

„NIKOMU O TYM NIE MÓWIŁAM” — PSYCHOTERAPIA PACJENTKI Z JĄKANIEM PSYCHOGENNYM (ETAP PRACY Z TRAUMĄ W UJĘCIU ERICKSONOWSKIM)

„I TALKED TO NOBODY ABOUT IT” — ERICKSONIAN HYPNOSIS IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENT WITH PSYCHOGENIC STUTTERING

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Zakład Psychologii Zdrowia i Jakości Życia
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Małgorzata Górnik-Durose

stuttering hypnosis

Artykuł zawiera opis leczenia osoby cierpiącej z powodu jąkania psychogenego. Przedstawiono w nim podstawowe założenia terapii ericksonowskiej, podkreślając znaczenie diagnozy w zakresie zjawisk transowych. Główną część pracy stanowi opis historii pacjentki oraz struktury procesu psychoterapeutycznego.

Summary. The article presents the initial stage (first 10 sessions) over a two-year spanning process of psychotherapy of a 29-year-old patient with a symptom of sharp stuttering. The patient, after many medical consultations and following an initial period of symptomatic treatment, was referred for psychotherapy. A suggestion about trauma in the past appeared. This article aims at showing the initial phase of therapy connected with working with trauma using the Ericksonian model of hypnosis. An important issue will also show how the mechanism of the symptom is understood.

Wstęp

Artykuł przedstawia proces psychoterapii kobiety, która zgłosiła się po pomoc z powodu nagłego pojawienia się i utrzymywania objawu jąkania. Jako autorka stawiam sobie za cel udowodnienie tezy, iż określony (często bardzo specyficzny) objaw psychosomatyczny może stanowić pośredni dowód doświadczenia urazowego i być wskazaniem do psychoterapii. Jednocześnie moim celem jest przybliżenie niektórych zasad ericksonowskiej pracy psychoterapeutycznej. W tym zakresie przedmiotem mojej szczególnej uwagi będą trzy obszary: pokazanie znaczenia kreatywnej (i pozytywnej) roli nieświadomości pacjenta i terapeuty w procesie psychoterapii; przybliżenie specyfiki diagnozy ericksonowskiej w obszarze rozpoznawania tzw. zjawisk transowych, którym podlega pacjent borykający się ze swoim problemem oraz wskazanie na użyteczność hipnozy ericksonowskiej w pracy terapeutycznej.

Teoretyczne założenia prowadzonej terapii

Proces psychoterapii prowadzony był w paradygmacie podejścia ericksonowskiego, w którym m.in.:

- docenia się pozytywną i kreatywną rolę nieświadomości pacjenta i terapeuty;

- ogniskuje uwagę na przyszłości;
- spożytkowuje zasoby pacjenta (rozumiejąc je jako określone doświadczenia, będące jego udziałem w terażniejszości i przeszłości, a mogące pomóc w rozwiązaniu problemów);
- dąży do osiągnięcia określonego celu, budując strategię terapeutyczną na bazie określonego systemu diagnostycznego;
- wykorzystuje hipnozę w procesie terapeutycznym [1].

Twórca podejścia, Milton Erickson, traktował nieświadomość jako swoisty magazyn informacji. Nieświadomość jest zasobem; zmiany zachodzące na poziomie nieświadomym mają bezpośrednie przełożenie na obserwowalne aspekty myślenia, zachowania i emocji [1]. Nieświadomość, jako część (nie)dośćępna bezpośredniej eksploracji i obserwacji, posługuje się szczególnymi formami przetwarzania informacji, komunikuje symbolicznym językiem, malując przed odbiorcą swój tajemniczy, barwny, niepowtarzalny obraz [2]. W podejściu ericksonowskim „terapeuci w rozmowie z pacjentem pozwalają swojej nieświadomości odnajdywać rozwiązania (...) zaufanie do tej części siebie stanowi zachętę dla podobnego zaufania u pacjenta (...)” [1, s. 286]. Zaufanie terapeuty do nieświadomej części siebie może przejawiać się w jego uważności na własny proces skojarzeniowy oraz w traktowaniu objawu pacjenta jako symbolicznego metaforycznego komunikatu. Zostanie to zaprezentowane w omówionym przypadku procesu terapeutycznego. Niezmiernie ważnym aspektem z punktu widzenia budowania strategii terapii w podejściu ericksonowskim jest diagnoza.

Diagnoza ericksonowska uwzględnia cztery elementy: kategorie diagnostyczne Zeiga, zjawiska transowe, refleksję systemową oraz diagnozę zasobów [1]. Obszarem diagnostycznym, na którym skupiłam swoją szczególną uwagę jako terapeutka, były zjawiska transowe, które prezentowała pacjentka.

Brent B. Geary zaproponował wykaz tych zjawisk, umieszczając je na kontinuum: regresja wieku — progresja wieku, katalepsja — elastyczność, halucynacje pozytywne — halucynacje negatywne, dysocjacja — asocjacja, amnezja — hipermnezja, anestezja — hiperstezja [por. 1].

Typowe zjawiska transowe będące następstwem doświadczonego urazu to: dysocjacja — asocjacja, katalepsja — elastyczność, regresja wieku — progresja wieku oraz amnezja — hipermnezja [3]. Jako terapeutka skoncentrowałam się szczególnie na dysocjacji i katalepsji, głównych u pacjentki zjawiskach transowych, które przejawiała w związku z przeżywanym psychosomatycznym problemem.

Abstrahując od rozumienia dysocjacji wyłącznie w kategoriach zjawiska transowego, a skupiając się na jej znaczeniu obronnym, warto wspomnieć, iż jest ona cenną strategią przetrwania w sytuacji skrajnego stresu. Ludzka reakcja na traumę oznacza bowiem nadmierne fizjologiczno-behawioralne pobudzenie przy jednoczesnym odrętwieniu emocjonalnym i odcięciu się od doznanego szoku [4]. Aktywizowane są te funkcje, które służą przetrwaniu, a wyłączane te, które mu w danej chwili nie służą. Jeżeli wydarzenie traumatyczne nie zostanie skutecznie zintegrowane, ale wypchnięte ze świadomości — istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że pierwotny czynnik stresujący będzie ciągle powracał w postaci różnorodnych objawów przez wiele lat [5]. Tzw. faza intruzywna, polegająca

na wlamywaniu się do świadomości pokawałkowanego materiału poznawczego i emocjonalnego związanego z traumą, może być czasowo bardzo oddalona od doświadczonego urazu i nie być z nim w ogóle kojarzona [4].

Takiego odszczepienia, fragmentaryzacji, pokawałkowania, oddzielenia doznaje osoba będąca w dysocjacji. Podobnie katelepsja może stanowić urazowe (i pourazowe) znieruchomienie. Zidentyfikowanie tych zjawisk transowych ma nie tylko znaczenie diagnostyczne dla prowadzonej terapii, ale przede wszystkim wyznacza strategię pracy nad zmianą. W przypadku dysocjacji będzie to praca w kierunku asocjacji, czyli harmonijnego połączenia odszczepionych w wyniku traumy części oraz włączenia jej w całościowy strumień wspomnień; z kolei w przypadku katepsji będzie to praca w kierunku ruchu, swobody, uelastycznienia, poszerzania możliwości wyborów dostępnych zachowań i emocji [por. 3].

Zjawiska transowe są związane ze stanem nieświadomości, a skutecznym i bezpiecznym narzędziem terapeutycznym pozwalającym docierać do nieświadomych treści i prowadzić do konstruktywnej zmiany jest hipnoza ericksonowska. Według Ericksona „hipnoza jest formą 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, które zwykle zdobywane jest poprzez bodźce płynące z zewnętrznej rzeczywistości” [3, s. 38].

Erickson utrzymywał, że sam nie jest w stanie stwierdzić, gdzie kończy się świadoma komunikacja, a zaczyna hipnoza. Wskazywał na istnienie naturalnych stanów transowych, jakich doświadcza każdy w swym codziennym życiu i jakie w sposób niezamierzony może wywoływać u innych [6]. W tym kontekście, osoba borykająca się z bolesnym problemem może przeżywać w związku z nim tzw. trans objawowy, w sposób nieświadomy kreując obraz siebie i świata, który podtrzymuje i utrwala negatywne objawy. Szanse na wyjście z transu objawowego daje oddziaływanie psychoterapeutyczne, a zwłaszcza zastosowanie hipnozy (czyli transu terapeutycznego) [por. 3]. „Trans terapeutyczny, świadomie indukowany przez terapeutę na sesji, jest doświadczeniem, w którym zmianie ulegają 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, s. 39].

Sylwetka pacjentki

Na konsultację zgłosiła się 29-letnia kobieta, panna, wykształcenie średnie. Była skromnie ubrana, na sportowo, w mojej ocenie mało kobieco. Wyglądała na młodszą niż była w rzeczywistości. Była zatrudniona w prywatnej firmie jako sprzedawca i pomoc księgowej. W momencie podjęcia decyzji o terapii przebywała na zwolnieniu lekarskim. Jej rodzice rozwiedli się, kiedy miała 3 lata. Matka nie wyszła ponownie za mąż. Pacjentka nie utrzymywała kontaktu z ojcem. Obraz ojca, wyraźnie kreowany przez matkę, był bardzo negatywny. Ojciec zmarł przed kilkoma laty — chorował na cukrzycę i chorobę Buergera (miał amputowane kończyny). Relację z matką pacjentka określała jako bardzo

bliską, ale konfliktową. W chwili rozpoczęcia terapii mieszkała z matką oraz dziadkami ze strony matki w domu jednorodzinny.

Kontekst zgłoszenia

Powodem zgłoszenia pacjentki na konsultację do psychoterapeuty było, utrzymujące się u pacjentki od miesiąca, jąkanie. Zgłoszenie telefoniczne przyjęto od matki, z uwagi na poważne trudności córki z wypowiadaniem się. Nigdy wcześniej pacjentka nie jąkała się. Czynna zawodowo, od 4 tygodni przebywała na zwolnieniu lekarskim. Z uwagi na problemy z wypowiadaniem się na pierwsze spotkanie konsultacyjne zaproszono ją z matką.

Przebieg spotkania konsultacyjnego

Do gabinetu pacjentka weszła bardzo powoli, poruszała się tak, jakby trudno jej było utrzymać równowagę. Wyraźnie drżała na całym ciele, jej twarz wyrażała lęk i niepokój. Z trudem zajęła miejsce w fotelu, gdyż jej ruchy nie były płynne, ale drżące, jakby „fragmentaryczne”. Matka usiadła obok na krześle. Z uwagi na ogromne problemy ze swobodnym wypowiadaniem się (pacjentka nie była w stanie wypowiedzieć płynnie nawet słowa „dzień dobry”), historię zachorowania przedstawiła matka, sama przejmując inicjatywę rozmowy, na którą córka wyraziła zgodę. Pacjentka w sposób niewerbalny potwierdzała przytaczane przez matkę fakty.

Matka relacjonowała, iż na początku czerwca (z perspektywy terapii miesiąc wcześniej) córka zasłabła w kościele. Po tym epizodzie występowały bóle i zawroty głowy. Po wizycie u neurologa pacjentka została skierowana do szpitala z podejrzeniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Podczas tygodniowej hospitalizacji przeszła gruntowne badania neurologiczne (punkcja szpiku, EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), które wykluczyły neurologiczne tło istniejących objawów. Została wypisana z diagnozą: Naczyniowe bóle głowy. Zastosowano leczenie farmakologiczne: tolperis, pramolán, cloranxen, messilat, asentra. Otrzymała 5 dni zwolnienia lekarskiego, a po ich upływie zalecono kontrolę w poradni neurologicznej. Na wizytę kontrolną zgłosiła się z objawami jąkania. Lekarz prowadzący przyjął, iż jąkanie może mieć charakter polekowy i zlecił odstawienie wszystkich leków. Po odstawieniu leków jąkanie nie ustąpiło. Po wykluczeniu podłoża neurologicznego i farmakologicznego obserwowanego objawu jąkania, neurolog zalecił konsultację psychologiczną.

W dalszej części spotkania poprosiłam matkę, aby opuściła gabinet na mniej więcej godzinę. Decyzja taka była efektem mojego procesu skojarzeniowego, powstałego w wyniku obserwacji zachowania pacjentki, który wyrażał się w nurtującym mnie pytaniu: czego i komu nie może ona powiedzieć, o czym nie potrafi mówić, o czym boi się mówić itp.? Jako terapeutka chciałam zanalizować własny proces skojarzeniowy i spożytkować go w dalszej części spotkania. W związku z tym poprosiłam matkę o opuszczenie gabinetu, gdyż uznałam, iż jej obecność może stanowić czynnik blokujący córkę przed udzieleniem odpowiedzi na pytanie, które postanowiłam zadać.

Jako że istotnym problemem był utrudniony bezpośredni kontakt werbalny z pacjentką (bardzo męczący dla obu stron) najpierw stworzyłam jej warunki do w miarę swobodnego wypowiedzania słów, wprowadzając elementy terapii behawioralnej związane z ćwiczeniami

oddechowymi. Praca nad komfortem jej uczestnictwa w spotkaniu miała także znaczenie dla budowania opartej na zaufaniu relacji terapeutycznej.

Pacjentka oddychała szybko, płytko, piersiowo. Wprowadziłam ćwiczenia oddechowe (badanie wzorca oddechowego, nauka oddychania przeponowego, skupiania uwagi na oddechu), które wykonywała także w domu, co przyniosło efekt w postaci redukcji lęku. Kontrola oddechu wyraźnie wspomogła czynność płynnego mówienia. Poprosiłam pacjentkę, aby nabierając głęboko powietrza mówiła na wydechu, tak jakby śpiewała. Wykorzystałam tutaj fakt, iż ludzie jękający się, nie jękają się podczas śpiewu, gdyż śpiew jest niczym innym, jak wypowiedaniem słów na ciągłym wydechu.

Zabieg ten przyniósł spodziewany efekt — pacjentka była w stanie wymówić płynnie po kilka słów z rzędu. Dzięki temu stworzona została także bezpieczna przestrzeń kontaktu, podkreślona akceptacją i cierpliwością z mojej strony. Ten sposób mówienia pacjentka stosowała podczas każdej sesji; zaleciłam jej także wykonywanie ćwiczeń oddechowych poza sesjami.

Podczas indywidualnej rozmowy zachęciłam ją, aby opowiedziała coś o sobie, tak jak potrafi. Poprzez podkreślanie jej małych sukcesów związanych z wypowiedaniem kolejnych sylab i słów, kierowałam jej uwagę do wewnątrz, zapewniając, że z każdym wypowiedzianym słowem czuje się bezpieczniej i swobodniej. Moje komunikaty pełniły rolę indukcji transowej, która stanowiła wzmocnienie obserwowanej przeze mnie naturalnej zdolności pacjentki do bycia w transie. Wskazywało na to wyrównanie oddechu, zagapienie się, znieruchomienie i zwolnienie tętna obserwowane na tętnicy szyjnej. Udało mi się stworzyć bezpieczną przestrzeń do zadania pojawiającego się w moim wewnętrznym procesie skojarzeniowym pytania: „czy zdarzyło się coś w Pani życiu, o czym jeszcze nikomu Pani nie mówiła?”

Efektom tej interwencji był podjęty przez pacjentkę wątek pierwszej pracy zawodowej. Szef i syn szefa poniżali pracowników, używali wulgarnych słów, nie wypłacali na czas wynagrodzeń, nie dawali stałej umowy o pracę. Szef molestował pacjentkę seksualnie (dotykane intymnych miejsc, wymuszanie pocałunków, ocieranie się itp.). Pacjentka opowiadała: „Czasem, jak jechałam do pracy, to myślałam o tym, żeby wjechać w drzewo, żeby tam nie dojechać”. Zależało jej na pracy, gdyż studiowała i potrzebowała pieniędzy. Unikała zwolnienia z własnej inicjatywy, bo bała się utraty należnych wynagrodzeń. Nie mogąc znieść poniżenia, po raz pierwszy w życiu wzięła zwolnienie lekarskie, uzgadniając ze znajomym lekarzem założenie gipsu na zdrową rękę, lecz nie ujawniając mu rzeczywistych powodów swej decyzji. Liczyła na to, że szef z czasem zwolni ją sam, a wtedy będzie mogła ubiegać się o wypłatę należnego wynagrodzenia drogą sądową. „Tak najbardziej to chciałam się tym sądem na nim zemścić” — relacjonowała. Szef w istocie zwolnił pacjentkę, a ta z czasem wygrała sprawę sądową o wypłatę zaległych wynagrodzeń. Czuliła się winna: „Mam wyrzuty sumienia, że wzięłam nieuczciwe zwolnienie”. Po raz pierwszy opowiedziała komukolwiek o przemocy, jakiej doświadczyła 5 lat wcześniej.

Struktura procesu terapeutycznego

Ustaliłam wraz z pacjentką czas trwania terapii na 3 miesiące (10 sesji; wraz ze spotkaniem konsultacyjnym i sesją zamykającą ten etap terapii¹ odbyło się 12 spotkań). Spo-

¹ Pracy nad traumą poświęcono 12 pierwszych spotkań. Po tym etapie terapii pacjentka kontynuowała ją, wyznaczając nowe cele terapeutyczne o charakterze rozwojowym. W efekcie cały proces trwał ok. 2 lat.

tkania odbywały się raz w tygodniu, w stałym miejscu, trwały 50 minut. Za sesje płaciła pacjentka. Nie odwołała żadnej z nich, przychodziła punktualnie.

Podjęcie pracy krótkoterminowej, skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu (usunięciu objawu) miało następujące uzasadnienia:

1. Praca nad objawem skutkuje nawiązaniem łączności z tą częścią psychiki pacjenta, która jest najbardziej zmotywowana i gotowa do zmiany. Wspierany jest sojusz terapeutyczny i omijany opór przed zmianą.

2. W leczeniu skoncentrowanym na teraźniejszości i przyszłości pacjent odnajduje łatwiej związek między leczeniem a swoim obecnym życiem doceniając szybki efekt leczenia. Zadanie terapeuty polega na tym, aby pomóc mu usunąć zahamowania przy pokonywaniu problemów — by mógł rozwijać się samodzielnie. Zmiana w obszarze objawów daje pacjentowi poczucie kontroli, sprawstwa i autonomii.

3. Terapeuta traktuje pacjenta jako całość i zakłada, że zmiana w jednym obszarze spowoduje dalsze zmiany (tzw. efekt „śnieżnej kuli” [2, s. 50, 147]).

Pozytywem prowadzonej indywidualnie terapii było wzmocnienie dorosłej części u pacjentki, która sama płaciła za sesje i — nie opuszczając żadnej — odpowiedzialnie w nich uczestniczyła.

Diagnoza i cel terapii

U pacjentki występowały zjawiska transowe typowe dla transu objawowego wynikającego z urazu:

- katalepsja związana z samym objawem jąkania — jąkanie jako zatrzymanie płynności mówienia, brak elastyczności, zablokowanie;
- dysocjacja, której przejawy można było rozpoznać w opowieściach pacjentki i w faktach z czasów doświadczenia urazu („czasem jak jechałam do pracy, to myślałam o tym, żeby wjechać w drzewo, żeby tam nie dojechać”; założenie gipsu na zdrową rękę), a także pełne drżenia ruchy w sposobie poruszania się i zagapianie się pacjentki sprawiające wrażenie, jakby była nieobecna, jakby była „gdzie indziej”;
- regresja wieku odnoszona do objawu jąkania jako utraty już nabytej zdolności intelektualnej, jaką jest mówienie.

Pacjentka sformułowała cel następująco: „chciałabym już zamknąć to, co się stało”. Zaproponowałam jej przeformułowanie tego celu w kategoriach pozytywnych i szczegółowe opisanie. Powiedziała, że chce bardziej cieszyć się codziennym życiem, realizować swoje pasje, miło spędzać czas ze znajomymi, swobodnie oddychać i doświadczać więcej pozytywnych emocji.

Realizowane cele cząstkowe służyły skontaktowaniu pacjentki z jej wewnętrzną potrzebą zmian, redukcji lęku i napięcia, emocjonalnemu przepracowaniu traumy i włączeniu jej w naturalny strumień wspomnień. Podczas trwającej 10 sesji pracy terapeutycznej podjęłam kilka interwencji terapeutycznych, w których bezpośrednio zastosowałam hipnozę ericksonowską oraz technikę metafory. Były to:

- praca nad wizualizacją celu terapeutycznego
- praca nad objawem jękania
- praca nad objawem lęku
- praca nad doświadczonym urazem.

Podjęte interwencje terapeutyczne

A. Praca nad wizualizacją celu terapeutycznego

Otoczenie pacjentki (rodzinne, medyczne) oczekiwało ustąpienia jękania, czyli tego, że psychoterapia będzie w swej treści bezpośrednio dotyczyła przywracania płynności mówienia. Pacjentka początkowo bardzo chciała tym oczekiwaniom sprostać. Jednocześnie była przekonana, że potrzebuje „zacząć mówić” o urazie z przeszłości. Ważne było wzmocnienie tego kierunku pracy, który sama wносиła i postrzegała jako ważny.

Wprowadzenie hipnozy i metafor miało prowadzić do zdysocjowania pacjentki od oczekiwań otoczenia dotyczących celu terapii, a zasocjowania jej z potrzebą przepracowania urazu. Opowiedziałam pacjentce dwie historie: pierwsza miała zdysocjować ją od oczekiwań otoczenia, a zasocjować z celem terapeutycznym, druga — zbudować pozytywną wizję przyszłości.

Pierwsza historia opowiadała o chłopcu, jego ojcu i osle, i sposobie, w jaki podróżowali; sposobie, który zmieniali za każdym razem, kiedy dotychczasowy był kwestionowany i krytykowany przez spotykanych na drodze mędrców. Te doświadczenia wzbudziły w podróżujących motywację do podejmowania samodzielnych wyborów oraz kontaktowania się z własnymi potrzebami [7]. Druga historia opowiadała o podróży przez krainę dobrej zmiany, w której ludzie nie mieli cienia i każdy, kto był gościem w tej krainie, z czasem także pozbywał się cienia. Efektem zastosowanej interwencji było pozytywne zwizualizowanie celu terapii, który pacjentka opisała w następujących słowach: „żebym miała odwagę pojechać kiedyś do tego hotelu na kawę i spotkać tam szefa i spokojnie w jego obecności tę kawę wypić; żeby mogła spokojnie przejść obok szefa na mieście i zignorować go; żeby mogła spokojnie przypominać sobie to, co się wydarzyło; żeby mogła czuć się pewniej z sobą”.

B. Praca nad objawem jękania

Pacjentka odczuwała jękanie jak blokadę, która umiejscowiona jest w gardle, jak ciało obce („kamień” — określenie wprowadzone przez pacjentkę), które ciąży. Jękanie było przejawem katepsji (zahamowanie, zablokowanie, zatrzymanie przepływu, brak płynności). Praca terapeutyczna z zastosowaniem hipnozy miała na celu wprowadzenie ruchu i elastyczności w odniesieniu do objawu. W hipnozie pacjentka odczuwała obecność obcego ciała (kamienia) w sobie. Umiejscawiała ów kamień na linii dróg oddechowych — w okolicach tchawicy, przetyku. Zasugerowałam jej, że ma umiejętność wprawiania kamienia w ruch — w górę, w dół, w górę... Prowadziłam z nią dialog transowy. Komunikowała (werbalnie bądź niewerbalnie poprzez wskazanie ręką), w jaką stronę przemieszcza się ów kamień. W hipnozie przemieszczanie sukcesywnie dokonywało się w górę; na pewnym etapie pacjentka miała wyraźny odruch wymiotny (kilkakrotnie), symbolicznie

pozbyła się obcego ciała, „wyrzuciła go” na zewnątrz. Poprosiłam, aby wybrała miejsce w gabinecie, w którym chce go zostawić. Pacjentka weszła w bardzo głęboką hipnozę. Po wyprowadzeniu z transu powiedziała (bardzo płynnie): „czuję się teraz lekka jak piórko”. Wykorzystałam to do utrwalenia efektów sesji — jako że pacjentka mieszkała w pobliżu lasu i zbiornika wodnego, wprowadziłam zadanie domowe: miała chodzić na spacerach i znajdować ptasie piórka, a będąc nad wodą rzucać do niej kamienie różnej ciężkości. Po tygodniu od tej sesji jąkanie częściowo ustąpiło (nie było już tak bardzo dokuczliwe, pacjentka potrafiła płynnie wypowiedzieć więcej słów, a nawet zdań).

Podczas następujących po sobie kolejnych sesji objaw jąkania raz zanikał, raz wzrastał się. Miał charakter bardzo dynamiczny, falujący i był istotnym komunikatem postępu terapii. Wiele sesji poświęciłam na interwencje wspierające, pozytywnie wartościujące małe zmiany osiągane przez pacjentkę i akceptujące momenty trudne. Interwencje tego typu także miały charakter transowy (wykorzystywano często metaforę mostu symbolizującego proces terapii — psychoterapia jako most łączący dwa ważne momenty życia: moment pojawienia się problemu i moment jego rozwiązania). Pacjentka podczas trwania terapii bardzo często umiejscawiała siebie na tym moście. Mówiła, w jakim jest miejscu, w jakim jest kierunku zwrócona, czego potrzebuje, aby pójść dalej, a ja podążałam za nią, dostosowywałam interwencje i tempo pracy do pojawiającej się przestrzeni.

Efektom podjętej interwencji, utrwalanej poprzez zadania domowe, było zmniejszenie napięcia mięśniowego (zmniejszenie jąkania), zwiększenie poczucia kontroli oraz przewartościowanie objawu (objaw jako „barometr” postępów terapii). W tym miejscu należy podkreślić, że przewartościowanie to bardzo wpłynęło na przebieg dalszego procesu terapeutycznego (już po przepracowaniu urazu), o czym będzie mowa na końcu artykułu.

C. Praca nad objawem lęku

Objaw jąkania był u pacjentki silnie zwrotnie sprzężony z wewnętrznym napięciem i lękiem. Trudno było jednoznacznie określić, czy jąkanie wzmacnia lęk, czy lęk wzmacnia jąkanie. Wprowadziłam interwencję terapeutyczną mającą na celu pracę z objawem lęku.

Pacjentka prezentowała zjawisko transowe polegające na asocjacji z lękiem („ja i mój lęk to jedno”, „jestem jednym wielkim lękiem”). Interwencja miała na celu zdysocjowanie jej od niego. W tym celu miała stanąć za fotelem i rozmawiać z terapeutą, odgrywając rolę lęku (personifikacja objawu), podczas gdy w fotelu nadal „siedziała” jej wyimaginowana postać („właścicielka lęku”). Zatem dialog nie był prowadzony z pacjentką, ale z lękiem pacjentki. W dialogu poszukiwałam wyjątków z jej życia, kiedy lęku nie ma, kiedy odchodzi lub słabnie, oraz zachęcałam ją do dokonania porównania lęku do czegoś realnego. Poprosiłam o narysowanie (kolejna dysocjacja) tego, co jest dla niej metaforą lęku (pacjentka narysowała czarnego potwora). Z kolei z pozycji terapeuty w różnych fragmentach rysunku próbowałam dostrzegać jakieś nowe, oderwane, inne, dobre obrazy, co miało służyć kolejnej dysocjacji od lęku, a jednocześnie asocjacji z obszarem rozwiązań, konstruktywnego radzenia sobie („ten fragment przypomina mi... łąkę” itp.). Pacjentka miała wybrać tę z nowych interpretacji, która najbardziej jej odpowiadała, i narysować ją na kolejnej kartce (narysowała zieloną trawę, którą kojarzyła z odpoczynkiem, relaksem). Pacjentka pod koniec sesji nie odczuwała w ogóle lęku, a poza sesjami radziła sobie w taki

sposób, że w momencie jego narastania skupiała uwagę na czymś przyjemnym (miłe wspomnienia z wakacji, oglądanie zdjęć, spacer itp.). Był to jej własny pomysł na skuteczne radzenie sobie. Efektem podjętej interwencji, utrwalanej poprzez zadania terapeutyczne, było zwiększenie poczucia kontroli nad lękiem.

D. Praca nad doświadczonym urazem

Najważniejszą z punktu widzenia celu terapii interwencją terapeutyczną była praca nad doświadczonym urazem metodą szwajcarskiej psychoterapeutki ericksonowskiej Susy Signer-Fischer [8]. Metoda ta stanowi niedyrektywny sposób pracy z traumą (pacjent nie musi w sposób werbalny relacjonować tego, co było treścią doświadczenia urazowego). Praca terapeutyczna odbywała się w hipnozie i w zasadzie cały jej przebieg miał na celu zdysocjowanie pacjentki od obszaru problemowego (urazowego), a zasocjowanie z obszarem konstruktywnego radzenia sobie. Było to swoiste balansowanie na kontinuum dysocjacja–asocjacja, w kierunku ostatecznego skontaktowania pacjentki z jej wewnętrznym potencjałem zaradczym.

Hipnoza jest bardzo cennym narzędziem terapeutycznym w pracy z osobami doświadczającymi dysocjacji. „Osoby dysocjacyjne z definicji często i spontanicznie zapadają w stany transowe, dlatego nie da się z nimi pracować bez hipnozy — albo będą z niej korzystały same, albo terapeuta wspólnie z nimi z niej skorzysta” [10, s. 346]. Można spotkać się ze stwierdzeniem, że osoby doświadczające dysocjacji „są wirtuozami autohipnozy” [9, s. 335]. Umiejętność pacjentki, polegająca na naturalnym wchodzeniu w trans, w istocie była mistrzowska — ten jej zasób spożytkowałam w procesie psychoterapeutycznym.

Pacjentka miała przywołać wspomnienie sytuacji urazowej (obrazy, emocje, odczucia z ciała, itd.) i określić poziom napięcia emocjonalnego, jakie ono wzbudziło (skala 0–10), po czym skupić się na odczuciu w ciele, które pojawiało się jako najważniejsze w związku z przywołaniem sytuacji urazowej i zamienić sygnał płynący z ciała w działanie, poprzez narysowanie na kartce w sposób abstrakcyjny tego, co pojawiało się na poziomie emocjonalnym (tu następowała dysocjacja od negatywnych, trudnych emocji; to, co pojawiło się wewnątrz, zostało od wnętrza oddzielone, umieszczone na zewnątrz). Po wykonaniu rysunku pacjentka miała ponownie określić poziom napięcia (skala 0–10). Następnie jej zadaniem było ustalenie, na podstawie poziomu napięcia, jaka odległość od rysunku jest dla niej najbardziej komfortowa, najbardziej bezpieczna; określanie poziomu napięcia stanowi wskazówkę, w jakim stopniu niejako dokonuje się dysocjacja. Z kolei miała wybrać taki element ze swojego rysunku, który był absolutnie najważniejszy i ponownie określić poziom wewnętrznego napięcia emocjonalnego, po czym zbliżyć się do tego elementu i w swojej wyobraźni niejako stać się nim, i w imieniu tej części wysłać do świata ważne przesłanie, telegram, komunikat (pacjentka wypowiedziała słowo „dosyć!”). W tym momencie wyprowadziłam ją z hipnozy (powrót do rzeczywistości, do „tu i teraz”). Następnie miała wybrać taki element ze swojej kompozycji abstrakcyjnych plam, z którym związane było najmniejsze napięcie emocjonalne, zbliżyć się do tego elementu i w jego imieniu wysłać ważny przekaz dla świata (użyła zwrotu „bądź sobą!”). Po wyprowadzeniu z hipnozy poziom napięcia emocjonalnego wyraźnie spadł (do 2 stopni z 9 na początku). Zapytałam ją, jakie wrażenie teraz robi na niej obraz analizowanej sytuacji, co czuje? Czowała ulgę,

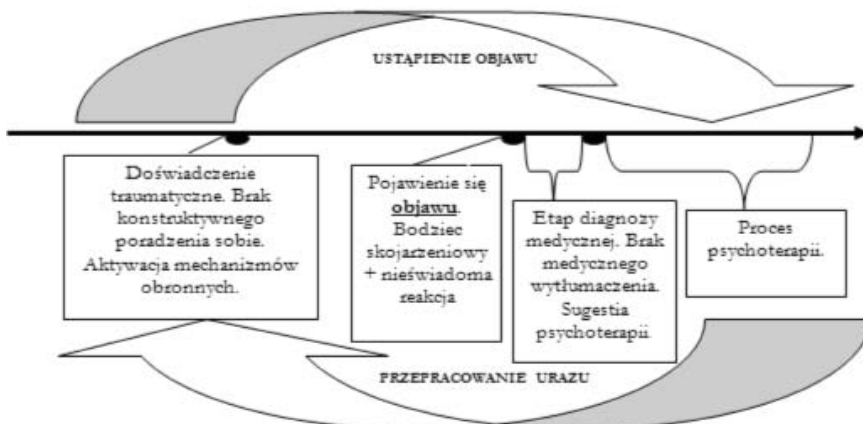
którą umiejscowiła w ciele na poziomie klatki piersiowej i szyi (warto zauważyć, że z tym obszarem ciała — klatka piersiowa, szyja, tchawica, przełyk — związane było jąkanie i wcześniejsza praca w stanie transu nad objawem jąkania jako blokadą).

Rozumienie mechanizmu powstania objawu

Pacjentka przez kilka lat od urazu pozostawała w dysocjacji, która przestała mieć już dawno wymiar adaptacyjny. Jako niezwykle sumienny pracownik tylko 2 razy w życiu przebywała na zwolnieniu lekarskim. Objaw jąkania powstał w momencie otrzymania pozpitalnego zwolnienia lekarskiego związanego z naczyniowymi bólami głowy. Wcześniej przebywała na zwolnieniu tylko raz — 5 lat wcześniej (miała wówczas w gipsie zdrową rękę, aby nie chodzić do pracy, w której doświadczała przemocy). Myślę, że aktualne przebywanie na zwolnieniu lekarskim było dla niej nieświadomym bodźcem skojarzeniowym, który ponownie zasocjował ją z przeszłym doświadczeniem urazowym, powodując jego restymulację.

Nowe miejsce pracy i obecne szefostwo pacjentka oceniała bardzo pozytywnie („wspinali ludzie”, „totalne przeciwieństwo tamtego szefa”), lubiła swoją pracę. Miała wyrzuty sumienia, że nie może pracować, mimo że obecne zwolnienie lekarskie (po zasłabnięciu i obserwacji w szpitalu) było uczciwe, potrzebne i zasadne. Fakt aktualnego zwolnienia lekarskiego na zasadzie nieświadomego skojarzenia z wcześniejszym zwolnieniem lekarskim i jego okolicznościami mógł wyzwolić wyparte treści związane z nierozwiązaną na poziomie emocjonalnym traumą, która „powróciła” w postaci objawu. To tak, jakby zostało otwarte coś, co wcześniej nie zostało dobrze zamknięte — nastąpiła restymulacja traumy poprzez nieświadomy bodziec skojarzeniowy (patrz rys. 1).

Pozytywny aspekt uruchomionego nieświadomie objawu jest taki, że stanowi on pierwszy krok do dojrzałej asocjacji z traumą („stawienie jej czoła”, sprostanie emocjom, trudnym wyzwaniom). Zatem ukazana na rysunku restymulacja doświadczenia urazowego jest jednocześnie asocjacją, a objaw nieświadomym sygnałem, że człowiek jest gotowy rozpocząć (tu: w procesie terapii) konstruktywne radzenie sobie z tym doświadczeniem.



Rys. 1 Mechanizm powstania objawu psychosomatycznego (aspekt czasowy)

Może też oznaczać, że psychiczny uraz „domaga się” domknięcia (dysocjacja może się zakończyć) i włączenia w nieprzerwany strumień wspomnień, w którym są wszystkie inne (przyjemne i nieprzyjemne) przeszłe doświadczenia. Wydaje mi się, że objaw jękania ma w przypadku tej pacjentki znaczenie symboliczne. Metaforyczne znaczenie objawu jękania w odniesieniu do indywidualnego doświadczenia pacjentki rozumiałam jako niewypowiedzianą krzywdę, nienazwane przeżycia, nieujawnione zło i bez wątpienia pozostawał on w silnej symbolicznej relacji do dotychczasowego milczenia na temat urazu; można powiedzieć, że nadszedł nareszcie bezpieczny czas, aby zacząć o nim mówić.

Podsumowanie

Po osiągnięciu celu leczenia i całkowitym ustąpieniu objawu zmierzałam w kierunku zamknięcia procesu terapeutycznego. Na ostatniej sesji jękanie jako objaw nagle powróciło w takim samym nasileniu, jak na początku terapii! Fakt ten poddałam superwizji.

Podczas niej uzyskałam istotne informacje zwrotne. Oczywiście okazało się, iż objaw stał się tym razem zupełnie nowym komunikatem: „ja jeszcze potrzebuję terapii, jeszcze mam coś do zrobienia”, tym bardziej że taka sugestia posthipnotyczna² — traktowania objawu jako „barometru” w postępie terapii — była wprowadzona na etapie pracy nad doświadczonym urazem. Zawarłam nowy kontrakt terapeutyczny. Dalsza psychoterapia trwała jeszcze około 2 lat (sesje raz w tygodniu). Pracowałam z pacjentką m.in. nad poczuciem kobiecości, budowaniem pozytywnego wizerunku ojca, separowaniem się od matki, budowaniem poczucia własnej wartości, stawianiem granic w życiu zawodowym itp. Objaw jękania ustąpił już na drugiej sesji po superwizji, kiedy pacjentka podjęła decyzję o kontynuowaniu terapii pod kątem rozwojowym. Zmiany, jakich dokonała w toku dalszej terapii, to: większa równowaga w relacji emocjonalnej z obojgiem rodziców (separacja od matki, zbudowanie pozytywnego obrazu ojca), większe eksponowanie i dbałość o własną kobiecość, znalezienie partnera, pozytywne doświadczenia seksualne, wyprowadzenie się z domu, zmiana pracy.

Wnioski

Ogromne znaczenie w całym procesie terapeutycznym miało to, iż uważnie dostrajałam się do pacjentki i własnego procesu skojarzeniowego, a także budowałam od pierwszego momentu dobrą relację terapeutyczną opartą na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Moje dostrojenie sprawiło, że tempo pracy było bezpieczne. Tylko raz jako terapeutka „uległam pokusie”, by „wybiec” przed pacjentkę, a było to w momencie, kiedy przedwcześnie postanowiłam zamknąć proces psychoterapii. Na szczęście jej wewnętrzna mądrość, którą nazywamy nieświadomością, „odezwała się” z całą mocą w postaci powrotu objawu jękania (przewrotność tego zdania jest bardzo znamienne).

Hipnoza ericksonowska nie tylko jako technika, ale przede wszystkim jako płynny sposób komunikowania się terapeuty z pacjentem [6], okazała się bardzo skutecznym i bezpiecznym narzędziem pracy terapeutycznej. Zastosowanie różnorodnych metafor wzbogaciło interwencje terapeutyczne i potwierdziło skuteczność komunikacji niedyrek-

² Sugestia podawana podczas stanu transu w odniesieniu do niektórych działań, myśli czy percepcji, które mają wystąpić w późniejszym czasie.

tywnej z pacjentem psychosomatycznym. Duża część pracy terapeutycznej odbyła się poza sesjami w postaci zadań zleconych pacjentce, co zwiększało jej zaangażowanie i łączyło terapię z realnym życiem. Potwierdziła się teza o znaczeniu wielu czynników ważnych w terapii: uważnej obserwacji, gotowości do zrozumienia granic percepcji pacjenta i jego motywacji, zainteresowanie ogólnym znaczeniem objawu, pomysłowości w planowaniu interwencji mobilizującej wewnętrzne siły i respektowanie zasobów jednostki, a także wiedzy o komunikacji jako głównym narzędziu wprowadzania zmian.

Piśmiennictwo

1. Klajs K, Lipman L. Terapia ericksonowska. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Warszawa: Eneteia; 2011.
2. Zeig J, Munion WM. Twórcy psychoterapii. Milton H. Erickson. Gdańsk: GWP; 2005.
3. Szymańska K. „Podróż do wnętrza” — zastosowanie hipnozy ericksonowskiej w terapii zaburzeń psychosomatycznych. *Psychoter.* 2012; 1(160): 37–50.
4. Herman J. Trauma and recovery: the aftermath of violence. From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books; 1992.
5. James RK, Gilliland BE. Strategie interwencji kryzysowej, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA; 2005.
6. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Poznań: wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
7. Peczeko BK. Drogocenna perła. Zbiór przypowieści Środkowego Wschodu stosowanych w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo M; 1993, s. 29–31.
8. Materiał z warsztatu autorstwa S.S. Fischer pt. „Sytuacje pozornie bez wyjścia” w ramach IV Europejskiego Kongresu Hipnozy; Kraków 2005. (Notatki własne.)
9. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: GWP; 2009.

Adres: r.szczyrba@wp.pl