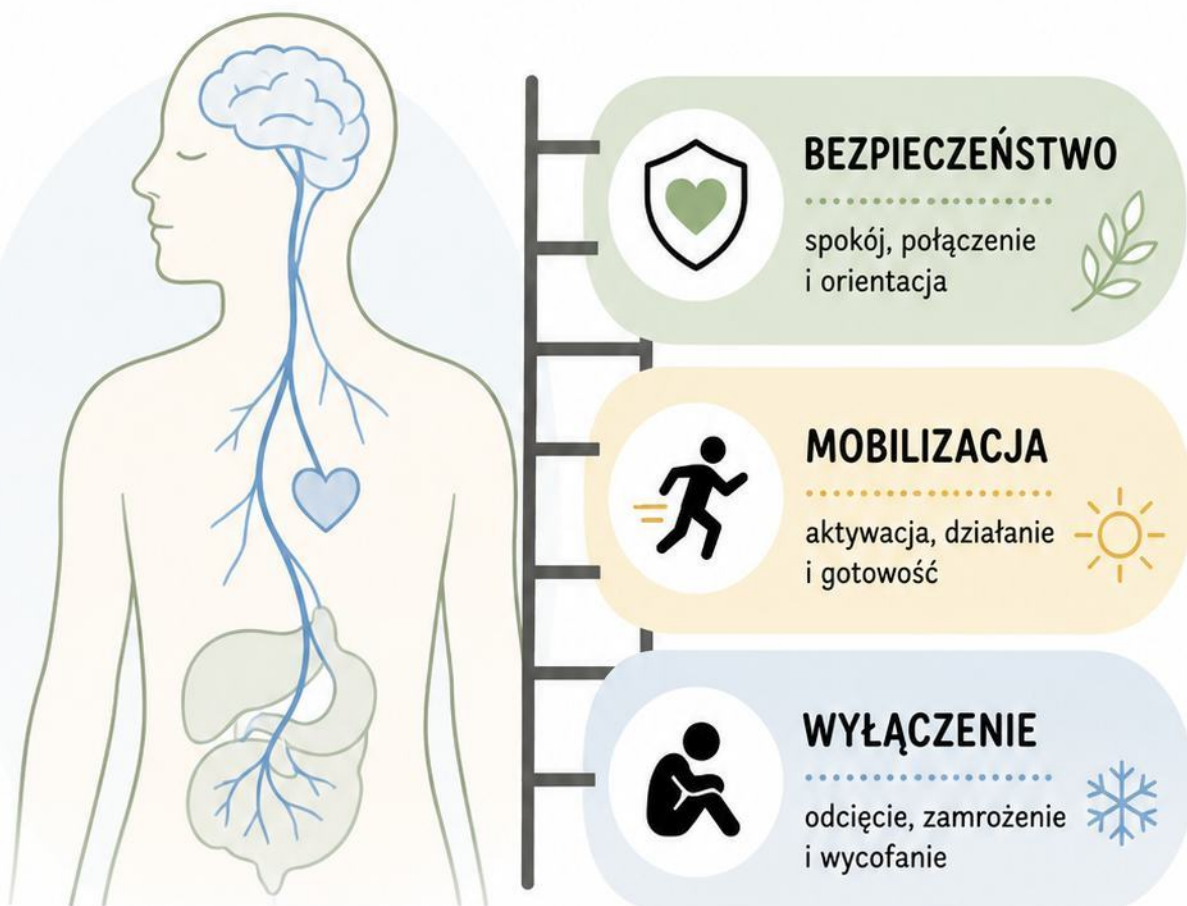


PRZEWODNIK PO TEORII POLIWAGALNEJ

Jasne i praktyczne wyjaśnienie układu nerwowego
oraz zastosowania modelu poliwagalnego w pracy klinicznej

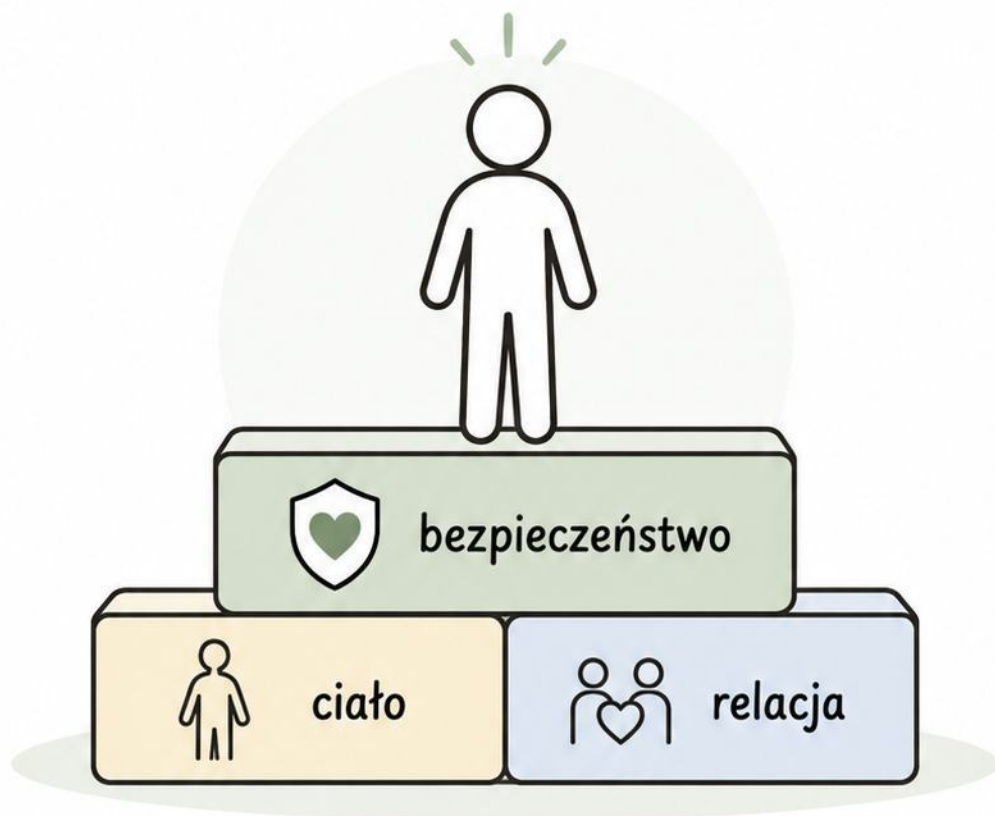


Materiał dydaktyczny dla terapeutów,
specjalistów i osób uczących się pracy z regulacją

Moduł 01

Fundamenty teorii poliwagalnej

Układ nerwowy nie pyta najpierw,
czy sytuacja jest logiczna.
Najpierw sprawdza, czy jest **bezpieczna**.



PRAWA AUTORSKIE I WAŻNA INFORMACJA

1



Ten materiał został opracowany jako przewodnik edukacyjny i kliniczny wspierający zrozumienie teorii poliwalgalnej oraz jej praktycznego zastosowania w pracy z układem nerwowym, regulacją, lękiem, stresem, traumą, relacjami i współregulacją.

2



Teoria poliwalgalna jest modelem pomagającym opisywać, jak autonomiczny układ nerwowy reaguje na sygnały bezpieczeństwa, zagrożenia, przeciążenia i kontaktu społecznego. W tym przewodniku pojęcia są przedstawione w sposób uproszczony, dydaktyczny i praktyczny, aby ułatwić ich wykorzystanie w psychoedukacji i pracy klinicznej.

3



Ten materiał nie zastępuje diagnozy, psychoterapii, konsultacji medycznej, leczenia psychiatrycznego ani superwizji klinicznej. W przypadku silnego kryzysu psychicznego, myśli samobójczych, przemocy, poważnych objawów dysocjacyjnych, zaburzeń somatycznych lub zagrożenia zdrowia należy skorzystać z pomocy odpowiedniego specjalisty lub służb ratunkowych.

4



Wszystkie ćwiczenia, przykłady i interwencje należy dostosować do wieku, stanu zdrowia, historii traumy, aktualnych zasobów oraz poziomu bezpieczeństwa pacjenta. Celem pracy poliwalgalnej nie jest wymuszanie spokoju, ale budowanie warunków, w których układ nerwowy może stopniowo odzyskiwać regulację.

5



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



DLACZEGO REAKCJE CIAŁA SĄ LOGICZNE?



KONCEPCJA

Reakcje ciała mogą wydawać się nieproporcjonalne, niezrozumiałe albo przesadne, ale często mają własną logikę ochronną. Ciało reaguje nie tylko na to, co dzieje się obiektywnie, lecz także na to, co układ nerwowy odczytuje jako możliwe zagrożenie.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Ciało nie zawsze czeka na świadomą analizę. Jeśli układ nerwowy wykryje sygnał zagrożenia, może uruchomić reakcję bardzo szybko. Serce może przyspieszyć, mięśnie mogą się napiąć, oddech może się skrócić, głos może zniknąć, a umysł może mieć trudność z myśleniem.



DLACZEGO TO WAŻNE

Kiedy specjalista rozumie logikę ciała, łatwiej unikać zawstydzania pacjenta. Zamiast mówić: 'Nie ma powodu, żeby tak reagować', można powiedzieć: 'Twoje ciało coś odczytało jako trudne. Sprawdźmy, czego potrzebuje, żeby wrócić do większego bezpieczeństwa'.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Warto zaczynać od normalizacji: 'Ta reakcja ma sens jako reakcja układu nerwowego'. Dopiero potem można przechodzić do regulacji, refleksji i zmiany.



PRZYKŁAD

Pacjent zastyga, gdy słyszy podniesiony głos. Nawet jeśli aktualna sytuacja nie jest niebezpieczna, ciało może kojarzyć ton głosu z dawnym zagrożeniem.



myśl:

wiem, że jestem bezpiecznie

REGULACJA



ciało:

reaguję, bo wykryłem sygnał



MINIWNIOSK

Logika układu nerwowego nie zawsze jest logiką myśli. Ale można się jej nauczyć rozumieć.

CZYM JEST TEORIA POLIWAGALNA?



KONCEPCJA

Teoria poliwagalna to model pomagający zrozumieć, jak autonomiczny układ nerwowy reaguje na bezpieczeństwo, zagrożenie i przeciążenie. Pokazuje, że nasze ciało może przechodzić między stanami kontaktu, mobilizacji i wyłączenia, często szybciej niż zdążymy to świadomie zrozumieć.

TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Poliwagalna opisuje, jak ciało automatycznie wybiera reakcje ochronne. Kiedy czujemy się bezpiecznie, łatwiej nam myśleć, mówić, uczyć się, tworzyć relacje i regulować emocje. Kiedy ciało wykrywa zagrożenie, może przejść w mobilizację: napięcie, gotowość, walkę, ucieczkę, niepokój. Gdy zagrożenie wydaje się zbyt duże albo zbyt długie, ciało może przejść w wyłączenie: zamrożenie, odcięcie, pustkę, bezradność lub spadek energii.

NAJWAŻNIEJSZA IDEA

Stan pacjenta jest informacją o stanie układu nerwowego, a nie tylko o jego charakterze, nastawieniu lub silnej woli.

ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Model pomaga lepiej rozumieć, dlaczego pacjent raz jest obecny i zaangażowany, innym razem pobudzony, a jeszcze innym wycofany lub odcięty. Dzięki temu interwencje można dobierać do stanu, a nie tylko do treści rozmowy.

PRZYKŁAD

Pacjent mówi: 'Wiem, że nie ma zagrożenia, ale ciało reaguje tak, jakby było'. W perspektywie poliwagalnej oznacza to, że poznawcze rozumienie nie zawsze wystarcza. Ciało potrzebuje sygnałów bezpieczeństwa.



BEZPIECZEŃSTWO I KONTAKT

spokój, połączenie
i orientacja



MOBILIZACJA

aktywacja, działanie
i gotowość



WYŁĄCZENIE

odcięcie, zamrożenie
i wycofanie

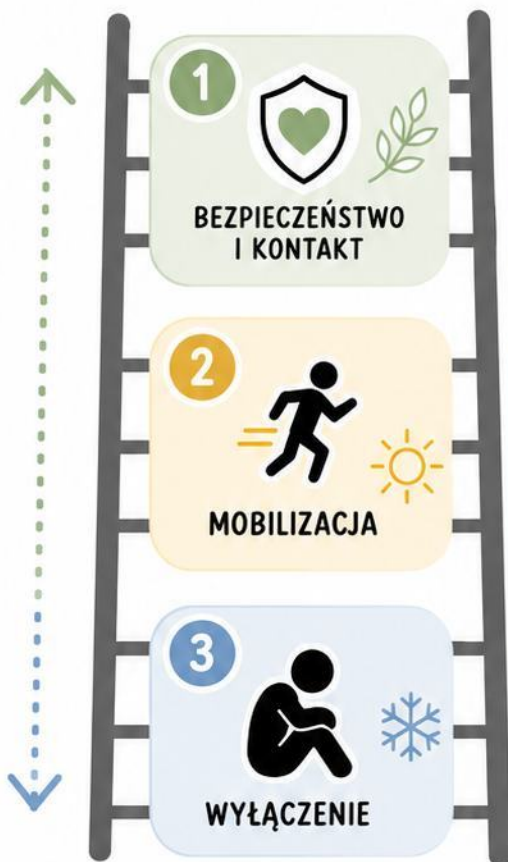


TRZY GŁÓWNE STANY AUTONOMICZNE



KONCEPCJA

W modelu poliwalgalnym często opisuje się trzy główne stany autonomiczne: stan bezpieczeństwa i kontaktu, stan mobilizacji oraz stan wyłączenia. Każdy z nich ma własną logikę, sygnały ciała i typowe zachowania.



STAN 1 – BEZPIECZEŃSTWO I KONTAKT

Ciało ma dostęp do oddechu, kontaktu wzrokowego, głosu, ciekawości, uczenia się, relacji i elastycznego myślenia.

♥ Osoba może czuć: 'Jestem tutaj i mogę reagować'.

STAN 2 – MOBILIZACJA

Ciało przygotowuje się do działania. Może pojawić się napięcie, przyspieszony oddech, lęk, złość, presja, walka, ucieczka, nadmierna kontrola albo pobudzenie.

♥ Osoba może czuć: 'Muszę coś zrobić natychmiast'.

STAN 3 – WYŁĄCZENIE

Ciało przechodzi w oszczędzanie energii. Może pojawić się zamrożenie, odcięcie, pustka, ciężar, bezradność, senność, brak słów albo poczucie znikania.

♥ Osoba może czuć: 'Nie dam rady'.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Rozpoznanie stanu pomaga dobrać interwencję.

- W mobilizacji często potrzeba spowolnienia, uziemiaenia i orientacji.
- W wyłączeniu potrzeba łagodnej aktywizacji, bezpieczeństwa i niewymagającego kontaktu.



MINIWNIIOSEK

Stan układu nerwowego wpływa na to, co pacjent może usłyszeć, zrozumieć, zapamiętać i wykonać.

UKŁAD NERWOWY JAKO SYSTEM BEZPIECZEŃSTWA



KONCEPCJA

Autonomiczny układ nerwowy można rozumieć jako system, który nieustannie sprawdza, czy osoba jest bezpieczna. Robi to automatycznie, poza pełną świadomą kontrolą.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Układ nerwowy reguluje wiele procesów, których nie musimy kontrolować świadomie: oddech, rytm serca, napięcie mięśni, trawienie, reakcje stresowe i poziom energii. W modelu poliwalgalnym szczególnie ważne jest to, że ten system stale szuka odpowiedzi na pytanie: "Czy jestem bezpieczny?".



CO TO OZNACZA W PRAKTYCE

Ciało może reagować na ton głosu, wyraz twarzy, odległość drugiej osoby, hałas, światło, tempo rozmowy, wspomnienie, zapach, słowa albo ciszę. Czasem reakcja wydaje się przesadzona, ale dla układu nerwowego może być logiczna, bo coś zostało odczytane jako sygnał zagrożenia.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Zamiast pytać wyłącznie: "Dlaczego pacjent tak reaguje?", warto zapytać: "Co jego układ nerwowy mógł odczytać jako brak bezpieczeństwa?". To przesuwą pracę z oceny na ciekawość.

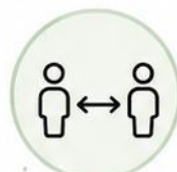


PRZYKŁAD

Terapeuta mówi spokojnie, ale zbyt szybko. Pacjent zaczyna się napinać. To nie musi oznaczać oporu. Jego ciało mogło odczytać tempo jako presję.

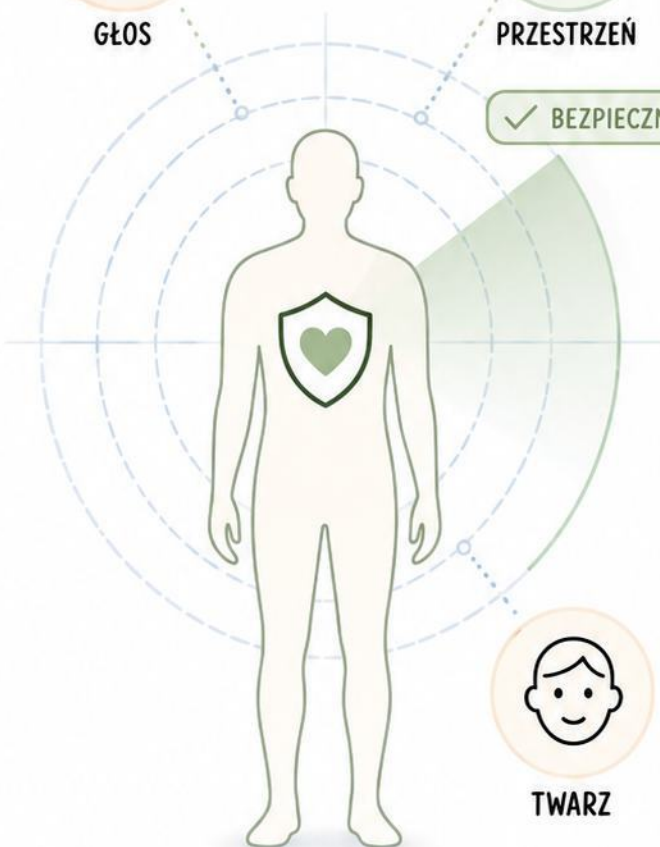


GŁOS



PRZESTRZEŃ

✓ BEZPIECZNY



TWARZ



MINIWNIÓSEK

Bezpieczeństwo nie jest tylko przekonaniem. Jest doświadczeniem ciała.

JAK KORZYSTAĆ Z TEGO PRZEWODNIKA



Ten przewodnik został stworzony po to, aby wyjaśnić teorię poliwalgalną w sposób jasny, uporządkowany i możliwy do zastosowania w praktyce klinicznej. Nie chodzi tutaj o zapamiętanie wielu trudnych pojęć, lecz o zrozumienie, jak układ nerwowy reaguje na bezpieczeństwo, zagrożenie, przeciążenie i relację.



Model poliwalgalny pomaga zobaczyć, że wiele reakcji pacjenta nie jest oporem, lenistwem, przesadą ani brakiem motywacji. Często są to strategie autonomicznego układu nerwowego, który próbuje chronić osobę w najlepszy dostępny mu sposób. Kiedy specjalista zaczyna patrzeć przez tę perspektywę, praca kliniczna może stać się bardziej łagodna, precyzyjna i skuteczna.



Materiał można czytać od początku do końca albo traktować jako narzędzie pomocnicze do psychoedukacji. Każda strona zawiera jeden główny temat, prostą definicję, praktyczne znaczenie i sugestię wizualną. Dzięki temu przewodnik może służyć zarówno do nauki, jak i do tworzenia plansz, slajdów, materiałów dla pacjentów oraz pomocy gabinetowych.



Najważniejsza zasada tego przewodnika brzmi: zanim pojawi się głęboka zmiana, układ nerwowy potrzebuje choć odrobiny bezpieczeństwa. Regulacja nie jest wymuszonym spokojem. Regulacja to zdolność wracania do kontaktu, orientacji, wyboru i relacji po doświadczeniu pobudzenia lub wyłączenia.

⇒ ŚCIEŻKA ROZUMIENIA I ZASTOSOWANIA ⇒



bezpieczeństwo

Tworzenie warunków do poczucia bezpieczeństwa i orientacji w chwili obecnej.



stan

Rozpoznanie tego, w jakim stanie znajduje się układ nerwowy osoby.



regulacja

Wspieranie układu nerwowego w powrocie do równowagi poprzez relację i strategię.



praktyka

Stosowanie wiedzy w codziennej pracy klinicznej i w życiu.



Zatrzymaj się na chwilę. Weź powolny wdech nosem... i długi wydech ustami. Twoje ciało to też część tej teorii. Kiedy Ty jesteś bardziej uregulowany, tworzysz bezpieczniejszą przestrzeń dla drugiej osoby.

NERW BŁĘDNY W PROSTYCH SŁOWACH



KONCEPCJA

Nerw błędny jest ważną częścią układu nerwowego, która łączy mózg z wieloma obszarami ciała. W teorii poliwalgalnej szczególną uwagę zwraca się na jego rolę w regulacji, relacji, bezpieczeństwie i reakcjach wyłączenia.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Nerw błędny można wyobrazić sobie jako długą drogę komunikacyjną między mózgiem a ciałem. Przekazuje informacje między głową, gardłem, sercem, płucami, brzuchem i narządami wewnętrznymi. Pomaga ciału reagować na to, czy jest bezpiecznie, czy potrzebna jest mobilizacja, czy organizm przechodzi w oszczędzanie energii.



DWA WAŻNE KIERUNKI W MODELU POLIWAGALNYM

- Część brzuszno-błędna wspiera kontakt społeczny, regulację, głos, mimikę, oddech i poczucie bezpieczeństwa.
- Część grzbietowo-błędna może być związana z wyłączeniem, spadkiem energii, zamrożeniem i odcięciem, szczególnie gdy organizm czuje, że nie ma możliwości działania.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

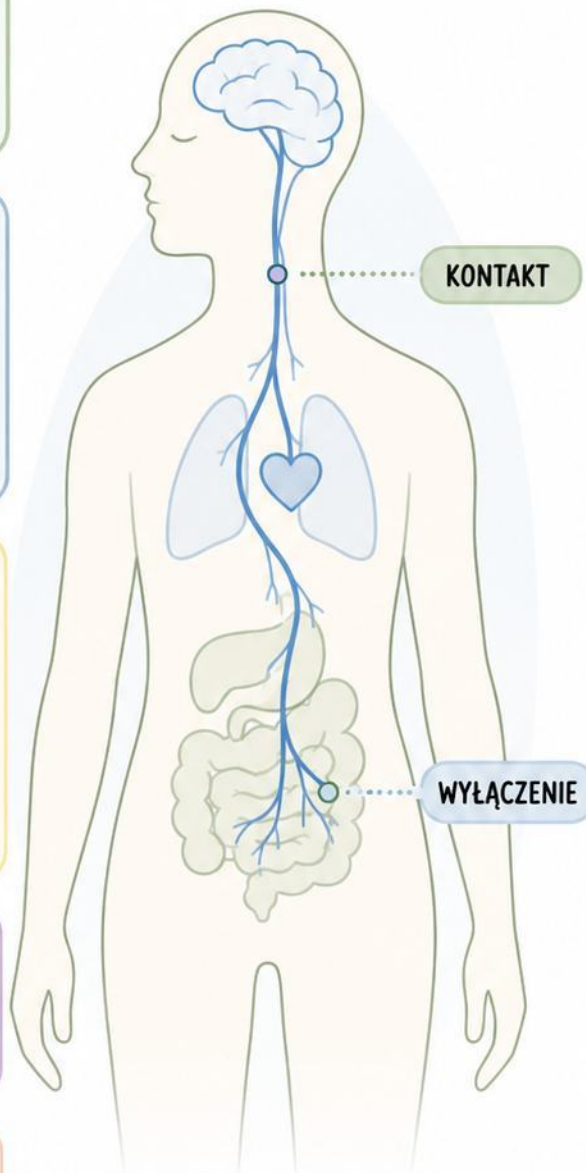
Nie trzeba uczyć pacjenta szczegółowej anatomii. Wystarczy powiedzieć: „Twoje ciało ma system, który pomaga ci czuć bezpieczeństwo, mobilizować się albo wyłączać, gdy jest zbyt dużo”.



PRZYKŁAD

Pacjent, który czuje pustkę i brak energii po długim stresie, może nie być leniwy. Jego ciało może być w stanie ochronnego wyłączenia.

KOMUNIKACJA MÓZG – CIAŁO



SPIS TREŚCI



Wprowadzenie strona 03



Moduł 01 — Fundamenty teorii poliwalgalnej

strona 04

1. Czym jest teoria poliwalgalna? strona 05
2. Układ nerwowy jako system bezpieczeństwa strona 06
3. Nerw błędny w prostych słowach strona 07
4. Trzy główne stany autonomiczne strona 08
5. Dlaczego reakcje ciała są logiczne? strona 09
6. Neurocepcja: wykrywanie bezpieczeństwa i zagrożenia strona 10
7. Hierarchia reakcji autonomicznych strona 11



Moduł 02 — Trzy stany układu nerwowego

strona 12

1. Stan brzuszno-błędny: kontakt i bezpieczeństwo strona 13
2. Stan współczulny: mobilizacja i alarm strona 14
3. Stan grzbietowo-błędny: wyłączenie i zamrożenie strona 15
4. Różnica między regulacją a spokojem strona 16
5. Mieszane stany autonomiczne strona 17
6. Jak rozpoznać stan po ciele? strona 18
7. Jak rozpoznać stan po zachowaniu? strona 19



Moduł 03 — Mapa układu nerwowego w praktyce

strona 20

1. Mapa drabiny autonomicznej strona 21
2. Okno tolerancji i jego granice strona 22
3. Co poszerza okno tolerancji? strona 23
4. Co zawęża okno tolerancji? strona 24
5. Sygnały bezpieczeństwa strona 25
6. Sygnały zagrożenia strona 26
7. Ciało jako kompas stanu strona 27



Moduł 04 — Regulacja i współregulacja

strona 28

1. Czym jest samoregulacja? strona 29
2. Czym jest współregulacja? strona 30
3. Rola głosu, twarzy i kontaktu wzrokowego strona 31
4. Oddech jako narzędzie regulacji strona 32
5. Ruch jako narzędzie regulacji strona 33
6. Dotyk, ciężar i podparcie strona 34
7. Orientacja w przestrzeni strona 35



Moduł 05 — Zastosowanie kliniczne

strona 36

1. Jak wyjaśniać teorię pacjentowi? strona 37
2. Jak mapować stan pacjenta? strona 38
3. Jak dobrać interwencję do stanu? strona 39
4. Praca z lękiem i pobudzeniem strona 40
5. Praca z zamrożeniem i odcięciem strona 41
6. Praca z wstydem i wycofaniem strona 42
7. Praca z traumą bez przeciążania strona 43



Moduł 06 — Narzędzia, ćwiczenia i protokoły

strona 44

1. Ćwiczenie: szybka mapa stanu strona 45
2. Ćwiczenie: trzy sygnały bezpieczeństwa strona 46
3. Ćwiczenie: powrót do kontaktu strona 47
4. Ćwiczenie: regulacja przez orientację strona 48
5. Ćwiczenie: współregulujący głos strona 49
6. Ćwiczenie: plan regulacji pacjenta strona 50
7. Ćwiczenie: skala aktywacji strona 51



Moduł 07 — Integracja kliniczna i etyczna

strona 52

1. Jak nie upraszczać teorii zbyt mocno strona 53
2. Czego teoria poliwalgalna nie zastępuje strona 54
3. Język bezpieczeństwa w gabinecie strona 55
4. Plan psychoedukacji dla pacjenta strona 56
5. Notatka kliniczna: stan, zasób, interwencja strona 57
6. Przykładowa sekwencja sesji strona 58
7. Najczęstsze błędy w zastosowaniu strona 59
8. Podsumowanie: od reakcji do regulacji strona 60
9. Słownik prostych pojęć strona 61

10. Strona refleksji dla specjalisty strona 62
11. Zamknięcie i dalsza praktyka strona 63



NEUROCEPCJA: WYKRYWANIE BEZPIECZEŃSTWA I ZAGROŻENIA



KONCEPCJA

Neurocepcja oznacza automatyczne wykrywanie sygnałów bezpieczeństwa, zagrożenia lub przeciążenia. To proces, który działa szybciej niż świadome myślenie. Ciało może reagować, zanim osoba zdąży powiedzieć: „Rozumiem, co się dzieje”.



TRZEŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Neurocepcja działa jak wewnętrzny system skanowania. Układ nerwowy sprawdza twarz drugiej osoby, ton głosu, tempo ruchu, odległość, zapach, światło, dźwięki, wspomnienia, napięcie w ciele i kontekst sytuacji. Na tej podstawie ciało decyduje, czy może pozostać w kontakcie, czy potrzebuje mobilizacji, czy musi się wycofać.



DLACZEGO TO WAŻNE KLINICZNIE

Pacjent może mówić: „Wiem, że nic złego się nie dzieje”, a jednocześnie jego ciało może być w alarmie. To nie jest sprzeczność. To znak, że świadome myślenie i autonomiczna ocena bezpieczeństwa nie zawsze działają w tym samym tempie.



ZASTOSOWANIE W GABINECIE

Specjalista może pytać: „Co twoje ciało mogło odczytać jako sygnał zagrożenia?” albo „Co w tym miejscu daje choć trochę sygnału bezpieczeństwa?”. Takie pytania pomagają przenieść uwagę z oceniania reakcji na rozumienie stanu.



PRZYKŁAD

Pacjent napina się, gdy terapeuta przysuwa krzesło bliżej. Nie musi to oznaczać braku zaufania. Jego układ nerwowy mógł odczytać zmniejszenie dystansu jako zbyt intensywne.



MINIWNIOSK

Neurocepcja nie pyta: „Czy to jest logiczne?”.
Pyta: „Czy to jest bezpieczne dla ciała?”.



twarz



głos



dystans



światło



dźwięk



bezpieczeństwo



alarm

HIERARCHIA REAKCJI AUTONOMICZNYCH



KONCEPCJA

Hierarchia reakcji autonomicznych oznacza, że układ nerwowy zwykle korzysta z różnych strategii ochronnych w określonej kolejności. Najpierw szuka kontaktu i bezpieczeństwa. Gdy to nie wystarcza, przechodzi do mobilizacji. Gdy mobilizacja nie działa lub zagrożenie wydaje się zbyt duże, może przejść w wyłączenie.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

To uporządkowanie reakcji. W modelu poliwalgalnym ciało najpierw najlepiej funkcjonuje w stanie bezpieczeństwa i kontaktu. Jeśli pojawia się zagrożenie, ciało mobilizuje energię do działania. Jeśli działanie nie jest możliwe albo sytuacja jest przytłaczająca, ciało może ograniczyć energię i przejść w zamrożenie lub odcięcie.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Interwencja powinna pasować do poziomu reakcji. Osoba w mobilizacji nie zawsze potrzebuje analizy. Często potrzebuje uziemienia i spowolnienia. Osoba w wyłączeniu nie zawsze potrzebuje uspokajania. Często potrzebuje łagodnego kontaktu, orientacji i małej aktywizacji.



PRZYKŁAD

Pacjent najpierw próbuje wyjaśnić i prosić o kontakt. Potem zaczyna się złościć. Na końcu milknie i odcina się. To może być przejście przez hierarchię autonomiczną: kontakt → mobilizacja → wyłączenie.



MINIWNIOSK

Kiedy rozumiemy hierarchię, przestajemy widzieć reakcje jako przypadkowe. Zaczynamy widzieć ścieżkę ochrony.

Moduł 02

Trzy stany układu nerwowego

Stan układu nerwowego wpływa na to, jak osoba myśli, czuje, mówi, słucha, reaguje i buduje kontakt.



STAN BRZUSZNO-BŁĘDNY: KONTAKT I BEZPIECZEŃSTWO



KONCEPCJA

Stan brzuszno-błędny jest związany z poczuciem bezpieczeństwa, dostępem do relacji, spokojniejszym oddechem, kontaktem społecznym i większą elastycznością. To nie musi oznaczać idealnego spokoju. Oznacza, że osoba ma dostęp do wyboru, komunikacji i obecności.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

W tym stanie ciało odbiera wystarczająco dużo sygnałów bezpieczeństwa. Osoba może łatwiej słuchać, mówić, rozumieć, uczyć się, czuć ciekawość, korzystać ze wsparcia i regulować emocje. Układ nerwowy nie musi wydawać całej energii na obronę.



SYGNAŁY W CIELE

Oddech jest bardziej dostępny. Twarz może być bardziej miękka. Głos może być bardziej naturalny. Mięśnie nie muszą być stale napięte. Ciało może czuć podparcie, przestrzeń i kontakt.



SYGNAŁY W ZACHOWANIU

Osoba może nawiązywać kontakt, zadawać pytania, przyjmować wsparcie, rozmawiać o trudnościach bez natychmiastowego zalanania emocjami i wracać do równowagi po napięciu.



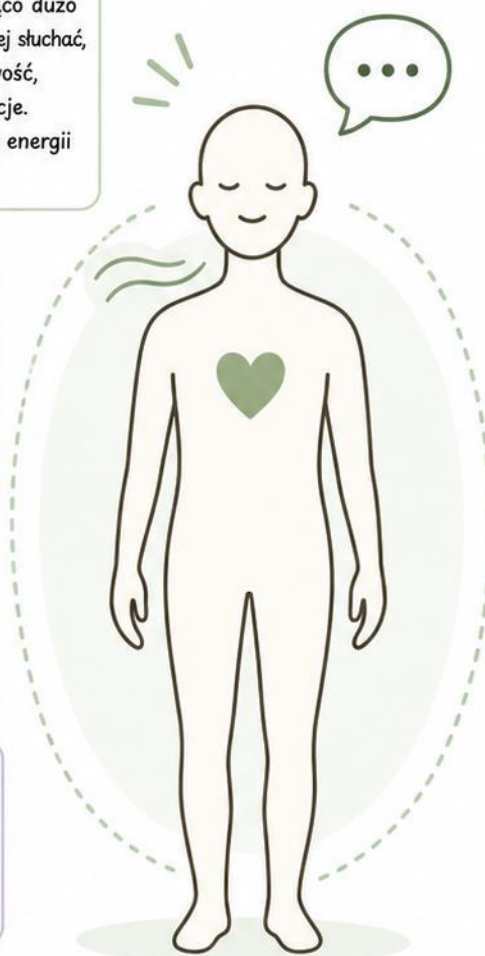
ZASTOSOWANIE KLINICZNE

W tym stanie można pracować z refleksją, psychoedukacją, planowaniem, zmianą przekonań i integracją. Jednak nadal warto monitorować ciało, ponieważ pacjent może szybko przejść do mobilizacji lub wyłączenia.



PRZYKŁAD

Pacjent mówi: „To trudne, ale mogę o tym mówić i nadal czuję, że jestem tutaj”. To znak dostępu do regulacji i kontaktu.



kontakt + oddech + wybór

STAN WSPÓŁCZULNY: MOBILIZACJA I ALARM



KONCEPCJA

Stan współczulny jest związany z mobilizacją energii. Ciało przygotowuje się do działania: walki, ucieczki, obrony, kontroli, szybkiej reakcji albo intensywnego rozwiązania problemu.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Gdy układ nerwowy wykrywa zagrożenie lub presję, ciało może uruchomić stan mobilizacji. Energia idzie do mięśni, oddech może przyspieszyć, serce bije szybciej, myśli stają się szybsze, a osoba może mieć poczucie: „Muszę coś zrobić natychmiast”.



SYGNAŁY W CIELE

Napięcie mięśni, przyspieszony oddech, ścisk w klatce piersiowej, pobudzenie, drżenie, gorąco, zaciśnięta szczeka, spięte ramiona, trudność z siedzeniem spokojnie.



SYGNAŁY W ZACHOWANIU

Póspiech, podniesiony głos, złość, lęk, kontrolowanie, tłumaczenie się, uciekanie, przerywanie, nadmierne analizowanie, impulsywne decyzje albo potrzeba natychmiastowej ulgi.



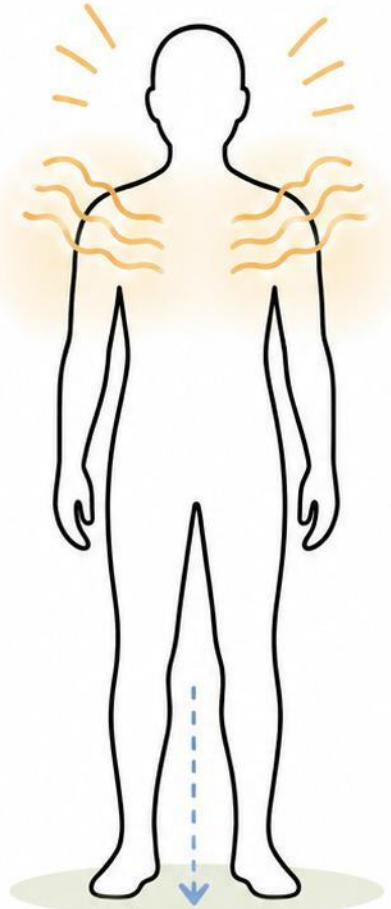
ZASTOSOWANIE KLINICZNE

W mobilizacji najpierw warto obniżyć tempo. Pomagają: długi wydech, stopy na podłodze, orientacja w przestrzeni, nazwanie stanu, zmniejszenie bodźców i krótkie zdania. Dopiero potem warto przechodzić do analizy.



PRZYKŁAD

Pacjent mówi szybko, przeskakuje między tematami i nie może przestać planować. Można powiedzieć: „Widzę, że układ nerwowy ma dużo energii. Zatrzymajmy się najpierw przy stopach”.



DŁUGI
WYDECH

STAN GRZBIETOWO-BŁĘDNY: WYŁĄCZENIE I ZAMROŻENIE



KONCEPCJA

Stan grzbietowo-błędny jest związany z ochronnym obniżeniem energii. Pojawia się, gdy ciało odczytuje sytuację jako zbyt przytłaczającą, niemożliwą do rozwiązania albo pozbawioną drogi działania.



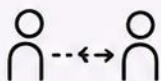
TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

W stanie wyłączenia organizm może ograniczać energię, odcinać emocje, zmniejszać kontakt i spowalniać reakcje. Osoba może czuć pustkę, ciężar, senność, brak słów, odrętwienie, bezradność albo poczucie „znikania”.



SYGNAŁY W CIELE

Ciężkość, zimno, spadek energii, wolniejszy oddech, brak siły, rozluźnienie bez poczucia odpoczynku, odcięcie od ciała, pustka w głowie, trudność z ruchem lub mówieniem.



SYGNAŁY W ZACHOWANIU

Wycofanie, brak kontaktu wzrokowego, odpowiedzi „nie wiem”, trudność z decyzją, rezygnacja, opóźnianie, zamrożenie, odcięcie emocjonalne albo zasypianie po stresie.



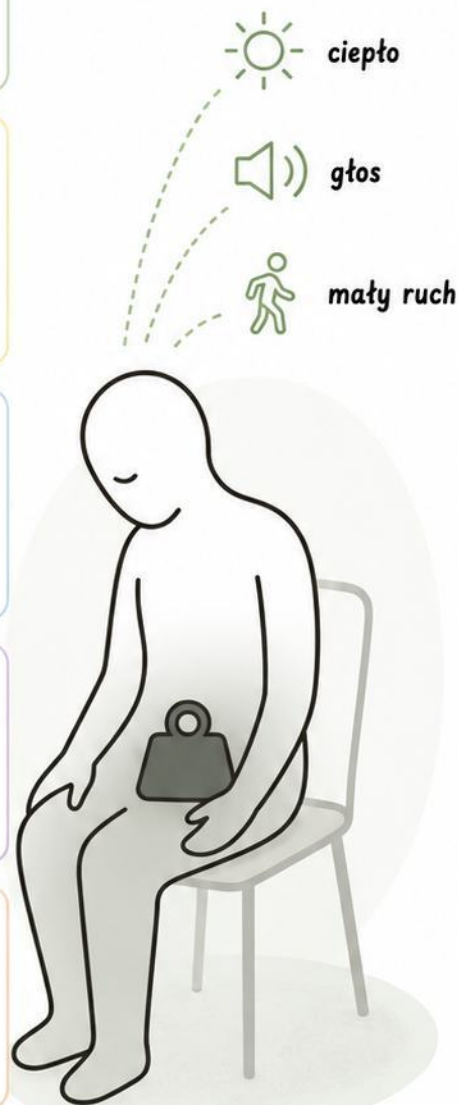
ZASTOSOWANIE KLINICZNE

W wyłączeniu nie należy zalewać pacjenta pytaniami ani wymagać szybkiej analizy. Pomagają: łagodny głos, orientacja w przestrzeni, mały ruch, kontakt z podparciem, ciepło, proste wybory i bardzo małe kroki aktywizujące.



PRZYKŁAD

Pacjent milknie i patrzy w dół. Zamiast naciskać na odpowiedź, specjalista może powiedzieć: „Możemy zwolnić. Sprawdźmy najpierw, czy czujesz krzesło pod sobą”.



RÓŻNICA MIĘDZY REGULACJĄ A SPOKOJEM



KONCEPCJA

Regulacja nie oznacza bycia spokojnym przez cały czas. Regulacja oznacza zdolność zauważania stanu, reagowania na potrzeby ciała i powracania do większej równowagi po pobudzeniu lub wyłączeniu.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Spokój to jeden możliwy stan. Regulacja to proces. Osoba może być regulowana nawet wtedy, gdy czuje emocje, pobudzenie, smutek lub złość, jeśli ma dostęp do kontaktu, wyboru i stopniowego powrotu.



DLACZEGO TO WAŻNE

W pracy klinicznej celem nie jest stworzenie pacjenta, który „nigdy się nie aktywuje”. Celem jest wspieranie układu nerwowego w większej elastyczności: przechodzeniu między stanami bez utknięcia w alarmie lub odcięciu.



PRZYKŁAD BŁĘDNEGO ROZUMIENIA

„Regulacja oznacza, że mam być spokojna”.



LEPSZE ROZUMIENIE

„Regulacja oznacza, że mogę zauważyć napięcie i pomóc sobie wrócić o jeden krok bliżej równowagi”.



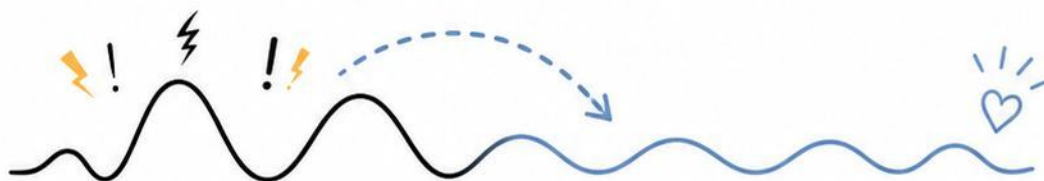
ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Warto pytać: „Co pomoże obniżyć intensywność o jeden punkt?”, zamiast oczekiwać natychmiastowego spokoju. Taka praca jest bardziej realistyczna i bezpieczna.



MINIWNIOSK

Spokój to nie brak fal. Regulacja to umiejętność pływania z większym wsparciem.



regulacja = powrót, nie perfekcyjny spokój

MIESZANE STANY AUTONOMICZNE



KONCEPCJA

Układ nerwowy nie zawsze znajduje się w jednym czystym stanie. Często pojawiają się stany mieszane: aktywacja połączona z kontaktem, zamrożenie z napięciem, pobudzenie z odcięciem albo spokój z czujnością.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Stan mieszany oznacza, że w ciele działa więcej niż jeden wzorec reakcji. Osoba może jednocześnie chcieć kontaktu i się go bać. Może być bardzo pobudzona, a jednocześnie czuć bezradność. Może wyglądać spokojnie, ale wewnętrznie być w alarmie.



PRZYKŁADY STANÓW MIESZANYCH

- **Kontakt + mobilizacja:** energia, ruch, zaangażowanie, zabawa, twórczość.
- **Mobilizacja + lęk:** napięcie, pośpiech, potrzeba kontroli.
- **Zamrożenie + aktywacja:** ciało nieruchome, ale wewnątrz duży alarm.
- **Kontakt + czujność:** osoba rozmawia, ale stale monitoruje bezpieczeństwo.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Nie należy oceniać stanu wyłącznie po wyglądzie zewnętrznym. Pacjent może się uśmiechać i jednocześnie być silnie napięty. Warto pytać o ciało, oddech, energię i poczucie kontaktu.



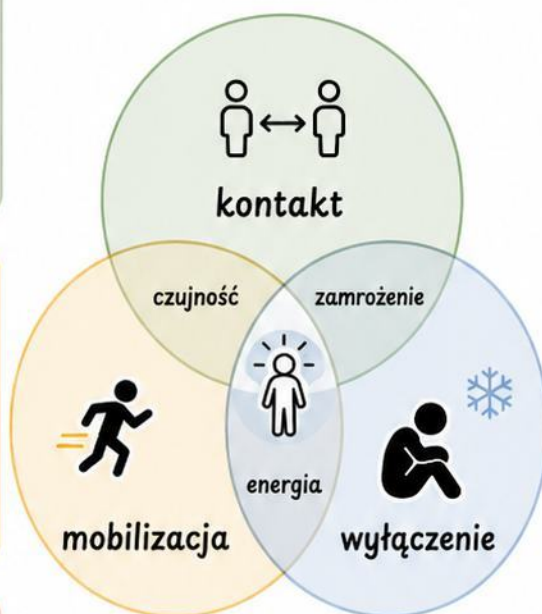
PRZYKŁAD

Pacjent żartuje podczas opowiadania o trudnym doświadczeniu, ale jego dłonie są zaciśnięte. Może to być mieszanka kontaktu społecznego i mobilizacji obronnej.



MINIWNIOSK

Stany autonomiczne są dynamiczne. Mapa pomaga, ale trzeba patrzeć na całego człowieka.



JAK ROZPOZNAĆ STAN PO CIELE?



KONCEPCJA

Ciało daje wiele sygnałów stanu autonomicznego. Obserwacja oddechu, napięcia, energii, głosu, spojrzenia, temperatury i postawy pomaga lepiej zrozumieć, czego potrzebuje układ nerwowy.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Rozpoznawanie stanu po ciele oznacza zauważanie, czy organizm jest bardziej w kontakcie, alarmie czy wyłączeniu. Nie chodzi o diagnozowanie na podstawie jednego sygnału, ale o zbieranie informacji.



SYGNAŁY KONTAKTU I BEZPIECZEŃSTWA

Dostępny oddech, miękka twarz, elastyczny głos, kontakt wzrokowy bez presji, możliwość siedzenia lub poruszania się z wyborem, poczucie obecności.



SYGNAŁY MOBILIZACJI

Napięte ramiona, szybki oddech, przyspieszona mowa, zaciśnięte dłonie, ruchliwość, ciepło, drżenie, napięta szczęka, trudność z zatrzymaniem.



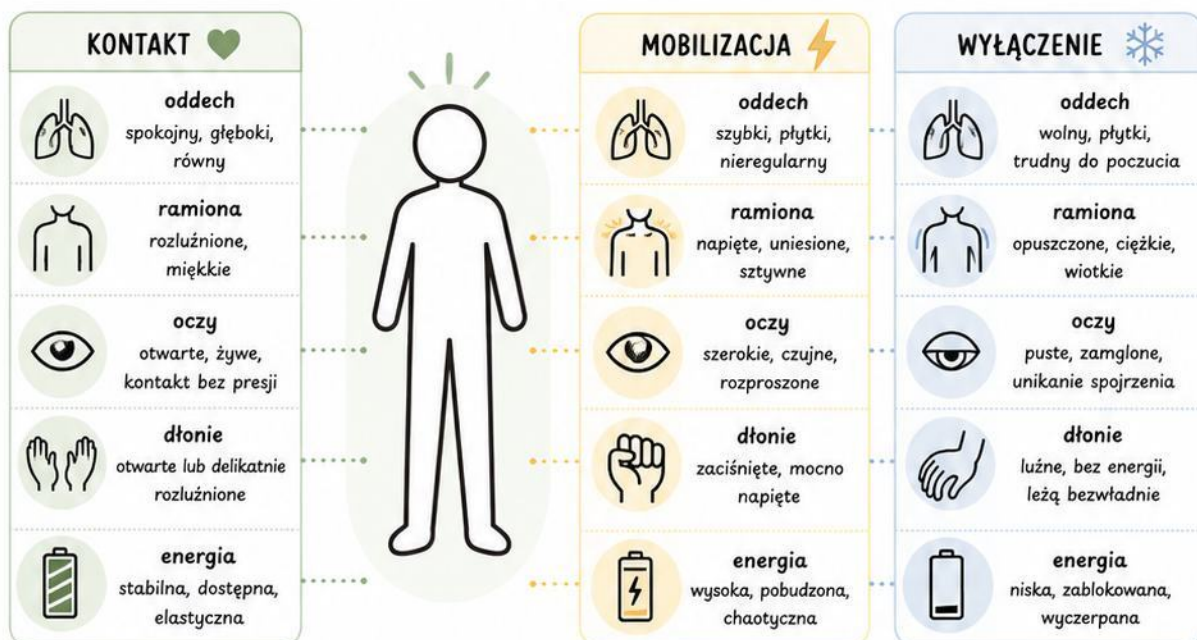
SYGNAŁY WYŁĄCZENIA

Ciężkość, spadek energii, pusty wzrok, mało słów, wolne reakcje, zimno, zapadnięta postawa, trudność z czuciem ciała, odpowiedzi „nie wiem”.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Specjalista może pytać: „Co mówi ciało?” albo „Gdzie widzisz pierwszy sygnał zmiany stanu?”. To pomaga pacjentowi rozwijać świadomość autonomiczną.



JAK ROZPOZNAĆ STAN PO ZACHOWANIU?



KONCEPCJA

Zachowanie pacjenta może wskazywać, w jakim stanie znajduje się układ nerwowy. To, co bywa interpretowane jako opór, brak motywacji, przesada lub unikanie, może być strategią ochronną stanu autonomicznego.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM

Zachowanie jest zewnętrznym śladem wewnętrznego stanu. Pacjent może mówić szybko, milczeć, kontrolować, żartować, unikać, płakać, zastygać albo zmieniać temat nie dlatego, że „nie chce współpracować”, ale dlatego, że jego układ nerwowy próbuje wrócić do bezpieczeństwa.



ZACHOWANIA W STANIE KONTAKTU

Ciekawość, zdolność słuchania, pytania, refleksja, elastyczność, przyjmowanie wsparcia, możliwość przerwy i powrotu.



ZACHOWANIA W MOBILIZACJI

Pośpiech, przerywanie, obrona, złość, lęk, nadmierne tłumaczenie, kontrolowanie, szukanie natychmiastowej odpowiedzi, trudność z odpoczynkiem.



ZACHOWANIA W WYŁĄCZENIU

Wycofanie, brak decyzji, „nie wiem”, odrętwienie, znikanie z kontaktu, opóźnianie, rezygnacja, pozorna obojętność.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE

Zamiast pytać: „Dlaczego pacjent nie współpracuje?”, warto zapytać: „Jaki stan może organizować to zachowanie i jaka interwencja będzie dla tego stanu dostępna?”.



kontakt



mobilizacja

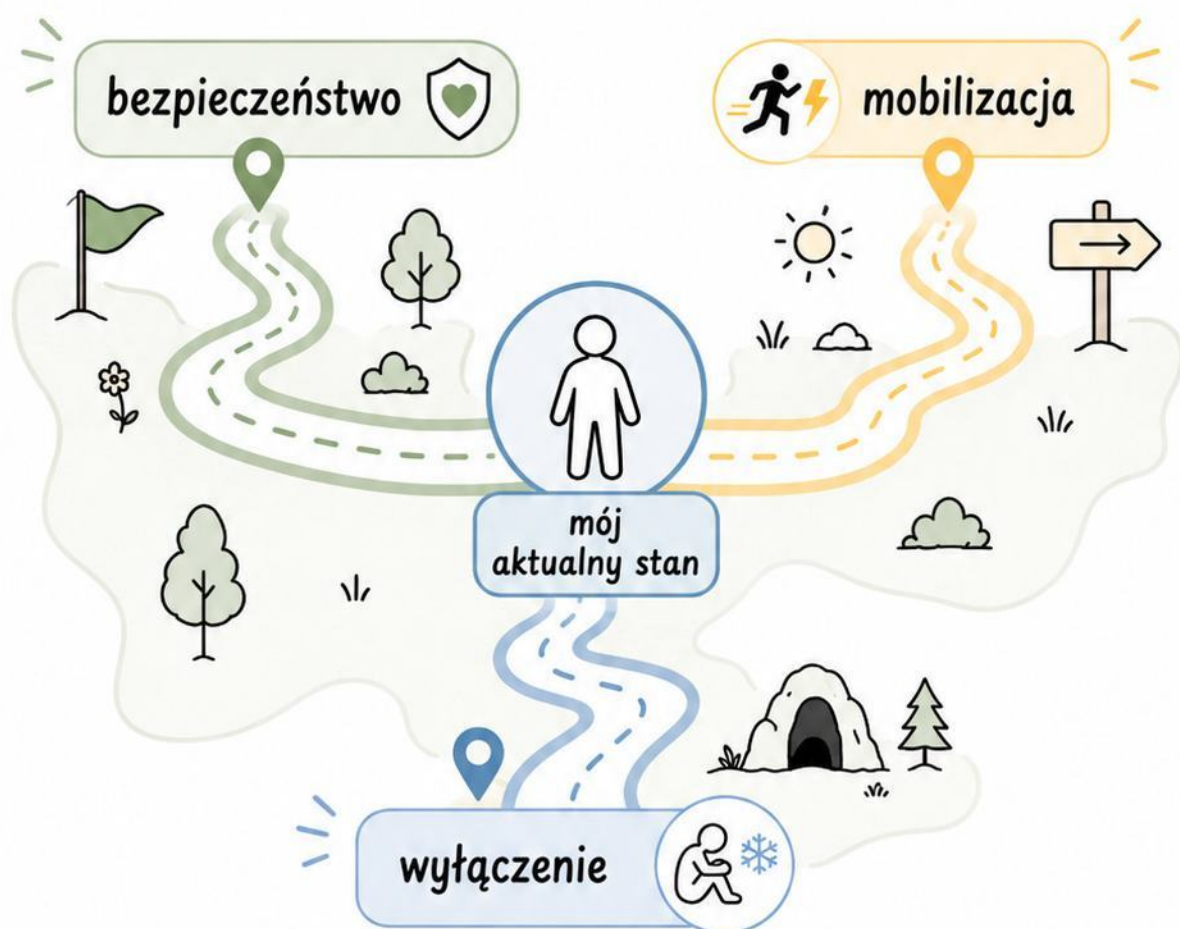


wyłączenie

Moduł 03

Mapa układu nerwowego w praktyce

Kiedy pacjent potrafi zobaczyć swój stan na mapie, łatwiej mu przestać się obwiniać i zacząć szukać drogi powrotu.



Mapa drabiny autonomicznej



KONCEPCJA:

Drabina autonomiczna to prosta wizualna mapa stanów układu nerwowego. Pomaga pacjentowi zobaczyć, czy jest bliżej kontaktu, mobilizacji czy wyłączenia oraz jakie kroki mogą pomóc wrócić o jeden poziom bliżej regulacji.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Drabina autonomiczna pokazuje trzy główne poziomy funkcjonowania. Na górze znajduje się stan kontaktu i bezpieczeństwa. W środku znajduje się mobilizacja, czyli alarm i gotowość do działania. Na dole znajduje się wyłączenie, czyli zamrożenie, odcięcie lub spadek energii.



JAK UŻYWAĆ MAPY:

- 1 Poproś pacjenta, aby wskazał, gdzie jest teraz.
- 2 Nie oceniaj wybranego miejsca.
- 3 Zapytaj: „Po czym poznajesz ten stan w ciele?”
- 4 Zapytaj: „Co pomogłoby przesunąć się tylko o jeden szczebel?”
- 5 Nie wymagaj natychmiastowego wejścia na górę drabiny.
- 6 Wybierz interwencję dopasowaną do aktualnego poziomu.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Mapa drabiny pomaga normalizować reakcje. Pacjent może zobaczyć: „Nie jestem zepsuty. Mój układ nerwowy jest w określonym stanie”.



PRZYKŁAD:

Pacjent wskazuje środkowy poziom i mówi: „Jestem w alarmie”. Terapeuta może zaproponować stopy na podłodze, wolniejszy wydech i nazwanie trzech sygnałów bezpieczeństwa.



MINIWNIOSK:

Celem nie jest skok na górę drabiny. Celem jest znalezienie najbliższego dostępnego szczebla.



KONTAKT I BEZPIECZEŃSTWO

spokojny, obecny,
połączony



MOBILIZACJA

alarm, gotowość,
działanie



WYŁĄCZENIE

zamrożenie, odcięcie,
spadek energii

↑
jeden
szczebel
naraz
↓

OKNO TOLERANCJI I JEGO GRANICE



KONCEPCJA:

Okno tolerancji opisuje zakres pobudzenia, w którym osoba może pozostawać w kontakcie, myśleć, czuć i reagować bez przeciążenia. Poza tym zakresem układ nerwowy częściej przechodzi w nadmierną aktywację lub wyłączenie.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Okno tolerancji to przestrzeń, w której emocje i bodźce są możliwe do zniesienia. Osoba nie musi być idealnie spokojna. Może czuć trudność, ale nadal ma dostęp do słów, oddechu, relacji i wyboru.



GÓRNA GRANICA OKNA:

Gdy pobudzenie rośnie zbyt mocno, osoba może wejść w lęk, panikę, złość, pośpiech, napięcie albo walkę i ucieczkę.



DOLNA GRANICA OKNA:

Gdy energia spada zbyt mocno, osoba może wejść w odciecie, pustkę, zamrożenie, senność, brak słów albo bezradność.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Warto pytać: „Czy jesteśmy jeszcze w oknie tolerancji?” oraz „Co pomoże wrócić bliżej środka?”. Praca poza oknem tolerancji może być zbyt intensywna i mniej skuteczna.



PRZYKŁAD:

Pacjent zaczyna mówić szybciej i traci kontakt z pytaniem. To może oznaczać wyjście poza górną granicę okna. Warto zwolnić i wrócić do ciała.



CO POSZERZA OKNO TOLERANCJI?



KONCEPCJA:

Okno tolerancji może stopniowo się poszerzać, gdy układ nerwowy doświadcza powtarzalnych sygnałów bezpieczeństwa, regulacji, przewidywalności i współregulacji. Nie dzieje się to przez presję, lecz przez bezpieczne doświadczenia.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Poszerzanie okna tolerancji oznacza, że osoba może z czasem pomieścić więcej emocji, rozmów, bodźców i wspomnień bez natychmiastowego przechodzenia w alarm lub wyłączenie.



CO POMAGA:



Relacja terapeutyczna.



Jasne tempo pracy.



Przewidywalność sesji.



Psychoedukacja bez zawstydzania.



Kontakt ze stopami i podparciem.



Długi wydech.



Ruch dostosowany do stanu.



Nazywanie emocji.



Małe dawki trudnego tematu.



Możliwość przerwy.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Terapeuta nie powinien mierzyć postępu tylko tym, czy pacjent mówi o coraz trudniejszych treściach. Postępem może być to, że pacjent szybciej zauważa swój stan, prosi o przerwę albo wraca do kontaktu po aktywacji.



PRZYKŁAD:

Pacjent wcześniej zamrażał się przy każdym trudnym temacie. Po kilku tygodniach potrafi powiedzieć: „Potrzebuję chwili, bo zaczynam odpływać”. To znak poszerzania okna tolerancji.



MINIWNIOSK:

Okno tolerancji poszerza się przez bezpieczeństwo, powtarzalność i małe sukcesy regulacyjne.



CO ZAWĘŻA OKNO TOLERANCJI?



KONCEPCJA:

Okno tolerancji może się zawężyć, gdy osoba doświadcza zbyt wielu bodźców, presji, braku snu, konfliktów, traumy, przeciążenia, braku wsparcia lub zbyt szybkiego tempa pracy klinicznej.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Zawężone okno tolerancji oznacza, że układ nerwowy szybciej przechodzi w alarm albo wyłączenie. Rzeczy, które wcześniej były możliwe do zniesienia, teraz mogą wydawać się przytłaczające.



CO ZAWĘŻA OKNO:



stres



zbyt trudne pytania zadane zbyt wcześnie



brak snu



brak poczucia wpływu



głód, ból lub choroba



wstyd i krytyka



hałas i przeciążenie sensoryczne



izolacja



nieprzewidywalność



nierozpoznane wyzwalacze



presja na szybki postęp



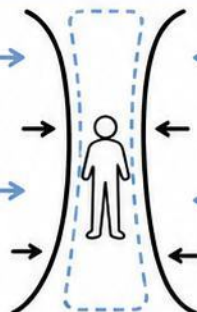
ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Jeśli pacjent szybko wychodzi poza okno tolerancji, nie zawsze oznacza to brak motywacji. Może oznaczać, że układ nerwowy ma aktualnie mało zasobów. Wtedy praca powinna być wolniejsza, prostsza i bardziej regulacyjna.

hałas i przeciążenie sensoryczne



brak snu



presja na szybki postęp



konflikty i napięcie w relacjach



POTRZEBA UPROSZCZENIA PRACY:



wolniej



prościej



bardziej regulacyjnie



PRZYKŁAD:

Pacjent po nieprzespanej nocy reaguje paniką na temat, który tydzień wcześniej był możliwy do omówienia. To może oznaczać zawężenie okna tolerancji przez zmęczenie.



MINIWNIOSK:

Różne czynniki zmieniają zakres tolerancji. Dlatego stan pacjenta trzeba sprawdzać na bieżąco.

Sygnały bezpieczeństwa



KONCEPCJA:

Sygnały bezpieczeństwa to informacje, które układ nerwowy może odczytać jako wspierające kontakt, orientację i regulację. Mogą pochodzić z relacji, otoczenia, ciała, głosu, rytmu i przewidywalności.



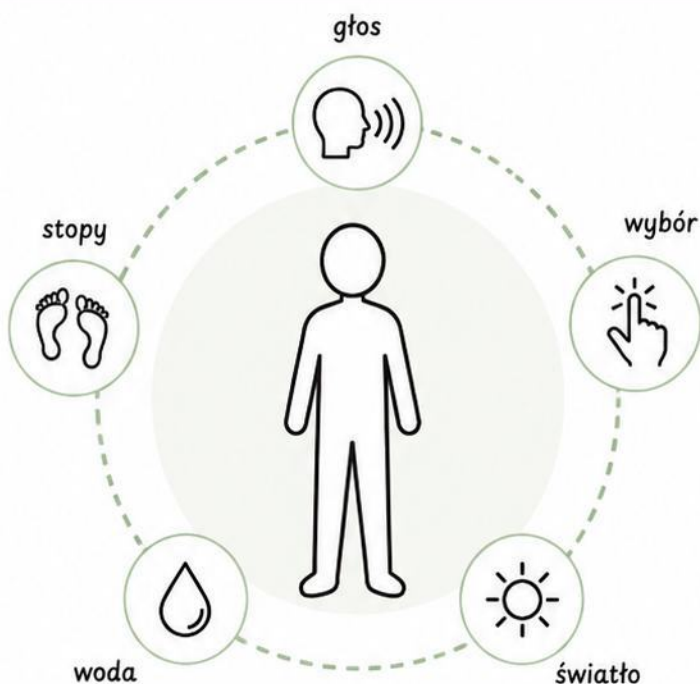
TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Sygnał bezpieczeństwa to coś, co pomaga ciału poczuć: „Mogę być tutaj. Nie muszę natychmiast walczyć, uciekać ani się wyłączać”. Nie każdy sygnał działa tak samo dla każdej osoby.



PRZYKŁADY SYGNAŁÓW BEZPIECZEŃSTWA:

- łagodny i nieponaglący głos
- możliwość wyboru
- jasne granice sesji
- przewidywalny początek i koniec spotkania
- dystans fizyczny dopasowany do pacjenta
- ciepło, woda, koc, światło
- kontakt ze stopami
- zrozumiały język
- brak presji na natychmiastową odpowiedź
- możliwość powiedzenia „stop”



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Warto pytać pacjenta: „Co w tym gabinecie daje choć trochę sygnału bezpieczeństwa?” albo „Co moglibyśmy zmienić, aby ciało miało 1% więcej oparcia?”.



PRZYKŁAD:

Dla jednego pacjenta kontakt wzrokowy będzie sygnałem bezpieczeństwa. Dla innego może być zbyt intensywny. Bezpieczeństwo trzeba dopasować.



MINIWNIOSK:

Bezpieczeństwo nie jest uniwersalną instrukcją. Jest doświadczeniem konkretnego układu nerwowego.

SYGNAŁY ZAGROŻENIA



KONCEPCJA:

Sygnały zagrożenia to informacje, które układ nerwowy może odczytać jako niebezpieczne, przytłaczające lub zbyt intensywne. Czasem są oczywiste, a czasem bardzo subtelne.

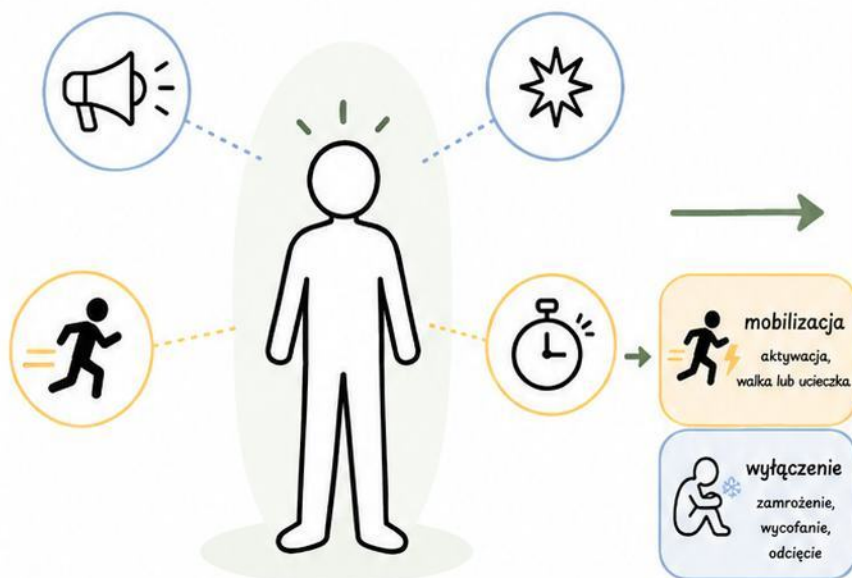


TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Sygnał zagrożenia to coś, co uruchamia ciało do obrony, mobilizacji albo wyłączenia. Może to być realne zagrożenie, ale może to być też bodziec przypominający dawną trudną sytuację.

PRZYKŁADY SYGNAŁÓW ZAGROŻENIA:

- głośny głos
- nagły ruch
- zbyt mały dystans
- presja na odpowiedź
- krytyka lub zawstydzanie
- niejasne zasady
- brak kontroli
- hałas, mocne światło, tłum
- tematy traumatyczne bez przygotowania
- cisza odczytana jako kara
- ton przypominający dawną relację



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

W gabinecie warto obserwować, kiedy pacjent traci kontakt, przyspiesza, milknie albo zmienia temat. Zamiast natychmiast interpretować treść, warto sprawdzić, czy coś w relacji lub otoczeniu nie zostało odczytane jako zagrożenie.



PRZYKŁAD:

Terapeuta zadaje dobre pytanie, ale za wcześnie. Pacjent nagle milknie. Problemem może nie być pytanie samo w sobie, lecz moment, tempo i stan układu nerwowego.



MINIWNIOSK:

Sygnał zagrożenia nie zawsze jest obiektywnym niebezpieczeństwem. Czasem jest wspomnieniem ciała.

Ciało jako kompas stanu



KONCEPCJA:

Ciało może służyć jako kompas, który pokazuje aktualny stan układu nerwowego. Objawy, napięcie, oddech, energia i impulsy działania mogą wskazywać, czy osoba jest bliżej kontaktu, mobilizacji czy wyłączenia.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Kompas stanu to umiejętność pytania: „Co moje ciało mówi o moim układzie nerwowym?”. Nie chodzi o ciągłe skanowanie objawów, ale o łagodną ciekawość wobec sygnałów.



TRZY PYTANIA KOMPASU:

- 1 Co czuję w ciele?
- 2 Ile mam energii?
- 3 Jaki impuls działania się pojawia?



JAK INTERPRETOWAĆ ODPOWIEDZI:



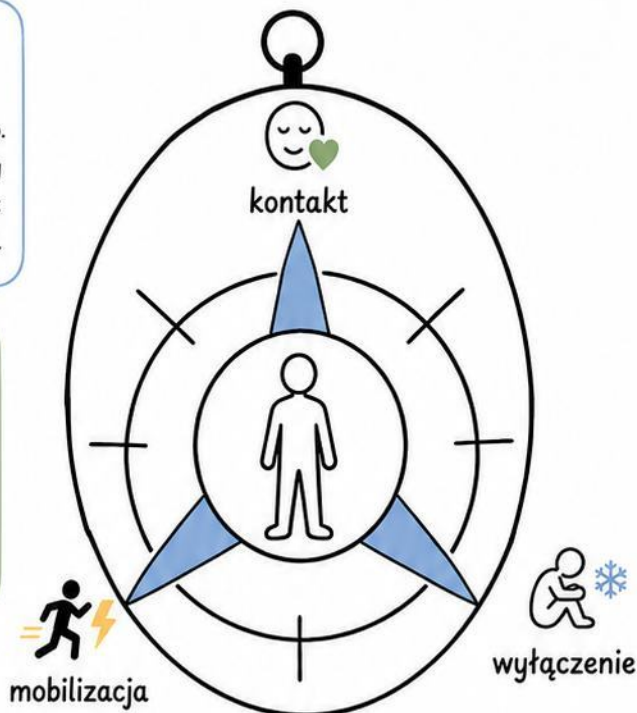
Więcej przestrzeni, oddechu i kontaktu może wskazywać na regulację.



Dużo napięcia, pośpiechu i energii może wskazywać na mobilizację.



Ciężar, pustka i brak energii mogą wskazywać na wyłączenie.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Można rozpocząć sesję od krótkiego sprawdzenia: „Gdyby ciało było kompasem, gdzie pokazuje, że jesteś dziś na mapie?”. To ułatwia dobór interwencji.



PRZYKŁAD:

Pacjent mówi: „W głowie chcę pracować, ale ciało jest ciężkie i puste”. Kompas wskazuje, że najpierw potrzeba łagodnej aktywizacji i podparcia, a nie intensywnej analizy.



MINIWNIIOSEK:

Ciało nie jest przeszkodą w terapii. Ciało jest mapą wejścia do regulacji.

Moduł 04

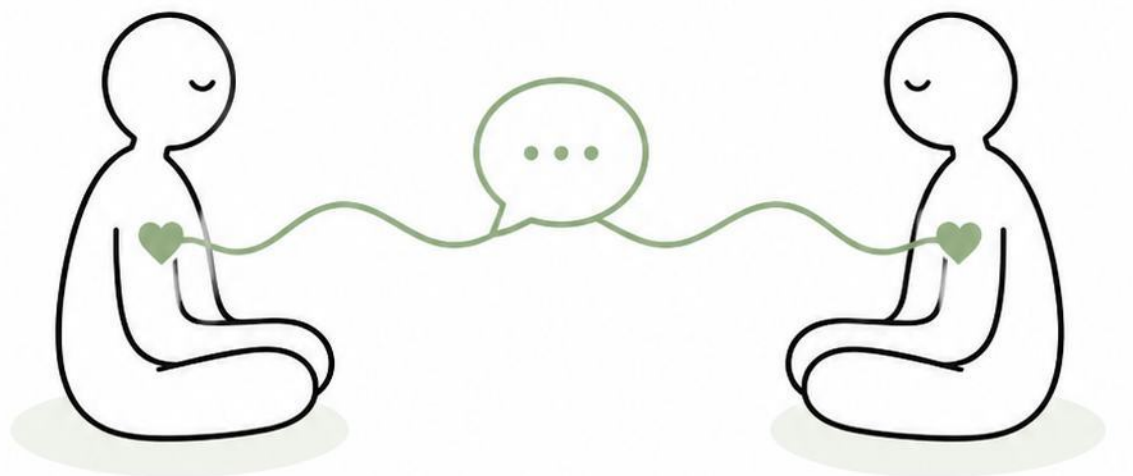
Regulacja i współregulacja

Człowiek nie uczy się bezpieczeństwa wyłącznie sam. Układ nerwowy reguluje się także przez relację, głos, rytm i obecność.

obecność

tempo

bezpieczeństwo



CZYM JEST SAMOREGULACJA?



KONCEPCJA:

Samoregulacja to zdolność zauważania własnego stanu i podejmowania działań, które pomagają układowi nerwowemu wrócić do większej stabilności, kontaktu lub energii.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Samoregulacja nie oznacza radzenia sobie samotnie ze wszystkim. Oznacza posiadanie kilku sposobów, które pomagają ciału i umysłowi wracać do bardziej dostępnego stanu. Może to być oddech, ruch, przerwa, kontakt ze stopami, woda, orientacja w przestrzeni, zapisanie myśli albo poproszenie o pomoc.



CO WSPIERA SAMOREGULACJĘ:

- | | | |
|--------------------|-------------------------------|----------------------|
| ♡ zauważenie stanu | ♡ zmniejszenie bodźców | ♡ jasne granice |
| ♡ nazwanie emocji | ♡ długi wydech | ♡ przerwa |
| ♡ kontakt z ciałem | ♡ ruch dostosowany do energii | ♡ świadomość potrzeb |



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Pacjent nie powinien dostawać zbyt wielu technik naraz. Lepiej wybrać jedną prostą praktykę, sprawdzić jej działanie i dopiero potem budować osobisty zestaw regulacji.



PRZYKŁAD:

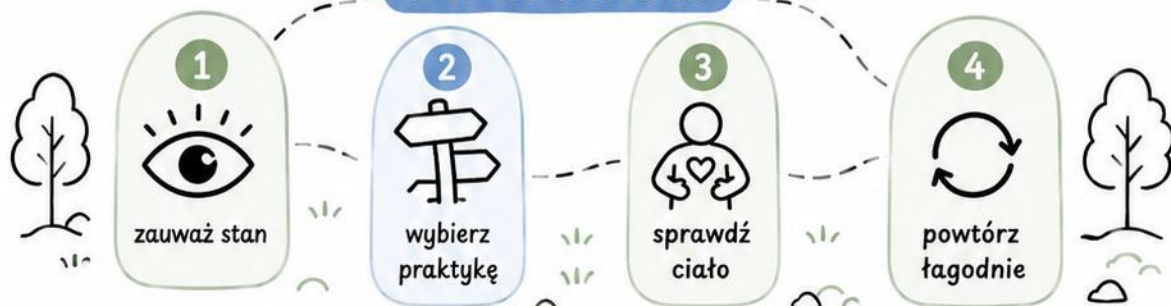
Pacjent w mobilizacji może uczyć się: „Kiedy czuję napięcie w klatce piersiowej, stawiam stopy na podłodze i robię trzy dłuższe wydechy”.



MINIWNIOSK:

Samoregulacja zaczyna się od pytania: „Co jest dostępne teraz, w tym stanie?”.

MAPA SAMOREGULACJI



Czym jest współregulacja?



KONCEPCJA:

Współregulacja to proces, w którym układ nerwowy jednej osoby korzysta z obecności, tonu głosu, rytmu, mimiki, dystansu i stabilności drugiej osoby. W praktyce klinicznej oznacza to, że terapeuta nie tylko mówi o bezpieczeństwie, ale także pomaga je odczuć poprzez sposób bycia.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Współregulacja oznacza, że człowiek może wracać do większej stabilności dzięki kontaktowi z drugą osobą. Dla układu nerwowego ważne są nie tylko słowa, ale też tempo mówienia, łagodność głosu, przewidywalność, szacunek dla granic i możliwość wyboru.



CO WSPIERA WSPÓŁREGULACJĘ:

- | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| ♡ łagodny głos | ♡ brak nacisku | ♡ życzliwa mimika |
| ♡ wolniejsze tempo | ♡ możliwość przerwy | ♡ uważne słuchanie |
| ♡ jasne komunikaty | ♡ dopasowany dystans | ♡ stabilna obecność specjalisty |



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Terapeuta może stać się zewnętrznym punktem regulacji, szczególnie wtedy, gdy pacjent nie ma jeszcze dostępu do samoregulacji. Ważne jest jednak, aby nie przejmować kontroli, lecz wspierać pacjenta w odzyskiwaniu wyboru.



PRZYKŁAD:

Pacjent zaczyna mówić szybciej i traci kontakt z ciałem.

Terapeuta zwalnia głos, robi pauzę i mówi: „Możemy zatrzymać się na chwilę. Nie musimy iść dalej tak szybko”.



MINIWNIOSK:

Współregulacja nie polega na uspokajaniu na siłę. Polega na tworzeniu warunków, w których ciało może poczuć więcej bezpieczeństwa.



obecność + tempo + wybór

Rola głosu, twarzy i kontaktu wzrokowego



KONCEPCJA:

W modelu poliwalnym głos, mimika i kontakt wzrokowy mogą działać jak sygnały bezpieczeństwa albo zagrożenia. Układ nerwowy bardzo szybko odczytuje, czy druga osoba jest dostępna, spokojna, przewidywalna i nieponaglająca.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Głos, twarz i oczy są częścią systemu kontaktu społecznego. Dla pacjenta znaczenie ma nie tylko to, co mówi specjalista, ale także jak mówi, jak patrzy, jak reaguje mimicznie i czy daje przestrzeń.



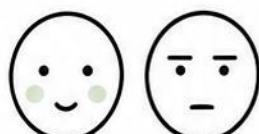
GŁOS JAKO SYGNAŁ:

Łagodny, ciepły i stabilny głos może wspierać regulację. Głos szybki, ostry, zimny, głośny albo naciskający może uruchamiać mobilizację lub wycofanie.



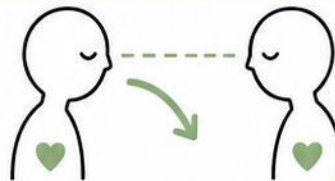
TWARZ JAKO SYGNAŁ:

Miękka, obecna mimika może pomagać pacjentowi poczuć kontakt. Brak reakcji, surowa twarz lub nieczytelna mimika mogą być dla niektórych osób trudne.



KONTAKT WZROKOWY JAKO SYGNAŁ:

Dla jednej osoby kontakt wzrokowy może wspierać więź. Dla innej może być zbyt intensywny. W pracy klinicznej warto pozwalać pacjentowi regulować spojrzenie.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Terapeuta może powiedzieć: „Nie musisz patrzeć na mnie, żeby być w kontakcie. Możesz patrzeć w bok, na podłogę albo na przedmiot”.

Oddech jako narzędzie regulacji



KONCEPCJA:

Oddech jest jednym z najprostszych narzędzi wpływania na stan układu nerwowego. Nie chodzi o idealną technikę, lecz o łagodne użycie wydechu, rytmu i świadomości ciała.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Oddech łączy procesy automatyczne i świadome. Oddychamy bez myślenia, ale możemy też delikatnie zmieniać tempo oddychania. Wydłużony wydech często pomaga ciału przejść z alarmu do większej stabilności.



CO WARTO PAMIĘTAĆ:

Nie każdy pacjent dobrze reaguje na skupienie na oddechu. Dla niektórych osób obserwowanie oddechu może zwiększać lęk. Wtedy lepiej zacząć od stóp, wzroku, przedmiotów lub orientacji w przestrzeni.



PROSTA PRAKTYKA:

- 1 Nie zmuszaj oddechu.
- 2 Weź naturalny wdech.
- 3 Wypuść powietrze trochę wolniej niż zwykle.
- 4 Powtórz 3 razy.
- 5 Sprawdź, czy ciało reaguje choć odrobiną ulgi.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Oddech najlepiej stosować jako zaproszenie, nie nakaz. Można powiedzieć: „Sprawdźmy, czy jeden trochę dłuższy wydech będzie dostępny”.



MINIWNIIOSEK:

Oddech ma wspierać bezpieczeństwo, a nie tworzyć kolejne zadanie do wykonania idealnie.

Ruch jako narzędzie regulacji



KONCEPCJA:

Ruch może pomagać układowi nerwowemu rozładować mobilizację, wyjść z zamrożenia albo odzyskać poczucie wpływu. Ruch regulacyjny nie musi być intensywny. Często najskuteczniejszy jest mały, świadomy i bezpieczny ruch.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Ruch jest sposobem komunikacji z układem nerwowym. Ciało, które jest w alarmie, może potrzebować rozładowania energii. Ciało w wyłączeniu może potrzebować bardzo łagodnej aktywizacji. Ciało w regulacji może korzystać z ruchu jako sposobu utrzymania kontaktu.



PRZYKŁADY RUCHU REGULACYJNEGO:

- ♡ przeciągnięcie
- ♡ delikatne potrząśnięcie dłońmi
- ♡ dociskanie stóp do podłogi
- ♡ kołysanie
- ♡ spacer
- ♡ otwieranie i zamykanie dłoni
- ♡ odwrócenie głowy i rozejrzenie się
- ♡ zmiana pozycji ciała



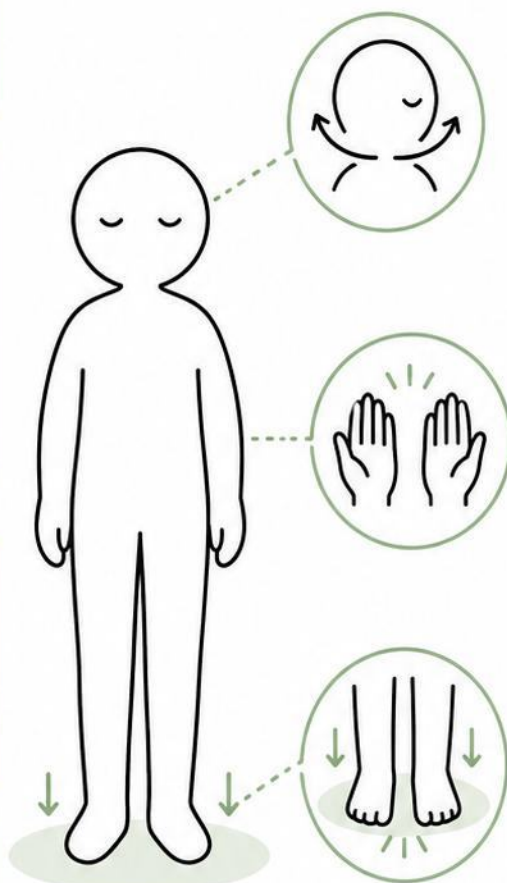
ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Ruch należy dopasować do stanu. W mobilizacji pomocny może być ruch rozładowujący i uziemiający. W wyłączeniu lepiej zacząć od minimalnego ruchu: poruszenia palcami, podniesienia wzroku, zmiany ułożenia dłoni.



PRZYKŁAD:

Pacjent mówi: „Nie mogę nic poczuć”.
Terapeuta może zaproponować:
„Sprawdźmy tylko, czy możesz poruszyć palcami stóp”.



Dotyk, ciężar i podparcie



KONCEPCJA:

Dotyk, ciężar i podparcie mogą dawać ciału sygnały stabilności. Mogą pomagać szczególnie wtedy, gdy pacjent czuje rozproszenie, lęk, odcięcie, brak granic ciała albo przeciążenie.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

To wszystko, co pomaga ciału poczuć, że nie musi „wisić w powietrzu”. Może to być krzesło, podłoga, ściana, koc, poduszka, dłonie na udach albo ciężar własnego ciała.



PRZYKŁADY WSPARCIA PRZEZ CIAŁO:

- ♡ stopy na podłodze
- ♡ plecy oparte o krzesło
- ♡ dłonie na udach
- ♡ koc lub cięższa tkanina
- ♡ dotknięcie stabilnego przedmiotu
- ♡ poczucie ciężaru bioder na krześle
- ♡ delikatny docisk dłoni
- ♡ kontakt z poduszką lub ścianą



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Dla niektórych pacjentów dotyk może być trudny. Dlatego zawsze warto proponować opcje: „Możesz położyć dłoń na udzie, dotknąć krzesła albo tylko zauważyć podłogę pod stopami”.



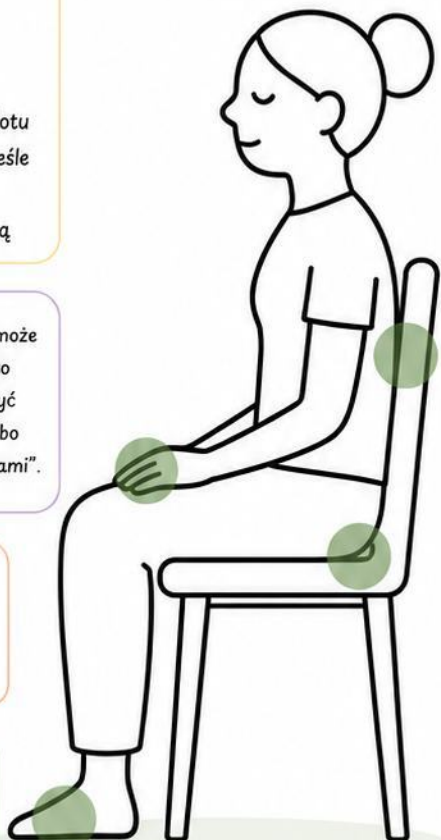
PRZYKŁAD:

Pacjent w odcięciu mówi, że „nie czuje ciała”. Zamiast pytać o emocje, można zaproponować: „Zauważmy najpierw, gdzie ciało dotyka krzesła”.



MINIWNIOSK:

Podparcie nie jest dodatkiem. Dla układu nerwowego może być podstawowym sygnałem bezpieczeństwa.





Orientacja w przestrzeni



KONCEPCJA:

Orientacja w przestrzeni pomaga układowi nerwowemu sprawdzić, gdzie osoba jest i czy aktualne otoczenie zawiera sygnały bezpieczeństwa. To jedna z podstawowych technik powrotu do teraźniejszości.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Orientacja oznacza powolne zauważanie otoczenia: ścian, okna, drzwi, kolorów, przedmiotów, światła, odległości i możliwości ruchu. Dzięki temu ciało dostaje informację: „Jestem tutaj, w tym miejscu, teraz”.



PROSTA PRAKTYKA:

- ♡ Otwórz oczy, jeśli to bezpieczne.
- ♡ Rozejrzyj się powoli.
- ♡ Nazwij trzy rzeczy, które widzisz.
- ♡ Zauważ, gdzie są drzwi lub okno.
- ♡ Zauważ jeden neutralny albo przyjemny szczegół.
- ♡ Poczuj stopy na podłodze.
- ♡ Powiedz: „Jestem tutaj, teraz”.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Orientacja jest szczególnie pomocna przy lęku, dysocjacji, odcięciu, zamrożeniu i po rozmowie o trudnym doświadczeniu. Pomaga wrócić z treści do aktualnego miejsca.



PRZYKŁAD:

Po intensywnym wspomnieniu terapeuta mówi: „Zanim pójdziemy dalej, rozejrzyjmy się po gabinecie. Co widzisz po lewej stronie?”



MINIWNIOSK:

Czasem najważniejsza interwencja kliniczna to nie kolejne pytanie, ale powrót do pokoju.



Moduł 05



Zastosowanie kliniczne

Model poliwalgalny staje się użyteczny wtedy, gdy pomaga zobaczyć stan, dobrać tempo i wybrać interwencję dostępną dla układu nerwowego.

	stan
	potrzeba
	interwencja



Jak wyjaśniać teorię pacjentowi?



KONCEPCJA:

Teoria poliwalgalna powinna być wyjaśniana pacjentowi prostym, regulującym językiem. Celem psychoedukacji nie jest pokazanie wiedzy specjalisty, ale zmniejszenie wstydu i zwiększenie zrozumienia własnych reakcji.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM DLA PACJENTA:

„Twoje ciało ma system, który cały czas sprawdza, czy jest bezpiecznie. Kiedy czuje bezpieczeństwo, łatwiej ci myśleć, rozmawiać i być w kontakcie. Kiedy czuje zagrożenie, może cię mobilizować do działania. A kiedy jest za dużo, może cię wyłączać, żeby cię chronić”.



ZASADY WYJAŚNIANIA:

- ♡ używaj krótkich zdań
- ♡ unikaj nadmiaru anatomii
- ♡ normalizuj reakcje
- ♡ nie obiecuj szybkiego spokoju
- ♡ podkreślaj wybór i bezpieczeństwo
- ♡ dopasuj język do wieku i zasobów pacjenta
- ♡ sprawdzaj, czy pacjent nadal jest w kontakcie



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Najpierw wyjaśnij model, potem zapytaj: „Który stan znasz najlepiej?”. To pomaga pacjentowi przejść od abstrakcyjnej teorii do własnego doświadczenia.



PRZYKŁAD:

Zamiast mówić: „Masz aktywację współczulną”, powiedz: „Twoje ciało weszło w tryb alarmu i próbuje cię ochronić”.



język techniczny

„Masz aktywację współczulną, gdzie dominuje układ współczulny”.



język pacjenta

„Twoje ciało weszło w tryb alarmu i próbuje cię ochronić”.

Jak mapować stan pacjenta?



KONCEPCJA:

Mapowanie stanu pacjenta polega na wspólnym rozpoznaniu, w którym miejscu autonomicznej mapy znajduje się jego układ nerwowy. Mapowanie powinno być łagodne, ciekawe i niewartościujące.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Mapowanie stanu oznacza zadawanie pytań o ciało, energię, emocje, myśli, impulsy i kontakt. Nie chodzi o dokładną etykietę, ale o praktyczne zrozumienie: „Czego potrzebujesz teraz układ nerwowy?”.



PYTANIA POMOCNICZE:

- ♡ Co czujesz w ciele?
- ♡ Ile masz energii?
- ♡ Czy jest bardziej napięcie, ciężar czy kontakt?
- ♡ Czy chcesz działać, uciec, walczyć, zamknąć się, zniknąć czy być bliżej?
- ♡ Czy możesz słyszeć moje słowa?
- ♡ Czy potrzebujesz przerwy, ruchu, oddechu, orientacji czy kontaktu?



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Można użyć prostego rysunku drabiny i poprosić pacjenta, aby wskazał miejsce. Potem warto zapytać: „Po czym poznajesz, że jesteś właśnie tam?”.



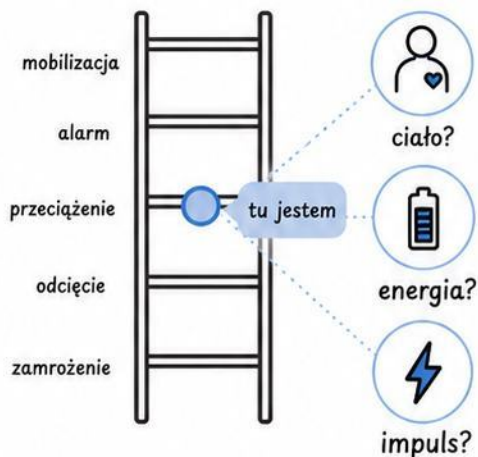
PRZYKŁAD:

Pacjent mówi: „Jestem gdzieś między alarmem a odcięciem”. To cenna informacja. Może oznaczać stan mieszany i potrzebę bardzo prostych, bezpiecznych interwencji.



MINIWIÑOSEK:

Mapa nie ma zamykać pacjenta w etykiecie. Ma pomóc wybrać następny dostępny krok.



Jak dobrać interwencję do stanu?



KONCEPCJA:

Interwencja kliniczna powinna być dobrana do aktualnego stanu układu nerwowego. To, co pomaga osobie w kontakcie, może być zbyt trudne dla osoby w mobilizacji albo niedostępne dla osoby w wyłączeniu.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Dobór interwencji do stanu oznacza, że najpierw sprawdzamy, gdzie jest układ nerwowy, a dopiero potem wybieramy technikę, pytanie lub kierunek pracy.

dopasuj do stanu

kontakt



refleksja



psychoedukacja



planowanie /
integracja

mobilizacja



spowolnienie
i stopy



wydech /
orientacja



dopiero potem
analiza

wyłączenie



łagodny głos
i podparcie



ciepło /
mały ruch



proste
wybory



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Zamiast stosować ulubioną technikę do każdego pacjenta, warto zapytać: „Czy ta interwencja jest dostępna dla tego stanu?”.



PRZYKŁAD:

Ćwiczenie oddechowe może pomóc w mobilizacji, ale u pacjenta z paniką może zwiększyć kontrolę i lęk. Wtedy lepiej zacząć od wzroku i stóp.

Praca z lękiem i pobudzeniem



KONCEPCJA:

Lęk i pobudzenie często wskazują na stan mobilizacji układu nerwowego. Ciało przygotowuje się do działania, nawet jeśli osoba świadomie wie, że nie musi walczyć ani uciekać.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Lęk i pobudzenie oznaczają, że organizm ma dużo energii alarmowej. Może pojawić się przyspieszony oddech, napięcie, goniąca myśli, drżenie, ucisk w klatce piersiowej, potrzeba kontroli albo impuls natychmiastowego działania.



CEL KLINICZNY:

Nie chodzi o szybkie przekonanie pacjenta, że nie ma się czego bać. Najpierw trzeba pomóc ciału zauważyć terazniejszość i obniżyć intensywność aktywacji choć o jeden poziom.

CO POMAGA?

- stopy na podłodze
- dłuższy wydech
- nazwanie stanu: To jest pobudzenie
- rozejrzenie się po pomieszczeniu
- zmniejszenie tempa rozmowy
- zmniejszenie bodźców
- dotknięcie stabilnego przedmiotu
- krótka przerwa

CZEGO UNIKAĆ

- szybkiej analizy
- długich wyjaśnień
- bagatelizowania objawów
- presji na natychmiastowy spokój
- zawstydzania reakcji



PRZYKŁADOWE ZDANIE TERAPEUTY:

"Twoje ciało jest teraz w alarmie. Nie musimy tego zwalczać. Sprawdźmy, co pomoże mu poczuć o jeden procent więcej oparcia."

Praca z zamrożeniem i odcięciem



KONCEPCJA:

Zamrożenie i odcięcie często wskazują na stan wyłączenia albo mieszkankę wyłączenia z mobilizacją. Ciało ogranicza energię, kontakt, słowa lub ruch, aby chronić osobę przed przeciążeniem.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Zamrożenie może wyglądać jak bezruch, milczenie, brak kontaktu, pustka w głowie albo niemożność odpowiedzi. Odcięcie może oznaczać słabszy kontakt z ciałem, emocjami, otoczeniem albo własnymi potrzebami.



CEL KLINICZNY:

Nie należy wyciągać pacjenta z odcięcia siłą. Celem jest bardzo łagodne zwiększenie orientacji, podparcia i dostępnej energii.

CO POMAGA?

- ciepły głos
- bardzo proste pytania
- kontakt z krzesłem, stopami lub plecami
- nazwanie miejsca w pokoju
- mały ruch palców, dłoni albo głowy
- ciepły napój lub koc
- możliwość milczenia bez presji
- pytanie o wybór: Czy wolisz chwilę ciszy czy prostą orientację?

CZEGO UNIKAĆ

- presji na mówienie
- zbyt wielu pytań
- konfrontacji
- szybkiego powrotu do trudnej treści
- interpretowania milczenia jako braku współpracy



“

PRZYKŁADOWE ZDANIE TERAPEUTY:

Nie musisz teraz odpowiadać. Możemy najpierw zauważyć krzesło pod ciałem i pokój wokół nas.

Praca z wstydem i wycofaniem



KONCEPCJA:

Wstyd często łączy mobilizację, wyłączenie i pragnienie zniknięcia z kontaktu. Pacjent może chcieć ukryć twarz, zamilknąć, przeprosić, usprawiedliwiać się albo przestać być widoczny.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Wstyd to nie tylko myśl: coś jest ze mną nie tak. To także stan ciała: opuszczony wzrok, zapadnięta klatka piersiowa, napięcie w gardle, gorąco na twarzy, zamrożenie albo potrzeba schowania się.



CEL KLINICZNY:

Praca z wstydem wymaga szczególnej łagodności. Celem jest zmniejszenie ekspozycji i przywrócenie poczucia godności, wyboru i bezpieczeństwa w relacji.

CO POMAGA?

- ♡ zmniejszenie intensywności kontaktu wzrokowego
- ♡ wolniejsze tempo
- ♡ normalizacja reakcji
- ♡ zdania bez oceny
- ♡ możliwość patrzenia w bok
- ♡ kontakt ze stopami i podparciem
- ♡ pytania o potrzeby, nie o winę
- ♡ podkreślenie wyboru pacjenta



CZEGO UNIKAĆ

- ✗ Dlaczego tak zrobisz?
- ✗ zbyt bezpośredniego spojrzenia
- ✗ zawstydzających interpretacji
- ✗ publicznego omawiania trudności
- ✗ presji na natychmiastowe odstąpienie emocji



PRZYKŁADOWE ZDANIE TERAPEUTY:

„Nie musimy patrzeć sobie w oczy. Możesz patrzeć w bok. Ważne, żeby ciało miało trochę więcej przestrzeni.”



WYBÓR NA TERAZ



➔ patrzę w bok

|| robię przerwę

≈ oddycham

Praca z traumą bez przeciążania



KONCEPCJA:

Praca z traumą wymaga szczególnego dbania o tempo, zasoby, granice i okno tolerancji. Celem nie jest jak najszybsze wejście w trudną treść, ale takie dawkowanie pracy, aby układ nerwowy mógł pozostać w możliwym do zniesienia zakresie.



TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Praca z traumą bez przeciążania oznacza, że trudny materiał jest podejmowany w małych dawkach, z częstym powrotem do teraźniejszości, ciała, zasobów i kontaktu. Pacjent nie musi ponownie przeżywać wszystkiego, aby mogła pojawić się zmiana.



CEL KLINICZNY:

Najpierw stabilizacja, orientacja i zasoby. Potem stopniowe zbliżanie się do trudnych tematów. Na końcu integracja i domknięcie.



CO POMAGA?

- ♥ krótka psychoedukacja
- ♥ sprawdzanie stanu przed, w trakcie i po pracy
- ♥ pytanie o zgodę
- ♥ możliwość zatrzymania
- ♥ powrót do pokoju i zmysłów
- ♥ praca w małych fragmentach
- ♥ zasoby przed treścią traumatyczną
- ♥ domykanie sesji regulacją



CZEGO UNIKAĆ

- ✗ szybkiego wracania do szczegółów
- ✗ przekraczania granic pacjenta
- ✗ interpretacji bez stabilizacji
- ✗ zostawiania pacjenta w aktywacji na końcu sesji
- ✗ zakładania, że katharsis zawsze pomaga



zasób



mały fragment



powrót



integracja

OKNO TOLERANCJI



Pracujemy w zakresie, który jest możliwy do zniesienia.



PRZYKŁADOWE ZDANIE TERAPEUTY:

„Możemy dotknąć tego tematu tylko na chwilę, a potem wrócić do pokoju i sprawdzić, co dzieje się w ciele.”



Moduł 06



Narzędzia, ćwiczenia i protokoły

Dobra interwencja jest prosta,
dostępna dla aktualnego stanu
i możliwa do powtórzenia bez presji.



Ćwiczenie: szybka mapa stanu



Szybka mapa stanu pomaga pacjentowi i specjalście rozpoznać, gdzie znajduje się układ nerwowy na początku sesji, w trakcie trudnego tematu albo po interwencji.



CEL ĆWICZENIA:

Rozpoznać aktualny stan autonomiczny bez oceniania i dobrać najbliższy możliwy krok regulacyjny.



INSTRUKCJA:

1. Narysuj prostą drabinę z trzema poziomami.
2. Góra: kontakt i bezpieczeństwo.
3. Środek: mobilizacja i alarm.
4. Dół: wyłączenie i zamrożenie.
5. Poproś pacjenta: Wskaż, gdzie jesteś teraz, nawet jeśli to tylko przybliżenie.
6. Zapytaj: Po czym ciało to poznaje?
7. Zapytaj: Co pomogłoby przesunąć się o jeden mały krok?



„Nie muszę dokładnie wiedzieć.
Mogę sprawdzić, czy jestem bardziej w kontakcie,
w alarmie czy w odcięciu.”



GÓRA

kontakt
i bezpieczeństwo



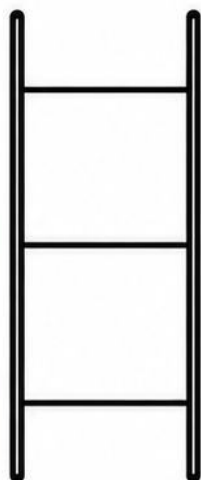
ŚRODEK

mobilizacja
i alarm



DÓŁ

wyłączenie
i zamrożenie



← tu jestem



ciało

.....



emocja

.....



potrzebny krok

.....

Ćwiczenie: trzy sygnały bezpieczeństwa



To ćwiczenie pomaga pacjentowi rozpoznać konkretne sygnały bezpieczeństwa dostępne w aktualnym otoczeniu. Dzięki temu układ nerwowy może otrzymać więcej informacji z teraźniejszości.



CEL ĆWICZENIA:

Zwiększyć orientację i poczucie bezpieczeństwa przez zauważenie trzech wspierających sygnałów.



PRZYKŁADY:

- roślina w pokoju
- stopy na podłodze
- spokojny głos terapeuty
- drzwi w zasięgu wzroku
- koc
- woda
- możliwość przerwy



INSTRUKCJA:

1. Rozejrzyj się po pomieszczeniu.
2. Znajdź jeden sygnał wizualny, który jest neutralny albo przyjemny.
3. Znajdź jeden sygnał z ciała, który daje choć trochę oparcia.
4. Znajdź jeden sygnał relacyjny albo środowiskowy, który wspiera bezpieczeństwo.
5. Nazwij je po kolei.
6. Powiedz: To są moje trzy sygnały bezpieczeństwa teraz.
7. Sprawdź, czy ciało reaguje choć minimalną zmianą.



widzę



czuję



mam wsparcie

Ćwiczenie: powrót do kontaktu



Powrót do kontaktu pomaga pacjentowi stopniowo odzyskać obecność po mobilizacji, wyłączeniu lub rozproszeniu. Kontakt może oznaczać kontakt z ciałem, otoczeniem, terapeutą, głosem albo jednym bezpiecznym przedmiotem.



CEL ĆWICZENIA:

Wrócić do terażniejszości i relacji bez presji na natychmiastowe mówienie o trudnej treści.



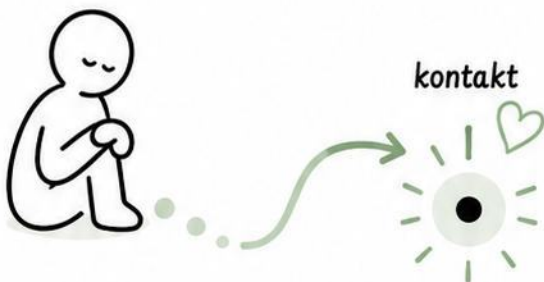
JEŚLI JESTEŚ TERAPEUTĄ:

“Nie musimy iść dalej. Możemy sprawdzić, co pomoże wrócić do kontaktu w najprostszy sposób.”



INSTRUKCJA:

1. Zauważ, że kontakt się zmniejszył albo odpłynął.
2. Nazwij to łagodnie: Oddaliłam się albo Jestem mniej obecna.
3. Wybierz jeden punkt kontaktu: stopy, dłonie, krzesło, głos terapeuty, przedmiot, światło.
4. Skieruj uwagę tylko na ten jeden punkt.
5. Weź jeden spokojny wydech.
6. Zapytaj: Czy mogę wrócić o 1% bardziej?
7. Nie przyspieszaj.



stopy



głos



przedmiot



Mój punkt kontaktu

Ćwiczenie: regulacja przez orientację



Regulacja przez orientację polega na powolnym zauważaniu otoczenia, aby układ nerwowy mógł sprawdzić aktualne miejsce, granice, wyjścia, przedmioty i sygnały bezpieczeństwa.



CEL ĆWICZENIA:

Pomóc ciału odróżnić aktualne otoczenie od wspomnień, wyobrażeń albo lękowych przewidywań.



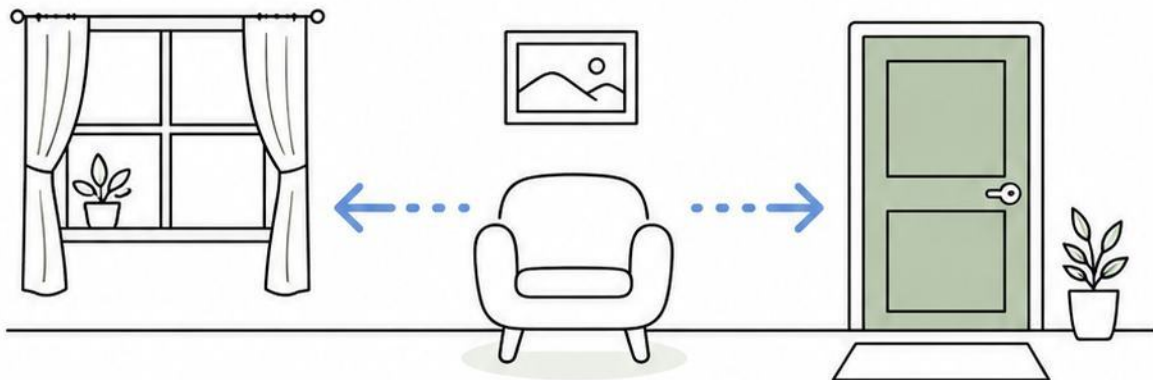
INSTRUKCJA:

1. Otwórz oczy, jeśli to bezpieczne.
2. Powoli rozejrzyj się w lewo.
3. Nazwij jeden przedmiot po lewej stronie.
4. Powoli rozejrzyj się w prawo.
5. Nazwij jeden przedmiot po prawej stronie.
6. Zauważ, gdzie są drzwi, okno albo wolna przestrzeń.
7. Powiedz: To jest aktualne miejsce. Jestem tutaj, teraz.



WERSJA DLA TERAPEUTY:

„Zanim wrócimy do rozmowy, sprawdźmy pokój.
Co widzisz po lewej stronie? A co po prawej?”



Ćwiczenie: współregulujący głos



Głos specjalisty może wspierać regulację, gdy jest spokojny, wolniejszy, przewidywalny i nienaciskający. To ćwiczenie pomaga terapeutę świadomie używać głosu jako narzędzia współregulacji.



CEL ĆWICZENIA:

Dopasować głos terapeutyczny do stanu pacjenta i zmniejszyć intensywność aktywacji.



PRZYKŁADOWE ZDANIA:

- ♥ Nie musimy się spieszyć.
- ♥ Możemy zatrzymać się na chwilę.
- ♥ To, co dzieje się w ciele, ma znaczenie.
- ♥ Sprawdźmy najprostszy kolejny krok.
- ♥ Możesz odpowiedzieć później.



INSTRUKCJA DLA SPECJALISTY:

1. Zauważ własne tempo mówienia.
2. Zwolnij o 10–20%.
3. Używaj krótkich zdań.
4. Zostawiaj pauzy.
5. Mów niższym, spokojniejszym tonem, bez sztuczności.
6. Sprawdzaj reakcję pacjenta.
7. Zaproś do wyboru: Możemy zostać tutaj albo zrobić przerwę.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Głos jest szczególnie ważny przy lęku, wstydzie, odcięciu i pracy z traumą. Może być sygnałem bezpieczeństwa albo zagrożenia, dlatego wymaga uważności.



wolniej

-- krócej



łagodniej

Ćwiczenie: plan regulacji pacjenta



KONCEPCJA:

Plan regulacji pacjenta to prosty, indywidualny schemat, który pomaga rozpoznać stan układu nerwowego i wybrać najłatwiejszy dostępny krok. Plan powinien być krótki, praktyczny i dopasowany do realnego życia pacjenta.



INSTRUKCJA:

1. Narysuj trzy pola: „kiedy jestem w kontakcie”, „kiedy jestem w alarmie”, „kiedy jestem w wyłączeniu”.
2. W każdym polu zapisz trzy sygnały ciała.
3. W każdym polu zapisz jedną potrzebę.
4. W każdym polu zapisz jedną prostą interwencję.
5. Dodaj zdanie bezpieczeństwa: „Mój stan może się zmieniać i mogę wracać krok po kroku”.
6. Ustal, gdzie pacjent będzie trzymać plan.
7. Przećwicz plan raz w spokojniejszym stanie.



CEL ĆWICZENIA:

Stworzyć osobisty plan działania dla trzech głównych stanów: kontaktu, mobilizacji i wyłączenia.



kontakt

sygnały (3)



1. _____
2. _____
3. _____



potrzeba (1)



krok (1)



alarm

sygnały (3)



1. _____
2. _____
3. _____



potrzeba (1)



krok (1)



wyłączenie

sygnały (3)



1. _____
2. _____
3. _____



potrzeba (1)



krok (1)



PRZYKŁAD:

Alarm: szybki oddech, napięta szczęka, gonitwa myśli.

Potrzeba: spowolnienie.

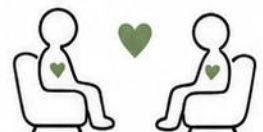
Interwencja: stopy na podłodze, trzy wydechy, rozejrzenie się po pokoju.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Plan regulacji warto tworzyć wspólnie z pacjentem, nie za pacjenta.

Najlepszy plan to taki, którego pacjent naprawdę może użyć w chwili trudności.



Ćwiczenie: skala aktywacji



KONCEPCJA:

Skala aktywacji pomaga pacjentowi ocenić intensywność pobudzenia, napięcia lub odciążenia. Dzięki temu łatwiej sprawdzić, czy interwencja działa i czy praca kliniczna nadal mieści się w oknie tolerancji.



CEL ĆWICZENIA:

Ułatwić pacjentowi obserwowanie zmian stanu układu nerwowego przed, w trakcie i po interwencji.



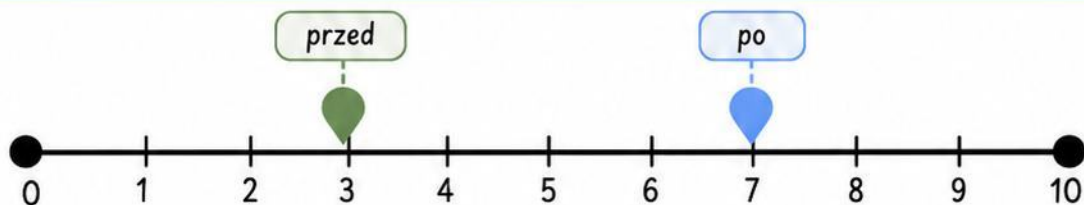
WARIANT KLINICZNY:

Można używać dwóch skal: skala pobudzenia — od spokoju do alarmu, oraz skala odciążenia — od obecności do wyłączenia.



INSTRUKCJA:

1. Użyj skali od 0 do 10.
2. 0 oznacza brak napięcia albo pełną stabilność.
3. 10 oznacza bardzo silne pobudzenie, panikę, przeciążenie lub odciążenie.
4. Zapytaj: „Jaka liczba najlepiej opisuje stan teraz?”.
5. Wykonaj jedną prostą interwencję regulacyjną.
6. Zapytaj ponownie o liczbę.
7. Zamiast oczekiwać dużej zmiany, sprawdź, co obniża intensywność choć o jeden punkt.



zmiana o jeden punkt też jest postępem



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

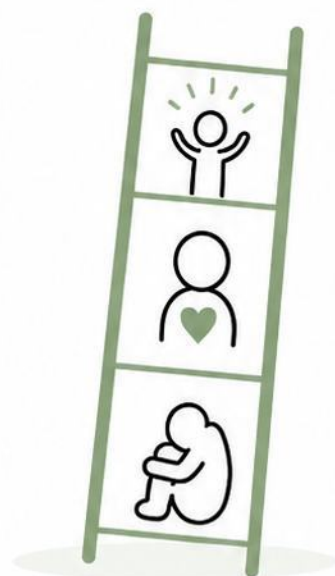
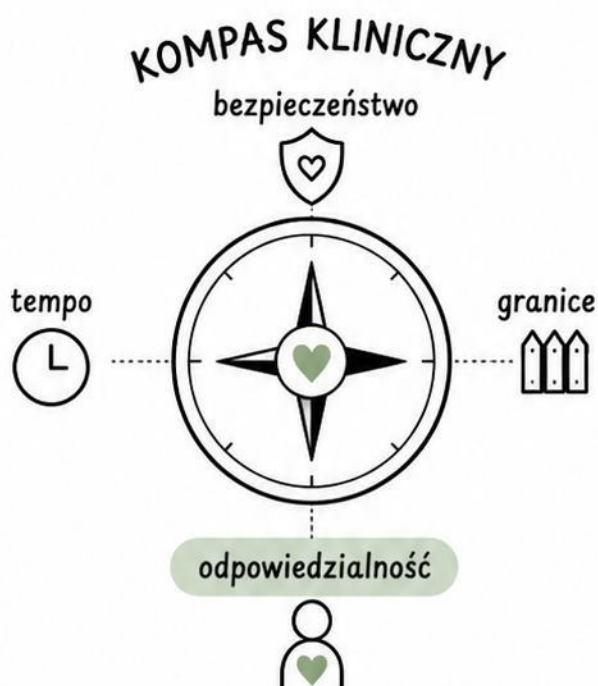
Skala pomaga uniknąć pracy „na ślepo”. Pokazuje, czy pacjent nadal ma zasoby, czy potrzebuje przerwy, uproszczenia albo powrotu do orientacji.



Moduł 07

Integracja kliniczna i etyczna

Model poliwalgalny jest mapą.
Nie powinien zastępować uważności,
diagnozy, relacji terapeutycznej
ani klinicznego myślenia.



Jak nie upraszczać teorii zbyt mocno

1. KONCEPCJA:



Teoria poliwalgalna może być bardzo pomocna, ale zbyt duże uproszczenie może prowadzić do błędów. Nie należy redukować człowieka do jednego stanu ani traktować modelu jako jedynego wyjaśnienia wszystkich objawów.

2. TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:



Model pomaga w nauce, ale nie może zastąpić klinicznej uważności. Pacjent nie jest „współczulny”, „grzbiety” albo „brzuszy” jako osoba. Pacjent doświadcza zmiennych stanów układu nerwowego w konkretnym kontekście życia.

3. CZEGO UNIKAĆ:



- ♥ przypisywania każdej reakcji tylko jednemu stanowi
- ♥ używania etykiet zamiast ciekawości
- ♥ zakładania, że każda osoba potrzebuje tej samej techniki
- ♥ mówienia: „To tylko twój układ nerwowy”, w sposób unieważniający
- ♥ ignorowania czynników społecznych, medycznych, relacyjnych i kulturowych
- ♥ traktowania regulacji jako obowiązku pacjenta

4. LEPSZE PODEJŚCIE:



Ten model może pomóc nam zrozumieć część twojego doświadczenia. Sprawdźmy, czy pasuje do tego, co czujesz w ciele i w życiu.

5. ZASTOSOWANIE KLINICZNE:



Używaj teorii poliwalgalnej jako mapy do zadawania lepszych pytań, a nie jako gotowej odpowiedzi na wszystko.

model



pełne doświadczenie



mapa pomaga,
ale nie jest
całością

Czego teoria poliwagalna nie zastępuje



1. KONCEPCJA:

Teoria poliwagalna jest użytecznym modelem psychoedukacyjnym i klinicznym, ale nie zastępuje diagnozy, leczenia, terapii, oceny ryzyka, konsultacji medycznej ani superwizji.



2. TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Model poliwagalny pomaga rozumieć reakcje autonomicznego układu nerwowego, ale nie jest kompletnym systemem diagnozowania ani leczenia wszystkich problemów psychicznych i somatycznych.

3. NIE ZASTĘPUJE:

- ☒ diagnozy psychologicznej lub psychiatrycznej
- ☒ konsultacji lekarskiej
- ☒ oceny ryzyka samobójczego
- ☒ interwencji kryzysowej
- ☒ leczenia farmakologicznego, gdy jest potrzebne
- ☒ terapii traumy prowadzonej przez przygotowanego specjalistę
- ☒ superwizji klinicznej
- ☒ oceny objawów neurologicznych, hormonalnych, kardiologicznych lub innych medycznych



model wspiera, nie zastępuje



4. ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Jeśli pacjent zgłasza poważne objawy, silną dysocjację, myśli samobójcze, przemoc, omdlenia, ból w klatce piersiowej, napady lub nagłe zmiany stanu zdrowia, należy kierować go do odpowiedniej pomocy.



5. PRZYKŁAD:

Kołatanie serca może być związane z lękiem, ale może też wymagać oceny medycznej. Nie wolno zakładać, że wszystko jest „tylko aktywacją”.



6. MINIWNIOSEK:

Dobra praktyka kliniczna łączy mapę układu nerwowego z odpowiedzialną oceną sytuacji.



Język bezpieczeństwa w gabinecie



1. KONCEPCJA:

Słowa używane przez specjalistę mogą wzmacniać bezpieczeństwo albo nieświadomie zwiększać presję. Język bezpieczeństwa jest prosty, konkretny, niewartościujący i daje pacjentowi wybór.



2. TREŚĆ PROSTYM JĘZYKIEM:

Język bezpieczeństwa to sposób mówienia, który pomaga układowi nerwowemu poczuć, że nie musi natychmiast się bronić. Nie oznacza sztucznej delikatności. Oznacza jasność, szacunek i regulujące tempo.



3. PRZYKŁADY ZDAŃ WSPIERAJĄCYCH:

- „Możemy zwolnić.”
- „Nie musisz odpowiadać od razu.”
- „Sprawdźmy, co jest dostępne teraz.”
- „Możesz wybrać, czy mówimy dalej, czy robimy przerwę.”
- „To ma sens jako reakcja ciała.”
- „Nie musimy tego robić idealnie.”
- „Zauważmy najpierw, gdzie jesteś na mapie.”



4. CZEGO UNIKAĆ:

- „Przesadzasz.”
- „To tylko w twojej głowie.”
- „Musisz się uspokoić.”
- „Dlaczego po prostu tego nie zrobisz?”
- „Nie ma powodu do takiej reakcji.”



5. ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Język bezpieczeństwa pomaga zmniejszyć wstyd i zwiększyć współpracę. Pacjent łatwiej korzysta z interwencji, kiedy czuje, że jego reakcje są traktowane z szacunkiem.



Plan psychoedukacji dla pacjenta



KONCEPCJA:

Psychoedukacja poliwalna powinna być podawana małymi porcjami i zawsze łączona z doświadczeniem pacjenta. Najlepsza psychoedukacja nie tylko tłumaczy, ale także zmniejsza wstyd i zwiększa poczucie wpływu.



CEL PLANU:

Dać pacjentowi najważniejsze informacje o układzie nerwowym w sposób prosty, praktyczny i bez przeciążania.

SEKWENCJA PSYCHOEDUKACJI:

-  1 --- Wyjaśnij, że ciało ma system bezpieczeństwa.
-  2 --- Pokaż trzy stany: kontakt, alarm, wyłączenie.
-  3 --- Zapytaj, który stan pacjent zna najlepiej.
-  4 --- Wyjaśnij, że reakcje ciała są próbą ochrony.
-  5 --- Narysuj prostą drabinę autonomiczną.
-  6 --- Wspólnie nazwij sygnały ciała pacjenta.
-  7 --- Wybierz jedną technikę regulacyjną na najbliższy tydzień.



WERSJA ZDANIA DLA PACJENTA:

Nie chodzi o to, żeby nigdy się nie aktywować. Chodzi o to, żeby rozpoznawać stan wcześniej i mieć prostsze drogi powrotu.



ZASTOSOWANIE KLINICZNE:

Nie należy przekazywać całej teorii na jednej sesji. Lepiej wracać do mapy wielokrotnie i łączyć ją z realnymi sytuacjami pacjenta.

Notatka kliniczna: stan, zasób, interwencja



1. KONCEPCJA:

Prosta notatka kliniczna może pomóc specjalście śledzić pracę z układem nerwowym bez nadmiernego komplikowania dokumentacji. Najważniejsze są trzy elementy: aktualny stan, dostępny zasób i zastosowana interwencja.



2. CEL NARZĘDZIA:

Ułatwić dokumentowanie i planowanie pracy z perspektywy regulacji układu nerwowego.



3. STRUKTURA NOTATKI:

- 1 Stan: Jaki stan był najbardziej widoczny? Kontakt, mobilizacja, wyłączenie czy stan mieszany?
- 2 Sygnały: Po czym można było to rozpoznać w ciele, głosie, zachowaniu lub relacji?
- 3 Zasób: Co było dostępne dla pacjenta? Oddech, stopy, kontakt, humor, wybór, orientacja, wsparcie?
- 4 Interwencja: Co zostało zastosowane?
- 5 Reakcja: Czy pacjent przesunął się choć o jeden krok w stronę regulacji?
- 6 Plan: Co warto kontynuować lub uprościć następnym razem?



4. PRZYKŁAD NOTATKI:

Stan: mobilizacja.

Sygnały: szybka mowa, napięte dłonie, trudność z pauzą.

Zasób: pacjent mógł poczuć stopy.

Interwencja: orientacja w pokoju i długi wydech.

Reakcja: napięcie spadło z 8 do 6.



1. stan



2. sygnały



3. zasób



4. interwencja



5. reakcja



6. plan

Przykładowa sekwencja sesji



1. KONCEPCJA:

Teoria poliwalgalna może pomagać w strukturze sesji, szczególnie wtedy, gdy pacjent łatwo wchodzi w mobilizację, odcięcie lub przeciążenie. Sekwencja sesji powinna uwzględniać rozpoczęcie, mapowanie, pracę właściwą, regulację i domknięcie.



2. CEL SEKWENCJI:

Prowadzić sesję w sposób przewidywalny, regulujący i dostosowany do stanu układu nerwowego.

3. PROPONOWANA STRUKTURA:

1



1. **Początek:** krótkie sprawdzenie ciała i stanu.

2



2. **Orientacja:** zauważenie pokoju, stóp lub oddechu.

3



3. **Mapa:** określenie miejsca na drabinie autonomicznej.

4



4. **Temat:** wybranie jednego głównego obszaru pracy.

5



5. **Monitorowanie:** sprawdzanie okna tolerancji w trakcie rozmowy.

6



6. **Interwencja:** dobranie ćwiczenia do stanu.

7



7. **Domknięcie:** powrót do teraźniejszości, zasobu i planu po sesji.



4. PRZYKŁADOWE ZDANIE OTWIERAJĄCE:

„Zanim zaczniemy temat, sprawdzimy, gdzie jest dzisiaj układ nerwowy.”



5. PRZYKŁADOWE ZDANIE ZAMYKAJĄCE:

„Zanim zakończymy, wróćmy do pokoju i sprawdźmy, co pomoże ci wyjść z sesji z większym oparciem.”

Najczęstsze błędy w zastosowaniu



KONCEPCJA:

Teoria poliwalgalna może wspierać praktykę kliniczną, ale jej nieostrożne użycie może prowadzić do uproszczeń, presji na regulację albo błędnego interpretowania pacjenta. Ta strona pomaga uniknąć najczęstszych pułapek.



Błąd 1 –
Używanie teorii
jako etykiety



Nie mów: „Jesteś w stanie grzbietowym” jako stałej tożsamości.



Lepiej: „Wygląda, jakby ciało weszło teraz w wytęczenie”.



Błąd 2 –
Wymuszanie
spokoju



Regulacja nie oznacza natychmiastowego uspokojenia.



Czasem pierwszym sukcesem jest zauważenie stanu.



Błąd 3 –
Pomijanie
kontekstu życia



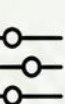
Reakcje układu nerwowego są związane także z relacjami, zdrowiem, kulturą, środowiskiem, bezpieczeństwem materialnym i doświadczeniem społecznym.



Błąd 4 –
Zbyt szybka
praca z traumą



Model nie usprawiedliwia przyspieszania.



Potrzebne są zasoby, zgoda, tempo i monitorowanie okna tolerancji.



Błąd 5 –
Jedna technika
dla wszystkich



To, co reguluje jedną osobę, może aktywować inną.



Zawsze sprawdzaj reakcję pacjenta.



MINIWNIOSK:

Zastosowanie teorii poliwalgalnej jest proste, ale nie uproszczone.



sprawdzaj stan,
kontekst i zgodę



Podsumowanie: od reakcji do regulacji



KONCEPCJA:

Teoria poliwalgalna pomaga przejść od oceniania reakcji do rozumienia stanu układu nerwowego. Dzięki temu pacjent i specjalista mogą wspólnie szukać drogi powrotu do większego bezpieczeństwa, kontaktu, wyboru i elastyczności.



NAJWAŻNIEJSZA IDEA:

Reakcje układu nerwowego mają sens jako strategie ochronne. Mobilizacja, wyłączenie, napięcie, odcięcie, lęk, złość, zamrożenie i wycofanie nie są dowodem słabości. Są informacją o tym, jak ciało próbuje poradzić sobie z tym, co odczytuje jako zagrożenie lub przeciążenie.

CO WARTO ZAPAMIĘTAĆ

- Stan wpływa na myślenie, emocje, zachowanie i relacje.
- Bezpieczeństwo jest doświadczeniem ciała, nie tylko przekonaniem.
- Neurocepcja działa szybciej niż świadoma analiza.
- Regulacja oznacza powrót, nie perfekcyjny spokój.
- Współregulacja jest ważną częścią pracy klinicznej.
- Interwencja powinna być dobrana do aktualnego stanu.
- Mały krok regulacyjny może być realnym postępem.

ZASTOSOWANIE KLINICZNE:



Zamiast pytać tylko:
„Co jest z pacjentem nie tak?”,
można pytać:
„W jakim stanie jest jego
układ nerwowy?”,
„Jakie sygnały bezpieczeństwa
są dostępne?” i
„Jaki krok jest możliwy teraz?”.

reakcja



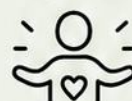
rozpoznanie
stanu



sygnał
bezpieczeństwa



regulacja



ZDANIE KOŃCOWE:

Od reakcji do regulacji prowadzi nie presja, lecz bezpieczeństwo, ciekawość, tempo, relacja i powtarzalne doświadczenia powrotu.



Słownik prostych pojęć



Ta strona zbiera najważniejsze pojęcia z przewodnika i tłumaczy je prostym językiem, aby specjalista mógł łatwo wracać do definicji lub wykorzystywać je w psychoedukacji pacjenta.



Autonomiczny układ nerwowy:

część układu nerwowego, która automatycznie reguluje oddech, serce, napięcie, trawienie, energię i reakcje stresowe.



Teoria poliwalgalna:

model pomagający rozumieć, jak ciało przechodzi między bezpieczeństwem, mobilizacją i wyłączeniem.



Nerw błędny:

ważna droga komunikacji między mózgiem a ciałem, związana z regulacją, relacją, oddechem, sercem i narządami wewnętrznymi.



Neurocepcja:

automatyczne wykrywanie sygnałów bezpieczeństwa lub zagrożenia, często bez świadomej decyzji.



Stan brzuszno-błędny:

stan kontaktu, większego bezpieczeństwa, komunikacji i elastyczności.



Stan współczulny:

stan mobilizacji, alarmu, działania, walki, ucieczki lub kontroli.



Stan grzbietowo-błędny:

stan wyłączenia, zamrożenia, odcięcia, spadku energii lub bezradności.



Regulacja:

proces powrotu do większej stabilności, kontaktu i wyboru.



Samoregulacja:

używanie własnych strategii, aby pomóc układowi nerwowemu wrócić do bardziej dostępnego stanu.



Współregulacja:

regulacja przez bezpieczny kontakt z drugą osobą.



Okno tolerancji:

zakres pobudzenia, w którym osoba może czuć, myśleć i pozostawać w kontakcie bez przeciężenia.



Strona refleksji dla specjalisty



KONCEPCJA:

Praca z teorią poliwagalną wymaga nie tylko znajomości modelu, ale także świadomości własnego układu nerwowego.

Stan specjalisty wpływa na tempo, głos, kontakt, decyzje kliniczne i zdolność do współregulacji.



CEL REFLEKSJI:

Pomóc specjaliście zauważyć własny stan i sposób, w jaki wpływa on na pracę z pacjentem.



PYTANIA DO REFLEKSJI:

- W jakim stanie najczęściej wchodzę w sesję: kontakt, mobilizacja, zmęczenie, wyłączenie czy czujność?
- Jak moje ciało reaguje, gdy pacjent jest w silnym lęku?
- Co dzieje się z moim głosem, gdy czuję presję, żeby pomóc szybko?
- Czy potrafię zwolnić, gdy pacjent wychodzi poza okno tolerancji?
- Jakie sygnały bezpieczeństwa naturalnie wnoszę do gabinetu?
- Jakie sytuacje kliniczne uruchamiają mój własny alarm?
- Jak dbam o regulację po trudnych sesjach?



MINIWNIOSK:

Specjalista nie musi być idealnie spokojny. Potrzebuje jednak umiejętności zauważania swojego stanu, wracania do oparcia i korzystania z superwizji, gdy jest to potrzebne.



ZASTOSOWANIE PRAKTYCZNE:

Po trudnej sesji zapisz jedno zdanie: „Mój układ nerwowy po tej sesji potrzebuje...”. Następnie wybierz jeden mały krok regulacyjny.



mój stan

mój sygnał

mój krok

Zamknięcie i dalsza praktyka



Zrozumienie teorii poliwalnej jest początkiem, nie końcem pracy. Model staje się żywy dopiero wtedy, gdy pomaga zauważać stan, rozumieć ciało, budować bezpieczeństwo i dobierać interwencje w realnych sytuacjach klinicznych.



DOMKNIĘCIE PRZEWODNIKA:

Ten przewodnik miał pomóc uporządkować najważniejsze elementy teorii poliwalnej i przenieść je na praktykę.

Najważniejsze nie jest perfekcyjne zapamiętanie wszystkich pojęć.

Najważniejsze jest rozwijanie sposobu patrzenia, w którym reakcje pacjenta stają się informacją o stanie układu nerwowego, a nie powodem do oceny.



DALSZA PRAKTYKA

- Wracaj do drabiny autonomicznej.
- Ćwicz rozpoznawanie stanów w ciele.
- Używaj prostego języka psychoedukacji.
- Dopasowuj interwencje do aktualnego stanu.
- Sprawdzaj okno tolerancji.
- Buduj sygnały bezpieczeństwa w relacji.
- Nie spiesz się z trudnymi tematami.
- Pamiętaj o własnej regulacji jako specjalista.



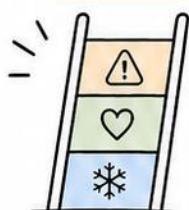
OSTATNIE ZDANIE DLA SPECJALISTY:

Regulująca interwencja często nie jest najbardziej skomplikowana. Czasem jest nią spokojny głos, wolniejsze tempo, chwila orientacji i zdanie: „Nie musimy się spieszyć”.



OSTATNIE ZDANIE DLA PACJENTA:

Mój układ nerwowy może uczyć się powrotu — małymi krokami, w bezpieczeństwie i z wystarczającym wsparciem.



drabina autonomiczna
– punkt wyjścia



otwarte możliwości zmiany
i regulacji



powrót
jest
procesem

