

Katarzyna Litwińska-Rączka¹

WYKORZYSTANIE RELAKSACJI, WIZUALIZACJI I HIPNOZY W PRACY GRUPY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

THE APPLICATION OF RELAXATION, VISUALIZATION, AND HYPNOSIS IN GROUP PSYCHOTHERAPY

¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii,
Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny

relaxation in group psychotherapy
visualization in group psychotherapy
hypnosis in group psychotherapy

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma na celu pogłębienie wiedzy na temat zastosowania relaksacji, wizualizacji i hipnozy w psychoterapii grupowej. Psychoterapia grupowa jako metoda leczenia zaistniała w medycynie w latach 40. XX wieku i w następnych dekadach przeszła wiele adaptacji w związku ze zmieniającym się charakterem praktyki klinicznej. W ramach psychoterapii grupowej stosuje się bardzo różne podejścia teoretyczne i techniczne: behawioralno-poznawcze, psychoedukacyjne, interpersonalne, Gestalt, psychoanalityczne, dynamiczno-interakcyjne, psychodramę i inne. Bardzo popularne, szeroko stosowane w procesach psychoterapii grupowej i opisywane w literaturze przedmiotu są techniki relaksacyjne, szczególnie trening autogenny Schulza i relaksacja stopniowana Jacobsona. Wizualizacja i hipnoza jako elementy pracy grupy wykorzystuje się rzadziej, choć wynikające z nich korzyści dla indywidualnego członka i grupy jako całości mogą być ogromne.

Autorka, po wprowadzeniu w zagadnienie, opracowane na bazie literatury przedmiotu, przedstawiła przykłady pracy technikami relaksacyjnymi, wizualizacyjnymi i hipnotycznymi. Ilustracja kliniczna dotyczy długoterminowej, półotwartej i heterogenicznej grupy psychoterapeutycznej, która spotyka się w warunkach ambulatoryjnych w każdym tygodniu i pracuje 180 minut. Celem grupy jest zlagodzenie objawów i zmiana osobowości jej członków. W artykule opisane zostało zastosowanie transu hipnotycznego dla całej grupy oraz prace indywidualne na tle grupy – most afektywny i reintegracja ego. Użycie każdej metody uzasadniono w kontekście procesu grupowego oraz opatrzone komentarzami.

Summary

The present article aims to expand the understanding of the clinical utility of relaxation, visualization, and hypnosis in the context of group psychotherapy.

Group psychotherapy emerged as a therapeutic modality in medicine during the 1940s and has since undergone numerous adaptations in response to the evolving nature of clinical practice. Theoretical and technical approaches employed within group psychotherapy are diverse, encompassing cognitive-behavioral, psychoeducational, interpersonal, Gestalt, psychoanalytic, dynamic-interactional, psychodramatic, and other frameworks.

Relaxation techniques—most notably Schulz's Autogenic Training and Jacobson's Progressive Muscle Relaxation—represent well-established and widely applied methods in group psychotherapy, frequently described in the relevant literature. Visualization and hypnosis, although less commonly utilized within group settings, may nonetheless provide substantial benefits for both individual participants and the group as a whole. Following a literature-based introduction, the author presents clinical examples illustrating the application of relaxation, visualization, and hypnotic methods.

The clinical material is drawn from a long-term, semi-open, and heterogeneous psychotherapy group conducted in an outpatient setting, meeting weekly for 180 minutes. The primary aim of the group is the alleviation of symptoms and the facilitation of personality change in its members. The article details the use of hypnotic trance with the entire group, as well as individualized interventions conducted within the group framework, including the affective bridge and ego reintegration techniques. Each intervention is discussed and justified in relation to the ongoing group process and accompanied by clinical commentary.

Wprowadzenie

Psychoterapia grupowa bazuje na założeniu, że uczestnictwo w grupie terapeutycznej jest okazją do doświadczania siebie w interakcjach interpersonalnych, co pomaga przepracowywać problemy osobiste. Interakcje interpersonalne zachodzące „tu i teraz” mają znaczenie dla efektów takiej terapii. Skuteczna grupa terapeutyczna zapewnia uczestnikom przestrzeń, w której mogą swobodnie wchodzić we wzajemne interakcje, następnie pomaga im zrozumieć dysfunkcyjne elementy zachowania i umożliwia zmianę tych nieadaptacyjnych wzorców [1].

Uczestnictwo w psychoterapii grupowej wraz z innymi potrzebującymi pomocy ludźmi uruchamia wiele czynników leczących: wzbudzanie nadziei, poczucie podobieństwa (uniwersalność), dostarczanie wiedzy i informacji, altruizm, korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej, uczenie umiejętności społecznych, naśladowanie, uczenie interpersonalne, spójność grupy, odreagowanie (katharsis), wgląd i czynniki egzystencjalne [1, 2].

Grupa terapeutyczna oferuje wiele technik pracy, w których aktywnie uczestniczą wszyscy członkowie, na przykład gry grupowe proponowane przez nurt psychodramy morenowskiej [3], ćwiczenia i zabawy adresowane do całej grupy [4], treningi relaksacyjne Edmunda Jacobsona i Johanna Schulza [5], grupowy trans hipnotyczny rozumiany jako proces polegający na podawaniu pacjentom metafor i sugestii w stanie maksymalnego relaksu [6, 7]. Techniki te budują spójność grupy, pozwalają ujawniać i rozumieć osobiste problemy oraz odreagowywać emocje.

Częścią terapii grupowej jest praca z problemem danej osoby „na tle grupy” – praca protagonisty na scenie w psychodramie morenowskiej, indywidualna praca pacjenta w stanie hipnozy oraz werbalne opracowanie problemu pacjenta [3, 8, 9]. Indywidualna aktywność w grupie służy wszystkim członkom, którzy mogą uczyć się przez obserwację, wchodzić w funkcje psychoterapeutów dla innych czy odnosić się do rozwiązywanych przez nich problemów z perspektywy własnych doświadczeń. Tu możliwe jest budowanie korektywnego doświadczenia w przypadku pracy z traumą, poszukiwanie źródeł w pracy z objawem czy poznanie i integracja nieakceptowanych lub rozszczepionych przez pacjenta własnych aspektów (np. emocji złości, bezradności, słabości czy straty, które zostają wyparte do podświadomości i przez to nie są wyrażane).

Przedstawione w artykule przykłady pracy psychoterapeutycznej z zastosowaniem techniki hipnozy są autentyczne. Autorka uzyskała pisemną zgodę pacjentów na publikację po wcześniejszej anonimizacji danych w taki sposób, aby niemożliwa była ich identyfikacja.

Psychoterapia grupowa

Psychoterapia grupowa jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń emocjonalnych. Badania pokazują, że około 75% osób z zaburzeniami neurotycznymi osiąga poprawę objawową, uczestnicząc w grupie [2].

Grupa terapeutyczna przechodzi przez kolejne fazy pracy: formowanie się grupy (faza orientacji i zależności), faza napierania grupy (konflikt i bunt), faza normowania się grupy (współdziałanie i spójność), faza wykonywania zadań (celowa i świadoma aktywność), faza zamykania grupy [10]. W każdej fazie możliwe i celowe jest stosowanie technik pomocnych w osiągnięciu dojrzałości grupy. Gdy w początkowej fazie dominuje niepokój związany z nową sytuacją i zaczynają się wyodrębniać role grupowe, ważne jest integrowanie grupy oraz zadbanie o poczucie bezpieczeństwa i budowanie spójności [3–5]. Kiedy w fazie buntu, z powodu braku zależności i przewodnictwa prowadzących, grupa zaczyna stawiać na autonomię, warto włączać techniki wizualizacyjne i grupowy trans hipnotyczny w celu przyspieszenia autonomii i współdziałania [6, 7]. Zwiększający się zakres współdziałania w grupie prowadzi do jej coraz większej spójności i zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, co sprawia, że grupa może zająć się celowo pomocą w pracy nad problemami jej członków [3, 8, 9], a następnie, w fazie końcowej, przeżyciem żalu po stracie i świętowaniem nowego etapu.

Relaksacja, wizualizacja i hipnoza w psychoterapii grupowej

Relaksacja jest oddziaływaniem na organizm polegającym na wyzwoleniu reakcji odręczenia i koncentracji. Fizjologicznie relaksacja wiąże się ze zmniejszeniem aktywności układu sympatycznego, zwolnieniem rytmu serca i oddychania, wzrostem fal alfa w mózgu, co powoduje odczucia spokoju, zadowolenia, a nawet łagodnej euforii. Technicznie polega to na dawaniu pacjentowi instrukcji dotyczącej skupienia na oddechu, odczucia przyjemnego ciężaru ciała, ciepła, spokoju, wycucia rytmu bicia serca [5].

Wizualizacje to techniki pracy terapeutycznej „nie wprost”, które są wprowadzane w stanie relaksacji. Podczas wizualizacji proponuje się pacjentowi wyobrażenia o różnej symbolice, na przykład konfrontacyjnej, zwiększającej poczucie bezpieczeństwa i dostępu do własnych zasobów czy nastawionej na rozwiązanie problemu. Techniki relaksacji i wizualizacji umożliwiają pacjentowi uświadomienie i wykorzystanie treści zawartych w podświadomości oraz dają możliwość zmiany tych treści poprzez modyfikację sposobu przeżywania [11].

Hipnoza to prawidłowy stan umysłu, w którym uwaga danej osoby jest zogniskowana na określonych bodźcach (są to np. treść sugestii, obrazy i odczucia z przeszłości, wrażenia z ciała), świadomość bodźców pochodzących spoza obszaru zogniskowania uwagi jest znacznie ograniczona, a krytyczny osąd zostaje częściowo zawieszony [12].

Poziomy świadomości rozciągają się od stanu czuwania, poprzez lekki trans hipnotyczny (fantazjowanie), umiarkowany trans, głęboki trans, do snu. Trzy środkowe poziomy to te,

w których następuje modyfikacja zachowania i podatność na sugestie. Osoba pozostająca w tych stanach świadomości, czyli w transie hipnotycznym, ma swobodniejszy dostęp do podświadomości przy równoczesnym zachowaniu świadomości, co daje możliwość pracy nad świadomymi i nieświadomymi przekonaniami i doświadczeniami (wspomnieniami). Praca w stanie hipnozy składa się z etapów: indukcji zstępującej, pogłębiania transu, sugestii lub/i pracy z przeszłymi doświadczeniami, utrwalenia i wyjścia z transu (zakończenia indukcji czy indukcji wstępującej) [7].

Hipnotyczny stan świadomości może tworzyć bazę doświadczeń, spostrzeżeń, zmian intelektualnych, emocjonalnych i fizycznych, a przedmiotem pracy w hipnozie mogą być wszystkie obszary życia. Ze strony terapeuty stosującego techniki hipnoterapeutyczne ważna jest wiedza, ciepło i wiarygodność, natomiast w pracy hipnozą każdorazowo powinno zawierać się wyrażenie i odreagowanie emocji, a także przyjęcie i zaakceptowanie doświadczeń pacjenta oraz sposobów ich przeżywania [13].

Wyróżnia się dwa główne nurty zastosowania hipnozy klinicznej: psychoterapię oraz spożytkowanie stanów hipnotycznych w różnych obszarach medycyny, takich jak redukcja lęku i bólu. Istnieje literatura potwierdzająca skuteczność hipnozy klinicznej w zaburzeniach psychosomatycznych, zaburzeniach snu, depresji, traumy i zespołach PTSD [14].

Techniki relaksacyjne, wizualizacyjne oraz dłuższe procedury hipnoterapeutyczne są stosowane jako elementy pracy grupowej na różnych jej etapach i w różnych momentach trwania grupy. Treningi relaksacyjne Schulza i Jacobsona wykorzystuje się na zakończenie sesji grupowej w celu wyciszenia układu nerwowego pacjentów po intensywnej pracy emocjonalnej podczas sesji grupy. Metoda Schulza jest często polecana pacjentom jako ćwiczenie między spotkaniami, które pomaga im utrwalać zmiany terapeutyczne oraz regulować procesy aktywacyjne, co sprzyja uczeniu się sprawczości w kontroli afektów i własnych reakcji fizjologicznych. Wizualizacja dobrze służy pracy grupy w fazie „rozgrzewki” do podejmowania tematów indywidualnych lub grupowych oraz wychodzenia z trudnej pracy indywidualnej lub grupowej. Może też być metaforyczną pracą nad konkretnymi problemami [6] lub – w fazie diagnozy – badaniem natury konfliktu czy deficytu pacjenta [11]. Dłuższe procedury hipnoterapeutyczne stosuje się zarówno w odniesieniu do indywidualnych prac na tle grupy – w hipnozie pracuje jedna osoba, a pozostali członkowie obserwują ten proces, jak i tematów aktualnych dla całej grupy – wówczas indukcji hipnotycznej poddawani są wszyscy uczestnicy spotkania.

Dobrym przykładem zastosowania hipnoterapii jako elementu kompleksowego leczenia opartego na oddziaływaniach grupowych i indywidualnych są obserwacje poczynione na oddziale leczenia nerwic w Pracowni Psychoterapii Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie, opisywane w Psychoterapii (nr XLIX) w 1984 roku [15]. W badaniach tych stwierdzono intensyfikację procesów terapeutycznych u pacjentów po wdrożeniu pracy w hipnozie – wykorzystano sugestie o ustępowaniu objawów. Hipnoterapia stosowana była w celu ułatwienia interwencji w świat wyobraźniowy pacjentów – wgląd w przyczynę zaburzenia i stymulację pracy z problematyką przeniesieniową (technika sterowanych wyobrażeń Leunera oraz zindywidualizowane programy wyobrażeń związane bezpośrednio z problematyką pacjenta). Zaobserwowano, iż stosowanie hipnozy powodowało zwiększenie otwartości pacjentów na spotkaniach grupowych. W grupie pacjentów (20 osób) odnotowano zmianę komunikacji: za pomocą objawów i zaburzeń, poprzez język pośred-

ni – wizualizacji i skojarzeń w stanie hipnozy, do języka bezpośredniego – komunikacji werbalnej. Zauważono też znaczenie hipnozy jako środka zaspokajania potrzeby uwagi pacjentów [15].

Inne przykłady wykorzystania hipnozy w pracy grupy opisywane w literaturze dotyczą między innymi kontroli masy ciała czy pomocy w rzucaniu palenia. W pracy nad tymi problemami prowadzonej przez kanadyjską hipnoterapeutkę i lekarkę Marlene Hunter i jej współpracowników wykorzystywane były transy hipnotyczne zawierające sugestie korzyści z osiągnięcia założonego celu, sugestie awersyjne oraz wizualizacje sukcesu. Relaksacje, wizualizacje i hipnoza współwystępują z szeroko rozumianą psychoedukacją [13].

Doktor Anna Trzcieniecka-Green, psychoterapeutka i hipnoterapeutka, stosowała hipnozę w procesie rehabilitacji u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. W programie „Jak lepiej dbać o swoje serce”, realizowanym z grupami pacjentów, hipnoza stosowana była wraz z innymi technikami – psychoedukacją, relaksacją, technikami wyobrażeniowymi i behawioralno-poznawczymi [16].

Wspólnym obszarem oddziaływań technikami relaksacyjnymi, wizualizacyjnymi i hipnotycznymi są: 1) stworzenie bezpiecznej i spokojnej przestrzeni do pracy pacjenta, 2) możliwość powrotu do trudnych wydarzeń (traumy) w bezpiecznych warunkach – terapeuta występuje jako ego pomocnicze pacjenta, a grupa jako przyjazne i wspierające otoczenie, 3) reparacja – przywracanie poczucia kontroli i sprawczości, 4) integracja odszczepionych i wypartych fragmentów doświadczeń i emocji pacjenta [8]. Oddziaływania te są bardzo kompatybilne z rozumieniem psychodynamicznym struktury pacjenta, stąd zastosowanie kliniczne hipnozy może stanowić bardzo skuteczną interwencję terapeutyczną. Dzięki hipnozie ułatwia się pacjentowi dostęp do pierwotnych procesów psychicznych – regresji w służbie ego, a także pomaga się wyrazić ukryte uczucia przez ego uczestniczące, przy równoczesnej obecności ego obserwującego. Proces nasilonego przeniesienia obecnego w hipnozie pomaga ujawnić konflikty i stłumione uczucia, a następnie je integrować. Spojrzenie przez ego obserwujące na procesy i wydarzenia pojawiające się w hipnozie w znacznym stopniu poszerza wgląd zarówno intelektualny, jak i emocjonalny [17, 18].

Ilustracja kliniczna

Przykłady pracy psychoterapeutycznej z zastosowaniem technik hipnozy pochodzą z grupy spotykającej się w każdym tygodniu na 180 minut. Grupa od dłuższego czasu (sześć miesięcy) pracuje w stałym składzie. Panuje w niej wysoki stopień zaufania i wzajemnej znajomości – jest to faza aktywnej współpracy nad problemami poszczególnych członków. Grupa przeplata pracę na relacjach (np. konfrontacje) z pracą nad tematami grupowymi i indywidualnymi tematami swoich członków.

Przykład pracy indywidualnej na tle grupy – ponowna integracja self

Ponowna integracja self jest metodą autorstwa Marie Wilson wykorzystującą proces uczenia się oraz odzyskiwania wcześniej wypartych zasobów i zaufania do siebie. Ponieważ nowa wiedza wypływa zarówno z poziomu świadomego, jak i nieświadomego, pacjenci

(jak w przykładzie opisanym poniżej) najczęściej rozpoznają wpływ pracy, dopiero gdy zachowują się inaczej i w sytuacjach wcześniej wyzwalających przykre objawy nie doświadczać ich [8, 19]. W trakcie pracy pojawia się metaforyczne przedstawienie problemu (objawu), uzyskanie informacji co do jego funkcji, podróż w przeszłość – do źródeł objawu, kontakt z przeszłym self oraz integracja doświadczeń tu i teraz – tam i wtedy.

W trakcie sesji grupowej, którą opisuję poniżej, uczestniczące w niej osoby poruszały tematy związane z lękiem przed życiem – strach przed wyrażaniem własnych impulsów, strach przed wejściem w otwarty konflikt z bliską osobą, wspomnienia agresji w relacji z rodzicami powodujące późniejsze przyhamowanie wyrażania potrzeb, pragnienie życia po swojemu w konflikcie z poczuciem bycia „egoistą”. Osoba zgłaszająca się do pracy na sesji wyrażała temat grupowy. Została uznawana przez innych członków za najbardziej potrzebującą pomocy, a równocześnie „niosącą” temat wszystkich innych pacjentów.

Pani Ewelina (39 lat), w grupie od trzech lat, przepracowuje problem lęków przed rozwojem, podróżowaniem, sukcesami w życiu zawodowym. W ostatnim roku psychoterapii zrobiła bardzo duże postępy w leczeniu – podróżuje, przemieszcza się samochodem i pociągiem, awansowała w pracy. Podczas ostatniego wyjazdu z przyjaciółmi było bardzo wesoło i ekscytująco do czasu, gdy pacjentka zaczęła mieć trudności z przełykaniem, co skojarzyła z blokadą związaną z używaniem życia. Opisała ten stan słowami: „nie mogę przełknąć życia i znieść radości życia”. Poczuła się fatalnie – nie mogła jeść, jej gardło było zaciśnięte, pojawił się strach, że się zadławi i lęk przed nieokreślonym zagrożeniem z zewnątrz, zaczęła myśleć, że jest nienormalna i niewyleczalna. Z wyjazdu wróciła zrozpaczona i właśnie w takim stanie przysłała na spotkanie grupy.

Pani Ewelina bardzo chętnie zgodziła się na pracę z objawem w stanie hipnozy. Po indukcji, która przebiegła szybko i sprawnie (pacjentka zna pracę w stanie hipnozy i stosuje trening relaksacyjny w codziennym doświadczeniu) rozpoczęliśmy terapię. Jako metafora objawu pojawiła się klatka, w której pacjentka czuła się uwięziona, obserwowana i miała wrażenie, że chce jej się wymiotować. Wydawała się sobie głupia i nieodpowiedzialna, pomyślała o domu rodzinnym (o roli nadmiernie kontrolowanej i ograniczanej, chorej córki). Obraz metaforyczny związany z zablokowaniem i pozostawianiem nieruchomą chronił pacjentkę przed ryzykiem wyjścia na zewnątrz i zagrożeniem, które „może ją zabić” (słowa matki pacjentki z dzieciństwa). Ten obraz i odczucia pojawiły się w jej życiu, kiedy miała około 6–7 lat.

Po eksploracji znaczenia objawu pacjentka miała wrażenie, że znajduje się w grupie rodzinnej, kiedy była mała – w obrazie pojawili się matka, ojciec, brat i ona. Ewelina odebrała to jako dyskomfort, „jakby coś się kończyło”. Przeniosła się do obrazu związanego z poczuciem zagrożenia w szkole – była na sali gimnastycznej, gdzie miała biegać na czas (początkowo obraz domu i szkoły nakładały się na siebie), czuła fizjologiczne objawy lęku, chęć ucieczki i zaczęła zdawać sobie sprawę, jak trudno jej było wtedy żyć i jak bardzo samotna się czuła (zaczęła płakać). Poczuła potrzebę, żeby pojawił się w tym obrazie ktoś, kogo zna. Zaprosiliśmy do wspomnienia jej dorosłe self – Ewelinę z aktualnego czasu. Ciało pacjentki uspokoiło się, kiedy rozpoczęliśmy dialog między jej dorosłym i dziecięcym self. Dziecięce self obserwowało, kim się stało w dorosłości, pojawił się spokój, a potem smutek. Dziecięce self żaliło się self dorosłemu, że bardzo długo „dziewczynka była zamknięta w klatce, w której nie wiedziała, jaka jest naprawdę”.

Dorośle self doceniło cechy self dziecięcego – w środku była ciekawa siebie, wyjątkowa, zdolna, delikatna i wrażliwa (pacjentka zaczęła się uśmiechać). Zapytana, kto ją kochał, mówiła o ojcu, trochę o matce i dziadkach.

Dziecięce self pacjentki chciało wrócić, wraz z dorosłym self, do sytuacji, kiedy czuła się bardzo dobrze – rozpoczęcia roku szkolnego w pierwszej klasie. Towarzyszyła jej ekscytacja, radość, ciekawość nowych rzeczy i nowych znajomości z dziećmi. Dorośle self podkreśliło te odczucia i sformułowało przekaz do dziecięcego self: „Jesteś taka fajna, masz jedną z najważniejszych rzeczy – ciekawość, pewność siebie, wiarę, chcesz odkrywać świat. Znajdziesz sposób, jak to zrobić najlepiej dla ciebie” (pacjentka się rozpromieniła, szeroko się uśmiechnęła). Dorośle self pacjentki przytuliło dziecięce self.

Pacjentka zapytana o to, co jeszcze potrzebuje zrobić, powiedziała, że chce wyciąć ten zły czas pomiędzy dobrymi wydarzeniami i przeżyć dobry czas jeszcze raz – w ciągłości. W wyobrażeniu poruszała się w tunelu czasu, w którym na ścianach pojawiały się wydarzenia i ona – dorośle i dziecięce self razem. Dorośle i dziecięce self wycinały te trudne i bolesne wydarzenia: „matka kontrolująca przez okno, która się darła, wymuszanie wymiotów u pacjentki przez matkę, gdy zjadła coś, co mogło jej zaszkodzić, złość i agresja matki, krytyka potrzeb, krytyczny wzrok matki”. Po wycięciu złych wydarzeń pacjentka poczuła ulgę, przytuliła się do dorosłego self.

Zapytana, czego dowiedziała się o sobie, powiedziała: „że naprawdę jestem taka, że idę po to, na co mam ochotę”. Dziecięce i dorośle self pacjentki przytulały się dłuższą chwilę, aby potem złąć się w jedną osobę. Pacjentka czuła spokój, komfort, ulgę i była gotowa wracać do grupy. Po indukcji wstępującej uśmiechnęła się i przytuliła do innych osób, które chętnie odwzajemniły uścisk.

Po historii pani Eweliny pojawiły się u innych członków grupy potrzeby podzielenia się swoimi przeżyciami podczas obserwacji jej pracy. Uczestnicy mówili o powrocie do własnych doświadczeń z dzieciństwa, tych trudnych i tych pozytywnych, kilka osób, będąc we własnych wspomnieniach, sformułowało przekazy dla siebie, na przykład: „jestem odważna i chcę doświadczać radości swojego wewnętrznego dziecka, i iść po to, czego chcę” czy „miej oczy szeroko otwarte na swoje potrzeby, bo inni mogą cię oszukać, ty wiesz najlepiej, czego chcesz”. Na następnym spotkaniu grupowym pani Ewelina mówiła z radością, ulgą i ekscytacją o zniknięciu objawów oraz planach na najbliższą podróż – wyjeździe zagranicznym do dalekiego kraju wraz z jedną towarzyszącą osobą, przyjaciółką.

Przykład pracy indywidualnej na tle grupy – most afektywny

Metoda została zaproponowana przez Johna G. Watkina. Jej głównym celem jest wprowadzenie doświadczenia korektywnego dla pacjenta, przepracowanie emocjonalne urazów i traum oraz uzyskanie wglądu w przyczyny własnych emocji i zachowań. Podczas pracy tą metodą wychodzi się od aktualnego wydarzenia, trudnego dla pacjenta, a następnie wędruje się do wydarzeń wcześniejszych (regresja w czasie), aż do wydarzenia źródłowego, po czym wraca się po osi czasu do teraźniejszości. Przy każdym wspomnieniu następuje wyobrażona korekta doświadczenia (wyrażenie i odreagowanie emocji, działania naprawcze, sprawdzenie odczuć). Powrót do sytuacji aktualnej i zmiana nastawienia pacjenta na neutralne lub pozytywne jest zakończeniem procedury [8, 20].

Karolina (36 lat), od półtora roku w psychoterapii grupowej, z problemami związanymi z nerwicą natręctw, przyszła na spotkanie grupy rozczarowana i załęczniona. W poprzedzającym je tygodniu wydarzyła się sytuacja w sklepie, w którym była z trzyletnią córką. Dziewczynka zareagowała głośnym płaczem i złością na odmowę kupna zabawki, czym zwróciła uwagę sprzedawców i innych klientów. Pacjentka poczuła się w tamtym momencie jak małe dziecko – bezradna, napięta i winna. Po tym wydarzeniu nasiliły się natręctwa – liczenia i układania rzeczy.

Po wejściu w stan hipnozy wróciliśmy do odczuć z tamtych wydarzeń w sklepie i szukaliśmy na osi czasu wcześniejszych sytuacji, kiedy pacjentka czuła się podobnie. Pojawiły się kolejno obrazy z przeszłości:

- A. Pacjentka ma 22 lata i przeżywa konflikt dotyczący studiów – chce zrezygnować, ponieważ jej nie interesują, a równocześnie nie chce zawieść rodziców, którzy naciskają żeby została – czuje w tej sytuacji nieznośne napięcie i blokadę.
- B. Pacjentka ma 16 lat i wracając ze szkoły, patrzy, czy jest pod domem samochód ojca, który cały ostatni tydzień był w ciągu alkoholowym. Jeśli samochodu nie ma, to znaczy, że jedzie pod wpływem alkoholu, co wzbudza w niej paniczny lęk o to, że ojciec się zabije lub zostanie złapany i będzie miał kłopoty z policją – czuje lęk, napięcie i bezradność.
- C. Pacjentka ma 10 lat i patrzy na płaczącą matkę, która histerycznie krzyczy, że nie ma ojca (pewnie zapił), a mieli razem iść na sylwestra – czuje się bezradna, załęczniona i napięta; blokada sprawia, że nie może się odezwać ani płakać.
- D. Pacjentka ma 7 lat i wraca do domu po odebraniu okularów z salonu optycznego (była tam sama). Po powrocie okazuje się, że zgubiła je po drodze, zaczyna w panice i napięciu szukać ich razem z siostrą – czuje strach przed reakcją rodziców, napięcie, ma wrażenie, że powinna wszystko kontrolować, i poczucie winy.

Po „odpamiętaniu” tych sytuacji, cofnęliśmy się w czasie, zaczynając od najwcześniejszej i podążając w stronę teraźniejszości. Pacjentka zaprosiła do tych scen postać siebie dorosłej (C, A) lub terapeutki (D, B). W sytuacjach C i A dorosła pacjentka spotkała się z matką z tamtych czasów po to, żeby wyrazić emocje wtedy przeżywane i doświadczyć korekty w postaci zrozumienia matki i przeprosin za to, że nie widziała perspektywy dziecka i wymuszała lub nadmiernie obciążała córkę własnymi emocjami. Pacjentka odnotowała w tych wyobrażonych, korektywnych sytuacjach znaczny spadek napięcia, zaczęła płakać, odczuwając ulgę. W sytuacjach D i B pacjentka zaprosiła do wyobrażenia terapeutkę i z jej pomocą wyraziła złość na rodziców, którzy nie zadbali o nią, kiedy była dzieckiem. Nie mogła zwrócić się do nich o pomoc w sytuacji strachu i niepewności – zwłaszcza do matki. Ojciec zawiódł „po całości”. Pacjentka pozwoliła sobie na dosadne wyrażenie złości, po którym poczuła, że napięcie spadło „do zera” i pojawiła się ulga.

Wracając do sytuacji w sklepie, pacjentka poczuła neutralność w emocjach i skomentowała: „Moje dziecko ma prawo na wyrażanie wszystkich emocji, to normalne, a ja mogę to znieść, a potem spokojnie z nią porozmawiać. A inni niech myślą, co im się podoba. To nie jest ich sprawa”.

Kiedy pani Karolina skończyła, głos zabrali inni członkowie grupy. Mówili o sytuacjach, w których czuli, że ich rodzice „nie stawali na wysokości zadania” i opuszczali ich jako dzieci lub oczekiwali, aby to oni troszczyli się o rodziców (parentyfikacja).

Po przepracowaniu problemu objawy związane z natręctwami u pacjentki uległy znacznemu wyciszeniu.

Przykład transu hipnotycznego dla całej grupy

Podczas pracy grupy wyłonił się wspólny temat braku zaufania do siebie – swoich potrzeb i intuicji w sytuacjach podejmowania decyzji i dokonywania wyborów. Pojawiały się wypowiedzi dotyczące przeżywania poczucia winy i niepewności, trudności związanych z samodzielnym podejmowaniem decyzji, lęku przed utratą kontroli i napięciem w ciele w sytuacjach pojawiających się potrzeb.

Grupowy trans hipnotyczny, opisany poniżej, nazwany przez autorkę „życzliwym skanerem”, został stworzony dla całej grupy w celu pracy nad samoopieką i troską oraz zaufaniem własnym potrzebom (na poziomie ciała, emocji, myśli i intuicji). Trans złożony był z czterech etapów:

1. Indukcja – wygodne ułożenie ciała, skupienie na pogłębianym oddechu i odprężeniu, rozluźnianie kolejnych partii mięśni od głowy do stóp, przyjemny ciężar, wydychanie napięć i dyskomfortu, wchodzenie coraz głębiej w przyjemny stan rozluźniania ciała i umysłu.
2. Skanowanie ciała – przyglądanie się swoim organom wewnętrznym i układom z podkreśleniem ich ważnych funkcji dla danej osoby oraz zasobom i mechanizmom automatycznej samoregulacji organizmu.
3. Pytanie do ciała, rozumu, serca i intuicji – sformułowanie problemu i sprawdzanie kolejno, jak ciało, intelekt, serce i intuicja czują się z tym problemem i jaki rodzaj komunikatu wysyłają do pacjenta w związku z nim; spokojna obserwacja komunikatów od nich płynących.
4. Wyjście z transu hipnotycznego – utrwalenie dobrych doświadczeń, które pojawiły się podczas pracy, sugestia dobrego czucia się po jej zakończeniu oraz stopniowy powrót do świadomości w czasie odliczania od 0 do 5.

Praca w stanie hipnozy pozwoliła poszczególnym osobom z grupy poczuć się bardziej komfortowo, a także wyzwoliła spontaniczne refleksje i wnioski, którymi podzieliły się po zakończeniu transu. Wypowiedzi członków grupy dotyczyły polepszenia samopoczucia w sytuacji skupienia uwagi na sobie i swoim ciele: „ciało spokojne, przyjemność słuchania impulsów z ciała, jasno przepływające przez głowę myśli, poczucie swobody i zadbania, poczucie sprawczości i siły, spokój wewnętrzny, poczucie, że wszystko jest dobrze, poczucie niezależności od wpływów zewnętrznych”. Podczas pracy w transie pojawiły się również wnioski dotyczące przyczyn trudności wyrażanych przez członków grupy. Świadczą o tym przykładowe wypowiedzi uczestników: „dopłynęła do mnie świadomość, że moje własne ja chce robić, co chce, a ta część ja, która pochodzi od matki, mówi, że mam pomagać innym, a nie skupiać się na sobie – to nie musi być sprzeczne, ja wybieram”, „kiedy słucham potrzeb i naprawę je słyszę, to wiem co robić”, „potrzebuję dystansu do emocji innych osób w moim otoczeniu”, „potrzebuję oswoić i ćwiczyć swoją wolność, wtedy wewnętrzny cerber (część kontrolująco-zakazująca) naturalnie się rozpułynie”, „dotarło do mnie, że w dzieciństwie ktoś mi zabrał stan czucia się bezpieczną i swobodną”. Na

spotkaniu grupowym w kolejnym tygodniu u większości członków pojawiły się potrzeby konfrontacji z negatywnymi aspektami opiekunów i aktualnie bliskich osób (rodziców, partnerów, współmałżonków, terapeutki), co dało początek pracy konfrontacyjnej.

Podsumowanie i wnioski

Hipnoza to prawidłowy stan umysłu, który jest związany z naturalnymi procesami dotyczącymi każdej osoby. W ciągu dnia wchodzimy w ten stan spontanicznie co najmniej kilkakrotnie – bezpośrednio przed zaśnięciem, zaraz po przebudzeniu, gdy intensywnie fantazjujemy lub odpoczywamy po intensywnym wysiłku intelektualnym, „zawieszamy się”, nie myśląc o niczym.

Hipnoza to stan, w którym uwaga człowieka jest zogniskowana na określonych bodźcach (np. treściach sugestii, obrazach i odczuciach z przeszłości, wrażeniach z ciała), co zwiększa możliwość pracy nad emocjami. Treści i obrazy pojawiające się u pacjenta w stanie hipnozy są pamiętane, dlatego też po jego zakończeniu mogą się pojawiać wglądy – czyli treści, które są podczas transu hipnotycznego „odpamiętywane” z podświadomego magazynu pamięci i przenoszone do świadomości. Wówczas człowiek, pracujący w stanie hipnozy nad problemem, po sesji znacznie więcej wie niż przed nią, czyli jego świadomość zostaje poszerzona.

W hipnozie narzędziem terapeutycznym jest słowo (metafora, sugestia) podawane pacjentowi w stanie maksymalnego relaksu, dzięki czemu możliwa jest zmiana schematów myślowych, emocjonalnych i somatycznych u osoby leczonej.

Czynnikiem niezbędnym do leczenia jest zaufanie, bliski kontakt i więź między leczonym a leczącym. Hipnoza ma charakter relacyjny, dzieje się w przestrzeni między osobami i jak pisze Milton Erickson: „Technika hipnozy sama w sobie nie służy innym celom niż skupienie i utrzymanie uwagi pacjentów, tworząc następnie otwarty i elastyczny stan umysłu, a tym samym umożliwiając im korzystanie z niezrealizowanego – lub tylko częściowo zrealizowanego – potencjału dla różnych rodzajów zachowań...” [17].

Piśmiennictwo

1. Yalom I. Psychoterapia grupowa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2025.
2. Grzesiuk L. Psychoterapia: teoria, praktyka: podręcznik akademicki. Warszawa: Eneteia; 2023.
3. Stadler Ch. Psychodrama w teorii i praktyce. Warszawa: Eneteia; 2018.
4. Jachimska M. Grupa bawi się i pracuje – zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych. Wałbrzych: Unus; 1994.
5. Siek S. Walka ze stresem. Warszawa: Wydawnictwo Pomoc Szkole; 1992.
6. Paul-Cavallier F. Wizualizacja. Warszawa: Bellona; 2024.
7. Hadley J, Staudacher C. Hipnoza w psychoterapii. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
8. Trzeciecka-Green A. Praca z traumą w hipnozie. Niepublikowane materiały szkoleniowe – kurs zaawansowanej hipnozy klinicznej. Kraków: Towarzystwo Hipnozy Terapeutycznej i Badań nad Hipnozą; 2024.

9. Sikorski W. Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii. Warszawa: Difin; 2009.
10. Litwińska-Rączka K. Złość w psychoterapii. W: Bereza B. Oblicza złości – perspektywa psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów. Warszawa: Difin; 2012, 304–328.
11. Aleksandrowicz J. Techniki wyobrażeniowe w psychoterapii. W: Psychoterapia 1(60), 1987, 42–48.
12. Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Syopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Klinical Psychiatry. 11. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
13. Hunter ME. Hipnoterapia – twórcze podejście. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
14. Zaborska K, Klajs K. Współczesna hipnoza kliniczna. W: Psychoterapia 207(4); 2023, 5–7.
15. Aleksandrowicz J, Zmełty N. Hipnoterapia w oddziale leczenia nerwic. W: Psychoterapia XLIX; 1984, 11–18.
16. Trzcieniecka-Green A. Wczesna interwencja psychologiczna w chorobie niedokrwiennej serca i jej terapeutyczne znaczenie. Kraków: Księgarnia Akademicka; 2014
17. Trzcieniecka-Green A, Hanik B. Hipnoza w różnych modalnościach terapeutycznych. Niepublikowane materiały szkoleniowe – kurs zaawansowanej hipnozy klinicznej. Kraków: Towarzystwo Hipnozy Terapeutycznej i Badań nad Hipnozą; 2023.
18. Yapko M. Podstawy hipnozy – zasady i pojęcia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
19. Palusiński R. Praca z cieniem w psychologii C. G. Junga: podręcznik nie tylko dla terapeutów. Kraków: JUNG press; 2024.
20. Watkins JG. Hypnoterapeutic techniques: The Practice of Clinical Hypnosis, vol. II, New York: Irvington; 1992.

Adres: ralfkas@gmail.com

W dniach **9–10 maja 2026 roku**
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie
odbędzie się konferencja naukowa:

Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna

organizowana przez

**Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii
im. Profesor Marii Orwid
w 35. rocznicę jej założenia**

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyjrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

Wykłady wygłoszą: Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

Warsztaty poprowadzą: Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Sznajder; Katarzyna Ślęzak.

Krótkie wykłady dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiewicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

Analizy przedstawionego przypadku dokonają: Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwajca.

Patronat medialny konferencji: Kwartalnik „Psychoterapia”.

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>