

100 TECHNIK TERAPEUTYCZNYCH CARLA JUNGA W ZASTOSOWANIU KLINICZNYM

TOM 2

Techniki Dostępu do Nieświadomości (Techniki 1 do 20)

Protokoły kliniczne oparte na Psychologii Analitycznej Carla Gustava Junga — do praktycznego zastosowania w indywidualnej psychoterapii.

O Tym Tomie

To drugi tom z serii "100 Technik Terapeutycznych Carla Junga w Zastosowaniu Klinicznym". Przed stosowaniem protokołów z tego tomu, zdecydowanie zalecana jest pełna lektura Tomu 1 — Operacyjne Podstawy Kliniczne i Kliniczne Podejmowanie Decyzji —, który ustanawia kryteria oceny klinicznej, granice bezpieczeństwa i standardową strukturę dziewięciu elementów organizującą każdą technikę.

Dwadzieścia technik tego tomu składa się na Blok 1 — Techniki Dostępu do Nieświadomości — i działa głównie na Poziomie 1 i w przejściu do Poziomu 2 skali głębokości psychicznej przedstawionej w Tomie 1. Są to, generalnie, techniki niskiego ryzyka i szerokiej stosowalności.

Spis Treści

O Tym Tomie	2
Spis Treści.....	3
TOM 2 — TECHNIKI DOSTĘPU DO NIEŚWIADOMOŚCI (1–20).....	10
Wprowadzenie do Bloku.....	10
TECHNIKA 1 — Strukturyzowane Wolne Skojarzenia	10
1. Cel Kliniczny.....	10
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	10
3. Wskazanie Stosowania.....	10
4. Przeciwwskazanie	10
5. Przewodnik Krok po Kroku	11
6. Strategie Interwencji.....	12
7. Zarządzanie Oporem	12
8. Kryterium Ewolucji	12
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	12
TECHNIKA 2 — Słuchanie Spontanicznego Języka (Obrazy w Mowie)	13
1. Cel Kliniczny.....	13
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	13
3. Wskazanie Stosowania.....	13
4. Przeciwwskazanie	14
5. Przewodnik Krok po Kroku	14
6. Strategie Interwencji.....	15
7. Zarządzanie Oporem	15
8. Kryterium Ewolucji	15
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	15
TECHNIKA 3 — Przyjęcie Spontanicznego Snu (Pierwsze Podejście).....	16
1. Cel Kliniczny.....	16
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	16
3. Wskazanie Stosowania.....	16
4. Przeciwwskazanie	17
5. Przewodnik Krok po Kroku	17
6. Strategie Interwencji.....	18

7. Zarządzanie Oporem	18
8. Kryterium Ewolucji	18
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	18
TECHNIKA 4 — Mapowanie Powtarzających się Wzorców Relacyjnych lub Tematycznych	19
1. Cel Kliniczny.....	19
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	19
3. Wskazanie Stosowania.....	19
4. Przeciwwskazanie	19
5. Przewodnik Krok po Kroku	20
6. Strategie Interwencji.....	20
7. Zarządzanie Oporem	21
8. Kryterium Ewolucji	21
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	21
TECHNIKA 5 — Praca z Lapusami i Czynnościami Pomyłkowymi	21
1. Cel Kliniczny.....	22
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	22
3. Wskazanie Stosowania.....	22
4. Przeciwwskazanie	22
5. Przewodnik Krok po Kroku	22
6. Strategie Interwencji.....	23
7. Zarządzanie Oporem	23
8. Kryterium Ewolucji	23
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	24
Encerramento das Técnicas 1–5	24
TECHNIKA 6 — Eksploracja Dziennych Fantazji (Marzenia na Jawie)	25
1. Cel Kliniczny.....	25
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	25
3. Wskazanie Stosowania.....	25
4. Przeciwwskazanie	25
5. Przewodnik Krok po Kroku	25
6. Strategie Interwencji.....	26
7. Zarządzanie Oporem	26
8. Kryterium Ewolucji	27

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	27
TECHNIKA 7 — Uwaga na Ciało Jako Droga Dostępu do Nieświadomości	27
1. Cel Kliniczny.....	27
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	27
3. Wskazanie Stosowania.....	28
4. Przeciwwskazanie	28
5. Przewodnik Krok po Kroku	28
6. Strategie Interwencji.....	29
7. Zarządzanie Oporem	29
8. Kryterium Ewolucji	29
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	29
TECHNIKA 8 — Odczyt Wzorców w Mowie Niewerbalnej i Parawerbalnej	30
1. Cel Kliniczny.....	30
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	30
3. Wskazanie Stosowania.....	30
4. Przeciwwskazanie	30
5. Przewodnik Krok po Kroku	31
6. Strategie Interwencji.....	31
7. Zarządzanie Oporem	32
8. Kryterium Ewolucji	32
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	32
TECHNIKA 9 — Eksploracja Znaczących Obiektów i Symboli Osobistych	32
1. Cel Kliniczny.....	32
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	32
3. Wskazanie Stosowania.....	33
4. Przeciwwskazanie	33
5. Przewodnik Krok po Kroku	33
6. Strategie Interwencji.....	34
7. Zarządzanie Oporem	34
8. Kryterium Ewolucji	34
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	35
TECHNIKA 10 — Identyfikacja Nawracających Tematów w Spontanicznej Twórczości	35
1. Cel Kliniczny.....	35

2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	35
3. Wskazanie Stosowania.....	35
4. Przeciwwskazanie	36
5. Przewodnik Krok po Kroku	36
6. Strategie Interwencji.....	37
7. Zarządzanie Oporem	37
8. Kryterium Ewolucji	37
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	37
TECHNIKA 11 — Amplifikacja Emocjonalnie Naładowanych Słów Kluczowych	39
1. Cel Kliniczny.....	39
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	39
3. Wskazanie Stosowania.....	39
4. Przeciwwskazanie	39
5. Przewodnik Krok po Kroku	39
6. Strategie Interwencji.....	40
7. Zarządzanie Oporem	41
8. Kryterium Ewolucji	41
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	41
TECHNIKA 12 — Eksploracja 'Niewyrzeczonego' (Milczenia i Pominięcia Tematyczne)	41
1. Cel Kliniczny.....	41
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	41
3. Wskazanie Stosowania.....	42
4. Przeciwwskazanie	42
5. Przewodnik Krok po Kroku	42
6. Strategie Interwencji.....	43
7. Zarządzanie Oporem	43
8. Kryterium Ewolucji	43
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	43
TECHNIKA 13 — Praca z Pierwszymi Wspomnieniami (Wczesnymi Wspomnieniami Strukturyzującymi)	44
1. Cel Kliniczny.....	44
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	44
3. Wskazanie Stosowania.....	44

4. Przeciwwskazanie	44
5. Przewodnik Krok po Kroku	45
6. Strategie Interwencji	45
7. Zarządzanie Oporem	46
8. Kryterium Ewolucji	46
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	46
TECHNIKA 14 — Eksploracja Pozornie Trywialnych Codziennych Wyborów	46
1. Cel Kliniczny	46
2. Zastosowany Koncept Jungowski	47
3. Wskazanie Stosowania	47
4. Przeciwwskazanie	47
5. Przewodnik Krok po Kroku	47
6. Strategie Interwencji	48
7. Zarządzanie Oporem	48
8. Kryterium Ewolucji	48
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	49
TECHNIKA 15 — Uwaga na Sny/Fantazje o Samym Procesie Terapeutycznym	49
1. Cel Kliniczny	49
2. Zastosowany Koncept Jungowski	49
3. Wskazanie Stosowania	49
4. Przeciwwskazanie	50
5. Przewodnik Krok po Kroku	50
6. Strategie Interwencji	51
7. Zarządzanie Oporem	51
8. Kryterium Ewolucji	51
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	51
TECHNIKA 16 — Eksploracja Spontanicznie Wzmiankowanych „Wewnętrznych Głosów”	53
1. Cel Kliniczny	53
2. Zastosowany Koncept Jungowski	53
3. Wskazanie Stosowania	53
4. Przeciwwskazanie	53
5. Przewodnik Krok po Kroku	53
6. Strategie Interwencji	54

7. Zarządzanie Oporem	55
8. Kryterium Ewolucji	55
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	55
TECHNIKA 17 — Eksploracja Reakcji na Dzieła Sztuki, Filmy, Książki i Muzykę	55
1. Cel Kliniczny.....	55
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	56
3. Wskazanie Stosowania.....	56
4. Przeciwwskazanie	56
5. Przewodnik Krok po Kroku	56
6. Strategie Interwencji.....	57
7. Zarządzanie Oporem	57
8. Kryterium Ewolucji	57
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi	57
TECHNIKA 18 — Uwaga na Zmiany Energii/Dyspozycji w Toku Sesji	58
1. Cel Kliniczny.....	58
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	58
3. Wskazanie Stosowania.....	58
4. Przeciwwskazanie	58
5. Przewodnik Krok po Kroku	59
6. Strategie Interwencji.....	59
7. Zarządzanie Oporem	59
8. Kryterium Ewolucji	60
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	60
TECHNIKA 19 — Eksploracja Przewisk, Imion i Form Samookreślenia	60
1. Cel Kliniczny.....	60
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	60
3. Wskazanie Stosowania.....	61
4. Przeciwwskazanie	61
5. Przewodnik Krok po Kroku	61
6. Strategie Interwencji.....	62
7. Zarządzanie Oporem	62
8. Kryterium Ewolucji	62
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	62

TECHNIKA 20 — Synteza Sesji Poprzez Pojedynczy Obraz lub Metaforę	63
1. Cel Kliniczny.....	63
2. Zastosowany Koncept Jungowski.....	63
3. Wskazanie Stosowania.....	63
4. Przeciwwskazanie	63
5. Przewodnik Krok po Kroku	64
6. Strategie Interwencji.....	64
7. Zarządzanie Oporem	65
8. Kryterium Ewolucji	65
9. Mapa Możliwych Odpowiedzi.....	65
Zakończenie Bloku — Techniki Dostępu do Nieświadomości	65
Kontynuacja Dzieła.....	67

TOM 2 — TECHNIKI DOSTĘPU DO NIEŚWIADOMOŚCI (1–20)

Wprowadzenie do Bloku

Dwadzieścia poniższych technik ma wspólny cel: stworzenie warunków na sesji, by treści nieświadome — jeszcze nieartykułowane lub tylko częściowo dostępne świadomości pacjenta — znalazły drogę ekspresji. Działają one w większości na Poziomie 1 i w przejściu do Poziomu 2 skali przedstawionej w Tomie 1 (treść świadoma → wyłaniający się materiał symboliczny), funkcjonując jako „drzwi wejściowe” do głębszej pracy rozwijanej w kolejnych blokach.

Techniki te są generalnie niskiego ryzyka i szeroko stosowalne — odpowiednie nawet we wczesnych fazach procesu terapeutycznego, o ile respektowane są ogólne zasady postępowania opisane w Tomie 1.

TECHNIKA 1 — Strukturyzowane Wolne Skojarzenia

1. Cel Kliniczny

Ułatwienie spontanicznego pojawienia się treści skojarzeniowych — słów, obrazów, wspomnień, doznań — wychodząc od elementu wyjściowego (słowo, zdanie, obraz lub odczucie przyniesione przez pacjenta), co umożliwia dostęp do nieświadomych połączeń, których ukierunkowana i racjonalna mowa normalnie nie ujawnia.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Wolne skojarzenia, choć historycznie kojarzone z freudowską psychoanalizą, były stosowane również przez Junga — zwłaszcza w jego fazie badań nad testem skojarzeń słownych, który stanowił empiryczną podstawę jego teorii kompleksów. W zastosowaniu jungowskim wolne skojarzenia nie dążą przede wszystkim do „odcyfrowania” konkretnej stłumionej treści, lecz do **mapowania terytorium skojarzeniowego** wokół tematu, ujawniając aktywne kompleksy organizujące to terytorium (łańcuchy skojarzeń, bloki, powtórzenia, zmienione czasy reakcji, zmiany afektu).

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wymienia słowo, obraz lub wyrażenie które zdaje się nieść nieproporcjonalny ładunek emocjonalny, ale nie potrafi (lub nie dostrzega potrzeby) wyjaśnić dlaczego;
- Proces terapeutyczny jest „zablokowany” na jakimś temacie, z pacjentem powtarzającym te same racjonalne sformułowania bez wytwarzania ruchu;
- Terapeuta chce zmapować pole skojarzeniowe wokół symbolu lub tematu powtarzającego się w relacjach pacjenta (np.: „praca”, „matka”, „dom”, słowo ze snu).

4. Przeciwwskazanie

- Pacjenci z już nadmiernie sfragmentyzowanym lub stycznym myśleniem — wolne skojarzenia mogą pogłębiać dezorganizację dyskursu bez klinicznego zysku;
- Momenty ostrego kryzysu, w których celem powinna być stabilizacja, a nie eksploracja skojarzeniowa;
- Gdy pacjent wykazuje już znaczny lęk wobec „nieznanki dokąd zmierza rozmowa” — w tych przypadkach lepiej najpierw pracować nad tolerancją niepewności przed zaproponowaniem celowo nielinearnej techniki.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Wybór elementu wyjściowego. Wybierz, razem z pacjentem lub z czegoś co sam przyniósł, słowo, krótkie zdanie lub obraz jako punkt startowy. Unikaj samodzielnego, arbitralnego wyboru tematu którego pacjent nie przyniósł — punkt wyjścia musi rezonować z materiałem sesji.

Przykładowe zdanie terapeuty: „Użyłeś słowa 'przeciążenie' kilka razy dzisiaj. Co powiesz na to, żebyśmy chwilę przy tym słowie się zatrzymali?”

Krok 2 — Jasna instrukcja dotycząca procesu. Wyjaśnij prostym językiem, co się wydarzy: „Poproszę cię o powiedzenie na głos tego, co przychodzi ci do głowy gdy myślisz o tym słowie — nie musi mieć sensu, nie musi być grzeczne, nie musi być istotne. Może to być inne słowo, obraz, wspomnienie, cokolwiek. Chodzi o niefiltrowanie.”

Krok 3 — Prowadzenie łańcucha skojarzeń. Po każdej odpowiedzi pacjenta odsyłaj ostatnie wypowiedziane słowo/obraz (nie oryginalne) jako nowy punkt startowy, zachowując wystarczającą ciszę, by pacjent naprawdę wszedł w kontakt z procesem, bez pośpieszania.

Przykładowy dialog:

> Terapeuta: „Przeciążenie.”

> Pacjent: „...ciężar.”

> Terapeuta: „Ciężar.”

> Pacjent: „Plecak. Ten plecak który nosiłem w szkole, bardzo ciężki.”

> Terapeuta: „Ciężki plecak ze szkoły.”

> Pacjent: „Hm... tata mówił, że muszę to wytrzymać, że narzekanie nic nie zmieni.”

> Terapeuta: „Wytrzymać.”

> Pacjent: „...tak, zawsze to samo. Ja nawet... (pauza) ...nawet nie zauważyłem, że tu dojdę.”

Krok 4 — Obserwacja „punktów zatrzymania”. Zwracaj uwagę na momenty, w których łańcuch skojarzeń się „blokuje” (pacjent bardzo się waha, zmienia ton, śmieje się bez wyraźnego powodu, lub mówi „nie wiem, nic nie przychodzi”) — te punkty często sygnalizują bliskość kompleksu. Nie wymuszaj kontynuacji w tych momentach; rejestruj je mentalnie.

Krok 5 — Zamknięcie i synteza. Po 5 do 10 minutach (lub gdy łańcuch wydaje się „dojść” do czegoś znaczącego, jak w powyższym przykładzie), przerwij proces i zaproś pacjenta do spojrzenia na przebyty szlak: „Patrząc na tę drogę — od 'przeciążenia' do 'wytrzymać' — co zauważasz?”

6. Strategie Interwencji

- **Skojarzenia z zapisem pisemnym:** dla pacjentów bardziej wizualnych, zapisywanie słów na kartce w miarę pojawiania się, pozwalając by na końcu pacjent zobaczył pełną „mapę” łańcucha;
- **Skojarzenia z powrotem do punktu wyjścia:** na końcu wrócić do oryginalnego słowa i zapytać „teraz gdy przeszliśmy tę drogę, czy słowo ['przeciążenie'] nadal znaczy dla ciebie to samo, czy coś się zmieniło?”;
- **Skojarzenia krzyżowe:** gdy dwa łańcuchy skojarzeń, przeprowadzone w różnych momentach wychodząc z różnych słów, zbiegają się do podobnych tematów, można to nazwać jako wzorzec do zaobserwowania.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem w tej technice jest **wczesna racjonalizacja** — pacjent zamiast swobodnie kojarzyć, zaczyna „wyjaśniać” każde skojarzenie. Gdy to nastąpi, terapeuta może delikatnie przekierować: „Możliwe, że tak — i jednocześnie, zostawmy wyjaśnienia na później i przez chwilę śledźmy tylko wątek, dobrze?”

Innym częstym oporem jest **całkowita blokada** („nic nie przychodzi”). W tym przypadku znormalizuj: „Dobrze, 'nic' też jest odpowiedzią — co czujesz w ciele gdy próbujesz i 'nic nie przychodzi’?” — przekształcając samą blokadę w punkt obserwacji.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy: łańcuch skojarzeń wytwarza materiał który **zaskakuje samego pacjenta** („nie miałem pojęcia, że o tym pomyślę”); wyłaniają się **połączenia między pozornie niezwiązanymi domenami** (np.: praca → dzieciństwo); i/lub pacjent, patrząc na przebyty szlak, **spontanicznie identyfikuje wzorzec lub temat** istotny dla swojego procesu.

Technika nie jest produktywna (i powinna być dostosowana lub przerwana) gdy: pacjent pozostaje na poziomie czysto semantycznych/logicznych skojarzeń, bez żadnego ładunku afektywnego; lub gdy proces generuje rosnący lęk bez wytwarzania użytecznego materiału.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Płynny łańcuch z wyłaniającym się materiałem afektywnym	Kontynuować, obserwując punkty zatrzymania; nie interpretować jeszcze

Ciągła racjonalizacja każdego skojarzenia	Delikatnie przekierować do „śledzenia wątku bez wyjaśniania"
Całkowita blokada („nic nie przychodzi")	Znormalizować, eksplorować cielesne odczucie blokady
Czysto kategorialny/logiczny łańcuch bez afektu	Zmienić punkt wyjścia lub zawiesić technikę — może to nie jest właściwy moment
Nagłe pojawienie się intensywnej emocji	Zatrzymać łańcuch, przyjąć emocję zanim zdecydujesz czy kontynuować czy zakończyć
Pacjent prosi o „zatrzymanie, jest dziwnie"	Natychmiast zakończyć, zwalidować i zapytać co sprawiło, że jest dziwnie — bez nalegania na wznowienie

TECHNIKA 2 — Słuchanie Spontanicznego Języka (Obrazy w Mowie)

1. Cel Kliniczny

Wytrenowanie terapeuty — i wtórnie samego pacjenta — do identyfikowania i eksplorowania spontanicznych obrazów pojawiających się naturalnie w codziennej mowie („to jakby...", „wydaje się że...", „czuję jakby to był..."), używając ich jako punktów dostępu do materiału symbolicznego bez przerywania naturalnego przepływu sesji.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Jung twierdził, że psyche wyraża się symbolicznie w sposób ciągły, nie tylko we snach lub w szczególnych momentach — w tym w codziennym języku, poprzez spontaniczne metafory. Te obrazy, choć często traktowane jako „tylko sposoby mówienia", często niosą **istotną treść kompensacyjną**: ujawniają jak psyche w danym momencie konfiguruje doświadczenie w sposób, którego dosłowna mowa nie ujawnia z tą samą precyzją.

3. Wskazanie Stosowania

- Praktycznie każda sesja — jest to technika „tła", stosowalna ciągle, nie tylko w konkretnych momentach;
- Szczególnie użyteczna gdy pacjent relacjonuje uczucia lub sytuacje w sposób bardzo abstrakcyjny lub ogólny, a spontaniczny obraz może uczynić doświadczenie bardziej konkretnym i możliwym do pracy;
- Użyteczna do „ponownego otwarcia" tematu który wydawał się wyczerpany na poziomie czysto werbalnym/wyjaśniającym.

4. Przeciwwskazanie

- Gdy pacjent przekazuje niezbędne informacje obiektywne (np.: historia, dane praktyczne) i przerwa dla eksploracji spontanicznego obrazu przerwałaby ważny przepływ informacyjny — w tych przypadkach można „zachować” obraz do retomowania później;
- Pacjenci którzy doświadczają eksploracji własnych wyrażeń jako bycia „korygowanym” lub „analizowanym” w sposób inwazyjny — dla nich technikę należy wprowadzać jeszcze stopniowo i z wyraźnym kadrowaniem.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Uważne słuchanie językowych markerów obrazu. Terapeuta utrzymuje uwagę (nie komunikując tego ostentacyjnie) na wyrażeniach takich jak: „to jakby...”, „wydaje się że...”, „jakby...”, „to jak...”, „czuję jakby...”, lub nawet konkretnych rzeczownikach używanych metaforycznie („ciężar”, „ściana”, „dziura”, „mgła”).

Krok 2 — Wybór momentu retomowania. Nie jest konieczne (ani zalecane) przerywanie pacjentowi w dokładnym momencie pojawienia się obrazu, zwłaszcza gdy jest w ważnym przepływie narracyjnym. Terapeuta może „zachować” obraz i powrócić do niego w naturalnej chwili pauzy.

Krok 3 — Wyraźne retomowanie obrazu, bez interpretacji. Gdy moment jest odpowiedni, terapeuta nazywa obraz i zaprasza do eksploracji — bez oferowania jakiegokolwiek odczytania co on „znaczy”.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „...i od tamtej pory to jakby... czuję że jest ściana między mną a nią. Rozmawiamy, ale nigdzie nie dochodzimy.”

> [Pacjent mówi jeszcze kilka minut o innych sprawach]

> Terapeuta: „Czy mogę wrócić do czegoś co powiedziałeś? Wspomniałeś o 'ścianie' między tobą a nią. Chcesz, żebyśmy chwilę zostali z tym obrazem?”

Krok 4 — Zaproszenie do rozwinięcia obrazu poprzez pytania sensoryczne/przestrzenne.

Unikaj pytania bezpośrednio „co ta ściana oznacza?” — zamiast tego eksploruj obraz jako obraz, poprzez pytania które go rozwijają: „jak ta ściana wygląda — ma kolor, teksturę, wysokość?”, „z czego jest zrobiona?”, „co jest po drugiej stronie?”, „jest między wami cały czas, czy tylko w pewnych momentach?”.

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Terapeuta: „Ta ściana — jak ona wygląda? Z czego jest zrobiona, w twojej wyobraźni?”

> Pacjent: „Hm... (pauza) ...to dziwne, ale widzę ją jako... szklaną. Przezroczystą. Widzę ją po drugiej stronie, ale nie możemy się dotknąć, nie możemy... siebie usłyszeć.”

> Terapeuta: „Szkłana, przezroczysta — widzicie się nawzajem, ale nie słyszycie. Jest coś, co chciałbyś jej powiedzieć, gdyby tej ściany nie było?”

Krok 5 — Połączenie obrazu z sytuacją życiową. Po jakimś czasie eksploracji obrazu jako obrazu, zaproponuj powrót do konkretnej sytuacji, wzbogaconej o nowe rozumienie: „Wracając do was obojga — czy to co pojawiło się w tym obrazie szklanej ściany, przez którą się widzicie ale nie słyszycie, mówi coś o tym, jak naprawdę się czujesz w tej relacji?”

6. Strategie Interwencji

- **Kolekcja obrazów sesji:** przez całą sesję terapeuta może notować wewnątrznie (lub na kartce) pojawiające się spontaniczne obrazy — na koniec sesji można zaproponować „skatalogowanie” tych obrazów razem z pacjentem, szukając ewentualnych tematycznych zbieżności;
- **Obraz jako 'klucz do wejścia':** gdy pacjent w późniejszym momencie sesji (lub kolejnej) wydaje się „wracać” do podobnego tematu, terapeuta może zaproponować powrót do pierwotnego obrazu jako punktu orientacyjnego: „Pamiętasz tę szklaną ścianę, o której rozmawialiśmy? Ta sytuacja którą teraz opisujesz — czujesz tam tę samą ścianę, czy coś innego?”.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **dyskomfort w „pozostawaniu” z obrazem** — pacjent po chwili eksploracji wraca szybko do narracji racjonalnej/wyjaśniającej. Rozpoznaj i zwaliduj ten ruch, ale możesz zaproponować jeszcze chwilę z obrazem: „Widzę że jest naturalna chęć by wyjaśnić, i to jest ważne. Czy możemy jeszcze przez chwilę zostać tylko z tym obrazem, zanim zaczniemy go analizować? Jak jest ta ściana teraz, gdy ją opisujesz?”

Innym oporem jest **odrzuć obraz jako „tylko metafory”** („mówiłem to dla wyrazu, to nie jest dosłowne”). Respektuj to, ale zostaw otwarte drzwi: „Oczywiście, i nawet jako metafora ta konkretna metafora — ściana szklana — jest ciekawa. Dlaczego właśnie ona, a nie na przykład ściana z cegły, czy mur?”

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy rozwinięcie obrazu ujawnia szczegóły których pacjent nie „wiedział” że są (jak w przykładzie, szkło pozwalające widzieć ale nie słyszeć — precyzja której czysto werbalne „mamy trudności z komunikacją” nie miałyby), i gdy ta precyzja prowadzi do głębszego lub bardziej zniuansowanego rozumienia sytuacji lub doświadczenia.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
--------------------	-------------------------

Chętnie eksploruje obraz, pojawiają się nowe szczegóły	Kontynuować pytaniami sensorycznymi/przestrzennymi; nie spieszyć się z interpretacją
Odrzucenie: „to tylko metafora, nie jest dosłowne”	Respektować; można zapytać „dlaczego właśnie ten obraz, a nie inny?”
Natychmiastowy powrót do narracji racjonalnej	Zaproponować jeszcze chwilę z obrazem; nie wymuszać
Obraz wyraźnie rezonuje emocjonalnie, z towarzyszącym afektem	Nie spieszyć się z interpretacją; najpierw przyjąć afekt
Pacjent proponuje swoje własne odczytanie obrazu	Przyjąć z zainteresowaniem; jest to zazwyczaj bardziej wartościowe niż odczytanie terapeuty

TECHNIKA 3 — Przyjęcie Spontanicznego Snu (Pierwsze Podejście)

1. Cel Kliniczny

Ustanowienie podstawowego protokołu przyjmowania snów przyniesionych przez pacjenta — skupiając się na jakości akolitu (bez pośpieszania interpretacji lub nadawania wartości), zebraniu informacji podstawowych i stworzeniu fundamentu dla późniejszej głębszej eksploracji (Blok 2, Tomy 3).

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Sny, dla Junga, są przede wszystkim **spontanycznymi wytworami nieświadomości** — nie są „komunikatami” które muszą być „zdekodowane”, lecz ujawnieniami tego jak psyche konfiguruje w danym momencie doświadczenie śniącego, często w sposób kompensacyjny wobec jednostronnej postawy świadomości. To pierwsze podejście nie dąży jeszcze do interpretacji — dąży do stworzenia przestrzeni przyjęcia w której sen może być opowiedziany, wysłuchany i potraktowany poważnie, zanim cokolwiek z nim zostanie „zrobione”.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wymienia sen w dowolnym momencie sesji — niezależnie czy formalnie czy mimochodem;
- Terapeuta ocenia że jest wystarczająco czasu (minimum 10-15 minut) by zrobić to przyjęcie ze spokojem;
- Jest to wstępna technika do stosowania praktycznie zawsze gdy pacjent przyniesie sen, zanim zostaną zastosowane konkretniejsze techniki z Tomu 3.

4. Przeciwwskazanie

- Gdy pacjent wymienia sen bardzo mimochodem i wyraźnie nie jest zainteresowany zatrzymaniem się na nim — w tym przypadku lepiej zaobserwować i zanotować, nie zmuszając do skupiania się na nim w tym momencie;
- Gdy jest bardzo mało czasu pozostałego na sesji (mniej niż 10 minut) — lepiej „zachować” sen na następną sesję lub zanotować go, niż zaczynać eksplorację bez możliwości odpowiedniego zamknięcia;
- Gdy pacjent jest w stanie ostrego pobudzenia lub kryzysu — stabilizacja ma pierwszeństwo.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Akolita bez wartościowania. Gdy pacjent wymienia sen — niezależnie od tego jak go prezentuje, nawet jeśli mówi „miałem głupi sen” — odpowiedź terapeuty powinna sygnalizować zainteresowanie bez nadawania a priori wartości: „Chcesz o nim opowiedzieć?” lub „Słucham.”

Krok 2 — Narracja swobodna, bez przerywania. Zaprosić pacjenta do opowiedzenia snu od początku do końca, bez przerywania pytaniami. Terapeuta słucha aktywnie, zwracając uwagę na: kolejność elementów, momenty wahania lub emocji w narracji, elementy które pacjent opisuje z większą lub mniejszą szczegółowością, i jak sen się kończy.

Przykładowe zdanie terapeuty: „Opowiedz mi ten sen od początku do końca, tak jak go pamiętasz.”

Krok 3 — Pytanie o uczucie/afekt (nie o znaczenie). Po zakończeniu narracji snu, pierwsze pytanie terapeuty powinno dotyczyć uczucia/afektu, a nie treści ani znaczenia: „Jak się czułeś/czułaś w tym śnie?” lub „Co zostało z tobą po obudzeniu się?”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Śniłem że byłem w swoim domu z dzieciństwa, ale dom był bardzo duży, były tam pokoje których nigdy wcześniej nie widziałem. Byłem sam i trochę się gubiłem. Czułem się zagubiony.”

> Terapeuta: „Jak się czułeś, będąc tam — w tym powiększonym domu, z tymi nieznanymi pokojami?”

> Pacjent: „Hm... było dziwne. Nie przerażające, bardziej... zaciekawione? Ale też trochę dezorientowane. Jakbym miał odkryć coś czego jeszcze nie wiedziałem.”

Krok 4 — Pytanie o jeden wyróżniający się element (nie interpretacja). Następnie terapeuta może zapytać który element snu najbardziej wyróżniał się dla pacjenta — nie jeszcze co ten element oznacza, ale co wyróżniało się w doświadczeniu snu: „Jest coś w tym śnie co szczególnie ci się wyróżnia, albo zostało z tobą mocniej niż reszta?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „Te nieznane pokoje. Wiedziałem że są tam, ale nie wszedłem do żadnego. Stałem w korytarzu, patrząc.”

Krok 5 — Walidacja i otwarte zakończenie. Zakończyć to pierwsze przyjęcie walidując materiał i pozostawiając go „otwartym” — bez interpretacji, z możliwością powrotu: „To bogaty sen. Mamy teraz czas żeby pójść głębiej w te nieznane pokoje, jeśli chcesz — albo możemy do tego wrócić w kolejnym momencie. Co ci odpowiada?”

6. Strategie Interwencji

- **Notatka snu:** zaproponować pacjentowi który regularnie przynosi sny, by zaczął je zapisywać zaraz po obudzeniu — szczegóły giną szybko, a zapis pozwala zachować bogatsze terytorium eksploracji;
- **Porównanie snów z różnych sesji:** w procesach gdzie pacjent regularnie przynosi sny, terapeuta może od czasu do czasu zauważać wzorce tematyczne lub strukturalne między różnymi snami — nie jako interpretację, ale jako obserwację.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **dyskwalifikacja własnego snu** przez pacjenta: „to był głupi sen”, „to nic specjalnego”, „nie wiem dlaczego to opowiadam”. Nie zgadzaj się z dyskwalifikacją, ale też jej nie atakuj wprost — po prostu zachowaj zainteresowanie i zaproś: „Mimo to, chcesz go opowiedzieć?”

Innym częstym oporem jest **pośpiech do interpretacji** przez samego pacjenta: „Wiem co to oznacza — to chyba przez to co się wydarzyło w pracy...”. Zwaliduj tę wstępną myśl pacjenta i zaproponuj że wrócimy do niej po wysłuchaniu snu: „Możliwe — i zanim pójdziemy tą drogą, czy możesz mi opowiedzieć sen od początku do końca?”

8. Kryterium Ewolucji

To pierwsze przyjęcie snu spełnia swoją funkcję gdy pacjent opowiedział sen do końca (nawet jeśli niekompletnie), zidentyfikował dominujący afekt i jeden wyróżniający się element — i gdy jest otwartość na ewentualną dalszą eksplorację (w tej lub następnej sesji). Nie jest konieczne żeby na tym etapie cokolwiek zostało „wyjaśnione” lub „zrozumiane”.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Opowiada swobodnie z zainteresowaniem	Słuchać aktywnie; nie przerywać; zapytać o afekt po zakończeniu
Dyskwalifikuje sen na wstępie	Nie zgadzać się z dyskwalifikacją; zachować zainteresowanie; zaprosić do opowiadania

Pośpieszy do interpretacji (własnej)	Zwalidować wstępną myśl; zaproponować wysłuchanie snu najpierw
Nie pamięta szczegółów, tylko fragmenty	Zaakceptować fragmenty jako wystarczające; nie naciskać na kompletność
Sen przywołuje silną emocję już przy opowiadaniu	Przyjąć emocję; nie tracić z oczu snu; pytać co w śnie wiąże się z tą emocją
Mówi że nigdy nie pamięta snów	Znormalizować; zaproponować technikę zapisywania przy budzeniu (Strategie interwencji)

TECHNIKA 4 — Mapowanie Powtarzających się Wzorców Relacyjnych lub Tematycznych

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie, z udziałem pacjenta, wzorców, które powtarzają się w różnych sytuacjach lub relacjach, zarówno historycznie jak i w teraźniejszości — tworząc warunki do rozpoznania działającego kompleksu bez jeszcze bezpośredniego nazywania go jako takiego.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Jedną z klinicznych definicji kompleksu — być może najbardziej dostępną dla pacjentów na początku procesu — jest to, że kompleks jest wzorcem psychicznym który powtarza się niezależnie od kontekstu zewnętrznego: ta sama dynamika emocjonalna pojawia się w różnych relacjach, różnych sytuacjach, różnych dekadach życia. Mapowanie tych wzorców to pierwsza krok do rozpoznania przez pacjenta że coś „wewnętrznego” organizuje jego doświadczenie — nie tylko zewnętrzne okoliczności.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent spontanicznie opisuje wiele sytuacji lub relacji z podobnymi elementami strukturalnymi bez dostrzeżenia wzorca;
- Terapeuta obserwuje, przez kilka sesji, powtarzający się motyw w narracjach pacjenta;
- Pacjent wyraża frustrację wobec wzorca który sam identyfikuje, lecz czuje się bezsilny wobec niego: „to mi się zawsze przydarza”.

4. Przeciwwskazanie

- Gdy identyfikacja wzorca mogłaby być odczuwana jako obwinianie lub osądzanie (np.: „więc mówisz, że ja zawsze tworzę te problemy”) — wymaga to ostrożności i wyraźnego kadrowania;
- Gdy za wcześnie w procesie: mapowanie wzorców jest bardziej użyteczne gdy jest wystarczające terytorium narracyjne (różne sytuacje i relacje opisane przez pacjenta) pozwalające na porównanie.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Zbieranie narracyjne (przez kilka sesji lub w obrębie tej samej). Przed zaproponowaniem mapowania wzorca, terapeuta potrzebuje wystarczająco materiału — zazwyczaj więcej niż jedną opisaną sytuację lub relację. Faza zbierania jest fazą aktywnego słuchania, bez jeszcze pośpieszania do identyfikacji wzorców.

Krok 2 — Delikatna obserwacja połączenia, bez narzucania interpretacji. „Czy mogę podzielić się czymś co zauważam? Słuchając jak opisujesz relację z szefem, i teraz jak opisujesz relację z ojcem, i wcześniej relację z profesorem na studiach — są trzy różne sytuacje, ale zauważam podobną strukturę. Czy ty też to zauważasz?”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „W jakimś sensie tak. Z szefem, z ojcem, z profesorem — zawsze szukam aprobaty, i zawsze czuję, że cokolwiek robię nie jest wystarczające.”

> Terapeuta: „'Cokolwiek robię nie jest wystarczające' — czy to brzmi jak słowa tej samej 'głosiny' we wszystkich tych sytuacjach?”

> Pacjent: „(pauza) ...tak. Dokładnie tymi słowami. Zawsze te same słowa.”

Krok 3 — Eksploracja rozpiętości wzorca (różne sytuacje, różne etapy życia). „Wracając dalej — czy ta dynamika, szukania aprobaty i uczucia niewystarczalności, jest czymś co rozpoznajesz tylko w obecnym życiu, czy sięga wcześniej?”

Krok 4 — Obserwacja wzorca bez zakładania jego przyczynowości. Ważne jest nie zakładanie automatycznie że wzorec ma jedno przyczyna (np.: „to dlatego że twój ojciec...”). Zaproponuj wzorec jako obserwację otwartą: „Interesujące że ta dynamika pojawia się w tak różnych kontekstach i z tak różnymi ludźmi. Co myślisz o tym, że jest ona tak stała?”

Krok 5 — Walidacja wzorca jako klucz, a nie jako winowajca. Zakończyć ramując wzorec jako informację (nie problem do „naprawienia” natychmiast): „Ten wzorec — szukania aprobaty i uczucia niewystarczalności — jest czymś co możemy eksplorować razem, bez pośpiechu do 'naprawiania'. Sama świadomość jego istnienia i jak się objawia, już jest ważną informacją.”

6. Strategie Interwencji

- **Linia czasu wzorca:** dla pacjentów z większymi zasobami refleksji można zaproponować sporządzenie wspólnie prostej linii czasu identyfikując gdy wzorec pojawił się w różnych

relacjach/sytuacjach w życiu — wizualny charakter pomocy może ułatwić dostrzeżenie rozpiętości wzorca;

- **Różne konteksty, ten sam wzorec:** eksplorować nie tylko relacje z ludźmi, ale też wzorce w relacji z pracą, z projektami, ze sobą samym — rozszerzenie terytorium obserwacji często ujawnia wzorec jeszcze wyraźniej.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **eksternalizacja**: „ale mój szef jest naprawdę nieuprzejmy”, „mój ojciec naprawdę mnie nie doceniał”. Respektuj te spostrzeżenia — mogą być całkowicie prawdziwe — nie zaprzeczaj im, lecz proponuj równoległy poziom obserwacji: „Może być tak jak mówisz — i jednocześnie, co ciekawe, ta sama dynamika pojawia się w bardzo różnych kontekstach. To nie wyklucza że każda z tych osób miała swoje zachowania — ale sugeruje że jest też coś po twojej stronie które organizuje te doświadczenia.”

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy pacjent sam zaczyna dostrzegać wzorec i spontanicznie go rozpoznaje w nowych sytuacjach (nie jeszcze przez terapeutę): „hej, to jest to samo co rozmawialiśmy — ten wzorec szukania aprobaty pojawia się tu też”. Ten moment spontanicznego transferu obserwacji jest wskaźnikiem że mapowanie wzorca zaczęło być zinternalizowane przez pacjenta.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Spontanicznie rozpoznaje wzorec gdy jest wskazywany	Eksplorować rozpiętość; nie spieszyć z interpretacją
Eksternalizacja: „ale tamta osoba naprawdę była taka”	Respektować; proponować równoległy poziom obserwacji
Zaskoczenie połączeniami („nie miałem pojęcia że to jest powiązane”)	Przyjąć zaskoczenie; eksplorować bez pośpiechu
Dostrzega wzorec ale czuje się bezsilny wobec niego	Zwalidować uczucie bezsilności; framować wzorec jako klucz, nie jako winowajcę
Prosi o wyjaśnienie „dlaczego” wzorec istnieje	Uprzedzić wyjaśnianie; zaproponować najpierw zbadanie co jeszcze kryje ten wzorec

TECHNIKA 5 — Praca z Lapusami i Czynnościami Pomyłkowymi

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie i eksplorowanie lapusów, pomyłonych imion, zapomnienia, nieplanowanych gestów i innych czynności pomyłkowych jako możliwych wskaźników treści nieświadomej (zwykle powiązanej z aktywowanym kompleksem) tymczasowo „przebijającej się” przez świadomy filtr mowy i zachowania.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Czynności pomyłkowe (Fehlleistungen) Freuda są również obecne w perspektywie jungowskiej, z ważnym uzupełnieniem: służą one nie tylko jako wskaźniki treści stłumionych, lecz jako manifestacje kompleksów w stanie aktywacji. Gdy kompleks jest aktywowany, może tymczasowo „przechwycić” produkcję werbalną lub behawioralną w sposób widoczny przez obserwatora — i który sam pacjent może (lub nie) rozpoznać po fakcie. Terapeuta wyszkolony w tym rozpoznaniu ma dostęp do bogatego materiału klinicznego, który inaczej mogłoby zostać pominięte lub zlekceważone przez rozmowę.

3. Wskazanie Stosowania

- Terapeuta zauważa pomyłkę, zapomniane imię, nieplanowany gest lub nieoczekiwaną zmianę tematu podczas sesji;
- Sam pacjent zauważa i mówi o pomyłce lub lapusie z pewnym zdumieniem lub śmiechem;
- Wzorzec czynności pomyłkowych wokół konkretnego tematu lub osoby pojawia się powtarzająco przez kilka sesji.

4. Przeciwwskazanie

- Nie każde zapomniane imię lub lapus językowy zasługuje na kliniczny komentarz — kontekst i wzorzec muszą sugerować relewancję przed interwencją;
- Wymaga czułości w kadrowaniu: eksploracja czynności pomyłkowych nie powinna być odczuwana przez pacjenta jako forma „bycia przytąpanym” lub oceniania;
- W sytuacjach w których pacjent już wykazuje znaczny lęk o swoje wypowiedzi (strach przed oceną, perfekcjonizm), eksploracja lapusów może nasilić ten lęk — należy stosować z ostrożnością.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Zaobserwowanie (bez natychmiastowego komentowania). Gdy terapeuta zauważa czynność pomyłkową, zazwyczaj lepiej jest zaobserwować i zarejestrować wewnętrznie, nie komentując natychmiast — poczekać na naturalną pauzę lub na moment kiedy sama wzmianka jest mniej inwazyjne.

Krok 2 — Delikatne wskazanie, otwarte i bez oskarżenia. „Przepraszam, mogę zwrócić uwagę na coś co powiedziałeś/zrobiłeś przed chwilą? Powiedziałeś/zrobiłeś [opis]. Czy to było celowe, czy to 'wyszło samo'?”

Przykładowy dialog:

> [Pacjent rozmawiając o szefie konsekwentnie używa imienia swojego ojca]

> Terapeuta: „Zauważam że przez ostatnie kilka minut kilkakrotnie powiedziałeś 'ojciec' mówiąc o swoim szefie — 'ojciec powiedział że mój projekt jest dobry', 'ojciec skrytykował moje podejście'. Czy to było celowe?"

> Pacjent: „(zaśmiewa się z zaskoczeniem) Naprawdę? Nie... nie zauważyłem. To jest...to jest interesujące."

Krok 3 — Eksploracja otwarta bez zakładania znaczenia. Zamiast natychmiast interpretować lopus, otwarta eksploracja: „Co myślisz teraz, gdy to słyszysz? Co przychodzi ci do głowy gdy zauważasz to połączenie — szef / ojciec?"

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza długa) ...jest coś podobnego w obu, być może. Sposób w jaki mówi. Albo jak do mnie mówi. Nigdy wcześniej tego nie zauważyłem."

Krok 4 — Eksploracja możliwej funkcji lapusu. Bez narzucania interpretacji: „Jak to jest zaobserwować to połączenie? Czujesz coś gdy widzisz że w jakimś sensie nałożyłeś jednego na drugiego?"

Krok 5 — Połączenie z aktualną treścią sesji. Zakończyć łącząc lopus z aktualnym materiałem sesji: „Wracając do tego co mówiłeś o swoim szefie — z tym co pojawiło się teraz — co się zmienia lub uzupełnia w twoim rozumieniu tej sytuacji?"

6. Strategie Interwencji

- **Wzorzec lapusów:** jeśli lopusy dotyczące określonego tematu lub osoby powtarzają się przez kilka sesji, można to nazwać jako wzorzec: „Zauważam że kilkakrotnie, gdy rozmawiamy o X, pojawia się ta zamiana. Co myślisz o tym wzorcu?"
- **Eksploracja z łagodnym humorem (gdy właściwe):** niektóre lopusy mają swoisty humor i pacjent sam się śmieje — gdy jest taka atmosfera, humor może być używany delikatnie jako brama: „Twój nieświadomy ma poczucie humoru..."

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **minimalizacja**: „To nic nie znaczy, po prostu pomyliłem imiona." Respektuj tę minimalizację, ale zostaw otwartą furtkę: „Możliwe. I nawet jeśli to przypadkowe, twoja reakcja na to wskazanie — ten uśmiech, to zaskoczenie — jest sama w sobie ciekawa. Co w tym cię zaskoczyło?"

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja lapusu otwiera temat lub połączenie którego pacjent nie był wcześniej świadomy — i gdy pacjent przyjmuje to odkrycie z zainteresowaniem,

a nie defensywnie. Z czasem, dobrze przeprowadzona, prowadzi do tego że pacjent sam zaczyna zauważać i sygnalizować własne lapy: „Właśnie powiedziałem X gdy chciałem powiedzieć Y — to jest ciekawe, co?”

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Śmiech i zaskoczenie, otwiera się do eksploracji	Eksplorować otwartymi pytaniami; nie interpretować jeszcze
Minimalizacja: „to nic nie znaczy”	Respektować; zaobserwować reakcję emocjonalną na wskazanie
Defensa: „nie powiedziałem tego”	Nie nalegać; zaznaczyć łagodnie; przejść do innego materiału
Lapus prowadzi do istotnego połączenia (jak w przykładzie)	Eksplorować powoli; połączyć z aktualną treścią sesji
Wzorzec lopusów wokół tej samej osoby/tematu	Nazwać wzorzec; uczynić go materiałem obserwacji

Encerramento das Técnicas 1–5

As cinco primeiras técnicas deste bloco — Wolne Skojarzenia, Słuchanie Języka Spontanicznego, Przyjęcie Snów, Mapowanie Wzorców e Praca z Lopusami — compartilham uma qualidade essencial: operam a partir do que o paciente **já está trazendo**, sem impor estruturas ou conteúdos externos. Esta postura de acolhimento ativo e exploração não-intrusiva é o fundamento técnico sobre o qual todas as técnicas mais avançadas desta coleção se constroem.

TECHNIKA 6 — Eksploracja Dziennych Fantazji (Marzenia na Jawie)

1. Cel Kliniczny

Rozpoznawanie i eksplorowanie dziennych fantazji (marzeń na jawie) relacjonowanych przez pacjenta — często dyskwalifikowanych jako „strata czasu”, „rozproszenie” lub „infantylność” — jako spontanicznych wytworów nieświadomości, które rządzą się własną logiką i mogą ujawniać treści kompensacyjne, nierozpoznane pragnienia lub konflikty w trakcie elaboracji.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Jung rozróżniał między **myśleniem ukierunkowanym** (logicznym, zorientowanym na zewnętrzne cele, dominującym w świadomym życiu dorosłych) a **myśleniem fantazyjno-asocjacyjnym** (bliższym funkcjonowaniu snu, dominującym u dzieci, w stanach relaksu i — istotne dla tej techniki — w marzeniach na jawie). Dienne fantazje, choć mniej „zorganizowane” symbolicznie niż sny nocne, dzielą z nimi cechę bycia stosunkowo spontanicznymi wytworami psyche i mogą być traktowane z tym samym rodzajem eksploracyjnej uwagi — bez oceny moralnej, która im często towarzyszy.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wspomina, nawet mimochodem, nawracające marzenia na jawie;
- Pacjent wyraża samokrytykę w związku z „rozpraszeniem się fantazjami” — otwierając możliwość zrewidowania wartości tego materiału;
- Treść marzeń na jawie wydaje się tematycznie powiązana z kwestiami poruszonymi w innych momentach procesu.

4. Przeciwwskazanie

- Gdy relacjonowane marzenia na jawie mają wyraźnie kompulsywny, natrętny charakter i są związane ze znaczącym cierpieniem (ruminacja lękowa, a nie spontaniczna, przyjemna lub neutralna fantazja) — w takich przypadkach stan może wymagać innego podejścia;
- Marzenia na jawie o treści sugerującej ideację samookaleczenia lub wyrządzenia krzywdy innym — wymagają oceny ryzyka, a nie przede wszystkim eksploracji symbolicznej.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Przyjęcie bez osądzania. Gdy pacjent wymienia marzenie na jawie, często z tonem samokrytyki, terapeuta przyjmuje bez wzmacniania dyskwalifikacji: „Niekoniecznie jest to głupstwo — przyjrzyjmy się temu.”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Wiem że to głupstwo, ale czasem w pracy wyobrażam sobie, że po prostu rzucam wszystko i jadę mieszkać do małego domku na wsi, sam, bez internetu, bez niczego.”

> Terapeuta: „Nie uważam tego za głupstwo. Czy mógłbyś opisać trochę więcej tę scenę — dom, miejsce, jak się w nim czujesz?”

> Pacjent: „To jest bardzo proste. Drewniany domek, mały, blisko lasu. Większość czasu spędzam w ciszy. Nikt niczego ode mnie nie wymaga.”

Krok 2 — Eksploracja jakości afektywnej marzenia. „Jak się czujesz w tym obrazie — w domku, blisko lasu?” „Czy to uczucie jest podobne do czegoś co już przeżywałeś, czy to coś czego ci brakuje?”

Krok 3 — Identyfikacja 'kompensacyjnego przeciwieństwa'. „Opisałeś tę scenę jako cichą, bez wymagań, samotną. Jak wygląda, w kontraście, twój obecny dzień codzienny?”

> Pacjent: „(śmiech bez humoru) To dokładne przeciwieństwo. Hałas, ludzie cały czas, wymagania przez cały czas.”

Krok 4 — Różnicowanie 'pragnienia do dosłownej realizacji' od 'potrzeby symbolicznej do rozpoznania'. „To marzenie wydaje się mówić ci coś o potrzebie — ciszy, mniej wymagań, przestrzeni tylko dla siebie. Czy ta potrzeba mogłaby być zaspokojona tylko przez dosłowne przeniesienie się do domku w lesie, czy wyobrażasz sobie inne sposoby, nawet małe, by zaspokoić tę potrzebę w swoim obecnym życiu?”

> Pacjent: „(pauza) ...nigdy tak o tym nie myślałem. Chyba nie mam w ogóle takiego momentu w tygodniu, naprawdę. Żadnego.”

Krok 5 — Otwarta synteza, bez przepisywania. „Może warto mieć na oku tę potrzebę, która się pojawiła — przestrzeni, ciszy — i sposób, nawet mały, by dać jej uwagę. Nie musi to być cały domek w lesie naraz.”

6. Strategie Interwencji

- **Katalogowanie nawracających marzeń na jawie:** podobnie jak sny nawracające, marzenia na jawie powtarzające się w czasie można rejestrować i powracać do nich, obserwując zmiany treści w miarę postępu procesu terapeutycznego;
- **Marzenia jako 'próba generalna':** w niektórych przypadkach marzenia mogą funkcjonować jako psychiczne „próby” rzeczywistych zmian, które pacjent przygotowuje jeszcze nieświadomie;
- **Rozróżnienie marzeń ucieczki od marzeń kierunkowych:** niektóre marzenia funkcjonują głównie jako tymczasowa ulga (ucieczka), inne zdają się wskazywać kierunek rozwoju — oba są ważne, ale mają różne implikacje kliniczne.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **ciągłe deprecjonowanie siebie** („wiem że to tylko głupia fantazja, powinienem skupiać się na tym co realne”). Terapeuta może delikatnie zakwestionować tę

dychotomię: „Ta fantazja dzieje się naprawdę, w twojej głowie, wielokrotnie. To już samo w sobie jest realne i istotne.”

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy pacjent potrafi **nazwać potrzebę leżącą u podstaw marzenia** i idealnie zaczyna rozważać sposoby — nawet małe i stopniowe — zaspokojenia tej potrzeby w rzeczywistości.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Angażuje się z ciekawością, identyfikuje potrzebę leżącą u podstaw	Eksplorować konkretne i stopniowe sposoby zaspokojenia tej potrzeby
Utrzymuje deprecjonowanie siebie	Delikatnie zakwestionować dychotomię fantazja/realne, bez nadmiernego nalegania
Marzenie ujawnia treść ryzyka	Zawiesić eksplorację symboliczną; bezpośrednio ocenić ryzyko
Marzenie ma kompulsywny/ruminatywny charakter	Rozważyć że może nie być odpowiednim materiałem dla tej techniki
Pacjent obawia się 'walidacji' pragnienia ucieczki	Wyjaśnić różnicę między eksploracją potrzeby a przepisywaniem dosłownej realizacji

TECHNIKA 7 — Uwaga na Ciało Jako Droga Dostępu do Nieświadomości

1. Cel Kliniczny

Wykorzystanie doznań cielesnych relacjonowanych spontanicznie lub identyfikowanych poprzez pytania eksploracyjne jako drogi dostępu do treści psychicznych, które nie znalazły jeszcze pełnej ekspresji werbalnej/symbolicznej — rozpoznając ciało jako jedno z „miejsc”, gdzie nieświadomość się przejawia.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Choć Psychologia Analityczna jest często kojarzona głównie z pracą z obrazami, snami i narracjami, Jung uznawał **jedność psychosomatyczną** doświadczenia — psyche i ciało nie są odizolowanymi domenami, a procesy psychiczne (w tym procesy nieświadome) często

przejawiają się najpierw, lub wyraźniej, na poziomie cielesnym. Uwaga na ciało w tej technice funkcjonuje jako dodatkowa (nie zastępcza) droga dostępu do materiału, do którego dążą też techniki werbalne/wyobrażeniowe.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent relacjonuje konkretne doznanie cielesne powiązane z tematem emocjonalnym (ucisk w klatce piersiowej, gula w gardle, ciężar na ramionach, mrowienie, ciepło/zimno);
- Pacjent ma trudność z dostępem lub nazwijaniem emocji na poziomie czysto werbalnym, ale wykazuje widoczne reakcje cielesne;
- W momentach „blokady” werbalnej — gdy pacjent mówi „nie wiem co czuję” lub „nie potrafię tego wytłumaczyć” — uwaga na ciało może oferować alternatywną drogę dostępu.

4. Przeciwwskazanie

- Pacjenci ze znaczącym traumatycznym tłem obejmującym ciało (przemoc fizyczna/seksualna), dla których ukierunkowana uwaga na ciało może być dezorganizująca bez konkretnego przeszkolenia w podejściach wrażliwych na traumę;
- Pacjenci ze stanami medycznymi obejmującymi hipochondrię lub znaczący lęk związany z doznaniem cielesnym — kierowanie uwagi na ciało może nasilać już istniejący cykl hiperwrażliwości cielesnej.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja doznania cielesnego wzmiankowanego lub zaobserwowanego. Może być wspomniane spontanicznie przez pacjenta lub zaobserwowane przez terapeutę.

Krok 2 — Zaproszenie do uwagi, bez natychmiastowej analizy. Zaprosić pacjenta do po prostu **zauważenia** doznania, bez konieczności wyjaśniania go lub rozwiązywania od razu.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Kiedy myślę o odbyciu tej rozmowy z nim, czuję ucisk tutaj w klatce piersiowej.”

> Terapeuta: „Zostańmy chwilę z tym uciskiem, dobrze? Nie musisz teraz nic z nim robić — tylko zauważyć. Jak jest ten ucisk — ma jakiś kształt, rozmiar, zmienia się gdy skupiasz na nim uwagę?”

> Pacjent: „(pauza) ...to jak węzeł. Dokładnie w środku. Nie zmienia się za bardzo, jest stały.”

Krok 3 — Eksploracja jakości sensorycznych (bez przedwczesnej interpretacji). „Ma jakąś temperaturę — zimno, ciepło?” „Jakiś ruch, czy jest nieruchomy?” „Gdyby miał kolor, jaki by to był?” „Jak daleko się rozciąga — zostaje w jednym miejscu, czy się rozprzestrzenia?”

Krok 4 — Pytanie o 'co to doznanie robi' (funkcja, nie tylko treść). Zamiast pytać bezpośrednio „co to oznacza”, można zapytać o pozorną funkcję doznania: „Gdyby ten węzeł mógł 'mówić', co by robił — chronił, trzymał, ostrzegał, powstrzymywał coś?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Terapeuta: „Gdyby ten węzeł, twardy, w środku klatki piersiowej, coś 'robił' — co by to było?”

> Pacjent: „(długa pauza) ...chyba... trzyma. Jakby trzymał żeby coś nie wyszło.”

> Terapeuta: „Trzyma żeby nie wyszło co, wyobrażasz sobie?”

> Pacjent: „(cichszym głosem) ...chyba złość. Nigdy nie okazuję złości wobec niego.”

Krok 5 — Most między doznaniem cielesnym a relacjonowaną sytuacją. „To 'trzymanie złości' które się pojawiło — czujesz że ma związek z rozmową którą unikasz z nim?”

6. Strategie Interwencji

- **Mapowanie cielesne różnych emocji/tematów:** z czasem można budować z pacjentem „mapę” gdzie różne tematy/emocje zwykły się przejawiać cielesnie — ta mapa może stać się cennym narzędziem samopostrzegania dla pacjenta poza sesją;
- **Spontaniczny ruch powiązany z doznaniem:** dla niektórych pacjentów przydatne może być zaproszenie do małego, spontanicznego ruchu powiązanego z doznaniem;
- **Świadomy oddech jako most:** obserwowanie oddechu powiązanego z doznaniem, i jak się zmienia w toku eksploracji, może dostarczać dodatkowych informacji o toczącym się procesie.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **rozłączenie ciało-umysł** („nie czuję nic w ciele, tylko wiem że jest mi źle”). W takich przypadkach nie wymuszać szukania doznania którego nie ma — można po prostu powiedzieć: „Dobrze, jeśli teraz nie ma wyraźnego doznania — może w innym momencie coś się pojawi. Idźmy z tym co jest teraz bardziej dostępne.”

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja doznania cielesnego **ujawnia treść emocjonalną lub symboliczną, która nie była dostępna werbalnie** — i gdy z czasem pacjent rozwija większą zdolność do zauważania i nazwijania doznań cielesnych jako części swojego samopostrzegania.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Angażuje się w eksplorację, doznanie ujawnia nową treść	Kontynuować eksplorację funkcji i mostu z kontekstem

„Nie czuję nic w ciele”	Nie wymuszać; pracować z dostępnym materiałem w innym rejestrze
Dyskomfort z powolnością eksploracji	Zwalidować, skrócić czas przebywania z doznaniem
Doznanie nasila się w sposób dezorganizujący	Przerwać, przywrócić zakorzenienie (Tom 1, pkt 6)
Znana historia traumy cielesnej	Skrajna ostrożność; rozważyć niestosowanie bez konkretnego przeszkolenia

TECHNIKA 8 — Odczyt Wzorców w Mowie Niewerbalnej i Parawerbalnej

1. Cel Kliniczny

Rozwijanie i stosowanie uwagi terapeuty na niewerbalnych i parawerbalnych aspektach komunikacji pacjenta (postawa, gesty, wyraz twarzy, ton głosu, rytm, pauzy, milczenia) jako dodatkowe źródło informacji o działających treściach psychicznych — szczególnie gdy istnieje rozbieżność między treścią werbalną a tymi innymi kanałami.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Idea że różne „kanały” ekspresji mogą komunikować odrębne — a niekiedy sprzeczne — treści jest spójna z jungowską wizją psyche jako systemu z wieloma stosunkowo autonomicznymi instancjami (Ego, kompleksy, Self). Gdy treść werbalna wyraża jedną pozycję, a niewerbalna inną, często odzwierciedla to jednoczesne działanie różnych „głosów” psychicznych.

3. Wskazanie Stosowania

- Dostrzegalna rozbieżność między tym co pacjent mówi a jak to mówi (np. relacjonuje sytuację „bez problemu” z napiętym tonem głosu, zamkniętą postawą);
- Pacjent wykazuje znaczące milczenia w konkretnych momentach lub zmiany rytmu mowy powiązane z określonymi tematami;
- Terapeuta dostrzega we własnym doświadczeniu (przeciwp przeniesienie) odczucie które nie odpowiada dosłownej treści werbalnej pacjenta.

4. Przeciwwskazanie

- Technika musi być stosowana z **dużą ostrożnością wobec uogólnień** — pojedynczy gest lub wyraz nie powinien być brany jako „dowód” konkretnej treści;

- Nie powinna być stosowana w sposób sprawiający że pacjent czuje się stale „obserwowany” lub „odczytywany”;
- Różnice kulturowe w ekspresji niewerbalnej muszą być brane pod uwagę.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Ciągła obserwacja, bez natychmiastowego komunikowania. Terapeuta utrzymuje uwagę „tła” na kanałach niewerbalnych i parawerbalnych, nie komunikując każdej obserwacji.

Krok 2 — Identyfikacja znaczącej i nawracającej rozbieżności. Gdy rozbieżność między treścią werbalną a niewerbalną jest zauważalna i/lub nawracająca, terapeuta może rozważyć jej nazwanie — zawsze jako otwarta obserwacja, nie jako „oskarżenie o niespójność”.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Nie, wszystko z tym w porządku, naprawdę to już mnie nie dotyczy.” [cichszy niż zwykle ton głosu, odwrócony wzrok, dłonie mocno splecione]

> Terapeuta: „Mówisz że cię to już nie dotyczy — i jednocześnie zauważam że twój głos trochę się ściszył teraz, a dłonie wydają się bardziej... napięte. Czy to dla ciebie rezonuje, czy się mylę?”

Krok 3 — Autentyczna otwartość na odpowiedź pacjenta. Fundamentalne jest żeby ta obserwacja była dokonywana w sposób autentycznie otwarty — pacjent może potwierdzić, odmówić lub wnieść trzecią lekturę.

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza) ...może masz rację. Nie zauważyłem dłoni. (rozplata dłonie) Chyba... może nie jest tak rozwiązane jak chciałem żeby było.”

Krok 4 — Gdy pacjent nie zgadza się: przyjąć bez nalegania, ale zarejestrować. Jeśli pacjent genuinnie odrzuca obserwację, terapeuta ją przyjmuje bez nalegania.

Krok 5 — Uwaga na milczenia jako treść, a nie jako 'pustkę'. Przedłużone milczenia, szczególnie po wzmiance o konkretnym temacie, mogą być eksplorowane (z ostrożnością co do czasu i rytmu).

6. Strategie Interwencji

- **Użycie przeciwprzeniesienia jako danych:** gdy terapeuta dostrzega u siebie reakcję emocjonalną, która nie odpowiada bezpośrednio treści werbalnej pacjenta, to postrzeżenie może (ostrożnie) informować hipotezy o treściach nieuwerbalizowanych;
- **Uwaga na zmiany postawy w ciągu sesji:** zmiany postawy powiązane z konkretnymi tematami mogą być rejestrowane jako część „słownika niewerbalnego” danego pacjenta;
- **Zaproszenie do eksploracji cielesnej rozbieżności:** gdy rozbieżność jest nazwana i rozpoznana, można połączyć z Techniką 7.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **zaprzeczenie rozbieżności** — przyjąć bez nalegania; zarejestrować do przyszłej obserwacji.

Niektórzy pacjenci mogą stać się **nadmiernie samoświadomi** po obserwacji. W takich przypadkach ważne jest znormalizowanie i, jeśli konieczne, zmniejszenie częstotliwości tego rodzaju obserwacji z tym konkretnym pacjentem.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy obserwacje o rozbieżnościach **generują autentyczne rozpoznanie przez pacjenta** — i gdy pacjent zaczyna sam zauważać te rozbieżności u siebie, poza sesją.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Rozpoznaje rozbieżność, z pewnym stopniem zaskoczenia	Eksplorować „niewyrzeczoną” treść z ostrożnością i rytmem
Stanowczo zaprzecza rozbieżności	Przyjąć bez nalegania; zarejestrować do przyszłej obserwacji
Staje się nadmiernie samoświadomy	Znormalizować; zmniejszyć częstotliwość tego rodzaju interwencji
Rozbieżność ujawnia treść o dużym ładunku emocjonalnym	Ocenić gotowość i dostępny czas (Tom 1) przed pogłębianiem
Przedłużone milczenie po obserwacji	Szanować milczenie; nie pośpieszać z odpowiedzią werbalną

TECHNIKA 9 — Eksploracja Znaczących Obiektów i Symboli Osobistych

1. Cel Kliniczny

Eksplorowanie psychicznego znaczenia obiektów, obrazów, symboli lub przedmiotów osobistych, które pacjent wymienia jako mające szczególną wagę (nawet jeśli nie potrafi dokładnie wyjaśnić dlaczego) — używając tych obiektów jako punktów zakotwiczenia dla dostępu do osobistych treści symbolicznych.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Jung cenił zdolność psyche do **inwestowania obiektów zewnętrznych znaczeniem symbolicznym** — zjawisko obserwowalne u dzieci (obiekty przejściowe, specjalne zabawki), ale obecne przez całe życie (obiekty pamięci, amulety, prezenty z ładunkiem emocjonalnym, zbierane przedmioty bez pozornego praktycznego powodu). Te obiekty często funkcjonują jako **zewnętrzni nośnicy wewnętrznej treści psychicznej** — a ich eksploracja może ujawniać, w stosunkowo dostępny i mniej zagrażający sposób niż bezpośrednia eksploracja emocji lub wspomnień, ważne aspekty wewnętrznego życia pacjenta.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wymienia w trakcie procesu konkretny obiekt z pozornym ładunkiem emocjonalnym — zwłaszcza gdy wzmiance towarzyszy zmiana tonu lub wyrażenia takie jak „nie wiem dlaczego to zachowuję, ale...”;
- Pacjent relacjonuje trudność z pozbyciem się pewnych obiektów, nawet bez pozornego praktycznego użycia;
- W procesach z dziećmi i młodzieżą, przyniesione na sesję „specjalne” przedmioty są często bogate w treść symboliczną.

4. Przeciwwskazanie

- Obiekty powiązane z bardzo niedawnymi stratami, wciąż w ostrej fazie żałoby — eksploracja symboliczna może nie być odpowiednim celem w tym momencie;
- Gdy przywiązanie do obiektów jest częścią szerszego obrazu sugerującego znaczące kompulsywne gromadzenie.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja obiektu i zaproszenie do opisu. Gdy obiekt jest wymieniony z pozornym ładunkiem emocjonalnym, zaprosić do bardziej szczegółowego opisu.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Mam szkatułkę muzyczną, która należała do mojej babci. Już nie gra, ale nigdy nie mogłam jej wyrzucić, nawet mieszkając w małych mieszkaniach.”

> Terapeuta: „Czy możesz opisać tę szkatułkę trochę więcej — jak wygląda, gdzie jest w twoim domu?”

> Pacjent: „Jest drewniana, z trochę wyblakłym wzorem kwiatów. Leży w szufladzie właściwie — prawie nigdy na nią nie patrzę.”

Krok 2 — Eksploracja historii/pochodzenia obiektu. „Jak ten obiekt do ciebie trafił? Pamiętasz jakiś konkretny moment z nim powiązany?”

Krok 3 — Eksploracja 'dlaczego' przywiązania, bez pośpiechu w odpowiedź logiczną. „Wspomniałaś że nigdy nie mogłaś się jej pozbyć, nawet gdy potrzebowałaś pozbyć się innych

rzeczy. Co wyobrażasz sobie, że ta szkatułka dla ciebie reprezentuje — nawet jeśli nie masz jasnej odpowiedzi, po prostu co przychodzi ci do głowy?"

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(długa pauza) ...myślę że to jedyna rzecz, która po niej została, która jest... tylko moja. Moje rodzeństwo zabrało 'ważne' rzeczy — biżuterię, pieniądze. Tej szkatułki nikt nie chciał."

> Terapeuta: „'Jedyna rzecz, która jest tylko moja' — i 'nikt jej nie chciał'. Jak jest, kiedy myślisz o tych dwóch rzeczach razem?"

> Pacjent: „(wzruszona) ...nigdy tak o tym nie myślałam. Ale chyba... może dlatego nie mogę się jej pozbyć. Bo 'wybrała' żeby zostać ze mną w pewnym sensie — kiedy nic innego zdawało się nie być moje."

Krok 4 — Eksploracja symbolicznych cech obiektu. Specyficzne charakterystyki obiektu mogą mieć dodatkowy symboliczny rezonans: fakt że szkatułka „już nie gra" (jest zepsuta), że ma „wyblakły" wzór, że leży „w szufladzie" niewidziana — wszystkie te elementy można eksplorować.

Krok 5 — Otwarta synteza i możliwe symboliczne działanie (opcjonalne). Zależnie od tego co wyłoniło się, można opcjonalnie eksplorować czy pacjent czuje chęć zrobienia czegoś inaczej z obiektem — nie jako „terapeutyczne zadanie", lecz jako możliwość która może lub nie rezonować.

6. Strategie Interwencji

- **Przyniesienie obiektu na sesję:** w niektórych przypadkach, zwłaszcza z dziećmi, wartościowe może być by obiekt był faktycznie przyniesiony na sesję;
- **Eksploracja 'nieobecnych obiektów':** tak jak obiekty zachowane, **utraczone lub wyrzucone** obiekty (zwłaszcza gdy strata wygenerowała nieproporcjonalne żale) mogą być eksplorowane z tą samą logiką;
- **Połączenie z fazami życia:** obiekty są często powiązane z konkretnymi fazami życia — ich eksploracja może otwierać drzwi do rewizji tych faz.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **trywializacja obiektu** — nie nalegać; pozostawić przestrzeń by mogło być podjęte w późniejszym czasie.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja obiektu **ujawnia znaczące symboliczne połączenie** które oświeśla szersze aspekty doświadczenia pacjenta — generując często autentyczną (nie performatywną) emocjonalną odpowiedź pacjenta.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Angażuje się, eksploracja ujawnia znaczące połączenie emocjonalne	Przyjąć emocję, nie pospieszyć do „wniosków”
Trywializuje obiekt	Nie nalegać; pozostawić przestrzeń do przyszłego podjęcia
Obiekt powiązany z niedawną żałobą, intensywna emocja	Priorytet przyjmowania żałoby; eksploracja symboliczna może być wtórna
Pacjent chce przynieść obiekt fizycznie na przyszłą sesję	Przyjąć propozycję, bez czynienia jej obowiązkową
Eksploracja ujawnia szerszy wzorec „obektów zachowanych bez funkcji”	Rozważyć czy jest związek z szerszym wzorcem (Technika 4)

TECHNIKA 10 — Identyfikacja Nawracających Tematów w Spontanicznej Twórczości

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie i eksplorowanie tematów, motywów lub powtarzających się wzorców w spontanicznej twórczości pacjenta (rysunki, pisma, muzyka, wybory estetyczne, posty w mediach społecznościowych, fotografie) jako wyrażenia treści psychicznych szukających formy — szczególnie użyteczne gdy pacjent posiada niezależnie od terapii jakąś praktykę twórczą.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Produkcja twórcza — nawet gdy nie jest wykonywana z wyraźnym zamiarem terapeutycznym lub samoprzekraczającym — jest z perspektywy jungowskiej jedną z uprzywilejowanych dróg ekspresji nieświadomości, zwłaszcza treści które nie znalazły jeszcze formy werbalnej. Jung bardzo cenił ekspresję poprzez spontanicznie wytwarzane obrazy, formy i symbole, widząc w tych wytworach swoisty „dialog” między świadomością a nieświadomością, który zachodzi stosunkowo autonomicznie.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wspomina, nawet mimochodem, jakąś osobistą praktykę twórczą (pisanie, rysowanie, fotografowanie, komponowanie muzyki, tworzenie treści wizualnych);
- Terapeuta przez całą sesję zauważa że pacjent wielokrotnie wspomina podobne tematy w swoich wytworach;

- Momenty gdy werbalne procesy są „nasycone” i alternatywna droga dostępu może przynieść nową perspektywę.

4. Przeciwwskazanie

- Nie narzucać ani nie sugerować że pacjent „powinien” mieć praktykę twórczą jeśli jej nie ma;
- Ostrożność żeby nie przekształcać praktyki twórczej pacjenta — która może mieć wartość samą w sobie — w „obiekt analizy” w sposób który wypłuczywa lub zakaza tę relację.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja praktyki twórczej i wstępne zaproszenie. Gdy praktyka twórcza jest wymieniana, okazać autentyczne zainteresowanie.

Krok 2 — Eksploracja nawracających tematów/motywów (w czasie, nie jednego wytworu). „Patrząc na to co pisałeś/rysowałeś/fotografowałeś przez cały czas, zauważasz jakiś temat, typ obrazu lub odczucie które pojawia się często?”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Piszę opowiadania, bardziej jako hobby. Nigdy nikomu nie pokazuję, ale dużo piszę.”

> Terapeuta: „Jakie opowiadania zazwyczaj piszesz?”

> Pacjent: „Zazwyczaj fantasy. I... teraz gdy pytasz, chyba zawsze jest postać, która jest sama w bardzo wielkim miejscu — ogromny las, pusty zamek, tego rodzaju rzeczy.”

> Terapeuta: „Postać sama, w bardzo wielkim miejscu. Ta postać — jak się czuje w tym miejscu?”

> Pacjent: „Zazwyczaj... na początku, strasznie. Ale potem, gdy historia się rozwija, zaczyna czuć się bardziej... u siebie w jakimś sensie. Jakby to miejsce było jej, tylko że jeszcze nie wiedziała.”

Krok 3 — Eksploracja relacji pacjenta z zidentyfikowanym tematem (bez zakładania bezpośredniej korespondencji z życiem pacjenta). „Ten ruch — ze strachu do 'poczucia się u siebie' w bardzo wielkim miejscu, o którym postać jeszcze nie wiedziała że jest jej — czy ma jakiś rezonans z twoim doświadczeniem, nawet w sposób pośredni?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza) ...może. Zawsze czułam się trochę... nie na miejscu, wiesz? Jakbym nigdy nie znalazła swojego miejsca. Ale jednocześnie zawsze miałam to poczucie że, w którymś momencie, je znajdę.”

Krok 4 — Uwaga na zmiany wzorca w toku procesu terapeutycznego. Jeśli praktyka twórcza jest ciągła, zmiany w tematach/motywach w toku procesu terapeutycznego mogą być same w sobie wskaźnikami ruchu psychicznego.

Krok 5 — Otwarta synteza, z walidacją wartości wytworu samego w sobie. „To piękne że masz tę przestrzeń pisania — niezależnie od tego co tu porozmawialiśmy, mam nadzieję że nadal będzie twoją przestrzenią, cenną samą w sobie.”

6. Strategie Interwencji

- **Zaproszenie do ukierunkowanego tworzenia (z ostrożnością):** w niektórych przypadkach można zasugerować — zawsze jako możliwość, nie jako zadanie — by pacjent zwrócił uwagę na typ tematu/obrazu który się pojawia w następnym spontanicznym wytworze;
- **Eksploracja codziennych wyborów estetycznych:** poza formalną „twórczością artystyczną”, codzienne wybory estetyczne (ubrania, dekoracja, często słuchana muzyka) mogą być eksplorowane z podobną logiką;
- **Połączenie ze snami i marzeniami:** nawracające tematy w twórczości można porównywać z nawracającymi tematami w snach (Technika 3) i marzeniach (Technika 6).

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **zakłopotanie w dzieleniu się osobistymi wytworami** — kluczowe jest wyjaśnienie że **nie jest konieczne pokazywanie wytworu samego w sobie** — eksploracja może odbywać się całkowicie poprzez opis werbalny, bez konieczności czytania/oglądania/słuchania oryginalnego wytworu przez terapeutę.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy identyfikacja nawracającego tematu **generuje autentyczne rozpoznanie** przez pacjenta o rezonansie z własnym doświadczeniem — zwłaszcza gdy to rozpoznanie przynosi nową perspektywę.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Identyfikuje nawracający temat z zainteresowaniem	Eksplorować rezonans z aktualnym doświadczeniem, bez zakładania bezpośredniej korespondencji
Zakłopotanie w dzieleniu się wytworami	Wyjaśnić że opis werbalny jest wystarczający; nie nalegać na „oglądanie” wytworu
Zaprzecza połączeniu między wytworem a własnym doświadczeniem	Nie nalegać; pozostawić refleksję „w powietrzu”
Wtwór ujawnia intensywną emocjonalną treść nieoczekiwaną	Ocenić gotowość (Tom 1) przed pogłębieniem

Dostrzegalna zmiana tematu w toku procesu terapeutycznego	Nazwać zmianę jako możliwy wskaźnik ruchu psychicznego
---	--

TECHNIKA 11 — Amplifikacja Emocjonalnie Naładowanych Słów Kluczowych

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie słów lub wyrażeń, których pacjent używa z emocjonalnym ładunkiem nieproporcjonalnym do pozornego kontekstu — i poszerzanie pola znaczeniowego tych słów poprzez pytania eksploracyjne, ujawniając warstwy osobistego sensu, które słowo niesie poza swoim konwencjonalnym użyciem.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Ta technika wywodzi się bezpośrednio z metody **amplifikacji** opracowanej przez Junga — oryginalnie stosowanej do symboli onirycznych, ale równie użytecznej dla słów i wyrażeń języka codziennego. Amplifikować oznacza „okrążyć” element (słowo, obraz) skojarzeniami, kontekstami, osobistymi rezonansami i — gdy właściwe — kulturowo/zbiorowymi, bez redukowania go do jednego stałego znaczenia. Gdy słowo jest wielokrotnie używane z widocznym ładunkiem afektywnym (ton, podkreślenie, powtórzenie), sugeruje to że funkcjonuje jako **osobisty kondensator symboliczny** — niosąc znaczenia wykraczające poza swoją definicję słownikową.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent powtarza określone słowo lub wyrażenie z godną uwagi częstotliwością w ciągu jednej lub kilku sesji, często z dostrzegalnym podkreśleniem tonu;
- Konkretnie słowo zdaje się „nieść więcej ciężaru” niż bezpośredni kontekst by uzasadniał;
- Pacjent używa słowa w osobliwy lub osobisty sposób, różny od konwencjonalnego użycia, nie zauważając tej osobliwości.

4. Przeciwwskazanie

- Słowa o technicznym/profesjonalnym użyciu przez pacjenta, bez pozornego ładunku emocjonalnego — amplifikowanie tych słów byłoby sztuczne;
- Gdy celem sesji jest praktyczne rozwiązanie konkretnej pilnej sytuacji — amplifikacja słowa, choć interesująca, może być w tym momencie niestosowną dygresją.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja słowa kluczowego. Obserwacja w ciągu sesji (lub kilku sesji) słów powtarzających się z pozornym ładunkiem.

Krok 2 — Przedstawienie obserwacji i zaproszenie do amplifikacji. Nazwanie obserwacji w lekki sposób, zapraszając do eksploracji: „Zauważyłem że użyłeś słowa 'zdrada' kilka razy dzisiaj, w trochę różnych sytuacjach. Masz ochotę to słowo trochę uważniej zbadać?”

Przykładowy dialog:

> Terapeuta: „Użyłeś słowa 'zdrada' wobec tego co zrobił przyjaciel który się spóźnił, i też wobec sytuacji z szefem, i też wcześniej — wobec czegoś co twoja siostra zrobiła lata temu. To są dość różne sytuacje, prawda?”

> Pacjent: „Tak, są naprawdę różne. Śmieszne że użyłem tego samego słowa.”

> Terapeuta: „Co to słowo, 'zdrada', znaczy dla ciebie — nie definicja ze słownika, ale co niesie, osobiście?”

Krok 3 — Eksploracja osobistych skojarzeń ze słowem. Otwarte pytania: „Kiedy myślisz o tym słowie, jakie obrazy, wspomnienia lub odczucia przychodzą ci do głowy?” „Czy jest jakiś moment w twoim życiu, który kojarzyłbyś jako 'pierwszy', gdy to słowo nabrało dla ciebie takiego ciężaru?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza) ...myślę że... chodzi o ufać komuś i tę osobę po prostu... przestaje się obchodzić. Nie musi to być coś dramatycznego. Tylko... przestaje się obchodzić.”

> Terapeuta: „'Przestaje się obchodzić' — to zdanie wydaje się ważne. Czy potrafisz pomyśleć kiedy ta sensacja — kogoś kto przestaje się o ciebie troszczyć — pojawiła się po raz pierwszy w twoim życiu, nawet w małej formie?”

> Pacjent: „(długa pauza) ...mój ojciec. Gdy byłem nastolatkiem, on jakby... przestał pytać o moje życie. Nagle, prawie. Nigdy wcześniej nie nazwałem tego 'zdradą', ale...”

Krok 4 — Eksploracja formalnych cech słowa (gdy istotne). W niektórych przypadkach może być interesujące eksplorowanie samego słowa jako obiektu — jego dźwięk, jego „ciężar”, czy przychodzą podobne słowa na myśl.

Krok 5 — Synteza: nowe rozumienie użycia słowa. Zakończyć wracając do oryginalnego użycia słowa w świetle eksploracji: „Wracając do sytuacji z przyjacielem który się spóźnił — teraz gdy zbadaliśmy trochę to słowo 'zdrada' i połączenie z 'przestawianiem się obchodzić', z ojcem — czy czujesz że to zmienia coś w tym jak rozumiesz swoją reakcję na to spóźnienie?”

6. Strategie Interwencji

- **Porównanie różnych 'ciężarów' tego samego słowa w różnych kontekstach:** gdy to samo słowo pojawia się w sytuacjach o bardzo różnej intensywności, eksplorowanie co różnicuje te sytuacje może ujawniać implícite kryteria pacjenta;
- **Eksploracja słów 'przeciwnych':** czasem użyteczne jest eksplorowanie nie tylko naładowanego słowa, ale jego przeciwieństwa;
- **Uwaga na zmiany w użyciu słowa w toku procesu:** jeśli to samo słowo (wcześniej używane z dużym ładunkiem) zaczyna być używane w sposób bardziej „lekki”, może to być wskaźnik elaboracji powiązanej treści.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **defensywne zaskoczenie** („nawet nie zauważyłem że tak dużo używałem tego słowa, to dziwne”). Ten rodzaj odpowiedzi generalnie nie jest oporem w sensie blokady, lecz naturalnym początkiem procesu amplifikacji.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy amplifikacja słowa kluczowego **ujawnia połączenie między pozornie niezwiązanymi sytuacjami** — i gdy to połączenie **zmienia sposób w jaki pacjent rozumie swoją własną reakcję** na przyszłe sytuacje.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Zaskoczenie zauważeniem wzorca, angażuje się w eksplorację	Kontynuować amplifikację, szukać pierwszego pojawienia się/pochodzenia
Eksploracja ujawnia znaczące bolesne wspomnienie	Ocenić gotowość; zawrzeć z walidacją jeśli konieczne
Opiera się idei że słowo „coś oznacza poza”	Nie nalegać; można wrócić w innym momencie
Identyfikuje zmianę w ciężarze słowa w czasie	Nazwać jako możliwy wskaźnik elaboracji/ruchu
Słowo ujawnia się powiązane z treścią innej znaczącej osoby (np. ojciec)	Rozważyć połączenie z technikami pracy z kompleksami (Blok 4)

TECHNIKA 12 — Eksploracja 'Niewyrzeczonego' (Milczenia i Pominięcia Tematyczne)

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie, z ostrożnością i bez inwazyjności, tematów, osób lub obszarów życia, które są systematycznie **pomijane** lub traktowane bardzo skrótowo/powierzchniowo przez pacjenta w toku procesu — rozpoznając że to co jest niewypowiedziane może być tak samo informacyjne jak to co jest powiedziane, zwłaszcza gdy pominięcie jest zauważalne w danym kontekście.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Psyche działa zarówno poprzez to co się przejawia, jak i poprzez to co pozostaje w cieniu — nie tylko w moralnym sensie (treści „negatywne”), lecz w strukturalnym: to co jest poza

habitualnym polem uwagi świadomości. Systematyczne i trwałe pominięcia określonych tematów mogą wskazywać na obecność treści powiązanych ze znaczącymi kompleksami, których „unikanie” — świadome lub nieświadome — chroni Ego przed konfrontacją, której jeszcze nie można tolerować.

3. Wskazanie Stosowania

- Po rozsądnym okresie procesu terapeutycznego (nie na pierwszych sesjach), terapeuta zauważa że określony obszar życia pacjenta nigdy nie jest wspominany, lub jest wspominany jedynie w sposób bardzo skrótowy i faktyczny;
- Pominięcie jest zauważalne w danym kontekście;
- Pacjent wyraża, sam, świadomość unikania jakiegoś tematu.

4. Przeciwwskazanie

- Technikę należy stosować z **niezwykłą oszczędnością** — nazywanie pomisqueri może być odczuwane jako inwazyjne, a terapeuta musi mieć solidną podstawę (wzorzec obserwowany w czasie) przed ich nazywaniem;
- Nie należy jej stosować jako sposobu „zmuszenia” pacjenta do mówienia o czymś, co genuinnie wybrał by nie wnosić do terapii;
- Przymierze terapeutyczne jeszcze w formacji — nazywanie pominięć wymaga ustanowionego zaufania.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Przedłużona obserwacja przed jakąkolwiek interwencją. Ta technika różni się od poprzednich wymagając dłuższego okresu obserwacji — zazwyczaj kilku sesji — zanim pominięcie może być uznane za „znaczące” a nie jedynie „jeszcze nieporuszone z powodu braku okazji”.

Krok 2 — Staranny dobór momentu i kadrowania obserwacji. Gdy terapeuta decyduje się nazwać pominięcie, robi to z niezwykle uważnym kadrowaniem — jako otwarta obserwacja, oferowana z pokorą.

Przykładowy dialog:

> Terapeuta: „Czy mogę podzielić się obserwacją? Przez te miesiące, mówiłeś dużo o swoich rodzicach, o swojej pracy, o przyjaźniach — ale nie pamiętam żebyś wspominał swojego brata, poza raz, bardzo krótko, jakiś czas temu. Nie wiem czy to ma jakieś znaczenie, czy po prostu nie wyszło — chciałem tylko to sprawdzić z tobą.”

Krok 3 — Autentyczna otwartość na wszystkie możliwe odpowiedzi. Fundamentalne jest żeby terapeuta był genuinnie przygotowany na każdą odpowiedź.

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(długa pauza) ...masz rację. Nie rozmawiamy. Od lat. Myślę że... po prostu o tym nie myślę, w ogóle. Myślę że nawet nie zauważyłem że nigdy tu o tym nie mówiłem."

> Terapeuta: „W żaden sposób nie musisz o tym teraz mówić jeśli nie chcesz — chciałem tylko podzielić się obserwacją. Jak jest, kiedy teraz to zauważasz, że jest to temat który nigdy nie pojawił się tutaj?"

Krok 4 — Szanowanie rytmu otwarcia (lub nieotwierania) pacjenta. Jeśli pacjent po obserwacji decyduje się nie rozwijać tematu w tym momencie, to musi być w pełni uszanowane — sama obserwacja może już spełnić swoją funkcję.

Krok 5 — Powrót (jeśli właściwe) w przyszłych momentach, bez natrętnego powtarzania. Jeśli temat pojawia się spontanicznie na przyszłych sesjach, można to zauważyć: „Wspomniałeś swojego brata ponownie teraz — pamiętasz, rozmawialiśmy o tym jak ten temat prawie nigdy nie pojawiał się? Wygląda jakby teraz był bardziej obecny."

6. Strategie Interwencji

- **Mapowanie 'obszarów życia' poruszanych vs. nieporuszonych:** okresowo terapeuta może wewnętrznie rozważyć które szerokie obszary życia pacjenta (rodzina, praca, relacje, ciało/zdrowie, duchowość/sens, przeszłość/dzieciństwo, przyszłość/projekty) były poruszane, a które systematycznie nieobecne;
- **Obserwacja systematycznych zmian tematu:** gdy określone tematy są systematycznie poprzedzone zmianą tematu (niekoniecznie gwałtowną, ale konsekwentną), może to być, z czasem, wzorzec do ewentualnego nazwania.

7. Zarządzanie Oporem

Ponieważ technika ta zajmuje się bezpośrednio unikaną treścią, oczekuje się że wstępna odpowiedź może obejmować dyskomfort lub zaskoczenie. Fundamentalne jest żeby terapeuta **nie miał ukrytej agendy** przy nazywaniu pominięcia — interwencja musi być genuinnie ofertą obserwacji, nie „strategią" prowadzącą pacjenta do konkretnego tematu.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy nazwanie pominięcia **otwiera, nawet stopniowo, przestrzeń na to żeby temat był ewentualnie wniesiony** — i gdy sam pacjent zaczyna zauważać własne pominięcia.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Rozpoznaje pominięcie ze zaskoczeniem, otwiera się stopniowo	Towarzyszyć rytmowi pacjenta; nie pośpieszać rozwoju

Rozpoznaje, ale decyduje się nie rozwijać w tym momencie	Szanować w pełni; obserwacja już spełniła funkcję
Dyskomfort z samym faktem dokonywania obserwacji	Zwalidować dyskomfort; reflektować nad kadrowaniem interwencji
Temat pojawia się spontanicznie na przyszłych sesjach	Nazwać zmianę jako wskaźnik ruchu, bez nadmiernego podkreślania

TECHNIKA 13 — Praca z Pierwszymi Wspomnieniami (Wczesnymi Wspomnieniami Strukturyzującymi)

1. Cel Kliniczny

Eksplorowanie pierwszego(ych) wspomnienia(ń) które pacjent potrafi sobie przypomnieć — nie z celem biograficznej rekonstrukcji, lecz jako materiał który często ujawnia, w formie skondensowanej i symbolicznej, centralne tematy i konfiguracje psychiczne, które nadal są aktywne w dorosłym życiu pacjenta.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Pierwsze wspomnienia które pozostają żywe przez dziesięciolecia — często bez widocznego „obiektywnego” powodu dla ich trwałości — mogą być rozumiane jako **obrazy organizujące**, które psyche „wybrała” by zachować właśnie dlatego że kondensują, w formie symbolicznej, relacyjną, emocjonalną lub egzystencjalną konfigurację centralną dla tej osoby. Wspomnienie, w tym sensie, funkcjonuje analogicznie do snu: nie jest konieczne „dokładne” w swoich faktycznych szczegółach, lecz jest precyzyjne w swojej **strukturze symbolicznej**.

3. Wskazanie Stosowania

- Momenty gdy proces terapeutyczny poszukuje szerszego i integrującego rozumienia wzorców które były opracowywane w inny sposób;
- Pacjent spontanicznie wymienia bardzo dawne wspomnienie, o żywej jakości i pozornie nieproporcjonalne do jego „obiektywnej” ważności;
- W momentach znaczącej zmiany w procesie terapeutycznym.

4. Przeciwwskazanie

- Pacjenci ze znaczącym tłem wczesnej traumy, dla których eksploracja bardzo dawnych wspomnień może dostępować do traumatycznej treści bez odpowiedniego przygotowania;
- Przymierze terapeutyczne jeszcze w formacji — eksploracja wczesnych wspomnień ma większą wartość (i bezpieczeństwo) gdy istnieje ustanowiona baza zaufania.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Zaproszenie do pierwszego wspomnienia, z wyraźnym kadrowaniem. „Chciałbym cię zaprosić do małego ćwiczenia, jeśli chcesz: pomyśl o pierwszym wspomnieniu które masz ze swojego życia — nie musi to być 'najważniejsze', tylko pierwsze które przychodzi ci do głowy gdy myślisz o 'najwcześniejszej rzeczy którą pamiętam'."

Krok 2 — Zbieranie wspomnienia, ze szczególną uwagą na szczegóły sensoryczne i 'kadrowanie' sceny. Zaproszenie do opisu ze szczególną uwagą na sensoryczne i przestrzenne elementy: „Czy potrafisz opisać tę scenę? Gdzie jesteś, kto jeszcze jest tam (jeśli ktoś), jak wygląda to miejsce, i — najważniejsze — jak się czujesz w tej scenie?"

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „To jest bardzo proste, właściwie. Musiałem mieć jakieś 3 lub 4 lata. Jestem w kuchni, siedzę na wysokim krzeselku, a moja mama gotuje, plecami do mnie. Patrzę na nią, czekając żeby się odwróciła."

> Terapeuta: „I w tej scenie, ona się odwraca?"

> Pacjent: „(pauza) ...nie. Wspomnienie kończy się tak — ja patrzę, czekam, i ona plecami, gotując."

> Terapeuta: „Jak się czułeś, siedząc tam, czekając?"

> Pacjent: „(długa pauza) ...myślę że... nie było źle. Raczej jak... spokojne czekanie, ale wiedziałem że nie skończy się zbyt szybko."

Krok 3 — Eksploracja 'struktury' wspomnienia (nie faktycznej treści). Zamiast skupiać się na „czy to naprawdę tak się stało", skupić się na strukturze: pozycjach (kto jest gdzie, robiąc co), ruchu (lub jego braku) i „punkcie" w którym wspomnienie się „kończy".

Krok 4 — Pytanie o rezonans z aktualnym życiem (otwarte, bez zakładania korespondencji). „Ta struktura — ty czekając, ona plecami, czekanie które wiesz że nie skończy się zbyt szybko, ale nie jest dokładnie 'złe' — rozpoznajesz ten typ konfiguracji w jakimś momencie swojego aktualnego życia, lub przez całe życie?"

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(bardzo długa pauza) ...tak. Myślę że... w prawie wszystkich moich związkach, właściwie. Zawsze kończę w pozycji... czekania. Czekania żeby osoba 'odwróciła się' do mnie. I w jakiś sposób to akceptuję, jakby to było naturalne — nie jest nawet oburzające, to po prostu... jak rzeczy są."

Krok 5 — Otwarta synteza, walidująca wspomnienie jako punkt odniesienia (nie jako 'przyczynę'). Kluczowe żeby ta eksploracja nie była przedstawiana jako „znaleźliśmy przyczynę wszystkiego" — lecz jako użyteczny punkt odniesienia.

6. Strategie Interwencji

- **Porównanie między pierwszym wspomnieniem a wspomnieniami ważnych zmian:** poza „absolutnie pierwszym wspomnieniem”, można też eksplorować pierwsze wspomnienie powiązane z konkretnym kamieniem milowym;
- **Uwaga na 'punkt cięcia' wspomnienia:** moment w którym wspomnienie „kończy się” jest często tak samo znaczący jak treść samego wspomnienia.

7. Zarządzanie Oporem

Niektórzy pacjenci mogą relacjonować **brak wyraźnych wczesnych wspomnień** — nie należy tego wymuszać. Innym oporem może być **wątpliwość co do prawdziwości wspomnienia** — ważne jest znormalizowanie i wyjaśnienie że to nie unieważnia ćwiczenia.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja pierwszego wspomnienia **ujawnia relacyjną lub emocjonalną strukturę rezonującą ze wzorcami już zidentyfikowanymi** — oferując skondensowany obraz który może funkcjonować jako punkt odniesienia przez całą przyszłą pracę.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Żywe wspomnienie, eksploracja ujawnia rezonującą strukturę	Otwarta synteza; użyć obrazu jako przyszłego punktu odniesienia
„Nie mam wyraźnych wczesnych wspomnień”	Znormalizować; nie wymuszać; kontynuować bez tej techniki
Wątpliwość co do prawdziwości wspomnienia	Znormalizować; reorientować skupienie na samym obrazie, nie faktycznej dokładności
Wspomnienie ujawnia potencjalnie traumatyczną treść	Skrajna ostrożność; ocenić potrzebę konkretnego przeszkolenia w traumie
Wspomnienie wyraźnie łączy się z wcześniej zmapowanym wzorcem	Zintegrować jako „obraz-syntezę” wzorca

TECHNIKA 14 — Eksploracja Pozornie Trywialnych Codziennych Wyborów

1. Cel Kliniczny

Używanie codziennych wyborów opisywanych przez pacjenta jako „trywialne” lub „bez znaczenia” (ubrania, trasy, godziny, małe nawyki) jako punktu wyjścia do eksploracji szerszych wzorców psychicznych — wychodząc z zasady że nawet „automatyczne” wybory mogą odzwierciedlać znaczące konfiguracje wewnętrzne.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Idea że „nic w psyche nie jest czysto przypadkowe” — choć może się wydawać, doprowadzona do skrajności, formą przesadzonego „dostrzegania znaczenia we wszystkim” — ma w umiarkowanym sensie podstawy w jungowskim rozumieniu że głębokie wzorce psychiczne (zwłaszcza te powiązane z kompleksami i typami psychologicznymi) wyrażają się konsekwentnie na wielu poziomach doświadczenia, w tym w małych, powtarzalnych codziennych wyborach.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent opisuje, incydentalnie, konsekwentny wzorec codziennego wyboru (zawsze wybiera ten sam typ miejsca do siedzenia, zawsze idzie tą samą trasą nawet gdy są praktyczniejsze alternatywy, zawsze odkłada określony rodzaj zadania);
- Terapeuta dostrzega implicite „regułę” którą pacjent stosuje bez pełnej świadomości, w małych, powtarzalnych wyborach;
- Moment gdy proces terapeutyczny skorzystałby na „lekkim” materiale (pod względem bezpośredniego ładunku emocjonalnego) jako pośredniej drogi do głębszych tematów.

4. Przeciwwskazanie

- Pacjenci z istotnymi obsesyjnymi tendencjami w odniesieniu do wyborów i rutyn — dla nich przypisywanie „symbolicznego znaczenia” każdemu wyborowi może wzmacniać już nadmierny wzorec hiperwigilności własnego zachowania;
- Gdy codzienny wybór ma oczywiste i wystarczające praktyczne wyjaśnienie — wymuszanie symbolicznego odczytania w tych przypadkach byłoby sztuczne.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja wzorca codziennego wyboru wzmiankowanego incydentalnie.

Obserwacja w czasie wzmianek o powtarzanych wyborach — często wymienianych jako „szczegóły” bez pozornej trafności.

Krok 2 — Zaproszenie do eksploracji z lekkością (kadrowanie 'ciekawości', nie 'głębokiej analizy'). „Czy mogę zadać ci trochę losowe pytanie? Wspomniałeś że zawsze siadasz w tej samej pozycji na spotkaniach — plecami do drzwi, czy twarzą do drzwi?”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Ach, zawsze staram się być twarzą do drzwi, wszędzie — restauracja, sala konferencyjna, cokolwiek. Nigdy zbyt wiele o tym myślałem, ale to automatyczne.”

> Terapeuta: „Interesujące. Co wyobrażasz sobie że by się stało, lub jak byś się czuł, gdybyś musiał siedzieć plecami do drzwi?”

> Pacjent: „(myśląc) ...hm, chyba byłbym niekomfortowy. Nie dokładnie strach, raczej... poczucie bycia 'niechronionym', może?”

Krok 3 — Eksploracja implicite 'reguły' i jej możliwego uogólnienia. „Ten typ rzeczy — potrzeba 'widzenia co nadchodzi', bycia twarzą do wejścia — zauważasz to w innych obszarach swojego życia, w szerszy sposób?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza) ...właściwie tak. Zawsze chcę wiedzieć z wyprzedzeniem wszystko co się wydarzy w ciągu dnia. Niespodzianki mnie dużo irytują, nawet dobre niespodzianki, czasami.”

> Terapeuta: „'Wiedząc z wyprzedzeniem co się wydarzy' i 'bycie twarzą do drzwi, widząc co nadchodzi' — zdają się mieć coś wspólnego. Jak byś opisał to 'coś wspólnego'?”

> Pacjent: „(długa pauza) ...może chodzi o to żeby nie być zaskoczonym. Nie lubię być zaskoczony.”

Krok 4 — Eksploracja pochodzenia lub funkcji tej 'reguły' (bez zakładania konkretnej przyczyny). „'Nie lubić być zaskoczonym' — czy masz jakiś pomysł kiedy w swoim życiu ta cecha zaczęła być dla ciebie ważna, czy zawsze była obecna, odkąd pamiętasz?”

Krok 5 — Otwarta synteza, łącząca pozornie trywialny wybór z szerszym zidentyfikowanym tematem. „Więc ten wybór siedzenia zawsze twarzą do drzwi — który wydawał się tak mały — jest w rzeczywistości powiązany z czymś znacznie szerszym: tą potrzebą 'nie bycia zaskoczonym'. To ciekawe jak małe rzeczy mogą 'nieść' duże tematy, nieprawdaż?”

6. Strategie Interwencji

- **'Eksperyment' ze świadomą zmianą (opcjonalnie, ostrożnie):** w niektórych przypadkach można eksplorować co by się stało gdyby pacjent, w bezpiecznym momencie, spróbował zmienić habitualny wybór i obserwować co się pojawia;
- **Mapowanie wielu codziennych wyborów wokół tego samego tematu:** raz zidentyfikowany temat (np.: „nie być zaskoczonym”), można z czasem zauważać inne codzienne wybory które się z nim łączą.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **czysto praktyczne wyjaśnienie** — nie odrzucać tego wyjaśnienia; eksploracja powinna kontynuować tylko jeśli jest autentyczna otwartość na „wyjście poza” praktyczne wyjaśnienie.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja pozornie „trywialnego” codziennego wyboru **ujawnia implicite 'regułę' szerzej obecną** którą pacjent rozpoznaje jako obecną w wielu obszarach swojego życia — generując często poczucie „aha, właśnie o to chodzi” przez pacjenta.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Rozpoznaje wzorzec, uogólnia do innych obszarów	Eksplorować pochodzenie/funkcję 'reguły'; połączyć z szerszym tematem
Czysto praktyczne wyjaśnienie, bez otwartości na „wyjście poza”	Zaakceptować wyjaśnienie; nie nalegać
Wzorzec ujawnia znaczący lęk	Rozważyć połączenie z kompleksami (Blok 4) lub szerszą oceną
Pacjent bawi się/jest zaintrygowany procesem, bez pogłębiania	Wszystko w porządku — wartość może tkwić w samym „lekkim” rozpoznaniu
Identyfikacja wzorca generuje nieoczekiwany dyskomfort	Ocenić; nie nalegać; można wrócić w innym momencie

TECHNIKA 15 — Uwaga na Sny/Fantazje o Samym Procesie Terapeutycznym

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie i eksplorowanie snów, fantazji lub spontanicznych myśli pacjenta których treścią jest sam proces terapeutyczny, terapeuta lub relacja terapeutyczna — rozpoznając że ten materiał często wyraża, w formie symbolicznej, dynamiki przeniesienia i oczekiwania/lęki powiązane z procesem, które mogą nie być bezpośrednio werbalizowane.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Relacja terapeutyczna, w perspektywie jungowskiej, jest rozumiana jako **wspólne pole symboliczne** — nie tylko „neutralny” kontekst gdzie praca się odbywa, lecz część samego materiału psychicznego w grze. Gdy nieświadomość pacjenta wytwarza materiał (sny, fantazje) którego tematem jest terapia lub terapeuta, często sygnalizuje to że ważne dynamiki relacyjne — często powiązane z kompleksami rodzicielskimi, oczekiwaniami dotyczącymi opieki, lękami przed osądzeniem lub porzuceniem — są przetwarzane poprzez tę konkretną relację i mogą być eksplorowane z dużym klinicznym pożytkiem.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent relacjonuje, spontanicznie, sen który angażuje terapeutę, gabinet lub sytuację wyraźnie powiązane z terapią;
- Pacjent wymienia „myślenie o terapii” poza sesją w sposób który wydaje się mieć fantazyjną/elaborowaną jakość;
- Momenty zmiany w procesie terapeutycznym (zmiany godziny, okresy przerw, zbliżające się wakacje terapeuty) często generują tego rodzaju materiał i zasługują na szczególną uwagę.

4. Przeciwwskazanie

- Ta technika wymaga że terapeuta ma zdolność do **tolerowania i eksplorowania treści która może go bezpośrednio angażować** (w tym treści idealizującej, krytycznej lub ambiwalentnej) bez defensywnej reakcji;
- W procesach z jeszcze bardzo nowym przymierzem terapeutycznym ten rodzaj materiału może jeszcze nie zaistnieć w znaczący sposób.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Przyjęcie bez reaktywności. Gdy pacjent relacjonuje sen lub fantazję angażującą terapię/terapeutę, terapeuta przyjmuje z tym samym autentycznym zainteresowaniem stosowanym do każdego innego materiału onirycznego — bez defensywnej reakcji, bez minimalizowania.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Miałem dziwny sen — byłeś w śnie, ale... w innym miejscu, wyglądało bardziej jak sala lekcyjna niż gabinet. I dawałeś mi długą listę zadań, i czułem że muszę wszystko skończyć zanim pójdziesz.”

> Terapeuta: „Dziękuję że przyniosłeś ten sen. Czy pamiętasz jak się czułeś, widząc tę długą listę i czując że musisz skończyć zanim pójde?”

> Pacjent: „Niespokojny. Bardzo niespokojny, właściwie. Jakby wiedząc że nie zdążę.”

Krok 2 — Eksploracja snu ze strukturą innych technik snu. Stosować ogólne zasady eksploracji onirycznej.

Krok 3 — Eksploracja 'wersji' terapeuty/terapii obecnej w śnie (bez konieczności 'korygowania' obrazu). „W tym śnie, pojawia się w sali lekcyjnej, dając długą listę zadań, odchodząc w którymś momencie. Jak ta 'wersja' — czy jest ci znajoma z jakiegoś miejsca, przypomina kogoś lub jakąś sytuację?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza) ...nauczycielka którą miałem w szkole, chyba. Była wymagająca, dawała dużo zadań domowych, i czasem czuliśmy że jeśli nie oddamy wszystkiego, ona będzie... nie tyle zła, co rozczarowana. I to było gorsze niż gniew, w pewnym sensie.”

> Terapeuta: „'Rozczarowana' byłoby gorsza niż gniew. I to poczucie — długa lista, potrzeba skończenia zanim ktoś odejdzie lub będzie rozczarowany — rozpoznajesz to uczucie w odniesieniu do naszej terapii, w jakiś sposób?"

Krok 4 — Bezpośrednie, ale otwarte pytanie o relację terapeutyczną. „Czy czujesz, w jakiś sposób, że musisz 'oddawać' coś tutaj, lub że mógłbym być 'rozczarowany' czymś?"

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(długa pauza, trochę zakłopotany) ...może. Jak, czasem myślę 'czy robię terapię właściwie', wiem że brzmi głupio."

> Terapeuta: „Nie brzmi głupio, w żaden sposób. Cieszę się że to przyniosłeś — naprawdę ważne jest dla mnie żebyś wiedział że nie istnieje 'robienie terapii właściwie' w sensie wypełniania zadań lub bycia ocenianym. Ten sen może właśnie przynosić ten lęk, który może być obecny bez pełnej świadomości z twojej strony."

Krok 5 — Walidacja i gdy właściwe, bezpośrednie wyjaśnienie ramy terapeutycznej.

6. Strategie Interwencji

- **Szczególna uwaga w momentach zmiany ramy:** okresy zmiany ramy (wakacje, zmiany godzin, zbliżanie się dat znaczących w procesie) często intensyfikują produkcję tego rodzaju materiału;
- **Zróżnicowanie między treścią wyidealizowaną a krytyczną/ambiwalentną:** sny/fantazje o terapii mogą mieć bardzo różne odcienie — wszystkie są prawowitym materiałem do eksploracji;
- **Superwizja:** biorąc pod uwagę potencjał tej techniki do dotykania bezpośrednio intensywnych dynamik przeniesienia/przeciwprzeniesienia, superwizja jest szczególnie zalecana.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **zakłopotanie w relacjonowaniu** tego rodzaju materiału. Ważne jest uprzednie znormalizowanie, jeśli możliwe. Terapeuta może też napotkać wewnętrzny opór wobec eksploracji tego materiału (zwłaszcza krytycznej lub erotycznej treści wobec siebie). Fundamentalne jest że ten dyskomfort jest opracowywany w superwizji/własnej analizie terapeuty.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja tego materiału **ujawnia oczekiwania, lęki lub wzorce relacyjne które działały 'pod spodem' jawnej relacji terapeutycznej** — i gdy to ujawnienie pozwala na dostosowanie ramy lub wzajemnego rozumienia które korzystnie wpływa na cały proces.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Relacjonuje ze zaskópotaniem, ale angażuje się w eksplorację	Przyjąć; eksplorować normalnie; wyjaśnić ramę jeśli właściwe
Krytyczna/ambiwalentna treść wobec terapeuty	Przyjąć bez defensywności; eksplorować z tą samą otwartością
Wyidealizowana/erotyczna treść wobec terapeuty	Przyjąć profesjonalnie; rozważyć superwizję do pogłębienia
Pacjent nigdy nie relacjonował tego rodzaju materiału (po rozsądnym czasie)	Nie wymuszać; może po prostu jeszcze się nie wyłonił
Materiał wyłania się w okresie zmiany ramy	Rozważyć zmianę jako istotny kontekst do eksploracji

TECHNIKA 16 — Eksploracja Spontanicznie Wzmiankowanych „Wewnętrznych Głosów”

1. Cel Kliniczny

Identyfikowanie i eksplorowanie spontanicznych odniesień do „wewnętrznych głosów”, „części siebie” lub wewnętrznych dialogów wzmiankowanych przez pacjenta — rozpoznając te sformułowania jako wskazujące na wieloaspektową strukturę psychiczną i tworząc wstępne warunki dla różnicowania między Ego a innymi instancjami psychicznymi (przygotowując grunt pod pracę z kompleksami w Bloku 4).

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Język potoczny często odzwierciedla, w sposób intuicyjny, jungowskie rozumienie psyche jako złożonej z wielu stosunkowo autonomicznych instancji — gdy ktoś mówi „jakaś część mnie chce X, ale inna część chce Y”, lub „jest głos który zawsze mi mówi...”, opisuje w codziennym języku dokładnie ten rodzaj struktury który teoria kompleksów dąży sformalizować. Ta technika funkcjonuje jako „pre-technika” dostępu — nie realizuje jeszcze bardziej ustrukturyzowanej pracy różnicowania Ego-kompleks (która będzie pogłębiona w Bloku 4), lecz zaczyna **kultywować język i uwagę** niezbędne do tej przyszłej pracy.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent używa spontanicznie sformułowań takich jak „jakaś część mnie”, „jest głos który mówi”, „moja [przymiotnik] strona”, „to jakby ktoś mi mówił”;
- Pacjent relacjonuje wewnętrzny konflikt w sposób sugerujący więcej niż prostą ambiwalencję;
- Wczesny moment procesu terapeutycznego, gdy celem jest rozwinięcie u pacjenta bardziej różnicowanego języka do opisu własnego wewnętrznego doświadczenia.

4. Przeciwwskazanie

- Pacjenci z objawami angażującymi głosy w klinicznym sensie halucynacji słuchowych (w stanach psychotycznych) — fundamentalne jest odróżnienie metaforycznego/potocznego użycia „wewnętrznego głosu” od prawdziwych doświadczeń halucynatoryjnych, które wymagają zupełnie innego klinicznego postępowania;
- W przypadku wątpliwości co do tego rozróżnienia, techniki nie należy stosować bez szerszej oceny klinicznej.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja spontanicznego sformułowania. Uwaga na wyrażenia wskazujące „części” lub „głosy” wewnętrzne, nawet w pozornie swobodnym użyciu.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „Wiem że po prostu powinienem przyjąć zaproszenie, ale jest taki głosik który ciągle mówi 'nie idź, będzie dziwnie, oni nie będą chcieli żebyś tam był'."

Krok 2 — Zaproszenie do eksploracji 'głosiku' jako dającego się wyróżnić bytu (bez patologizowania). Zaprosić do eksplorowania tego „głosiku” z ciekawością, walidując go jako uprawnioną część wewnętrznego doświadczenia, bez tonu „to jest problem do wyeliminowania”: „Ten głosik który mówi 'nie idź, będzie dziwnie' — czy zauważałeś go w innych sytuacjach też, czy to pierwszy raz gdy go usłyszałeś z taką wyrazistością?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „Ach, on jest zawsze obecny, właściwie. Tylko zazwyczaj nie... nie daję mu uwagi, generalnie go ignoruję i idę mimo wszystko, albo nie idę i jestem zły na siebie."

> Terapeuta: „Więc są dwie rzeczy które się zwykły wydarzać: albo idziesz, jakby 'mimo' tego głosu, albo nie idziesz, i jesteś zły na siebie. Czy jest trzecia możliwość — zatrzymania się, zanim zdecydujesz iść czy nie, i naprawdę 'słyszenia' co ten głos mówi, z ciekawością, bez konieczności posłuszeństwa czy ignorowania?”

Krok 3 — Eksploracja cech 'głosu' (ton, typowa treść, pozorny 'wiek', pozorna funkcja). „Gdybyś pomyślał o tym głosie jako mającym 'ton' — spokojny, niespokojny, krytyczny, ochronny — jak byś go opisał?” „Czy wydaje się mieć 'wiek'? Brzmi jak głos dziecka, dorosłego, kogoś starszego?” „Co ten głos wydaje się próbować robić — chronić cię przed czymś, ostrzegać cię o czymś, powstrzymywać cię od czegoś?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(myśląc) ...ton jest niespokojny, zdecydowanie. I... chyba ma młodszy wiek, jak nastolatek. I myślę że próbuje mnie... chronić żeby nie był odrzucony, może?”

Krok 4 — Zróżnicowanie między 'głosem' a 'ja' (początek zróżnicowania Ego-kompleks, w lekki sposób). Bez nadmiernego pogłębiania (to zróżnicowanie będzie opracowywane z większą strukturą w Bloku 4): „Więc mamy ten niespokojny głos, jak nastolatek, który próbuje cię chronić przed odrzuceniem/zażenowaniem — i mamy 'ciebie', który czasem słucha tego głosu i idzie mimo wszystko, a czasem słucha i nie idzie. Jak jest, dla ciebie, myśleć o tych jako o dwóch różnych 'pozycjach', nawet jeśli obie są częścią ciebie?”

Krok 5 — Otwarta synteza, walidująca funkcję ochronną. „Ten głosik wydaje się, na swój sposób, próbować się tobą opiekować — nawet jeśli sposób w jaki to robi jest czasem ograniczający. Nie musimy teraz decydować 'co z nim zrobić' — samo zaczęcie zauważania go z większą wyrazistością jest już ważnym krokiem."

6. Strategie Interwencji

- **Katalogowanie różnych 'głosów' w czasie:** niektórzy pacjenci, w toku procesu, identyfikują wiele „głosów” o odrębnych charakterystykach — katalogowanie tych głosów może znacznie wzbogacać wewnętrzny słownik pacjenta;

- **Obserwacja 'głosów' w bezpośrednim konflikcie:** gdy dwa „głosy” wydają się być w bezpośrednim konflikcie co do tej samej sytuacji, można to eksplorować jako dialog (przygotowując do bardziej ustrukturyzowanych technik dialogu wewnętrznego w Blokach 4 i 3).

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **samokrytyka w odniesieniu do własnego 'głosu'** — ważne jest nie wzmacnianie tej samokrytyki. Pacjenci którzy martwią się że są „szaleni” za wzmiankowanie „głosów” powinni być bezpośrednio uspokojeni: „To co opisujesz to bardzo powszechny i zdrowy sposób organizowania się umysłu — każdy ma, w jakiś sposób, różne 'części' lub 'głosy' wewnętrzne. To nic złego.”

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy pacjent zaczyna **spontanicznie używać zróżnicowanego języka** do opisu wewnętrznych konfliktów — i gdy to zróżnicowanie jest podstawą do bardziej ustrukturyzowanej pracy Bloku 4.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Angażuje się z ciekawością w eksplorację 'głosu'	Eksplorować cechy (ton, wiek, funkcja); walidować funkcję ochronną
Wrogość wobec własnego 'głosu'	Nie wzmacniać wrogości; przywołać funkcję ochronną
Martwi się że jest „szalony”	Bezpośrednia uspokajająca psychoedukacja
Podejrzenie prawdziwego halucynatoryjnego doświadczenia (nie metaforycznego)	Zawiesić technikę; szeroko ocenić klinicznie
Identyfikuje wiele 'głosów' w konflikcie	Rozważyć dialog między głosami (przygotowanie do Bloków 3/4)

TECHNIKA 17 — Eksploracja Reakcji na Dzieła Sztuki, Filmy, Książki i Muzykę

1. Cel Kliniczny

Używanie intensywnych lub nieoczekiwanych reakcji emocjonalnych pacjenta na dzieła sztuki, filmy, książki, muzykę lub inne wytwory kulturowe jako punktu dostępu do osobistych treści

psychicznych — wychodząc z zasady że te reakcje często ujawniają rezonanse z wewnętrznym materiałem pacjenta, nawet gdy pacjent świadomie nie szuka tego rodzaju połączenia.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Dzieła sztuki, narracje i wytwory kulturowe często wyrażają, w formie symbolicznej i w zbiorowej skali, te same tematy i wzorce które działają w psyche indywidualnej. Gdy osoba ma nieproporcjonalną reakcję emocjonalną — pozytywną lub negatywną — na konkretne dzieło, często wskazuje to że dzieło „dotknęło” jakiejś osobistej rezonującej treści, funkcjonując jak symboliczne lustro poprzez które treści wewnętrzne mogą być dostępne w stosunkowo bezpieczny sposób.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wspomina że miał intensywną reakcję emocjonalną (płacz, głęboką identyfikację, złość, fascynację, odpychanie) na film, książkę, muzykę lub inne dzieło;
- Pacjent wielokrotnie wspomina ten sam rodzaj dzieła, postaci lub narracji jako „ulubiony”, w sposób sugerujący więcej niż prostą preferencję estetyczną;
- W procesach z młodzieżą, zaangażowanie w narracje (seriale, gry, książki) jest często intensywne i może oferować szczególnie bogatą i kulturowo zestrojoną drogę dostępu.

4. Przeciwwskazanie

- Nie należy używać w sposób sugerujący że „lubienie czegoś” zawsze ma głębokie psychologiczne znaczenie — zwykłe estetyczne preferencje nie wymagają eksploracji symbolicznej; skupienie jest na **nieproporcjonalnych lub zauważalnych** reakcjach, nie na jakiegokolwiek preferencji;
- Ostrożność żeby nie „patologizować” zainteresowania pacjenta określonymi dziełami, zwłaszcza dziełami o mrocznych tematach.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja zauważalnej reakcji. Uwaga na wzmianki o intensywnych reakcjach emocjonalnych na konkretne dzieła, szczególnie gdy pacjent sam zauważa tę intensywność.

Krok 2 — Zaproszenie do eksploracji reakcji (nie dzieła jako takiego). Skupienie nie jest na „co dzieło oznacza” obiektywnie, lecz na „co ta reakcja, u ciebie, może mówić”: „Wspomniałeś że dużo płakałeś przy tym filmie — czy masz pomysł co konkretnie cię tak dotknęło?”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „To była scena gdy główna postać w końcu mówi ojcu coś co ukrywała przez lata — a ojciec, w przeciwieństwie do tego czego postać się spodziewała, po prostu... ją obejmuje. Bardzo dużo płakałem, w sposób który mnie zaskoczył.”

> Terapeuta: „Ta scena — postać mówiąca coś ukrywanego przez lata, i ojciec który obejmuje zamiast tego czego się spodziewała — potrafisz zidentyfikować co konkretnie cię dotknęło?”

> Pacjent: „(pauza) ...chyba to 'w przeciwieństwie do tego czego się spodziewała'. Jak oczekiwanie odrzucenia, i zamiast tego... akceptacja."

Krok 3 — Eksploracja osobistego rezonansu (bez zakładania bezpośredniej korespondencji).

„Ta kombinacja — oczekiwanie odrzucenia, i znajdowanie akceptacji zamiast tego — czy ma jakiś rezonans z twoim własnym doświadczeniem, nawet w pośredni sposób lub w innym kontekście?"

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(długa pauza) ...może ma związek z... mam pewne rzeczy których nigdy nikomu w rodzinie nie powiedziałem. Nie są straszne, ale... zawsze się bałem jak by zareagowali. I może widząc tę scenę, jakaś część mnie była... nie wiem, pragnąc czegoś podobnego?"

Krok 4 — Różnicowanie między 'pragnieniem by coś się wydarzyło' a 'potrzebą opracowania samego oczekiwania odrzucenia' (bez przepisywania działania).

Krok 5 — Otwarta synteza, z możliwym przyszłym powrotem do dzieła jako odniesienia.

6. Strategie Interwencji

- **Eksploracja 'ulubionych postaci' przez całe życie:** postacie które były szczególnie znaczące w różnych fazach życia pacjenta mogą być eksplorowane łącznie, obserwując wspólne tematy lub ewolucje;
- **Użycie dzieł jako 'wspólnego języka':** gdy pacjent i terapeuta dzielą referencję do konkretnego dzieła które oboje znają, może ono funkcjonować jako „skrót” symboliczny dla tematów już opracowanych.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **trywializacja reakcji** — nie nalegać; można z lekkością utrzymać drzwi otwarte: „Może tak jest — i mimo to, wśród tak wielu rzeczy przy których mógłbyś płakać, to była ta konkretna scena. To już samo w sobie jest interesujące."

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy eksploracja reakcji na dzieło **ujawnia istotny temat lub pragnienie** które nie było do tej pory artykułowane bezpośrednio — i gdy połączenie z wewnętrznym doświadczeniem pacjenta jest przez niego autentycznie rozpoznane.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Identyfikuje osobisty rezonans z reakcją	Eksplorować temat/pragnienie leżące u podstaw, bez przepisywania działań

Trywializuje reakcję	Nie nalegać; utrzymać drzwi otwarte z lekkością
Reakcja jest powiązana z dziełem o potencjalnie wrażliwej treści (trauma)	Ocenić gotowość przed pogłębianiem
Identyfikuje wzorzec w ulubionych postaciach/dziełach przez całe życie	Eksplorować wspólne tematy między różnymi fazami
Eksploracja ujawnia pragnienie które pacjent odczuwa jako „haniebne”	Przyjąć bez osądzania; walidować legitymizację pragnienia

TECHNIKA 18 — Uwaga na Zmiany Energii/Dyspozycji w Toku Sesji

1. Cel Kliniczny

Obserwowanie i, gdy właściwe, nazywanie dostrzegalnych zmian poziomu energii, zaangażowania lub dyspozycji pacjenta w toku tej samej sesji — używając tych wariacji jako wskaźników bliskości z psychicznie znaczącą treścią (zarówno w kierunku zbliżania się jak i unikania).

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Wariacje w poziomie psychicznej energii dostępnej dla różnych treści odzwierciedlają, w perspektywie jungowskiej, dynamiczny rozkład libido (w szerokim jungowskim sensie ogólnej energii psychicznej, nie tylko seksualnej) między różnymi kompleksami i treściami. Gdy temat „aktywuje” znaczący kompleks, może nastąpić zarówno wzrost energii (zaangażowanie, ożywienie) jak i jej spadek (nagłe zmęczenie, „biała plama”, chęć zmiany tematu).

3. Wskazanie Stosowania

- Terapeuta dostrzega zauważalną zmianę poziomu energii/zaangażowania pacjenta — na plus lub na minus — powiązaną z konkretnym tematem, w obrębie tej samej sesji;
- Pacjent sam wymienia poczucie „nagłego zmęczenia” lub „nagle ożywiony” w konkretnym momencie rozmowy;
- Sesje w których pacjent wydaje się, generalnie, z energią bardzo różną od zwykłej.

4. Przeciwwskazanie

- Wariacje energii mają wiele przyczyn niesymbolicznych (zmęczenie fizyczne, jakość snu, warunki zdrowotne) — ważne jest nie zakładać automatycznie symbolicznego znaczenia dla każdej wariacji;
- Pacjenci ze stanami znacząco wpływającymi na poziom energii/dyspozycji wymagają szerszego klinicznego odczytu.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Obserwacja w toku sesji. Terapeuta utrzymuje uwagę tła na wariacji energii — ton głosu, rytm mowy, postawa, ekspresyjność, jakość kontaktu wzrokowego.

Krok 2 — Identyfikacja zauważalnej zmiany powiązanej z tematem. Gdy dostrzegalna zmiana zachodzi w (czasowej) asocjacji z konkretnym tematem, terapeuta rejestruje to skojarzenie.

Przykładowy dialog:

> [Pacjent mówi, z energią i szczegółami, o planach dotyczących osobistego projektu. Gdy wspomina że będzie musiał „porozmawiać z rodziną o tym”, ton głosu wyraźnie spada, mowa staje się wolniejsza, i pacjent szybko zmienia temat na inny.]

Krok 3 — Nazwanie otwarte zaobserwowanej zmiany (w odpowiednim momencie). „Czy mogę podzielić się czymś co zauważyłem? Gdy mówiłeś o tym projekcie, wyglądałeś dość ożywiony — i kiedy wspominałeś że będziesz musiał porozmawiać z rodziną o tym, zauważyłem zmianę w twoim tonie, stało się bardziej... ciche, wolniejsze. Ty też to zauważyłeś?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(pauza, oddechy) ...nie zauważyłem, ale chyba to sens ma. Rozmawianie z nimi o tym jest... skomplikowane.”

> Terapeuta: „'Skomplikowane' — czy możesz powiedzieć trochę więcej o tym co czyni to skomplikowanym?”

> Pacjent: „Właściwie nie bardzo wspierali tego rodzaju pomysłu. Myślę że w jakiś sposób 'wyłączyłem się' gdy o nich pomyślałem, bo już wiem jak to pójdzie.”

Krok 4 — Eksploracja treści powiązanej ze zmianą energii. Od nazwy, eksplorować treść która wydaje się powiązana ze spadkiem (lub wzrostem) energii.

Krok 5 — Połączenie z pierwotnym tematem, integrując obserwację.

6. Strategie Interwencji

- **Uwaga na wzorce energii między sesjami (nie tylko w obrębie jednej sesji):** wariacje ogólnego poziomu energii między różnymi sesjami (nie tylko w obrębie tej samej sesji) mogą być też obserwowane z czasem;
- **Eksploracja 'szczytów' energii (nie tylko spadków):** nagłe wzrosty energii/ożywienia mogą też być eksplorowane — czasem wskazują autentyczny entuzjazm, ale w innych przypadkach mogą funkcjonować jako „lot do przodu” od trudniejszego tematu.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **przypisanie zmiany energii czysto zewnętrznym przyczynom** („ach, zmęczony jestem dzisiaj, źle spałem”). To wyjaśnienie może być oczywiście autentyczne — i musi być szanowane jako takie. Eksploracja symboliczna powinna kontynuować tylko jeśli, poza

zewnątrznym wyjaśnieniem, jest też otwartość na rozważenie możliwego tematycznego połączenia.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy nazywanie wariacji energii **ujawnia połączenie z istotną treścią emocjonalną** która działała w sposób niecałkowicie świadomy — i gdy, z czasem, pacjent rozwija większą zdolność do zauważania własnych wariacji energii jako istotnego sygnału.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Rozpoznaje zmianę, eksploracja ujawnia istotną treść	Eksplorować treść, połączyć z pierwotnym tematem
Przypisuje zmianę zewnętrzną, wiarygodnej przyczynie	Szanować wyjaśnienie; nie nalegać na symboliczne odczytanie
Zmiana energii powiązana z tematem o dużym ładunku emocjonalnym	Ocenić gotowość przed pogłębianiem
Nie dostrzega zmiany nawet po nazwaniu	Nie nalegać; obserwacja może być zacząłem dla przyszłej percepcji
Nagły wzrost energii powiązany z „lotem do przodu”	Rozważyć nazwanie poprzedniego tematu, od którego wzrost może oddalać

TECHNIKA 19 — Eksploracja Przezwisek, Imion i Form Samookreślenia

1. Cel Kliniczny

Eksplorowanie jak pacjent odnosi się do siebie — w tym przezwisek, zdrobnień, form w trzeciej osobie lub zmian w formie samookreślenia zależnie od kontekstu — jako drogi dostępu do różnych „konfiguracji” lub „person” wewnętrznych, i do relacji pacjenta z różnymi aspektami własnej tożsamości.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Jungowski koncept **persony** — „maski” lub zestawu adaptacji które osoba prezentuje w różnych kontekstach społecznych — może, w niektórych przypadkach, być obserwowany poprzez wariacje w tym jak osoba odnosi się do siebie. Różne imiona, przezwiseka lub formy

samookreślenia powiązane z różnymi kontekstami mogą ujawniać różne konfiguracje osoby, i relację między nimi — w tym możliwe napięcia lub integracje między różnymi „wersjami” siebie.

3. Wskazanie Stosowania

- Pacjent wspomina posiadanie różnych przezwisk w różnych kontekstach (rodzina, praca, przyjaciele), zwłaszcza jeśli wykazuje zróżnicowaną relację z każdym z tych imion/przezwisk;
- Pacjent odnosi się do siebie w różny sposób w różnych momentach sesji (np.: używanie własnego imienia w trzeciej osobie w momentach samokrytyki);
- Pacjent wyraża, w jakiś sposób, poczucie bycia „różnymi osobami” w różnych kontekstach, z pewnym stopniem dyskomfortu lub dziwności wobec tej wielości.

4. Przeciwwskazanie

- Tej techniki nie należy mylić z — ani używać do sugerowania — klinicznych stanów dysocjacyjnej tożsamości; „wielość” tu eksplorowana odnosi się do normalnych wariacji osoby/prezentacji społecznej, nie do stanów dysocjacyjnych z amnezją lub nieciągłością tożsamości;
- Pacjenci dla których kwestie imienia mają szczególnie wrażliwy ładunek (zmiana imienia powiązana z tożsamością płciową, imiona powiązane z historią nadużycia itp.) wymagają podejścia z wrażliwością specyficzną dla tych kontekstów.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Identyfikacja wariacji w samookreśleniu. Uwaga na wzmianki o różnych imionach/przezwiskach używanych w różnych kontekstach, lub o osobliwych formach samookreślenia.

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „W pracy wszyscy mówią mi pełnym imieniem, '[Pełne Imię]'. Ale moja rodzina i bliscy przyjaciele zawsze mówią '[Przezwisko]' od zawsze. To dziwne, czasem czuję się jakbym był trochę dwoma różnymi osobami.”

Krok 2 — Zaproszenie do eksploracji każdej 'wersji' powiązanej z imieniem/przezwiskiem.

„Jak byś opisał '[Pełne Imię]' z pracy — jakie cechy, zachowania, sposób bycia?” „I '[Przezwisko]' z rodziny i przyjaciół — jak on jest, w porównaniu?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „'[Pełne Imię]' jest bardziej... formalny, poważny, skupiony. Nie myli się, nie spóźnia, jest niezawodny. '[Przezwisko]' jest bardziej... zrelaksowany, dowcipny, czasem nawet głupkowaty.”

> Terapeuta: „I te dwie 'wersje' — '[Pełne Imię]' i '[Przezwisko]' — czy czujesz że dobrze współistnieją, czy jest jakieś napięcie między nimi?”

Krok 3 — Eksploracja napięć lub integracji między 'wersjami'. „Czy są sytuacje w których czujesz że '[Pełne Imię]' i '[Przezvisko]' kolidują — np. sytuacje w których jedna 'wersja' chciałaby coś zrobić, czego druga by nie pozwoliła?”

Przykładowy dialog (kontynuacja):

> Pacjent: „(myśląc) ...tak, właściwie. Czasem w pracy czuję ochotę być bardziej... spontanicznym, dowcipnym — bardziej '[Przezvisko]' — ale '[Pełne Imię]' nie pozwala, bo 'to nie jest właściwe'. I jednocześnie, czasem z przyjaciółmi czuję że muszę być poważniejszy niż naprawdę chcę, bo '[Pełne Imię]' jakby 'wdziera się' w przestrzeń '[Przezvisko]'.”

Krok 4 — Eksploracja kiedy/jak każda 'wersja' się pojawiła (bez zakładania że jedna jest 'bardziej prawdziwa' niż druga).

Krok 5 — Otwarta synteza, o możliwej 'trzeciej pozycji' integrującej.

6. Strategie Interwencji

- **Mapowanie wielu 'wersji'/imion (nie tylko dwóch):** niektórzy pacjenci mogą identyfikować więcej niż dwie konfiguracje powiązane z różnymi imionami/przezviskami;
- **Uwaga na samookreślenie w trzeciej osobie jako samokrytykę:** gdy pacjent odnosi się do siebie w trzeciej osobie w momentach samokrytyki, można to eksplorować jako konkretny „głos” (połączenie z Techniką 16);
- **Eksploracja zmiany imienia (gdy istotne):** dla pacjentów którzy przeszli zmianę imienia, eksploracja relacji z poprzednim i obecnym imieniem może być szczególnie bogata — zawsze z wrażliwością na konkretny kontekst.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **minimalizacja różnicy** („ach, to tylko przezvisko, nic nie zmienia”). Nie nalegać; obserwacja może pozostać dostępna do przyszłego podjęcia.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy pacjent potrafi **rozpoznać i nazwać różne konfiguracje siebie samego** (powiązane z różnymi kontekstami/imionami) bez generowania znaczącego lęku — i gdy to rozpoznanie otwiera przestrzeń dla refleksji nad możliwością większego „przepływu” między tymi konfiguracjami.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Rozpoznaje różne 'wersje' z wyrazistością, eksploruje z zainteresowaniem	Eksplorować napięcia/integracje; synteza o 'trzeciej pozycji'

Minimalizuje różnicę	Nie nalegać; utrzymać obserwację dostępną
Eksploracja generuje poczucie fragmentacji zagrażającej	Ocenić potrzebę szerszego podejścia do integracji tożsamości
Identyfikuje 'głos krytyczny' powiązany z imieniem w trzeciej osobie	Połączyć z Techniką 16 (głosy wewnętrzne)
Kontekst znaczącej zmiany imienia (płeć itp.)	Podejść z wrażliwością specyficzną dla kontekstu, poza ogólną eksplorację symboliczną

TECHNIKA 20 — Synteza Sesji Poprzez Pojedynczy Obraz lub Metaforę

1. Cel Kliniczny

Na koniec sesji (lub zestawu sesji o tym samym temacie), zaprosić pacjenta do znalezienia pojedynczego obrazu, metafory lub symbolu, który syntetyzuje, w sposób niewerbalny/nielinearny, to co zostało przeżyte/opracowane — funkcjonując zarówno jako narzędzie zamknięcia jak i jako dodatkowa forma dostępu do materiału który czysta werbalna/racjonalna synteza mogłaby nie uchwycić.

2. Zastosowany Koncept Jungowski

Zdolność obrazu symbolicznego do **kondensowania wielu wymiarów znaczenia** w sposób którego dyskursywny język, bardziej liniowy, często nie potrafi, jest centralna dla podejścia jungowskiego. Prośenie pacjenta by „przetłumaczyć” treść sesji (lub procesu) na pojedynczy obraz lub metaforę wymusza inny rodzaj przetwarzania niż czysto werbalne/sekwencyjne — często ujawniając połączenia, afektywne odcienie lub aspekty materiału, które nie były artykułowane podczas werbalnej dyskusji.

3. Wskazanie Stosowania

- Zamknięcie sesji które poruszyły znaczącą treść, zwłaszcza sesji z wieloma tematami lub złożoną emocjonalnie treścią;
- Momenty zmiany w szerszym procesie terapeutycznym;
- Gdy pacjent wyraża trudność z „podsumowaniem” werbalnym tego co czuje/myśli pod koniec sesji.

4. Przeciwwskazanie

- Nie należy stosować w sposób mechaniczny/powtarzalny na koniec każdej sesji — straciłoby wartość jako specjalne narzędzie;
- Sesje które kończą się w momencie kryzysu lub z bardzo intensywną niezakorzenioną treścią mogą nie być odpowiednie dla tego rodzaju syntezy.

5. Przewodnik Krok po Kroku

Krok 1 — Wybór odpowiedniego momentu (zazwyczaj w ostatnich minutach sesji).

Zarezerwować wystarczająco czasu (idealnie 5-10 minut) pod koniec sesji na tę syntezę, bez pośpiechu.

Krok 2 — Zaproszenie do syntezy w obrazie/metaforze. „Zbliżyliśmy się do końca dzisiejszej sesji, i rozmawialiśmy o dużo. Chciałbym cię zaprosić do małego ćwiczenia: gdybyś musiał podsumować to wszystko — nie słowami, ale w obrazie, lub w metaforze — co by przyszło ci do głowy? Nie musi idealnie pasować, może być pierwsza rzecz która się pojawi.”

Przykładowy dialog:

> Pacjent: „(myśląc, w ciszy przez chwilę) ...nie wiem, może... szuflada która była trochę zablokowana, i dzisiaj udało nam się trochę ją otworzyć, ale jeszcze jest coś w środku czego nie widzieliśmy.”

> Terapeuta: „Szuflada która była trochę zablokowana, i dzisiaj udało nam się trochę ją otworzyć, ale jeszcze jest coś w środku czego nie widzieliśmy.”

Krok 3 — Odzwierciedlenie obrazu bez interpretacji (po prostu 'oddać' obraz pacjentowi).

Terapeuta powtarza obraz oferowany przez pacjenta, bez dodawania interpretacji.

Krok 4 — Otwarte pytanie o odczucie słyszenia własnego obrazu z powrotem. „Jak jest, dla ciebie, słyszeć ten obraz z powrotem — szufladę, trochę otwartą, z czymś w środku jeszcze niewidzianym?”

> Pacjent: „(pauza) ...jest dobrze, właściwie. Jakby nie muszę dziś zobaczyć wszystkiego. Samo... trochę otworzyć już jest czymś.”

Krok 5 — Zamknięcie, z możliwym 'powrotem' do obrazu w przyszłych sesjach. „'Szuflada, trochę otwarta' — może być dobrym obrazem który zachowamy. Może, w innym momencie, będziemy mogli do niej wrócić i zobaczyć jak jest.”

6. Strategie Interwencji

- **Rejestrowanie obrazów syntezy w czasie:** przez kilka sesji/miesięcy obrazy syntezy wytworzone mogą łącznie tworzyć swoisty „wizualny narratyw” procesu terapeutycznego;
- **Synteza poprzez inne modalności (dźwięk, ruch, kolor):** dla pacjentów z różnymi afinitetami synteza może być zaproszona poprzez inne modalności;

- **Porównanie między syntezą na początku i na końcu cyklu pracy:** gdy dany temat jest opracowywany przez kilka sesji, można porównywać obraz syntezy z pierwszej sesji o tym temacie z obrazem z późniejszych sesji.

7. Zarządzanie Oporem

Najczęstszym oporem jest **'biała plama' lub trudność w wytworzeniu obrazu** — przyjąć bez presji — i można alternatywnie zapytać o cielesne doznanie (połączenie z Techniką 7) jako alternatywną formę niewerbalnej syntezy.

8. Kryterium Ewolucji

Technika jest produktywna gdy obraz syntezy wytworzony przez pacjenta **kondensuje, w skondensowany sposób, coś istotnego o momencie procesu** — i gdy te obrazy, z czasem, tworzą sekwencję która może być ponownie odwiedzana z pożytkiem.

9. Mapa Możliwych Odpowiedzi

Odpowiedź pacjenta	Wskazówka dla terapeuty
Wytwarza obraz z łatwością, obraz rezonuje z treścią sesji	Odzwierciedlić obraz, zapytać o odczucie gdy go słyszy z powrotem
'Biała plama', trudność z wytworzeniem obrazu	Nie naciskać; zaproponować alternatywną modalność (cielesne doznanie, kolor, dźwięk)
Uważa ćwiczenie za 'sztuczne'/wymuszone	Zmniejszyć częstotliwość; zarezerwować na specjalne momenty
Wytworzony obraz ma bardzo negatywną/beznadziejną jakość	Przyjąć bez minimalizowania; może być ważną informacją o aktualnym stanie
Obraz wyraźnie łączy się z obrazami z poprzednich sesji	Nazwać połączenie, rozważyć powrót do sekwencji obrazów

Zakończenie Bloku — Techniki Dostępu do Nieświadomości

Dwadzieścia technik przedstawionych w tym tomie dzieli fundamentalną cechą: wszystkie działają wychodząc od tego co **już jest obecne** na sesji — słowo, obraz, doznanie, lapsus, marzenie — bez wymagania wprowadzania zewnętrznych ustrukturyzowanych ćwiczeń do naturalnego przepływu rozmowy terapeutycznej. Ta cecha sprawia że są szczególnie wszechstronne i niskiego ryzyka, odpowiednie dla większości momentów procesu terapeutycznego.

W miarę jak te techniki są włączane do praktyki — stając się częścią „tła słyszenia” terapeuty, a nie tylko celowych punktowych interwencji — naturalnie otwierają przestrzeń dla bardziej

ustrukturyzowanej i głębokiej pracy przedstawionej w kolejnych tomach: bezpośrednia praca ze snami (Tom 3), aktywna wyobraźnia (Tom 4), praca z kompleksami (Tom 5), z archetypami (Tom 6) i wreszcie techniki indywiduacji (Tom 7).

Kontynuacja Dzieła

Z dwudziestoma Technikami Dostępu do Nieświadomości przedstawionymi w tym tomie, Tom 3 będzie kontynuował dzieło Technikami ze Snami (Techniki 21 do 40) — pogłębiając pracę z materiałem onirycznym wprowadzoną we wstępny sposób w Technice 3 tego tomu.

Podstawa naukowa i centralne odniesienia: ten materiał jest oparty na Psychologii Analitycznej Carla Junga, z bazą w conceptach archetypów i nieświadomości zbiorowej, teorii kompleksów, funkcji symbolicznej i interpretacji snów, technikach aktywnej wyobraźni i procesie indywiduacji.