

„PODRÓŻ DO WNEŹRZA” — ZASTOSOWANIE HIPNOZY ERICKSONOWSKIEJ W TERAPII ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH

A JOURNEY TOWARDS INSIDE — ERICKSON’S HYPNOSIS IN THERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Polski Instytut Ericksonowski w Łodzi

Dyrektor: Krzysztof Klajs

Autorka prezentuje proces krótkoterminowej terapii, w którym stosowała hipnozę ericksonowską, uruchamiającą możliwości i zasoby pacjentki. Pacjentka znalazła własne rozwiązanie problemu, gwarantujące wyjście z katalipsji w kierunku ruchu rozwojowego. Niedyrektywne metody komunikacji pozwoliły na rozbudowanie i wzmocnienie części zdrowej pacjentki w aspekcie jej świadomej identyfikacji z płcią i pozytywnym określeniem kobiecej tożsamości.

Ericksonian psychotherapy psychosomatic disorders

Summary: The article presents the case of short-term therapy based on Milton Erickson’s and Ernest Rossi’s model of hypnosis in the treatment of a psychosomatic patient, suffering from autogenic vaginal infection. The application of Ericksonian hypnosis and metaphors made it possible for the patient to find her own solution of the problem and move from catalepsy to developmental direction. Non-directive methods of communication have allowed the patient to develop healthy aspects of identification with gender and a positive sense of female identity.

Wstęp

W opisanym poniżej procesie terapii widoczne są charakterystyczne cechy podejścia ericksonowskiego. Jako terapeutka koncentrowałam się w trakcie terapii na potencjalnej sile pacjentki. Kierowałam jej uwagę na zasoby — doświadczenia i kompetencje nabyte w toku życia, które może ona spożytkować w aktualnej sytuacji. Pobudzałam kreatywność pacjentki, jej zdolność użycia twórczych rozwiązań w sytuacji problemowej.

Podkreślić też trzeba strategiczny aspekt tej pracy — inicjowałam jej przebieg i projektowałam interwencje dopasowane do natury prezentowanego problemu.

Narzędziem terapeutycznym, adekwatnym do założonych celów, okazała się, obok hipnozy ericksonowskiej, metafora. Metafora pozwalała na niedyrektywną komunikację z pacjentką, przekaz treści, lecz także uruchamiała zmianę. Milton Erickson znany był z umiejętności wykorzystywania przypowieści — historii odnoszących się do realnych wydarzeń z życia, obrazujących pośrednio i symbolicznie problem pacjenta oraz możliwość jego rozwiązania, przekazujących leczące idee lub pełniących inne funkcje terapeutyczne. Taka metoda wymaga aktywności pacjenta i zaangażowania w terapię; rozwija jego myślenie i samodzielność, gdyż pacjent słuchając opowieści sam poszukuje znaczenia przekazu i sam formułuje wnioski [1]. Metaforyczny charakter prowadzonej terapii zachowany był w ciągu całego procesu terapeutycznego.

Teoretyczne założenia prowadzonej terapii

Posługiwałam się modelem hipnoterapii, zaprezentowanym przez Ernesta Rossiego [2]. Łączy on w całość pionierskie prace nad fizjologią stresu Hansa Selye'go oraz psychiatrię Milтона Ericksona, który badał zjawiska współwystępujące w naturalnych zachowaniach pacjentów z funkcjami psychosomatycznymi, pojawiającymi się w hipnozie [3].

Hipnoza ericksonowska¹ — podkreśla Rossi — „różni się od podejścia tradycyjnego, w którym bezpośrednia sugestia ma »odwołać« symptom albo zakazać mu pojawienia się” [2, s. 83]. Pośrednia metoda Ericksona wykorzystuje naturalne sposoby leczenia, które generuje psychika. Terapia polega na ominięciu tego, co Erickson nazwał „wyuczonymi ograniczeniami” [4].

Pisząc na temat natury hipnoterapii, Erickson przedstawił całkowicie nową koncepcję transu², rozumianego jako okres twórczej reorganizacji: „Wprowadzenie i utrzymanie transu służy temu, by powstał szczególny stan psychiczny, w którym pacjent może na nowo powiązać i zreorganizować swe wewnętrzne psychiczne zawilości oraz wykorzystać możliwości w sposób zgodny z przeszłym doświadczeniem [...]. Terapia jest rezultatem wewnętrznej resyntezy zachowania, dokonywanej przez samego pacjenta” [4, s. 84].

Celem hipnozy ericksonowskiej jest indukowanie transu terapeutycznego, tzn. stymulowanie konstruktywnego wewnętrznego procesu, prowadzącego do wzbudzenia wrażliwości na wewnętrzną reakcję pozytywnych aspektów nieświadomości [5].

Koncepcja hipnoterapii Rossiego „próbuje powiązać symptom z problemami, aby dokonać ich transdukcji, tak, by przybrały formę twórczości” [2, s. 102]. Ideomotoryczne ujmowanie problemów i symptomów — jak pisze Rossi — może pomóc dotrzeć do niewyczerpanych zasobów sztuki terapeutycznej oraz sposobów uzdrawiania.

Pacjent doświadczający traumatycznych wydarzeń przeżywa trans objawowy — niezależnie od woli zaabsorbowanie bolesnymi i dysfunkcjonalnymi w skutkach doświadczeniami, które można opisać jako zaburzenia percepcji, emocji i zachowań [6]. Nieświadomie i automatycznie kreuje wtedy obraz siebie i świata, który sprzyja przeżywaniu negatywnych objawów.

Elementy transu objawowego obejmują:

- 1 — zawężoną, ograniczającą percepcję siebie samego i świata, czyniącą niemożliwym rozpoznanie zachodzących zmian i płynne do nich zaadaptowanie się;
- 2 — sztywne schematy zachowań, które są niedostosowane do kontekstu określonej sytuacji i w rezultacie prowadzą do poczucia bezradności, porażki, odrzucenia, frustracji itp.;
- 3 — odrzucenie różnych aspektów siebie zamiast ich integrowania jako zasobów;
- 4 — zaburzone relacje z bliskimi i innymi osobami poza rodziną [7].

¹ Hipnoza — forma unikalnego i złożonego, lecz normalnego zachowania, które może być prawdopodobnie wywołane u wszystkich ludzi w odpowiednich warunkach. Funkcjonowanie na szczególnym poziomie świadomości charakteryzuje stan podatności/wrażliwości i reagowania/odpowiadania, w którym wewnętrzne uczenie się przez doświadczenie i zrozumienie może mieć wartość porównywalną lub nawet taką samą jak to zwykle zdobywane poprzez bodźce płynące z zewnętrznej rzeczywistości (definicja napisana dla encyklopedii Britannica przez M.H. Ericksona i cytowana w niej w latach 1954–1973)

² Trans — naturalistyczny, wzbudzany samoistnie przez podmiot w ciągu dnia lub w toku komunikacji z drugim człowiekiem, odmienny stan świadomości związany ze wzrostem reagowania na idee i wrażenia.

Trans terapeutyczny, świadomie indukowany przez terapeutę na sesji, jest doświadczeniem, w którym zmieniają przekonania i ramy odniesienia, dzięki czemu pacjent uzyskuje dostęp do mentalnych wzorców i skojarzeń, prowadzących do rozwiązania sytuacji problemowej (poszerzony jest repertuar możliwych zachowań, zwiększa się elastyczność pacjenta) [3].

Zjawiska hipnotyczne, charakterystyczne zarówno dla transu objawowego, jak i terapeutycznego, mają charakter kontinuum i występują w wymiarze:

- 1 — przestrzeni i ruchu
dysocjacja — asocjacja
katalepsja — elastyczność (ruch);
- 2 — czasu;
regresja wieku — progresja wieku
rozciągnięcie czasu — zawężenie czasu;
- 3 — wrażeń sensorycznych
anestezja — hiperestezja
amnezja — hipermnezja
halucynacja negatywna — halucynacja pozytywna [6].

W przypadku pracy z traumą chodzi głównie o zmianę w wymiarach takich zjawisk transowych, jak:

- a) dysocjacja — asocjacja — terapeuta dąży do harmonijnego połączenia (asocjacji) odszczepionych, w wyniku traumatycznego doświadczenia, części;
- b) katalepsja — elastyczność
— terapeuta szuka wyjścia ze zniecieruchomienia i poszerza możliwości wyboru dostępnych zachowań;
- c) regresja wieku — progresja wieku
— terapeuta najpierw powraca z pacjentem do czasu, w którym doświadczał on urazu, po to, aby pozwolić na przetworzenie przeżywania zdarzeń i przejście potem ponownie do adekwatnego dla wieku etapu rozwoju;
- d) amnezja — hipermnezja
— terapeuta wspiera rekonstrukcję traumatycznych wydarzeń w celu przypomnienia zasobów i transformacji pamięci [8].

Jak pisze Klajs „można spożytkować zjawisko dysocjacji w pracy z doznaniem traumatycznym, przewartościowując i redefiniując bolesne zdarzenia z przeszłości, co zostało rozwinięte w strategię, noszącą nazwę rekonstrukcji historii osobistej. W transie, ze względu na zawężenie uwagi i skierowanie jej do wewnątrz, łatwiej jest pacjentowi dotrzeć do własnych zasobów” [9, s. 516].

Hipnoza ericksonowska, promująca kreatywny udział pacjenta, jest przydatna w leczeniu traumy, gdyż może on przypisać sobie powodzenie leczenia, odzyskując przy tym poczucie kontroli i sprawstwa [10]. Orientacja w stronę przyszłości jest jednym z fundamentalnych aspektów podejścia ericksonowskiego. Terapeuta szuka razem z pacjentem sposobów korzystania z doświadczenia transu w realnym życiu poza sesją. Pacjent formułuje wizję pozytywnej przyszłości [9].

Te strategie pomagają skutecznie wyprowadzić pacjenta ze stanu pourazowego zniechęcenia (katalepsji) w kierunku zmian w życiu, aktywności i progresji.

Sylwetka pacjentki

Na terapię zgłosiła się do mnie 28-letnia kobieta, samotna panna, wyglądająca na młodszą niż była w rzeczywistości, nie eksponująca swojej kobiecości. Miała wyższe wykształcenie i w chwili podjęcia terapii pracowała jako pedagog w ośrodku terapeutycznym dla dzieci. Mieszkała w wynajętym mieszkaniu, oddzielnie od rodziny pochodzenia. Była jedynaczką, oboje rodzice żyli, mieli wykształcenie wyższe i byli aktywni zawodowo.

Pacjentka cierpiała na długoletni, ciężki stan zapalny pochwy, objawiający się nasilonymi upławami (med.vaginitis). Nie poddawał się on leczeniu środkami farmakologicznymi (w chwili podjęcia terapii pacjentka nie przyjmowała już żadnych leków). Ten stan zapalny był w opinii leczącego pacjentkę lekarza tzw. zapaleniem idiopatycznym (bez przyczyny bakteryjnej).

Objawy pojawiły się ok. 12. roku życia, kiedy pacjentka przeżyła pierwszą menstruację, która zaniknęła po kilku miesiącach. Matka pacjentki nie interesowała się jej problemami, ponadto sama pacjentka starała się nie przysparzać zmartwień rodzicom. Matka poszła więc z córką do ginekologa w sprawie jej zaburzenia cyklu miesięczkowego dopiero wtedy, kiedy ostry, przykry zapach upławów zaczął być odczuwany przez osoby z otoczenia (w 16. roku życia córki). Lekarka skierowała matkę pacjentki do psychiatry, ponieważ stwierdziła u niej silną depresję, a córkę do poradni psychologicznej, aby mogła uzyskać wsparcie. Dzięki pomocy psychologa pacjentka zaczęła wyjeżdżać samodzielnie na wakacje, biorąc aktywnie udział jako wolontariusz w opiece nad dziećmi specjalnej troski. Miała też możliwość wejścia w grupę młodzieżową, działającą na terenie poradni. Będąc na studiach, podjęła dwuletnią terapię indywidualną (sądząc z opisu pacjentki w podejściu psychodynamicznym), która odbywała się w poradni studenckiej. Korzystała z niej aż do momentu ukończenia studiów (twierdziła, że sama ją przerwała). Celem tamtego leczenia było osiągnięcie zmiany objawowej w zakresie niepokoju, polepszenie relacji z rodzicami, praca nad niezależnością i separacją od rodziny pochodzenia.

Terapia ta pomogła pacjentce przede wszystkim zrozumieć siebie i przyczyny zaburzeń relacji w rodzinie, zaakceptować rodziców, zlikwidować oznaki napięcia, zmniejszyć trudności z zasypianiem z powodu zmartwień, odzyskać spokój, zwiększyć pewność siebie. Wyrazem autonomii, jaką osiągnęła, był fakt, że wyprowadziła się wtedy od rodziców i zamieszkała samodzielnie.

Rozumienie objawów pacjentki i cele terapii

Powodem zgłoszenia się pacjentki na terapię były utrzymujące się od lat upławy i zaburzenia cyklu miesięczkowego. Jej stan można było zakwalifikować jako zaburzenia somatyzacyjne (F45.0). Objawów nie można było wyjaśnić występowaniem żadnej wykrywalnej choroby somatycznej. Pacjentka skoncentrowana była na nieprzyjemnych wrażeniach w obrębie narządów płciowych, na obfitej wydzielinie z pochwy i swędzeniu skóry. Objawy były uciążliwe, gdyż wymagały ciągłej i wzmożonej dbałości o higienę. Pacjentka ze względu na „poczucie nieświeżości i przykrego zapachu” — jak twierdziła

— wycofywała się z kontaktu z mężczyznami. Perspektywa zbliżenia seksualnego z partnerem wywoływała u niej silne uczucia lęku i niechęci. Pacjentka miała obniżone potrzeby seksualne. Negatywne nastawienie do seksu tłumaczyła zarówno swoim niskim poczuciem wartości, jak i przeszłymi doświadczeniami w relacji z ojcem (który okazał się niegodny zaufania). Utrzymywała przyjazne stosunki z kobietami (miała kilka bliskich przyjaciółek). Swoje relacje z rodzicami opisywała jako poprawne, ale rzadko się z nimi kontaktowała i utrzymywała wobec nich emocjonalny dystans. Była aktywna zawodowo, oceniała wybór zawodu i pracę z dziećmi specjalnej troski jako dającą szansę na samorealizację. Skarżyła się jednak na obniżony nastrój, utratę zainteresowań i zadowolenia z aktywności dla niej dotychczas przyjemnych, spadek zaufania do swoich możliwości, pesymistyczne wyobrażenie przyszłości, zmniejszenie energii, a zwiększenie męczliwości, i poczucie bezwartościowości. Odczuwała samotność. Zaczynała przeżywać tęsknotę za miłością, bliskością z partnerem, posiadaniem własnej rodziny i być może w przyszłości dziecka.

Celem terapii było dla pacjentki pozbycie się objawów i wyregulowanie cyklu miesięczkowego. Uważała, że pozbycie się uciążliwych objawów pozwoli na zwiększenie poczucia atrakcyjności jako kobiety i umożliwi zbliżenie się do ludzi, być może zaryzykowanie też kontaktu z mężczyznami. Była świadoma związku między reakcjami jej ciała a stanem psychicznym. Widziała przyczyny powstania problemu w historii własnego okresu dorastania i tego, co zdarzyło się w jej rodzinie.

Na pierwszym spotkaniu opowiedziała mi o sytuacji rodziny pochodzenia. Jej ojciec miał pozamałżeński związek z kobietą, który trwał wiele lat — mniej więcej od 8. do 18. roku życia pacjentki. Rodzice byli w ciągłym konflikcie. Ojciec mało przebywał w domu. Matka była w głębokiej rozpacz — trzykrotnie podejmowała próby samobójcze. Córnica służyła jej jako emocjonalny obiekt, który miał zastąpić partnera — jej zadaniem było nie tylko rozweselać i pocieszać matkę, ale troszczyć się o jej potrzeby. Matka do 15. roku życia córki spała z nią w jednym łóżku, kurczowo przytulając się do jej ciała. Pacjentka wspominała, że żyła w ciągłym lęku. Wracając ze szkoły nie wiedziała, czy nie zastanie matki martwej, leżącej pod stołem. Zdarzyło się kilka razy, że matka odkręciła gaz, z zamiarem wypełnienia samobójstwa, i interwencja córki uratowała jej życie.

Pacjentka była bardzo posłusznym dzieckiem, wzorową uczennicą. Nikt w klasie nie orientował się w jej problemach rodzinnych. Była bardzo samotna. Nie wyjeżdżała nigdzie na wakacje. Dopiero w wieku 18 lat pojechała z grupą młodzieży na obóz nad morze, gdzie zajmowała się opieką nad dziećmi upośledzonymi umysłowo. Mogła wtedy oderwać się psychicznie od problemów rodziny i na chwilę poczuć się wolna. Gdy była na studiach, jej rodzice pogodzili się. Ojciec zrezygnował z nieformalnego związku, matka osiągnęła równowagę psychiczną.

Celem podjętych przeze mnie działań terapeutycznych była praca z urazem z dzieciństwa. Nasilenie i przewlekły charakter objawu somatycznego (który nie ustąpił mimo pierwszej terapii) były wskaźnikami jego przeżycia. Ciało sygnalizowało potrzebę zmiany w obszarze seksualności i dojrzałości pacjentki, aby mogła ona przejść na kolejny etap rozwoju, którym był związek z mężczyzną.

Występowały u niej zjawiska hipnotyczne typowe dla transu objawowego związanego z urazem, przy czym oś dysocjacja — była wiodąca:

dysocjacja	—	asocjacja
katalepsja	—	elastyczność
regresja wieku		progresja w czasie
amnezja	—	wyostrzenie pamięci
anestezja	—	hiperestezja

Sytuację pacjentki, która od wczesnego dzieciństwa miała do czynienia z niezwykle emocjonalnie trudnym, wyczerpującym ją doświadczeniem w systemie rodzinnym, rozumiałam jako przyczynę wewnętrznej dysocjacji (odcięcia się od świadomego doświadczania ciała). Dysocjacja pełniła funkcję obronną, była formą ucieczki z sytuacji, z której uciec nie było można. Negatywne okoliczności życiowe doprowadziły do nadmiernej psychologicznej modulacji układu autonomicznego, hormonalnego i odpornościowego, co powodowało powstanie zaburzeń pod postacią objawów somatycznych. Problem, który powstał w przeszłości, istniał nadal, gdyż zaburzenie zyskało autonomię funkcjonalną — trwało w postaci reakcji ciała, które manifestowały się w sposób niezależny, sprzeciwiając się świadomej części ego [2].

Problemy zdrowotne pacjentki rozumiałam również jako efekt jej przebywania w warunkach wzmożonego i przedłużającego się stresu psychicznego, w sytuacji, z którą nie mogła sobie poradzić i straciła nadzieję na pomoc z zewnątrz — od członków rodziny czy nauczycieli w szkole. Była bezradna wobec tego wszystkiego. Skutkowało to stanem katalepsji — zastygnięcia na wczesnym etapie dorastania. Zaburzony został rozwój seksualny — pacjentka nie interesowała się mężczyznami ani nie miała potrzeby wejścia z nimi w trwałą, intymny związek (a więc przejścia na następny etap rozwoju). Zatrzymanie się na tym etapie rozwoju widoczne było także w wyglądzie pacjentki — wyglądała na dużo młodszą niż jej wiek metrykalny.

Obserwacje kliniczne pokazują, że stresy z dzieciństwa mogą nadmiernie stymulować procesy rozwoju dziecka, czego rezultatem jest jego przedwczesna dojrzałość psychiczna [2]. Zachwianie poczucia bezpieczeństwa powoduje, że potrzeba zależności nie jest zaspokojona. W tej sytuacji dziecko podejmuje próbę przedwczesnej identyfikacji z jednym z rodziców. Opieka nad nim staje się źródłem jego tożsamości i formą obrony przed zagrożeniem [11]. W przypadku mojej pacjentki obiektem identyfikacji była matka. Pacjentka podjęła nieświadomą decyzję: „Jeśli nie mogę jej mieć, muszę się stać taka jak ona, żeby się bez niej obyć”. Rezultatem była jej walka z poczuciem zagrożenia za pomocą pseudoniezależności. Powstało w niej pragnienie przedwczesnej samowystarczalności, manifestowane aktywnym udziałem w opiekowaniu się matką. Nawet w chwilach wielkiego obciążenia nie chciała przyjąć od nikogo pomocy i miała problem z bezpośrednim przyznaniem się do własnych potrzeb. Gdy miała 6 lat, nauczyła się gotować i od tego czasu przygotowywała posiłki, sprzątała dom i pomagała w pracach domowych. Jako 12-letnia dziewczynka była nad wiek dojrzała, posłuszna i godna zaufania (prezentowała więc również progresję wieku). Objawy pacjentki były także sygnałem niedokończonego procesu rozwoju kobiecej tożsamości, ukazywały potrzebę zmiany jej postawy wobec własnego ciała i płci, ról kobiecych i seksualności, tak, aby możliwa była wewnętrzna integracja, osiągnięcie bliskości w związku z mężczyzną. Sugerowały więc konieczność pracy nad procesem rozwijania własnej odrębności w procesie dojrzewania (w wymiarze zjawiska transowego, jakim jest regresja — regresja wieku).

Proces terapii opierałam na założeniu, że spożytkuję mechanizmy obronne pacjentki w procesie leczenia. Metody hipnoterapii pozwalały pacjentce znaleźć własne rozwiązania, gwarantujące wyjście z katalepsji.

Podstawowym celem leczenia było dokonanie „wewnętrznej reperacji”, odciętej od świadomego przeżywania, chorej części psychiki oraz rozbudowanie i wzmocnienie części zdrowej w aspekcie świadomej identyfikacji pacjentki z płcią i pozytywnego określenia kobiecej tożsamości. Chodziło więc o przejście w procesie terapii od stanu dysocjacji umysł — ciało do stanu asocjacji z potrzebami ciała (świadomego odczuwania ciała) oraz osiągnięcie pełnej indywidualności.

Proces terapii

Zawarłam kontrakt z pacjentką na spotkania, trwające ok. 50 minut, odbywające się co tydzień w gabinecie prywatnym. Pacjentka nie korzystała z żadnych innych form terapii. Przychodziła regularnie, nigdy nie odwołała sesji ani się nie spóźniła.

Terapia prowadzona była w czterech etapach:

- dostrajania się oraz budowania bezpiecznej relacji i zaufania pacjentki;
- zaszczepiania idei³, wydobywania zasobów i pracy z objawem;
- kreowania nowych doświadczeń i rozwijania kobiecej tożsamości;
- pracy z lojalnością wobec rodziny pochodzenia, opracowania rytuału przejścia i pożegnania.

Ad 1. Na pierwszym etapie terapii dostrajałam się do potrzeby pacjentki niewracania do bolesnej przeszłości. Pacjentka nie chciała mówić o urazowych doświadczeniach. Twierdziła też, że niewiele pamięta z okresu dorastania i dzieciństwa. Szanowałam jej „obronną” część psychiki, posługującą się amnezją jako sposobem na unikanie bólu. Przewartościowywałam jej milczenie i znieruchomienie (katalepsję) jako wyraz wewnętrznej mądrości pozwalającej wybierać to, co najlepsze dla zdrowia. Próbowałam asocjować ją z uczuciami i doznaniem ciała, proponując, aby obserwowała myśli i uczucia, jakich doznaje na sesji, aby odbierała wrażenia z ciała. Pierwsze sesje minęły prawie w milczeniu. Rozumiałam, że pacjentka potrzebuje czasu, aby zbudować zaufanie i bezpieczeństwo w relacji ze mną.

Ad 2. Na drugim etapie terapii, dla osiągnięcia zmiany objawowej, posłużyłam się technikami hipnozy, opracowanymi przez Ernesta Rossiego, znanego ucznia i współpracownika Milтона Ericksona. Rossi opracował pionierskie metody komunikacji między psychiką a ciałem, umożliwiające rozwiązywanie zaburzeń psychosomatycznych [2]. W metodach tych zawarte jest niewzruszone zaufanie do zdolności ciała, które potrafi wykorzystać własną wiedzę w celu wspomagania uzdrowienia.

Ideę „wewnętrznego lekarza — mądrości zapisanej w ciele”, którą wprowadził do literatury David Araoz [12], zaszczepiłam już na pierwszym spotkaniu [12]. Pozwoliła ona na oddanie pacjentce pełnej odpowiedzialności za wyzdrowienie, dzięki ustaleniu bliskiej relacji z samą sobą.

³ Zaszczepianie idei — ekspozycja, a następnie stopniowe wypracowywanie nowych pomysłów (idei) przed wykorzystaniem ich do celów terapeutycznych.

Indukcja hipnozy, którą zaproponowałam, jest tzw. strategią wewnętrzną, polegającą na kierowaniu uwagi pacjenta na wewnętrzne doświadczenie i reaktywowanie jego sieci skojarzeń tak, aby generował on wspomnienia własnych przeżyć [2].

W trakcie kolejnych spotkań proponowałam pacjentce procedurę twórczego rozwiązywania problemu metodą trzech kroków opisaną pierwotnie przez Milтона Ericksona i Ernesta Rossiego:

Sygnalizowanie gotowości do pracy wewnętrznej

„Kiedy głęboka warstwa twego umysłu zorientuje się, że jest w stanie rozwiązać ten problem (przerwa — podczas której pacjentka podąża za swoimi skojarzeniami), poczujesz, że jesteś coraz bardziej odprężona i wtedy zamkniesz oczy...”.

Dochodzenie do związanych ze stanem zasobów i ich transdukcja

„Teraz twój umysł może nadal pracować nad rozwiązaniem problemu w sposób całkowicie zgodny z twoimi potrzebami (przerwa — podczas której pacjentka wewnętrznie dokonuje transformacji informacji). Twój umysł może na różne sposoby wykorzystać wspomnienia, doświadczenia życiowe i zdolności, z których dotąd nie zdawałaś sobie sprawy”.

Potwierdzenie rozwiązania problemu

„Kiedy twój umysł zorientuje się, że dalej sama możesz skutecznie zajmować się tym problemem, poczujesz, że masz ochotę się poruszyć (przerwa — podczas której pacjentka odbiera wewnętrzny sygnał, że praca się odbyła), otworzysz oczy i obudzisz się zupełnie rześka” [3].

Gotowość do pracy wewnętrznej pojawiła się od pierwszej sesji, w której zastosowałam hipnozę. Widoczne były reakcje fizjologiczne, pacjentka potwierdzała stan transu podkreślając wrażenie „głębokiego zapadnięcia się gdzieś”, „poczucie poruszenia wewnątrz”, „cielesne odczucia ciepła i przepływu”. Nie pamiętała jednak niczego więcej i dopiero po trzech miesiącach pracy, gdy wprowadziłam technikę „magiczne dłonie” — pozwalającą na wykorzystanie procesu w wymiarach asocjacja — dysocjacja i katalepsja — ruch, pacjentka zaczęła ujawniać swoje wyobrażenia, uczucia i myśli. Indukcja brzmiała: „Jeżeli twoja nieświadomość uzna, że możliwa jest dzisiaj praca nad poszukiwaniem rozwiązania, to twoje ręce zaczną się do siebie zbliżać automatycznymi, mimowolnymi, niezauważalnymi ruchami”.

Pacjentka zaczęła ujawniać, co przeżywa. Na przykład na jednej z sesji pojawił się obraz starej kamiennej studni i kobiety czerpiącej z niej wodę. Pacjentka powróciła do obrazów z wczesnego dzieciństwa — pobytu u babci na wsi. Przypomniała sobie smak zimnej wody, którą piła, zaczerpniętej prosto z wiadra przy studni, w upalne dni. Pojawiło się wtedy wyobrażenie celu, który chciała osiągnąć, aby przyszłość jej była lepsza. Zobaczyła siebie w przyszłości podobną do kobiet z plemion, które noszą dzbany z wodą na głowie. Wyobraziła sobie siebie samą idącą swobodnie i z gracją, kołyszącą biodrami, z wyprostowanymi plecami. Ta postawa ciała stała się dla niej symbolem godności i szacunku do siebie.

Techniki transowe kontaktowania się z bólem w ciele, przywoływania jego symbolu i komunikowania się z nim pozwalały znaleźć pozytywne znaczenie choroby. W trakcie „dialogu” z tą częścią, która „wytwarzała objawy”, pacjentka znajdowała odpowiedź, w jaki sposób choroba „pomagała” jej dokonać transformacji w życiu. Powoli odkrywała, że zaabsorbowanie chorobą kierowało jej uwagę na osobiste sprawy i zwalniało ją od odpowiedzialności za innych ludzi, pozwalało troszczyć się o zdrowie, dbać o własne potrzeby. Uświadomiła sobie, że doświadczanie objawów uczyniło ją bardziej wrażliwą i zaprowadziło na terapię, w wyniku której zaczęła zajmować się wypartymi aspektami swojego życia, takimi jak zabawa, sztuka, związki z ludźmi. Pacjentka w trakcie terapii coraz bardziej zaczynała koncentrować się na odpoczynku. Zaczęła rozwijać swoje zainteresowania i różne formy aktywności, jak wędrówki po górach, uprawianie ogrodu, śpiewanie w chórze, spotykание się z przyjaciółmi.

Ad 3. Na trzecim etapie terapii rozwijania kobiecej tożsamości metafora stała się dla pacjentki użytecznym narzędziem ekspresji siebie. Łatwiej jej było opisywać swoje stany za pomocą obrazów. Zaczęła doświadczać przyjemności tworzenia wyobrażeń.

Na jednej z sesji na tym etapie korzystania z własnej kreatywności pracowałyśmy nad wyobrażeniem „wewnętrznego lekarza”. Najpierw poprosiłam, aby skoncentrowała się na obrazie związanym z dolegliwościami ciała [12]. Pacjentka porównała objawy do zanieczyszczonej plaży nad oceanem. Zanieczyszczenie powstało jako „efekt” sztormu, który wyrzucił na brzeg resztki martwych zwierząt i zgniłe algi. Następnie przywołała obraz wewnętrznych sił leczących — pojawiły się one pod postacią olbrzymich fal przevalających się z energią na brzeg. Kolejny obraz odnosił się do widoku spokojnego ranka na plaży, gdzie wśród kamieni poruszały się małe kraby oczyszczające piasek.

W celu wzmocnienia leczącego działania sugestii zachęcałam pacjentkę do powtarzania w domu doświadczeń wizualizacji. W tym czasie pacjentka urządziła u siebie w domu specjalne miejsce do medytacji. Ustawiła w pokoju małą fontannę, przedstawiającą kobietę lejącą z dzbana wodę, i wykorzystała szmer płynącej wody do wyobrażania sobie strumienia oczyszczającego ją wewnętrznie. W procesie terapii spożytkowałam również opowiadanie bajek. Jedną z nich, pochodzącą ze zbioru bajek dotyczących rozwoju kobiecości, pod tytułem „Mądra Wasylisa”, przedstawia historię małej dziewczynki, która dostaje od umierającej dobrej matki laleczkę i błogosławieństwo na drogę życia [13]. Lalka jest w tej bajce symbolem kobiecej intuicji i wiedzy. Z lalką w kieszeni bohaterka stawia czoło najpierw złej macosze, potem, wygnana z domu, wyrusza do ciemnego lasu, aby odszukać starą wiedźmę — strażniczkę ognia. Kierowana wewnętrzną mądrością — intuicją, której sygnałów słucha, pytając o radę lalkę, zdobywa ogień, odnajduje drogę do domu i pokonuje prześladowcze postacie w swoim życiu.

Ta stara słowiańska bajka — w moim rozumieniu — pokazuje drogę rozwoju kobiecości, która prowadzi przez śmierć dobrego obiektu, przejście przez próbę inicjacji w kontakcie z niszczącymi aspektami psychiki, przyzwolenie, aby odkryć wiedzę kobiety „wiedźmy” w sobie, zdobyć ogień (kontakt z popędową energią) i podążyć za własną naturą.

Część interwencji wprowadzałam w formie bajek i opowieści metaforycznych, które przekazywałam pacjentce, kiedy ta pracowała w transie. Zaszczepiłam idee korzystania z własnej intuicji, której trzeba się radzić w sprawach doniosłych i błahych.

Na tym etapie terapii wielokrotnie powracałam do przekazu sugestii pozwalających pozytywnie spojrzeć na aktualną sytuację życiową. Odzwierciedlały one główne założenia terapii ericksonowskiej — niezależnie od tego, jak trudne doświadczenie spotyka ciebie w życiu, możesz pamiętać o tym, że:

masz siebie (swoje ciało)
masz nieświadomość
masz przyszłość.

Opowiadanie bajek spożytkowałam w pracy z pacjentką jeszcze kilkakrotnie. Bajki odnoszące się do utraty własnej tożsamości, jak również do siły i odwagi jej poszukiwania, takie jak: „Skóra foki — skóra duszy”, „Kobieta szkielet”, silnie ją poruszały [13].

Sądzę, iż słuchanie bajek było dla pacjentki emocjonalnym doświadczeniem korektywnym. Wykorzystywałam więc zjawisko hipnotyczne regresji pacjentki do dokonania zmiany jej historii osobistej. Proponowałam, aby wyobrażała sobie, iż cofa się do czasów dzieciństwa i jest małą dziewczynką, która leży wieczorem w łóżku i słucha opowiadanej przez ukochaną babcie bajki. Rozluźnianie się, zamykanie oczu, odpuszczanie kontroli i zdawanie się na „sen” transu, podczas gdy opowiadałam bajkę, pozwalało pacjentce na odczuwanie ciepła, opieki i bliskości.

Treści bajek zawierały ważne przekazy, pomagające dorastać pacjentce na kolejnych etapach rozwoju — od czasu, gdy była małą dziewczynką, do czasu dojrzewania seksualnego. Takiego doświadczenia brakowało jej w realnym życiu w kontakcie z własną matką, z którą pacjentka spała aż do 15. roku życia. Była przy tym traktowana przedmiotowo — jej ciało „używane” było do zabezpieczenia dobrego samopoczucia matce. Bliskość z córką, być może, kompensowała matce brak partnera. Matka przekraczała granice intymności (można nawet powiedzieć, że była to jakaś forma nadużycia seksualnego). Pacjentka wspominała swój dyskomfort w tak bliskim kontakcie fizycznym z matką. Kiedy matka, sama roznegliżowana, dotykała jej ciała lub trzymała ją kurczowo w ramionach, pacjentka zastygała w bezruchu i próbowała odciąć się od swoich wrażeń, uczuć i myśli. Wspominała, że pojawienie się pierwszej miesiączki, a potem upławów, chroniło ją przed nocami spędzonymi z matką. Intensywność objawu spowodowała, że matka zaczęła doświadczać nieprzyjemności w kontakcie fizycznym z córką i odsuwać się od niej. Potem zaczęła zwracać uwagę na stan córki, dostrzegła jej problemy somatyczne. Proces separacyjny pacjentki zaczął się od spania we własnym łóżku (dopiero ok. 15. r.ż.). Wreszcie nastąpił powrót do właściwych ról — córka przestała być matką dla własnej matki, a matka zaczęła opiekować się córką.

Wyrazem troski matki o samopoczucie córki było między innymi to, że poszła z nią do ginekologa. Lekarka spowodowała dalszy ciąg zdarzeń — leczenie matki u psychiatry oraz odesłanie córki do psychologa w poradni.

W tym kontekście rozumiałam pojawienie się objawu nie tylko jako komunikatu ciała, dotyczącego potrzeb pacjentki, ale również jako sygnału, że wymagana była zmiana w systemie rodzinnym, aby dalej mogła się ona rozwijać jako kobieta.

Wzroglą krainę seksualności kobiety wchodzi za pośrednictwem własnego ciała, kiedy zaczyna się menstruacja. O wzajemnych powiązaniach pożądania i zdolności rodzenia „opowiada” im najpierw krew [14]. Pierwsza miesiączka jest czasem szczególnym

i trudnym. Wtedy dziewczynka potrzebuje matki, która wprowadzi ją w księżycowy cykl, aby świadomie doświadczała nieuchronności, z jaką zetknie się potem rodząc dziecko. Doświadczenie nieuchronności czyni kobietę dojrzałą, poddanie się prawom natury i akceptacja ciała wzmacnia jej odporność.

Na tym etapie rozwoju — przejścia ze stanu dorastania w dorosłość — większość prezentowanych problemów ma jakiś związek z separacją [15]. Objawy mogą być widziane metaforycznie jako próba trzymania na dystans do osób z zewnątrz. Pacjentka nie miała związków z mężczyznami, nie próbowała nawet z nimi nawiązać znajomości. Jednocześnie pozostawała blisko i w lojalności do kogoś w rodzinie pochodzenia. W tym przypadku symptom pełnił bardzo ważną rolę regulowania bliskości z matką — odsuwał ją od niej i budował granice.

Wprowadzając tematykę dojrzewania seksualnego posługiwałam się opowieściami o życiu w pradawnych plemionach, w których w okresach menstruacji kobiety izolowały się od mężczyzn, pozostawały w swoim kręgu w odosobnieniu od społeczności. Jedną z opowiadanych legend nawiązywała do rytuału u Izraelitów. Młoda dziewczyna prowadzona była do specjalnego namiotu na pustyni, gdzie odurzona narkotycznym naparem, leżąc na ziemi, oddawała swoją krew ziemi, przyjmowała czerwień krwi jako symbol życia i związku z naturą.

Ad 4. W końcowym etapie terapii skoncentrowałam się na opracowaniu z pacjentką rytuału, pozwalającego na odcięcie się ostatecznie od bolesnej przeszłości, ale również na uzyskanie prawa do nowej tożsamości. Obrzędy, wiążące się z przejściem przez próg dojrzewania na następny etap rozwoju, zaliczamy do rytuałów inicjacji i przejścia (transition rituals). Pacjentka potrzebowała równocześnie rytuału żałoby (pożegnania się z tym, co straciła) i błogosławieństwa, dającego prawo do istnienia w dojrzałej kobiecej postaci. Ważne było, aby w rytuale zawrzeć przekazy dotyczące celebracji życia, oczyszczenia i zdrowienia.

Rytuał terapeutyczny jest potężnym narzędziem zmiany — zwykle polega na wykreowaniu zaplanowanego działania, które jest wykonywane w kontekście interpersonalnym [15]. Rytuał inicjuje zmianę — uruchamia nadzieję na to, że istnieje rozwiązanie, pozwala przewartościować bolesny objaw w pozytywną sytuację. Zmieniając uczucia, ułatwia pacjentowi uzyskanie emocjonalnego dystansu wobec prezentowanego problemu i daje mu więcej wolności wyboru w podejmowaniu ryzyka nowych zachowań.

Rytuał, który zaplanowałam z pacjentką, działał jak metafora i umożliwiał współpracę z nieświadomością. Wspierał proces separacji od rodziny pochodzenia, zmiany tożsamości i indywidualności. Był uzdrawiającą ceremonią, która kreowała możliwość ruchu w czasie, a więc polegał na pracy terapeutycznej w wymiarach zastygnięcia (katalepsja) — ruch (elastyczność) oraz regresja — progresja [16].

Rytuały przejścia pomagają ludziom zmieniać role — w tym przypadku chodziło o wyjście z ograniczającej roli córki, a podjęcie roli dojrzałej kobiety. Przygotowanie do rytuału polegało na zgromadzeniu symbolicznych przedmiotów. Ważne było, by pacjentka sama wyznaczyła miejsce i odpowiedni czas, aby wykonać obrzęd dokładnie w momencie, gdy będzie „gotowa”.

Sesja odbywała się w gabinecie. Kolorowa lina wyznaczyła linię życia pacjentki od momentu poczęcia do chwili obecnej, aż po przyszłość.

Na linii życia zaznaczone były symbolami zasoby, to znaczy pozytywne wspomnienia relacji z babcią, a także doświadczenia urazowe z rodziny związane z matką:

- okres wczesnego dzieciństwa i relacja z babcią oznaczone zostały naczyniem z czystą wodą;
- okres depresji matki i kryzys w rodzinie pochodzenia symbolizowały ciemne kawałki materiału;
- momenty najtrudniejsze — próby samobójcze matki i okres dorastania — przedstawiały kamienie.

Pacjentka przyszła ubrana w sukienkę koloru czerwonego wina, była uczesana, umalowana i przyozdobiona biżuterią. Prowadząc ją po linii życia, asocjowałam ją z zasobami, które miały pomóc jej przejść przez okres trudny. Stała potem w miejscu obrazującym „teraz”. Tutaj dostała ode mnie prezent „urodzinowy” (odgrywałam w tym rytuale rolę matki chrzestnej). Była to buteleczka perfum — symbol nowej drogi dojrzałej kobiety.

Do stojących w kręgu figurek, przedstawiających kobiety z jej rodziny, powiedziała: „Pozwolę sobie na to, na co wy sobie nie pozwoliłyście”.

Do matki: „Kocham Ciebie i twój ból zostawię przy Tobie. I proszę, patrz na mnie przyjaźnie”.

Poprosiłam ją, aby popatrzyła potem w przyszłość. Mogła wtedy doświadczyć transu, który poprowadziłam: „Stań stabilnie na podłodze. Pozwól sobie na to, aby odczuć swój środek, oddychaj do swojego środka, tam, gdzie odczuwasz swój środek. Oddychaj. Z każdym oddechem posuwaj się głębiej i głębiej, i jeszcze raz. Widzisz wszystkich, którzy mieli ciężki los, wszyscy z twojej rodziny. I spójrz każdemu w oczy, każdemu z osobna, aż zobaczysz ich bardzo wyraźnie. A potem oni staną wokół ciebie, a ty jesteś w środku — w środku siebie, ty na nich patrzysz, na tych, którzy byli dla ciebie ważni. Otoczona nimi tworzysz wokół siebie miłość i siłę.

Powoli oni wycofują się, otwierają krąg i możesz wyjść. Wtedy stają z boku — a ty patrzysz na swoją przeszłość (1 minuta milczenia). Kłaniasz się przed ich losem. Spoglądasz na nich jeszcze raz i dziękujesz za to, co dostałaś. Potem idziesz w swoją drogę. Czujesz siłę i życie płynie w tobie. Piękna miłość — podczas kiedy czujesz miłość i siłę, podarowany ci zostaje ich obraz i czujesz siłę za plecami. Pozwól sobie na spojrzenie w kierunku twojej przyszłości... Oddychaj... Oddech tworzy życie... Życie, za które jesteś odpowiedzialna, z poczuciem, że życzliwość jest za twoimi plecami...”

W rytuale tym chodziło także o pracę z nieświadomą lojalnością pacjentki wobec własnej matki, aby w pełni świadomie mogła ona porzucić wzorzec kobiet z jej systemu pochodzenia, których życie jest ciężkie, a związki z mężczyznami nieudane. Celem rytuału było uwolnienie pacjentki od poczucia winy, tak, aby mogła realizować własny, pozytywny scenariusz życia.

Zakończenie

Po sześciu miesiącach terapii objawy ustąpiły — nieświadomość zareagowała, nie była konieczna dalsza praca nad przeszłością pacjentki. Kolejne etapy leczenia, które skoncentrowane były na rozwijaniu tożsamości pacjentki i separowaniu jej od rodziny pochodzenia, trwały kolejne dwa miesiące.

Pacjentka uznała po ośmiu miesiącach leczenia, że uzyskana zmiana jest wystarczająca i że osiągnęła założone cele. Zewnętrznym wskaźnikiem powodzenia terapii (oprócz wyregulowania cyklu miesięczkowego i ustąpienia objawów) były zmiany w trybie życia pacjentki — zrobiła przestrzeń dla siebie, na czas wolny, przyjemności i różnorodnego zainteresowania na przykład zaczęła uczyć się tańczyć. Wyrazem pozytywnych efektów terapii były także zmiany w wyglądzie pacjentki — stała się atrakcyjną, świadomą swojego wdzięku, odczuwającą własne ciało kobietą. Przestała myśleć z niechęcią o kontakcie z mężczyznami. Zaczęła nawet interesować się nimi, choć w momencie zakończenia terapii nie nawiązała jeszcze żadnego intymnego związku.

Zgodnie z zasadą terapii krótkoterminowej, że mała zmiana czyni dużą zmianę, uznałam terapię za zakończoną. Uważałam, że osiągnięte efekty były wystarczające, aby uruchomić dalsze zmiany rozwojowe pacjentki. Miałam nadzieję, że nawiąże ona w przyszłości bliską relację z mężczyzną.

W procesie leczenia niezwykle ważne było to, że jako terapeutka dbałam o aktywną współpracę ze zmotywowaną do zmiany i pełną pozytywnych oczekiwań pacjentką. Koncentrowałam się na skutecznych sposobach stymulowania komunikacji między psychiką a ciałem, tak, aby pacjentka uzyskała dostęp do, zależnych od stanu, systemów pamięci, uczenia się i zachowań, oraz wykorzystała zakodowaną tam informację w celu wewnętrznej przebudowy i przejścia do pełnego rozwoju dojrzałej kobiecości opartego na własnych możliwościach i zasobach. Istotne było również, że pacjentka, słuchając metaforycznych opowieści, nie była tylko biernym odbiorcą, ale spostrzegała ich związek z tym, co jej się przydarzyło. Opowiadała je swoimi słowami — tworzyła więc też w trakcie terapii własną historię — kształtując tym samym swoją tożsamość i wzmacniając wewnętrzną integrację.

Piśmiennictwo

1. Szymańska K, Zaborska K. Wykorzystanie metafory w psychoterapii Ericksonowskiej. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. T.VI. Warszawa: Eneteia. Wyd. Psychologii i Kultury; 2011.
2. Rossi EL. Hipnoterapia. Psychologiczne mechanizmy uzdrawiania. Poznań: Zysk i S-ka; 1995.
3. Erickson MH, Rossi E. Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington; 1979.
4. Erickson MH. Hypnotic psychotherapy. W: Rossi E, red. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. T. IV: Innovative hypnotherapy. New York: Irvington; 1948/1980, s. 35–48.
5. Zeig JK. Hypnotic induction. W: Geary BB, Zeig JK, red. **The handbook of Ericksonian psychotherapy**. Pheonix, Arizona: The Milton Erickson Foundation Press; 2001, s. 18–30.
6. Geary BB. Assessment in Ericksonian hypnosis and psychotherapy. W: Geary BB, Zeig JK, red. **The handbook of Ericksonian psychotherapy**. Pheonix, Arizona: The Milton Erickson Foundation Press; 2001, s. 1–18.
7. Yapko M. Essentials of hypnosis. New York: Bruner/Mazel; 1995.
8. Klajs K. Praca z traumą — perspektywa ericksonowska. Referat wygłoszony na V Konferencji Trzech Sekcji PTP: Psychoterapia wobec przemocy. Kraków 2009, maszynopis złożony w bibliotece Polskiego Instytutu Ericksonowskiego w Łodzi.

9. Klajs K. Hipnoza ericksonowska. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. T.VI. Warszawa: Eneteia. Wyd. Psychologii i Kultury; 2011.
10. Zeig JK, Rennick PJ. Ericksonian hypnotherapy. A communications approach to hypnosis. W: Lynn SJ, Phue JW, red. Theories of hypnosis, current models and perspectives. New York, London: Guilford Press; 1991, s. 282–283.
11. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011, s. 284.
12. Araoz D. Our inner healer. W: Araoz D, red. The new hypnosis. New York; Brunner/Mazel; 1985, s. 119–139.
13. Estes CP. Biegająca z wilkami. Poznań: Zysk-S-ka; 2001.
14. Borysenko J. Księga życia kobiety. Ciało-psychika-duchowość. Gdańsk: GWP; 1999.
15. Bergman JS. Clinical road maps for prescribing rituals. W: Bergman JS, red. Brief therapy. New York: Brunner/Mazel; 1989, s. 124–134.
16. O'Hanlon Hudson P, Hudson O'Hanlon W.: Unfinished business. using rituals and symbols to resolve tragedies. W: O'Hanlon Hudson P, Hudson O'Hanlon W, red. Rewriting love stories. Brief marital therapy. New York: Norton&Company, 1991, s. 87.
17. Underwood G. Utajone poznanie. Poznawcza psychologia nieświadomości. Gdańsk: GWP; 2004.

Adres: dr n. hum. Katarzyna Szymańska, szymka@p-i-e.pl
Polski Instytut Ericksonowski, ul. Wioślarska 27, 94-036 Łódź