorowania potrzeby wsparcia medycznego lub organizacyjnego, jeśli jest potrzebne.

Zastosowanie materiału przy przeciążeniu bodźcami

Przeciążenie bodźcami może wyglądać jak drażliwość, zmęczenie, wycofanie, napięcie, ból głowy, płytki oddech, trudność z myśleniem albo nagła potrzeba ucieczki. Materiał powinien pomagać pacjentowi rozpoznawać próg przeciążenia, zmniejszać ilość bodźców i tworzyć plan regeneracji sensorycznej.

ZALECANE MATERIAŁY

- Karta mapy bodźców
- Skala przeciążenia 0–10
- Karta „co mnie nasila, co mnie reguluje?”
- Plan mikroprzerw sensorycznych
- Mapa okna tolerancji
- Karta granic bodźcowych
- Dziennik przeciążenia

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zmapuj najczęstsze bodźce obciążające: dźwięk, światło, ekran, ludzie, zadania, tempo.

2. Sprawdź, jakie sygnały ciało wysyła przed przeciążeniem.

3. Użyj skali przeciążenia 0–10 dla typowych sytuacji.

4. Wybierz jedną zmianę środowiskową, a nie tylko technikę regulacji.

5. Zaplanuj mikroprzerwy przed przekroczeniem progu.

6. Pracuj z prawem do ograniczania bodźców.

7. Sprawdź, czy pacjent potrzebuje większego wsparcia w organizacji dnia.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zauważ, jakie bodźce podnoszą przeciążenie o 2 punkty, zanim ciało będzie na granicy.”

CZEGO UNIKAĆ

- traktowania przeciążenia jako przesady,
- doradzania samego „oddychania”, gdy środowisko nadal przeciąża,
- planowania zbyt wielu zmian naraz,
- zachęcania do ekspozycji bez regulacji,
- ignorowania wpływu ekranów, snu, jedzenia i przerw.

Zastosowanie materiału przy zmęczeniu i spadku energii

Niska energia może wynikać z wypalenia, stresu, odcięcia, przeciążenia, problemów zdrowotnych, braku snu lub długotrwałego funkcjonowania ponad zasoby. Materiał powinien pomagać odróżnić odpoczynek od zamrożenia, troskę od unikania i realny zasób od presji na działanie.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Skala energii 0–10
- Karta zasobów niskiej intensywności
- Mapa „odpoczynek czy odcięcie?”
- Plan jednego małego kroku
- Karta mikro-ruchu
- Dziennik regeneracji
- Karta potrzeb podstawowych: sen, jedzenie, woda, kontakt, cisza

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od sprawdzenia energii, nie od planowania działania.
2. Zapytaj, czy pacjent potrzebuje odpoczynku, wsparcia, kontaktu czy granicy.
3. Sprawdź czynniki podstawowe: sen, jedzenie, zdrowie, obciążenie, bezpieczeństwo.
4. Wybierz zasób niskiej intensywności.
5. Jeśli pojawia się odcięcie, zastosuj orientację i mały ruch.
6. Jeśli pojawia się wyczerpanie, zmniejsz zadania i pracuj z regeneracją.
7. Ustal jeden krok tak mały, że nie wymaga mobilizacji ponad siły.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zamiast pytać ‘co powinienem zrobić?’, zapytaj: ‘ile energii jest dziś naprawdę dostępne?’”

CZEGO UNIKAĆ

- motywowania presją,
- zakładania, że brak energii to brak chęci,
- intensywnych ćwiczeń przy wyczerpaniu,
- planów wymagających dużej dyscypliny,
- pomijania czynników medycznych, snu i bezpieczeństwa.

Mini-sekwencja sesji dla pacjenta przeciążonego

Pacjent przeciążony często nie potrzebuje kolejnej długiej analizy ani dużego planu zmiany. Potrzebuje rozpoznać, co przekracza jego zasoby, które sygnały ciała pojawiają się najwcześniej i jaki jeden realistyczny krok może zmniejszyć obciążenie.

PROPONOWANA SEKWENCJA SESJI

1. Sprawdzenie energii i napięcia

Pytania: „Ile energii jest dziś dostępne?” oraz „Gdzie napięcie jest na skali 0–10?”

2. Mapa obciążeń

Materiał: mapa stresu lub karta bodźców.

3. Pierwsze sygnały przeciążenia

Pytanie: „Po czym ciało pokazuje, że zbliża się do granicy?”

4. Granica obciążenia

Materiał: karta granic pracy, obowiązków lub bodźców.

5. Zasób niskiej intensywności

Ćwiczenie: woda, cisza, stopy, przerwa, światło, kontakt z naturą, spokojny przedmiot.

6. Plan mikroregeneracji

Zadanie: jedna realna przerwa lub jeden mały rytuał domknięcia dnia.

7. Domknięcie

Pytanie: „Co po tej sesji ma być prostsze, nie większe?”

ZADANIE MIĘDZY SESJAMI

Pacjent zapisuje przez tydzień: energia 0–10, największy drenaż, jeden moment regeneracji, jeden sygnał granicy.

Czego unikać przy burnout i przeciążeniu

Przy burnout i przeciążeniu materiał terapeutyczny powinien zmniejszać presję, a nie ją zwiększać. Pacjent może już mieć zbyt dużo obowiązków, list, oczekiwań i powinności. Dlatego najważniejsze jest dobranie małych, realistycznych kroków, które wspierają regenerację, granice i powrót do energii bez nadmiernego wysiłku.

Unikaj:

1. Dodawania kolejnych zadań bez sprawdzenia energii

Zamiast: „proszę codziennie zrobić pięć ćwiczeń”. Lepiej: „sprawdźmy, czy jedno ćwiczenie 60 sekund jest realne”.

2. Mylenia wypalenia z brakiem motywacji

Wypalenie może oznaczać wyczerpanie systemu, nie lenistwo. Lepiej: najpierw energia, sen, granice, obciążenie i wsparcie.

3. Zbyt ambitnych planów regeneracji

Plan odpoczynku nie powinien wyglądać jak kolejny projekt do wykonania. Lepiej: jedna mikroprzerwa, jeden zasób, jedna granica.

4. Pracy wyłącznie poznawczej

Pacjent przeciążony może rozumieć problem, ale nadal być w stanie mobilizacji lub wyczerpania. Lepiej: połączyć refleksję z ciałem, rytmem dnia i realną redukcją obciążenia.

5. Zachęcania do dyscypliny bez granic

Większa dyscyplina często wzmacnia mechanizm przeciążenia. Lepiej: sprawdzić, gdzie pacjent potrzebuje mniej presji, a nie więcej kontroli.

6. Ignorowania środowiska pacjenta

Jeśli pacjent wraca do przeciążającej pracy, relacji lub opieki bez wsparcia, sama technika regulacyjna może nie wystarczyć. Lepiej: uwzględnić kontekst, obciążenia i możliwe zmiany systemowe.

7. Kończenia sesji dużym planem

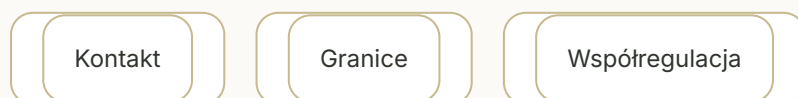
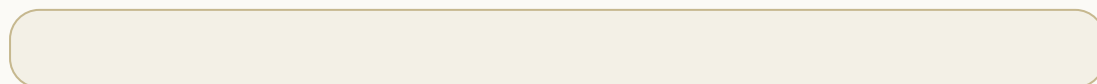
Pacjent wypalony powinien wyjść z sesji z większą jasnością i mniejszą presją. Lepiej: jeden konkretny krok i jedno zdanie domykające.

SZYBKA ZASADA

Przy burnout: mniej wymagań, więcej odzyskiwania zasobów.

MODUŁ 05

Relacje, granice i regulacja społeczna



Zastosowanie materiału przy trudnościach z granicami

Trudności z granicami często są widoczne w ciele wcześniej niż w słowach. Pacjent może mówić „tak”, gdy ciało czuje „nie”, może zgadzać się z lęku, zamierać przy konflikcie albo reagować złością dopiero po długim przekraczaniu siebie. Materiał powinien pomagać rozpoznać somatyczne sygnały granicy, odróżnić winę od potrzeby i ćwiczyć małe, bezpieczne komunikaty.

ZALECANE MATERIAŁY

- Karta „moje tak w ciele”
- Karta „moje nie w ciele”
- Mapa granic w relacjach
- Karta sygnału stop
- Karta odpowiedzialności: moje / nie moje
- Karta zasobów przed rozmową
- Dziennik sytuacji granicznych

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Zaczynaj od ciała, nie od natychmiastowej asertywności.
2. Zapytaj, gdzie ciało pokazuje „tak”, a gdzie „nie”.
3. Użyj przykładów sytuacji o niskiej intensywności.
4. Oddziel granicę od agresji i odrzucenia.
5. Pracuj z jednym krótkim komunikatem, na przykład: „potrzebuję chwili”.
6. Sprawdź, co dzieje się w ciele po wyobrażeniu wypowiedzenia granicy.
7. Zakończ zasobem, aby pacjent nie wyszedł z sesji w poczuciu zagrożenia.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zanim powiesz granicę głośno, sprawdź, jak ciało pokazuje, że coś jest za dużo.”

CZEGO UNIKAĆ

- zmuszania do szybkiej konfrontacji,
- mówienia „po prostu powiedz nie”,
- ignorowania lęku przed konsekwencjami,
- ćwiczenia granic na najtrudniejszej osobie jako pierwszej,
- traktowania braku granic jako słabości,
- pomijania historii relacyjnej pacjenta.

Zastosowanie materiału przy konflikcie relacyjnym

Konflikt relacyjny może uruchamiać walkę, ucieczkę, zamrożenie, podporządkowanie lub odcięcie. Celem pracy nie jest natychmiastowe rozwiązanie konfliktu, ale zrozumienie, jak ciało i układ nerwowy pacjenta reagują w relacji oraz jakie małe kroki pomagają utrzymać kontakt z sobą.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Mapa stanów układu nerwowego
- Karta reakcji w konflikcie: walka, ucieczka, zamrożenie, podporządkowanie
- Karta granic relacyjnych
- Karta „fakty, interpretacje, potrzeby”
- Karta regulacji przed rozmową
- Karta domknięcia po trudnej rozmowie
- Skala aktywacji w konflikcie

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Wybierz jeden konkretny konflikt, nie wszystkie relacje naraz.

2. Zmapuj reakcję ciała przed, w trakcie i po konflikcie.

3. Określ dominujący stan układu nerwowego.

4. Oddziel fakty od interpretacji i przewidywań.

5. Zidentyfikuj potrzebę lub granicę, która została naruszona.

6. Przygotuj jedną regulację przed rozmową.

7. Stwórz plan domknięcia po rozmowie, niezależnie od wyniku.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zamiast zaczynać od tego, kto ma rację, sprawdźmy, co dzieje się w Twoim układzie nerwowym w konflikcie.”

CZEGO UNIKAĆ

- rozstrzygania konfliktu za pacjenta,
- zachęcania do rozmowy bez przygotowania regulacyjnego,
- ignorowania bezpieczeństwa w relacji,
- zakładania, że komunikacja zawsze jest wskazana natychmiast,
- pomijania reakcji ciała po konflikcie.

Zastosowanie materiału przy zależności od aprobaty

Zależność od aprobaty często jest strategią przetrwania relacyjnego. Pacjent może automatycznie zgadzać się, przeproszać, tłumaczyć, przewidywać potrzeby innych lub ignorować własne ciało. Materiał powinien pomagać rozpoznawać moment podporządkowania, sygnały „nie” w ciele i różnicę między prawdziwą zgodą a zgodą z lęku.

ZAŁECANE MATERIAŁY

- Karta „tak z wyboru czy tak z lęku?”
- Karta „moje nie w ciele”
- Mapa odpowiedzialności: moje / cudze
- Karta małej granicy
- Karta zasobów przed odmową
- Dziennik sytuacji dostosowania
- Mapa wstydu i lęku relacyjnego

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Znormalizuj dostosowanie jako dawną lub aktualną strategię bezpieczeństwa.
2. Wybierz sytuację o niskiej intensywności, gdzie pacjent powiedział „tak”, choć czuł „nie”.
3. Zmapuj ciało przed zgodą, w trakcie zgody i po zgodzie.
4. Zapytaj: „co pacjent chronił przez tę zgodę?”.
5. Pracuj z jednym zdaniem opóźniającym zgodę, na przykład: „sprawdzę i dam znać”.
6. Ustal małą praktykę rozpoznawania prawdziwego „tak”.
7. Zakończ ćwiczenie zasobem, aby nie zostawić pacjenta w poczuciu winy.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Zanim odpowiesz automatycznie, daj sobie jedno zdanie przerwy: ‘potrzebuję chwili, żeby sprawdzić.’”

CZEGO UNIKAĆ

- krytykowania potrzeby aprobaty,
- wymagania natychmiastowej niezależności,
- ćwiczenia odmowy na najtrudniejszej osobie jako pierwszej,
- pomijania lęku przed konsekwencjami,
- stawiania granic bez wcześniejszego zasobu.

Zastosowanie materiału przy wycofaniu społecznym

Wycofanie społeczne może wynikać z lęku, wstydu, traumy, przeciążenia, depresyjności, wypalenia lub braku bezpiecznych doświadczeń relacyjnych. Materiał powinien pomagać odróżnić potrzebę zdrowej przestrzeni od ochronnego odcięcia oraz budować bardzo małe, bezpieczne formy kontaktu.

ZALECANE MATERIAŁY

- Mapa kontaktu i przestrzeni
- Karta zasobów relacyjnych
- Karta małego kroku społecznego
- Mapa stanów układu nerwowego
- Karta „kiedy potrzebuję kontaktu, kiedy przestrzeni?”
- Skala bezpieczeństwa społecznego 0–10
- Karta domknięcia po kontakcie społecznym

JAK ZASTOSOWAĆ W SESJI

1. Nie zakładaj, że celem jest natychmiastowe zwiększenie kontaktów.
2. Sprawdź, czy wycofanie jest regeneracją, ochroną czy odcięciem.
3. Zmapuj, które kontakty podnoszą aktywację, a które są neutralne lub wspierające.
4. Użyj skali bezpieczeństwa społecznego.
5. Wybierz jeden bardzo mały krok kontaktu o niskim ryzyku.
6. Zaplanuj domknięcie po kontakcie, aby ciało mogło wrócić do regulacji.
7. Monitoruj, czy kontakt zwiększa energię, czy ją zabiera.

PIERWSZY KROK DLA PACJENTA

„Nie musimy zaczynać od dużej relacji. Sprawdźmy, jaki najmniejszy bezpieczny kontakt jest możliwy.”

CZEGO UNIKAĆ

- naciskania na socjalizację,
- oceniania izolacji jako braku chęci,
- pomijania przeciążenia bodźcami,
- planowania dużych ekspozycji społecznych bez regulacji,
- ignorowania potrzeby przestrzeni i odpoczynku.

Mini-sekwencja sesji dla tematu granic

Praca z granicami powinna zaczynać się od ciała i bezpieczeństwa, a nie od konfrontacji. Pacjent najpierw uczy się rozpoznawać sygnał granicy, potem nazywać potrzebę, następnie wybierać mały komunikat i dopiero później sprawdzać możliwość użycia go w realnej relacji.

PROPONOWANA SEKWENCJA SESJI

1. Wybór jednej sytuacji

Pytanie: „W której sytuacji ciało pokazało, że coś było za dużo?”

2. Mapa ciała

Materiał: karta „moje tak / moje nie w ciele”.

3. Skala aktywacji

Pytanie: „Ile aktywacji pojawia się, gdy wyobrażasz sobie powiedzenie granicy?”

4. Oddzielenie potrzeby od winy

Pytanie: „Jaka potrzeba stoi pod tą granicą?”

5. Mały komunikat graniczny

Przykłady: „potrzebuję chwili”, „nie mogę teraz”, „wrócę z odpowiedzią”, „to dla mnie za dużo”.

6. Zasób przed komunikacją

Ćwiczenie: stopy, oddech, bezpieczna osoba, notatka, przerwa.

7. Domknięcie i plan

Pytanie: „Jaki najmniejszy krok jest możliwy przed kolejną sesją?”

ZADANIE MIĘDZY SESJAMI

Pacjent obserwuje jedną sytuację, w której ciało pokazuje „tak”, „nie” lub „za dużo”, bez konieczności natychmiastowej reakcji.

MODUŁ 06

Tabele, protokoły i gotowe plany



Decyzja

Plan

Zastosowanie

Tabela: warunek kliniczny → zalecany materiał

Tabela nie jest diagnozą ani sztywnym protokołem. Jest punktem startowym. Specjalista powinien zawsze sprawdzić aktualny stan pacjenta, poziom aktywacji i tolerancję interwencji, zanim wybierze konkretny materiał.

TABELA

Obszar: lęk uogólniony
Zalecany materiał: mapa stanów, skala aktywacji, karta faktów kontra lękowych myśli, protokół regulacji
Cel użycia: rozpoznać alarm, oddzielić fakty od przewidywań, zmniejszyć pobudzenie
Ostrożność: nie zaczynać od długiej analizy bez regulacji
Obszar: ataki paniki
Zalecany materiał: karta powrotu do teraźniejszości, orientacja, podparcie, wersja skrócona protokołu
Cel użycia: odzyskać kontakt z miejscem, ciałem i wpływem
Ostrożność: unikać zamykania oczu i głębokiego oddechu na siłę
Obszar: trauma
Zalecany materiał: mapa stanów, karta zasobów, sygnał stop, orientacja, łagodna psychoedukacja
Cel użycia: bezpieczeństwo, tempo, wybór, stabilizacja
Ostrożność: nie wymuszać szczegółów historii
Obszar: zamrożenie
Zalecany materiał: karta małego ruchu, podparcie, orientacja, mapa stanu grzbietowego
Cel użycia: minimalna sprawczość i powrót do kontaktu
Ostrożność: nie naciskać na działanie
Obszar: odcięcie / dysocjacja
Zalecany materiał: karta „jestem tutaj”, skala kontaktu, orientacja, zasoby sensoryczne
Cel użycia: teraźniejszość, głos, pokój, podparcie

Ostrożność: unikać intensywnego skanowania ciała
Obszar: stres przewlekły
Zalecany materiał: mapa spirali stresu, dziennik stanów, karta sygnałów przeciążenia
Cel użycia: rozpoznać kumulację i wczesne sygnały
Ostrożność: nie dodawać nadmiaru zadań
Obszar: burnout
Zalecany materiał: skala energii, plan regeneracji, karta granic pracy i odpoczynku
Cel użycia: zmniejszyć presję, odbudować zasoby, ocenić obciążenie
Ostrożność: nie motywować presją
Obszar: granice
Zalecany materiał: karta „tak/nie w ciebie”, mapa granic, komunikaty graniczne
Cel użycia: rozpoznać sygnały granicy i małe kroki komunikacji
Ostrożność: nie zaczynać od najtrudniejszej konfrontacji
Obszar: konflikt relacyjny
Zalecany materiał: mapa reakcji konfliktowych, karta faktów i potrzeb, regulacja przed rozmową
Cel użycia: rozpoznać stan i przygotować bezpieczniejszą komunikację
Ostrożność: nie pomijać bezpieczeństwa relacji
Obszar: wycofanie społeczne
Zalecany materiał: mapa kontaktu i przestrzeni, zasoby relacyjne, mały krok społeczny
Cel użycia: odróżnić regenerację od odcięcia i budować bezpieczny kontakt
Ostrożność: nie naciskać na szybkie zwiększenie kontaktów

Tabela: objaw → możliwy stan układu nerwowego → pierwszy krok

Ten sam objaw może mieć różne znaczenia. Napięcie może oznaczać mobilizację, ochronę lub przygotowanie do granicy. Zmęczenie może oznaczać potrzebę odpoczynku, odcięcie albo wypalenie. Dlatego tabela jest punktem startowym do obserwacji, nie etykietą.

TABELA

Objaw: szybka mowa, napięcie, trudność z pauzą
Możliwy stan: pobudzenie / mobilizacja
Pierwszy krok: skala aktywacji, orientacja, wolniejsze tempo
Materiał: mapa lęku, protokół regulacji
Objaw: pustka, „nie wiem”, brak czucia ciała
Możliwy stan: odcięcie / stan grzbietowy
Pierwszy krok: pokój, głos, podparcie, skala kontaktu
Materiał: karta powrotu do terażniejszości
Objaw: drżenie, ucisk, fala lęku
Możliwy stan: wysoka aktywacja
Pierwszy krok: terażniejszość, stopy, krótkie zdania
Materiał: karta paniki, orientacja
Objaw: bezruch, trudność z działaniem
Możliwy stan: zamrożenie
Pierwszy krok: mały ruch, wybór, brak presji
Materiał: karta małego kroku
Objaw: wybuch złości
Możliwy stan: walka / mobilizacja
Pierwszy krok: granica, skala aktywacji, podparcie

Materiał: mapa reakcji konfliktowych

Objaw: unikanie, odkładanie, wycofanie

Możliwy stan: ucieczka, odcięcie lub przeciążenie

Pierwszy krok: ocena energii i bezpieczeństwa

Materiał: mapa obciążeń, karta małego kroku

Objaw: przewlekłe napięcie mięśni

Możliwy stan: długotrwała mobilizacja

Pierwszy krok: lokalizacja napięcia, skala, zasób

Materiał: mapa napięcia w ciele

Objaw: zmęczenie, brak motywacji

Możliwy stan: burnout, odcięcie lub wyczerpanie

Pierwszy krok: skala energii, redukcja presji

Materiał: plan regeneracji

Objaw: zgadzanie się mimo dyskomfortu

Możliwy stan: podporządkowanie, lęk relacyjny

Pierwszy krok: sygnał „nie” w ciele

Materiał: karta granic

Objaw: izolacja po kontakcie społecznym

Możliwy stan: przeciążenie społeczne lub potrzeba regeneracji

Pierwszy krok: mapa kontaktu i przestrzeni

Materiał: karta domknięcia po kontakcie

Plan pierwszych 3 sesji według obszaru klinicznego

Pierwsze trzy sesje nie powinny służyć zrobieniu wszystkiego naraz. Ich zadaniem jest zbudować bezpieczeństwo, rozpoznać stan układu nerwowego, dobrać odpowiedni materiał, sprawdzić reakcję pacjenta i ustalić dalszy kierunek pracy. Plan powinien pozostać elastyczny.

Plan dla lęku i paniki:

Sesja 1:

Materiał: mapa stanów, skala 0–10, karta orientacji.

Zadanie: obserwacja jednego sygnału ciała przed wzrostem lęku.

Sesja 2:

Materiał: protokół regulacji w 5 minut, karta faktów kontra lęk.

Zadanie: zapisać jedną sytuację: fakt, myśl, ciało, pierwszy krok.

Sesja 3:

Materiał: mapa lęku, karta pierwszej pomocy, skala przed i po.

Zadanie: użyć planu w jednej sytuacji o niskiej lub średniej intensywności.

Plan dla traumy, zamrożenia i odcięcia:

Sesja 1:

Materiał: karta „to jest stan, nie wada”, mapa stanów, sygnał stop.

Zadanie: zauważyć jeden neutralny punkt w przestrzeni raz dziennie.

Sesja 2:

Materiał: karta zasobów, karta podparcia, skala kontaktu.

Zadanie: wybrać jeden zasób niskiej intensywności.

Sesja 3:

Materiał: mapa stanu grzbietowego, karta małego ruchu, karta domknięcia.

Zadanie: obserwacja, kiedy pojawia się „mniej kontaktu”, bez potrzeby zmiany.

Plan dla burnout i przeciążenia:

Sesja 1:

Materiał: skala energii, mapa obciążeń, karta sygnałów wczesnych.

Zadanie: zapisać jeden moment drenażu energii dziennie.

Sesja 2:

Materiał: plan regeneracji, karta zasobów, mapa energii.

Zadanie: jedna mikroprzerwa realna w codzienności.

Sesja 3:

Materiał: karta granic pracy i odpoczynku, plan mikroregeneracji.

Zadanie: wybrać jedną granicę lub jedno zmniejszenie obciążenia.

Plan dla relacji i granic:

Sesja 1:

Materiał: karta „tak/nie w ciebie”, mapa granic.

Zadanie: obserwacja jednej sytuacji granicznej.

Sesja 2:

Materiał: mapa reakcji konfliktowych, skala aktywacji relacyjnej.

Zadanie: zapisać jedną reakcję: ciało, myśl, impuls, potrzeba.

Sesja 3:

Materiał: karta małej granicy, zasób przed komunikacją.

Zadanie: użyć zdania przerwy, na przykład: „potrzebuję chwili”.

Plan pracy między sesjami według obszaru klinicznego

Praca między sesjami powinna być prosta, realistyczna i dopasowana do stanu pacjenta. Nie każde zadanie musi być aktywnym ćwiczeniem. Dla wielu pacjentów pierwszym krokiem jest sama obserwacja sygnału ciała, poziomu aktywacji albo momentu, w którym pojawia się potrzeba granicy.

Tabela sugestii:

Obszar: lęk uogólniony

Praktyka między sesjami: raz dziennie zapisać sytuację, poziom aktywacji 0–10 i jeden sygnał ciała.

Ostrożność: nie tworzyć długiego dziennika zamartwiania.

Obszar: panika

Praktyka między sesjami: przygotować kartę „tu i teraz”: trzy rzeczy, które widzę; jeden punkt podparcia; jedno zdanie bezpieczeństwa.

Ostrożność: nie ćwiczyć intensywnie w środku paniki bez wcześniejszego przygotowania.

Obszar: trauma

Praktyka między sesjami: zauważyć jeden neutralny lub przyjemny bodziec w przestrzeni.

Ostrożność: nie zadawać pracy z pamięcią traumatyczną bez stabilizacji.

Obszar: odcięcie

Praktyka między sesjami: raz dziennie sprawdzić skalę kontaktu 0–10 i nazwać jeden przedmiot w pokoju.

Ostrożność: nie wymuszać emocji.

Obszar: zamrożenie

Praktyka między sesjami: jeden bardzo mały ruch, na przykład poruszenie palcami lub stopami przez kilka sekund.

Ostrożność: nie zamieniać praktyki w presję na działanie.

Obszar: burnout

Praktyka między sesjami: jedna mikroprzerwa dziennie bez celu produktywnego.

Ostrożność: nie tworzyć ambitnego planu samorozwoju.

Obszar: przeciążenie bodźcami

Praktyka między sesjami: zapisać jeden bodziec, który nasilił przeciążenie, i jedną możliwą granicę bodźcową.

Ostrożność: nie próbować zmienić całego środowiska naraz.

Obszar: granice

Praktyka między sesjami: zauważyć jedną sytuację, w której ciało mówi „tak”, „nie” albo „za dużo”.

Ostrożność: nie wymagać natychmiastowej konfrontacji.

Obszar: konflikt relacyjny

Praktyka między sesjami: po konflikcie zapisać: stan ciała, impuls, potrzebę i jeden krok regulacyjny.

Ostrożność: uwzględnić bezpieczeństwo relacji.

Obszar: wycofanie społeczne

Praktyka między sesjami: jeden mały, bezpieczny kontakt lub jedno świadome wybranie przestrzeni.

Ostrożność: nie zwiększać kontaktów za szybko.

Wersja do pracy online

Praca online wymaga dodatkowej ostrożności. Specjalista nie ma pełnego dostępu do sygnałów ciała pacjenta, a pacjent może być w środowisku, które nie zawsze jest prywatne lub regulujące. Materiał powinien być używany prościej, wolniej i z częstszym sprawdzaniem kontaktu.

Zasady pracy online:

1. Sprawdź przestrzeń pacjenta

Pytania:

„Czy masz teraz prywatność?”

„Czy możesz mówić swobodnie?”

„Czy jesteś w miejscu, które jest wystarczająco bezpieczne?”

„Czy masz wodę, krzesło, podparcie lub przedmiot stabilizujący?”

2. Ustal plan techniczny

Co zrobić, jeśli połączenie zostanie przerwane? Czy pacjent ma możliwość napisania wiadomości? Czy specjalista zna lokalizację pacjenta, jeśli wymaga tego charakter pracy i standardy bezpieczeństwa?

3. Używaj prostszych instrukcji

Online łatwiej o zmęczenie, rozproszenie i przeciążenie. Instrukcja powinna mieć jeden krok naraz.

4. Zachowaj oczy otwarte przy wysokiej aktywacji

Zamykanie oczu online może nasilić panikę lub odcięcie. Lepiej: orientacja w pokoju, przedmioty, ekran jako punkt kontaktu.

5. Częściej sprawdzaj skalę kontaktu

Pytania:

„Na ile jesteś teraz tutaj od 0 do 10?”

„Czy widzisz pokój, w którym jesteś?”

„Czy słyszysz mój głos?”

„Czy potrzebujesz pauzy?”

6. Dostosuj materiały

Najlepsze online: mapy, checklisty, skale, krótkie protokoły, karty obserwacji. Ostrożniej online: intensywne ćwiczenia somatyczne, praca z traumą, długie skanowanie ciała, silne aktywacje bez stabilizacji.

Mini-protokół online przed użyciem materiału:

- ☐ pacjent ma prywatność
- ☐ pacjent zna cel ćwiczenia
- ☐ pacjent może przerwać
- ☐ pacjent ma kontakt z pokojem
- ☐ pacjent ma jeden punkt podparcia
- ☐ specjalista używa krótkich instrukcji
- ☐ po ćwiczeniu jest domknięcie

Wersja do pracy stacjonarnej

Praca stacjonarna daje więcej możliwości obserwacji ciała, przestrzeni i ruchu, ale nadal wymaga jasnych granic i zgody pacjenta. Gabinet może być zasobem: krzesło, podłoga, drzwi, światło, przedmioty, odległość i możliwość zatrzymania ćwiczenia pomagają budować bezpieczeństwo.

Zasady pracy stacjonarnej:

1. Używaj przestrzeni jako zasobu

Pacjent może zauważyć drzwi, okno, krzesło, podłogę, przedmiot neutralny albo dystans między sobą a specjalistą.

2. Ustal zgodę na ćwiczenie

Przed użyciem materiału powiedz, co będzie celem, ile potrwa i że pacjent może przerwać.

3. Dostosuj odległość i pozycję

Nie każdy pacjent dobrze reaguje na bliski kontakt, intensywny wzrok lub siedzenie naprzeciwko. Dostosuj ustawienie.

4. Korzystaj z kart drukowanych

Materiały mogą być położone na stoliku, aby pacjent nie czuł, że wszystko dzieje się tylko „w nim”. Karta może stać się trzecim punktem uwagi.

5. Obserwuj sygnały ciała

Zwracaj uwagę na oddech, postawę, napięcie, mimikę, tempo mowy, bezruch, ruchliwość, odpływanie i potrzebę przerwy.

6. Domykaj ćwiczenia w przestrzeni

Po intensywniejszym fragmencie wróć do pokoju, podłogi, krzesła i aktualnego czasu.

Najlepsze materiały do pracy stacjonarnej:

- mapy stanów,
- karty ciała,
- skale aktywacji,
- karty granic,
- mini-plakaty psychoedukacyjne,
- formularze obserwacji,
- ćwiczenia podparcia i orientacji.

Mini-protokół stacjonarny:

- ☐ pacjent zna cel ćwiczenia
- ☐ pacjent wie, że może przerwać
- ☐ przestrzeń jest wystarczająco spokojna
- ☐ pacjent ma punkt podparcia
- ☐ specjalista obserwuje sygnały przeciążenia
- ☐ po ćwiczeniu jest domknięcie
- ☐ materiał został dobrany do aktualnego stanu, nie tylko do tematu

Najczęstsze błędy w doborze materiału

Nawet dobry materiał może być użyty w złym momencie, w zbyt dużej dawce albo bez wystarczającego sprawdzenia stanu pacjenta. Celem tej strony jest pokazanie błędów, które najczęściej prowadzą do przeciążenia, zniechęcenia albo utraty kontaktu z pacjentem.

Najczęstsze błędy:

Błąd 1 — Dobór materiału tylko do diagnozy lub nazwy trudności

Problem: „pacjent ma lęk, więc używam materiału o lęku”.

Korekta: sprawdź aktualny stan układu nerwowego i poziom aktywacji.

Błąd 2 — Zbyt dużo materiału naraz

Problem: pacjent dostaje mapę, checklistę, protokół i zadanie w jednej sesji.

Korekta: wybierz jeden materiał i jeden cel.

Błąd 3 — Praca poznawcza bez regulacji

Problem: pacjent rozumie, ale ciało nadal jest w alarmie.

Korekta: przed analizą użyj orientacji, podparcia lub skali aktywacji.

Błąd 4 — Praca somatyczna bez ostrożności

Problem: kontakt z ciałem staje się zbyt intensywny.

Korekta: zacznij od zewnętrznej orientacji, zasobu i bardzo krótkich dawek.

Błąd 5 — Brak zgody i wyboru

Problem: pacjent wykonuje ćwiczenie, aby zadowolić specjalistę.

Korekta: pytaj o zgodę, możliwość przerwania i preferencję.

Błąd 6 — Kończenie sesji bez domknięcia

Problem: pacjent wychodzi aktywowany lub odcięty.

Korekta: zawsze zostaw kilka minut na powrót do teraźniejszości.

Błąd 7 — Zbyt ambitne zadanie domowe

Problem: pacjent przeciążony dostaje kolejną powinność.

Korekta: zadanie ma być małe, realne i dopasowane do energii.

Błąd 8 — Ignorowanie ryzyka

Problem: materiał używany jest mimo sygnałów ostrożności.

Korekta: zwolnij, skorzystaj z superwizji, konsultacji lub odpowiednich procedur.

Błąd 9 — Traktowanie mapy jako etykiety

Problem: pacjent zaczyna myśleć „jestem dysregulowany”.

Korekta: podkreślaj: „to jest stan, nie tożsamość”.

Błąd 10 — Brak zapisu reakcji pacjenta

Problem: specjalista nie wie, co naprawdę działało.

Korekta: po sesji zapisz materiał, reakcję, poziom aktywacji i wniosek.

SZYBKA ZASADA

Jeden stan. Jeden materiał. Jeden mały krok. Jedno domknięcie.

Zamknięcie i dalsze użycie

Ten przewodnik ma pomagać specjalistom dobierać materiały z większą precyzją, ostrożnością i elastycznością. Nie chodzi o stosowanie wszystkich narzędzi ani o sztywne dopasowanie techniki do diagnozy. Chodzi o świadome pytanie: czego ten pacjent potrzebuje teraz, w tym stanie układu nerwowego, przy tym poziomie zasobów i bezpieczeństwa?

TREŚĆ GŁÓWNA

Możesz używać tego przewodnika przed sesją, w trakcie planowania procesu, po trudnym spotkaniu, podczas superwizji albo jako szybkiej mapy decyzyjnej. Warto wracać do niego szczególnie wtedy, gdy nie wiesz, czy lepsza będzie psychoedukacja, regulacja, praca z ciałem, granice, zasoby czy domknięcie.

NAJWAŻNIEJSZE ZASADY DO ZAPAMIĘTANIA

- najpierw stan układu nerwowego, potem technika,
- najpierw bezpieczeństwo, potem znaczenie,
- najpierw zasób, potem trudny temat,
- najpierw mały krok, potem większa eksploracja,
- najpierw reakcja pacjenta, potem decyzja o kontynuacji,
- mniej materiału może dać więcej integracji,
- domknięcie jest częścią interwencji.

NAJLEPSZE SPOSOBY UŻYCIA

- wybór materiału przed sesją,
- sprawdzenie ostrożności przy wysokiej aktywacji,
- plan pierwszych 3 sesji,
- dobór zadania między sesjami,
- przygotowanie do pracy online,
- refleksja po sesji, gdy materiał był zbyt intensywny,
- przygotowanie do superwizji.

ZDANIE KOŃCOWE

„Dobry materiał nie prowadzi pacjenta szybciej niż jego układ nerwowy może bezpiecznie iść. Dobry materiał pomaga znaleźć właściwy krok, właściwe tempo i właściwy poziom wsparcia.”