

Katarzyna Szymańska

SPOŻYTKOWANIE ZASOBÓW PACJENTA W TERAPII ERICKSONOWSKIEJ

UTILIZATION OF PATIENT RESOURCES IN ERICKSONIAN THERAPY

Polski Instytut Ericksonowski

**Ericksonian hypnotherapy
resources in psychotherapy
strategy of utilization**

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie praktyki spożytkowania zasobów pacjenta jako podstawowej strategii w terapii ericksonowskiej. W pierwszej części artykułu pokazano sposoby rozumienia pojęcia zasobów w podejściu ericksonowskim, a także wykorzystywanie idei zasobów w innych szkołach terapeutycznych. W kolejnej jego części opisana została strategia spożytkowania na przykładzie przypadku krótkoterminowej terapii indywidualnej, obrazującego jej zastosowanie w praktyce. Pacjentem był 45-letni mężczyzna, cierpiący na zaburzenia adaptacyjne. Terapeutka stosowała hipnozę kliniczną uruchamiającą dostęp do potencjału i zasobów pacjenta. Wzbudzała ona stan hipnotyczny, kierując uwagę pacjenta do jego wnętrza tak, aby sam dokonywał poszukiwań, generował wspomnienia i wypełniał je własną treścią. Hipnotyczne metody komunikacji pozwoliły na wzmocnienie zdrowej części pacjenta obejmującej jego świadomą identyfikację z energią życiową i integrację wewnętrznie zdysocjowanych aspektów. Pacjent znalazł własne rozwiązanie problemu gwarantujące wyjście z katalepsji w kierunku ruchu rozwojowego.

W opisanym procesie terapii potwierdzone zostało doświadczenie autorki, że zmiana osiągnięta w indywidualnej pracy z pacjentem generuje ruch i transformację w jego systemie społecznym.

Summary

This article aims at presenting the rules for utilizing patient resources as a key strategy in Ericksonian psychotherapy. The concept of resource utilization under the Ericksonian approach and as defined by other schools of psychotherapy is outlined in the first part. Next, the strategy of resource utilization is explained and an individual short-term therapy case study, illustrating its practical application, is presented. The patient discussed in the case study was a 45-year-old man with adjustment disorders. Clinical hypnosis was used by the author to activate the patient's access to his inner potential and resources. Through the use of hypnotic communication methods, the healthy parts of the patient's personality were strengthened, including his ability to consciously identify his vital energy and integrate his internal, dissociated aspects. The patient discovered his own solution to the problem, gaining the opportunity to free himself from catalepsy and to proceed on a path of development. The described therapy process confirmed the author's experience that change achieved in individual work with the patient creates movement and transformation in his social system.

Wprowadzenie

Terapia ericksonowska jest zorientowana na rozwój [1]. Uwzględnia ona cykl życia człowieka — to, że życie jest procesem ciągłej zmiany, wymagającym adaptacji do nowych warunków i realizowania zadań rozwojowych na kolejnych etapach. Często pacjent przychodzi na terapię, ponieważ utknął i nie może wzrastać dalej: objawy zatrzymują go na wcześniejszym niż wiek metrykalny etapie rozwoju. Proces w terapii jest podporządkowany pytaniu: jak zainicjować zmiany, które doprowadzą do odzyskania zdrowia, lepszego życia i dobrostanu, i umożliwią pacjentowi przejście na kolejny etap rozwoju.

Terapeuta jest aktywny, bierze odpowiedzialność za proces zmian i prowadzi pacjenta w obranym kierunku, do celu. Od pierwszego spotkania terapeuta zasiewa ideę zmiany, kierując się głębokim przekonaniem, że zmiana jest możliwa w każdym wieku i okolicznościach. Terapeuta swoim zachowaniem i sugestiami, w oparciu o własną wewnętrzną, optymistyczną wizję świata, buduje nadzieję i kreuje pozytywne oczekiwanie w pacjencie, że terapia przyniesie pożądaną rezultaty [2].

Terapeuta poszukuje sposobów, dzięki którym może lepiej skorzystać z zasobów własnych i pacjenta, tak aby terapia była lżejsza i przeprowadzona w możliwie najkrótszym, czasie. Uwaga terapeuty jest nieustannie kierowana w stronę konkretnych zasobów. Istotą tego podejścia jest odkrywanie nowych możliwości i budzenie potencjału ukrytego w nieświadomości pacjenta [3].

W kolejnych krokach procesu terapeutycznego specjalista koncentruje uwagę pacjenta na rozwiązaniu problemu oraz szuka obszaru, w którym pacjent już je znalazł — pytając, kiedy pacjent czuje się dobrze; kto lub co dawało pacjentowi wsparcie; jakie trudności pokonał on w życiu; w jakich sferach jest wolny od problemu i co pomaga mu radzić sobie w chwili obecnej. Fundament ericksonowskiej filozofii leczenia stanowi szacunek dla umiejętności znajdowania przez pacjenta najlepszych dla siebie rozwiązań [4]. M.H. Erickson, z racji własnych doświadczeń związanych ze zmaganiem się z uciążliwością choroby, spowodowanej dwoma atakami polio, szczególną wartość przypisywał koncentrowaniu się na konstruktywnych i wspierających proces zdrowienia aspektach funkcjonowania człowieka. Dlatego jego terapię przenika postawa radości i afirmacji życia.

Pojęcie zasobów

Pojęcie „zasoby” zostało wprowadzone do psychoterapii na początku lat siedemdziesiątych XX wieku przez Milтона H. Ericksona, który wyraźnie posłużył się wtedy ideą zasobów i ich spożytkowania jako podstawowego czynnika leczącego w psychoterapii [5, 6]. W podejściu ericksonowskim pojęcie zasobów rozumiane jest w wieloraki sposób.

Stephen Gilligan podaje, że „zasobami jest wszystko, co pomaga dotrzeć do tego, co może być wspierające, co pomaga dotrzeć do źródeł wsparcia — doświadczenie troski czy miłości ze strony innych osób. Odwołuje się do samego znaczenia słowa: zasób (*re-source*), które oznacza cokolwiek, co pozwala ci dotrzeć z powrotem do twojego źródła” [5, s. 348]. Według tego autora, pracując nad rozpoznaniem zasobów, terapeuta może rozpytywać pacjenta o osoby, które go wspierały i kochały (osoby żyjące lub nieżyjące, przyjaciele — realni bądź wyobrażeni, przodkowie, istoty duchowe, członkowie rodziny

czy nauczyciele), a także o sposoby odnajdywania poczucia wewnętrznego bezpieczeństwa lub kontaktu ze sobą samym lub wyobrażenia odnośnie do wszystkiego, co pomoże mu osiągnąć cele i terapeutyczną zmianę [5].

Klajs rozumie zasoby jako zestaw cech czy doświadczeń pacjenta, na których terapeuta będzie budował swoje interwencje i strategię terapeutyczną. Zgodnie z tą ideą za zasób uznaje się każde wewnętrzne doświadczenie pacjenta, które wydobyte i przypomniane na sesji, może doprowadzić do uelastycznienia jego zachowania (zwiększenia możliwości wyboru) w procesie terapii. „Mogą to być zdarzenia z odległej przeszłości, intensywne marzenia, pragnienia odnoszące się do przyszłości, poruszające doznania emocjonalne, wcześniejsze rozwiązania, doświadczenia powrotu do zdrowia lub zanikania objawu. Do zasobów należą też sytuacje wyjątkowe, te części doświadczenia pacjenta, jakie stanowią tło do problemu” [4, s. 288].

Zasoby mogą być odnalezione przez terapeutę w:

- indywidualnych jednostkach,
- systemie/systemach,
- w relacji terapeutycznej [5].

Za zasób indywidualny uważa się wszystkie doświadczenia z obecnego życia czy z przeszłości, do których pacjent odwołuje się na sesji, uznając je za ważne i wartościowe. Mogą to być własne cechy fizyczne (np. sprawność, uroda) czy psychiczne (wytrwałość, śmiałość, wiara w siebie), które pacjent sam ocenia pozytywnie i które w sobie ceni. Zasobem są wszystkie umiejętności pacjenta nabyte w procesie uczenia, w tym (niezmiernie cenne) są umiejętności społeczne. Za zasób uważa się obszar aktywności pacjenta wolny od objawów, ale też obszar tej aktywności, która pozwala osiągać sukcesy, realizować zamiłowania i pasje, spełniać się w bliskich związkach z ludźmi. Do zasobów należy doświadczenie pokonywania trudności, przezwyciężania kryzysów, wychodzenia z choroby i powrotu do zdrowia [5].

Dla Ericksona ważna była indywidualność i zasoby związane z unikalnością człowieka. „Pamiętaj, że jesteś kimś wyjątkowym. Jedyne, co musisz zrobić, to pozwolić innym zobaczyć, że taki jesteś” — mówił swoim uczniom [1, s. 17].

Zasoby systemowe to różnorodne aspekty funkcjonowania rodziny lub innego systemu społecznego pacjenta (np. szkoły, pracy), do których się odnosi terapeuta w terapii indywidualnej lub rodzinnej. Można wymienić przykładowo, że zasobem rodziny są dotychczasowe sposoby przezwyciężania kryzysów rozwojowych, status społeczny, potencjał emocjonalny, intelektualny, finansowy, wzorce odpowiedzialności i umiejętność dobrego pełnienia ról rodzinnych, trwałe, szczęśliwe związki małżeńskie, zestaw społecznych umiejętności i edukacja wyniesione z rodziny, poczucie emocjonalnej bliskości i możliwość otrzymania wsparcia w sytuacji trudnej oraz dziedzictwo kulturowe zawarte w przekazywanych z pokolenia na pokolenie narracjach, symbolach i systemie wartości.

W okresie pandemii okazało się, że niezmiernie ważnym zasobem systemowym, pozwalającym przetrwać sytuację zagrożenia życia, była sieć społecznego wsparcia pacjenta istniejąca poza systemem rodzinnym (przyjaciele, sąsiedzi, wolontariusze).

Jeśli chodzi o zasoby zawarte w relacji terapeutycznej jednym z ważnych zasobów jest zdolność pacjenta i terapeuty do współpracy. Terapeuta aktywnie szuka takich doświadczeń

w życiu pacjenta, które pozwolą mu później na zbudowanie relacji opartej na wspólnym dążeniu do określonego razem celu [4, 5].

Sposoby, w jakich pacjent doświadcza osoby terapeuty w trakcie sesji również mogą stanowić zasoby do spożytkowania w terapii.

Klajs podkreśla, że poszukiwanie przez terapeutę zasobów „zaraża” pacjenta przekonaniem o jego pełnowartościowości, przywraca mu siłę [4]. Kierując uwagę pacjenta na potencjał i możliwości, terapeuta przekazuje komunikat: „wierzę w ciebie”, „mam do ciebie zaufanie” (jest to korektywny przekaz dobrego rodzica). Przeglądając się w oczach terapeuty pacjent może uwewnętrznić pozytywny obiekt i zbudować zaufanie do siebie. W ten sposób doświadczenie terapii wzmacnia go, daje wiarę we własne możliwości, przywraca godność i poczucie sprawstwa. Samo w sobie staje się ono czynnikiem leczącym [4, s. 288].

Erickson szanował nieświadomość — zarówno pacjenta, jak i własną. Rozumiał ją jako magazyn mieszczący całość nabytych w ciągu życia doświadczeń i uważał ją za zasób (źródło kreatywności i potencjału). Erickson rozumiał także, że posługuje się ona często językiem symbolicznym. Wykorzystywał więc metaforę, analogie i symboliczne zadania jako cenne narzędzia w procesie terapeutycznym.

Działalność Ericksona wywarła istotny wpływ na rozwój nowych kierunków terapeutycznych opartych na założeniu, że terapia powinna koncentrować się na zasobach pacjenta, a nie na jego deficytach. Należy do nich m.in. nastawiona na rozwiązanie terapia krótkoterminowa [7, 8], programowanie neurolingwistyczne [9] i hipnoterapia [10, 13]. W wymienionych podejściach terapeuta jest skupiony na tym, jak znaleźć możliwości i zasoby w pacjencie, które pomogą mu zrealizować cele terapii lub jak te zasoby wspólnie budować.

Od czasów Ericksona idea zasobów stała się tak powszechnie znana i użyteczna, że znalazła zastosowanie w praktyce licznych szkół terapeutycznych. Najwyraźniej można to zaobserwować w obszarze psychoterapii pozytywnej, znajdującej swój fundament w psychologii pozytywnej (zainaugurowanej wykładem Martina Seligmmana na forum Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1998 roku). Psychoterapia pozytywna zaleca koncentrowanie się na rozpoznawaniu i rozwijaniu ludzkich możliwości i zapewnianiu, tak sobie, jak i innym, dobrego życia [14]. W jej ramach powstały ważne dla rozumienia i działania w terapii koncepcje, takie jak salutogenetyczny model zdrowia, akcentujący procesualny charakter zdrowia oraz uzupełniający rozumienie zdrowia o jego aspekty pozytywne [15], czy teoria zachowania zasobów, objaśniająca reguły budowania i wykorzystywania różnorodnych źródeł własnej odporności na stres [16]. W pozytywnej psychoterapii nacisk położony jest na to, aby pacjent „mógł łatwiej i pełniej wykorzystać cnoty, które posiada, oraz aby rozwijał je w zgodzie z własną indywidualnością i warunkami, w jakich żyje” [14, s. 347]. Koncepcja rozwijania w terapii siły psychicznej pacjenta opiera się na założeniu o tzw. zachowanych zasobach, czyli zaobserwowanej w badaniach ludzi dotkniętych zdarzeniami traumatycznymi niepodatności na trudności życiowe. Terapeuta bada trzy rodzaje niepodatności na stres pacjenta: odporność (*resistance*), czyli stopień, w którym urazowe doświadczenia nie wpływają na jego aktualne funkcjonowanie, psychiczną sprężystość (*resilience*), polegającą na zdolności powracania do równowagi oraz przemianę (*reconfiguration*), której przykładem jest wzrost potraumatyczny [15].

Martin Seligman w swojej behawioralno-poznawczej koncepcji leczenia depresji zaproponował techniki zmiany stylu poznawczego, które sprzyjają rozwojowi optymistycznego stylu myślenia pacjenta. Wniósł on do praktyki terapii metody budowania nadziei jako niezbędnego atrybutu myślenia i zasobu umożliwiającego depresyjnemu pacjentowi odzyskanie zdrowia [17].

W podejściu somatopsychicznym SE, łączącym badania neuropsychologiczne z metodami terapeutycznymi skoncentrowanymi na ciele, wiele uwagi poświęca się odkrywaniu zasobów połączonych z odczuwaniem ciała. Jak zauważa Rothschild, pracując ze strauumatyzowanymi osobami należy „uwzględnić najlepsze i najbardziej uzdrawiające aspekty pamięci. Niemal wszyscy ludzie mają dobre wspomnienia. Często są one liczne i bogate w zasoby, które można kultywować i wykorzystywać w terażniejszości i które mogą być tak potężne, że będą stanowić antidotum na niepożądane skutki pamięci traumatycznej” [18, s. 170]. Autorka cytowanego wyżej fragmentu, powołując się na teorię markerów somatycznych Antonia Damasia, pisze dalej: „Pamięć jest powiązana z umysłem i ciałem poprzez markery somatyczne. Markery somatyczne dobrych wspomnień często są równie silne, jak te związane z urazem. Istnieją już metody leczenia traumy, które wykorzystują markery somatyczne pozytywnych wspomnień do minimalizacji stresu związanego z przepracowaniem pamięci traumy” [18, s. 171]. Należą do nich kotwice, stosowane także w NLP (Programowaniu Neurolingwistycznym) [9], oraz bezpieczne miejsce, wykorzystywane na przykład w EMDR (ang. *Eye Movement and Reprocessing*) [19].

Terapeuci TSE (Terapii Stanów Ego) zakładają, że osobowość złożona jest z części, które nazywają Stanami Ego. Wśród nich zasadniczą rolę w terapii odgrywają Stany Zasobowe, które pacjent rozwinął na drodze treningu i doświadczenia życiowego. Ich aktywizowanie jest niezbędnym elementem terapii prowadzącym do integracji zdysocjowanych części [20].

Terapia narracyjna polega na rekonstrukcji, a następnie przeformułowaniu historii życia, tak by lepiej pasowała do potrzeb, wartości i możliwości pacjenta. Zakłada się w niej, że ludzie posiadają liczne umiejętności i zasoby, które są w stanie wykorzystać w celu ograniczenia wpływu problemów na ich życie [21]. W systemowej terapii rodzin diagnozę zasobów rodziny i ich uwzględnianie w procesie uznaje się za niezbędny element terapii [22].

Spożytkowanie jako podstawowa strategia w terapii ericksonowskiej

Podstawową strategią podejścia ericksonowskiego jest spożytkowanie wszystkiego, co wnosi do terapii pacjent. Spożytkowanie to oznacza gotowość terapeuty do strategicznego reagowania na wszystko, co wiąże się z pacjentem lub środowiskiem, w jakim pacjent przebywa. Według Zeiga mieszczą się w tym „zarówno świadome i nieświadome wypowiedzi, wspomnienia, mocne strony, zdolności (lub słabości!), związki, awersje, emocje, właściwości systemu, środowiska i kultury pacjenta. Jeśli coś jest częścią życia pacjenta może się przydać w osiągnięciu celu terapeutycznego; jeśli pacjent wnosi to do terapii, być może jest to cenniejsze niż cokolwiek, co może zaproponować terapeuta” [23, s. 71].

Termin „spożytkowanie” (od angielskiego słowa *utilisation*) czasami bywa tłumaczony jako utylizacja. Podkreśla się wtedy, że terapeuta ericksonowski może wykorzystać do

pracy terapeutycznej nie tylko pozytywne doświadczenia pacjenta i jego zasoby, ale również te aspekty jego osoby, które powszechnie uważa się za szkodliwe, niepotrzebne czy niekorzystne, np. jękanie, niesprawność ruchową czy anatomiczne defekty [10].

J.K. Zeig przedstawia to w następujący sposób: „Strategia spożytkowania zakłada, że najlepsze techniki pochodzą nie od terapeuty, lecz od pacjenta. Niezależnie od tego, jaką technikę pacjent wykorzystuje, żeby wyprodukować objawy, terapeuta może zawsze użyć jej do promowania pożytecznego życia. Strategia spożytkowania głosi, że najlepiej jest nie naginać pacjenta do z góry obranej techniki; powinno się raczej dostosować terapię do indywidualnego przypadku” [24, s. 44].

Umiejętność wykorzystania strategii spożytkowania była u Ericksona legendarna. Najbardziej znany jest z tego, że wykorzystywał opór pacjenta wobec terapeuty do terapeutycznej zmiany, nie walcząc z nim, jeśli widział w nim wyraz symptomatycznego zachowania. Dążył raczej do tego, żeby wspierając pacjenta i dodając odwagi, uzyskać możliwość poprowadzenia pracy w określonym przez siebie kierunku [3].

Na bazie tego założenia Erickson wypracował nowatorskie, paradoksalne metody pracy z oporem: dostrajanie się i dawanie wyboru — kreowanie terapeutycznego podwójnego wiązania, przepisywanie objawu, wieloznaczne zadania. Wykorzystywał opór pacjenta do rozwiązania problemu lub do osiągnięcia indukcji transowej [6]. Jako terapeuta wykazywał się wielką elastycznością, przeciwstawiając się dominującym wtedy zasadom.

Erickson jako pierwszy odwiedzał domy oraz biura pacjentów towarzysząc im w miejscach, w których występowały u nich objawy. Wykorzystywał obiekty natury i otoczenie, w którym mieszkali, np. wysyłał pacjentów na wycieczkę do ogrodu botanicznego czy na górę Squaw Peak. Po raz pierwszy zastosował też humor w psychoterapii [23, 24].

Autorce artykułu przez wiele lat pracy z pacjentami nie zdarzyła się sytuacja, w której niemożliwe byłoby na sesji wydobyć zasobów. Nawet w przypadku osób trudnych, ciężko chorych i obciążonych wieloma urazami było możliwe (a nawet szczególnie wtedy konieczne) wydobywanie do świadomego przeżywania pozytywnych doświadczeń z ich życia. Autorka tekstu podziela przekonanie, że każdy człowiek posiada wszystko, co jest niezbędne, aby mógł płynnie przechodzić na kolejne etapy rozwoju i efektywnie radzić sobie z przeciwnościami losu oraz doświadczać zadowolenia w życiu. Sytuacje trudne i przynoszące cierpienie, przez które udało się pacjentowi przejść, mogą być dla niego źródłem siły. Można je zobaczyć w nowym kontekście, nadać przeżytemu cierpieniu własne znaczenie i sens.

Przypadek kliniczny

Przedstawię przypadek z własnej pracy, ilustrujący istotne i ważne, z powodu użyteczności ich zastosowania w praktyce, tezy terapii ericksonowskiej:

- a) Udrożnienie dostępu do zasobów pacjenta i ich rozbudowanie stanowi podstawowy i wystarczający czynnik leczący w terapii. Strategia wydobywania zasobów, konsekwentnie stosowana przez terapeutkę prawie na każdej sesji, uruchomiła proces korzystnej dla pacjenta zmiany. Wydobyte zasoby stały się motorem napędowym w procesie prowadzącym najpierw do kontaktu (asocjacji) pacjenta ze sobą samym, a w następnej zaś kolejności do ruchu rozwojowego (wyjścia z katalepsji), pozwalającego na zmianę w systemie.

- b) Hipnoza ericksonowska¹ jest szczególnie przydatną metodą docierania do zasobów. Była główną metodą zastosowaną w opisanym procesie. W hipnozie, jak twierdzi Rossi, terapeuta, ułatwiając pacjentowi proces wewnętrznych poszukiwań i przeobrażeń, jaki będzie mógł przebiegać nieskrępowany świadomymi ramami odniesienia i wyuczonymi ograniczeniami, doprowadza do sytuacji, że pacjent jest autorem zmiany — wywołuje własną uśpioną wiedzę, werbalizując idee, jakie były w nim obecne, choć nieaktywne (nieświadome), rozbudza własną zdolność do rozumienia siebie i kierowania swoim zachowaniem [10, 25]. W stanie transu hipnotycznego, polegającego na zezwoleniu nieświadomości pacjenta na twórczą aktywność i tworzenie swoich własnych rozwiązań, terapeuta nie dodaje nic nowego do pacjenta, a raczej pomaga mu przearanżować i bardziej konstruktywnie zutilizować przeszłe doświadczenie [10, s. 315].

Pacjent — P., pan lat 45, z zawodu informatyk, pracujący we własnej firmie, żonaty od 20 lat, ojciec trzech nastoletnich synów, zgłosił się z własnej inicjatywy na terapię z powodu — jak to określił — wypalenia zawodowego. Skarzył się na przeciążenie pracą, której poświęcał około dwunastu godzin dziennie. Praca, która niegdyś go cieszyła, nie dawała mu już satysfakcji. Tłumaczył, że przez ostatnich kilka lat pracuje, ponieważ musi utrzymać rodzinę, a także zaistnieć na rynku, więc nie może wyjść z firmy, dopóki wszystkiego „nie dopnie”. Sukces w pracy był dla pacjenta źródłem dobrego samopoczucia, wzmacniając jego poczucie wartości. Jednak potrzeba osiągnięć generowała również silny lęk przed niepowodzeniem. Pacjent odczuwał przemęczenie, pustkę uczuciową, brak energii psychicznej i fizycznej, brak sensu życia. Dodatkowo niepokoił go fakt, że zmieniły się jego relacje z żoną. Zarzucała mu ona, że nie ma czasu dla niej i rodziny, że oddalili się od siebie. Objawy napięcia nasiliły się w okresie ostatniego miesiąca przed zgłoszeniem się na terapię. Mężczyzna opowiedział o „szalonej awanturze z żoną”, kiedy postanowił pracować w niedzielę w firmie i odmówił wyjazdu z rodziną na wycieczkę. Od tego momentu zaczął doświadczać niepokoju, drżenia ciała, pocenia się, bezsenności oraz poczucia, że traci kontrolę nad organizmem. Nasiliły się też konflikty z dorastającymi synami, którzy domagali się większej wolności, opuścili się w nauce i coraz więcej czasu spędzali poza domem z kolegami.

Terapeutce przyszło na myśl, że synowie wnoszą do życia ojca te aspekty rozwoju okresu dojrzewania, jakich pacjent nie mógł swobodnie zrealizować, będąc w podobnym co oni wieku. Postawiła hipotezę, że na poziomie nieświadomym pacjent być może po to zgłasza się na terapię, aby dokonać reperacji własnego doświadczenia związanego z okresem dorastania, dążąc w kierunku separacji od wewnętrznych obiektów rodzicielskich (i ich przekazów dotyczących poświęcenia się pracy) oraz budowania własnej tożsamości. Dodatkowo terapeutka postawiła hipotezę systemową, że objawy służą temu, aby pacjent

¹⁾ Ericksonowska hipnoza — forma unikalnego i złożonego, lecz normalnego zachowania, które może być prawdopodobnie wywołane u wszystkich ludzi w odpowiednich warunkach. Pacjent funkcjonuje na szczególnym poziomie świadomości, który charakteryzuje stan podatności/wrażliwości i reagowania/odpowiadania, a 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 opublikowana w latach 1954–1973).

mógł zatrzymać się, zasocjować z uczuciami i własnymi potrzebami po to, aby dokonać zmiany w relacji małżeńskiej.

Pacjent wychował się w rodzinie inteligenckiej. Był jedynakiem. Jego rodzice pochodzili ze wsi, żyli w skrajnie trudnych warunkach. Matka pacjenta straciła ojca w wieku 12 lat. Jako jedyna z siedmiorga dzieci w rodzinie zdobyła wyższe wykształcenie i wyemigrowała do miasta. Ojciec pacjenta stracił swojego ojca w wieku 15 lat i jako najstarsze dziecko w rodzinie w okresie dorastania i młodości, pełnił role opiekuna matki i licznego rodzeństwa. Ożenił się stosunkowo późno, po 40. roku życia. Rodzice pacjenta koncentrowali się głównie na osiągnięciach szkolnych swojego syna — oczekiwali sukcesu, mieli wysokie aspiracje i surowe wymagania. W rodzinie panował kult ciężkiej pracy i dyscypliny.

Pacjent oczekiwał od terapii zmiany — chciał pozbyć się lęku przed porażką, uzyskać wewnętrzne rozluźnienie i spokój, który porównał do rozległej zielonej doliny w górach.

Na kolejnych sesjach dodał, iż w wyniku terapii chce żyć bardziej w zgodzie ze sobą, zaakceptować siebie w całości, mieć więcej czasu dla siebie, umieć przeżywać i wyrażać uczucia oraz mieć własne zdanie, a przestać spełniać oczekiwania innych ludzi.

Pacjent prezentował się jako uprzejmy, sumienny i poważny mężczyzna. Już przy pierwszym kontakcie terapeutka zauważyła silne usztywnienie i napięcie w postawie ciała, nastawienie na wykonywanie zadań i nadmierną odpowiedzialność w obszarze zawodowym. Terapeutkę poruszyło spotkanie z pacjentem, poczuła jego obciążenie, pod zewnętrzną formą spozstrzegala kruchość i emocjonalną wrażliwość. Zarówno wygląd, postawa ciała i sposób zachowania, jak i treści wypowiedzi pacjenta kierowały uwagę terapeutki na stronę zjawisk transowych [4, 5, 26]: nadmiernej dysocjacji umysłu od ciała, katalapsji polegającej na sztywnym odtwarzaniu (fiksacji) wzorców nadmiernej pracy; halucynacji pozytywnej przejawiającej się wytwarzaniem wyobrażeń porażki w przyszłości (generujących lęk przed niepowodzeniem) oraz halucynacji negatywnej — niedostrzeganiu własnych zasobów.

W oparciu o tę diagnozę [4, 5] terapeutka wyznaczyła kierunek terapii: wzmocnić zdolność pacjenta do odczuwania ciała (asocjacja); skierować jego uwagę do wewnątrz — na własne uczucia i potrzeby; uelastyczyć — rozszerzyć możliwość wyboru alternatywnych zachowań; urealnić obraz siebie samego tak, by mężczyzna mógł zobaczyć swoje możliwości oraz odzyskać dostęp do tej części siebie, która korzysta z przyjemności i odpoczynku.

Strategia terapeutki od samego początku terapii polegała na wytrwałym koncentrowaniu się na wydobywaniu zasobów, dopytywaniu pacjenta o te momenty, wydarzenia, miejsca i sytuacje w jego aktualnym życiu, które pozwalają mu na odczuwanie przyjemności. Okazało się, że wielką pasją pacjenta było nurkowanie (chodził systematycznie na basen) i muzykowanie (grał na saksofonie w domu). Przyjemność sprawiał mu ruch — jazda na rowerze. Terapeutka spożytkowała zasób pacjenta związany z przyjemnością nurkowania i już na pierwszym spotkaniu wprowadziła krótkie doświadczenia hipnozy koncentrującej uwagę pacjenta na doznaniach z ciała i rytmie oddechu. Powiedziała: „Będzie pan oddychał głęboko i odnajdzie pan własny rytm oddychania, swój własny sposób nabierania powietrza do płuc, ponieważ dobrze pan już wie, jak ważne jest oddychanie, kiedy się pływa”. W odpowiedzi na dyrektywne sugestie pacjent współpracował. Po wyjściu z transu powiedział, że był to dla niego przyjemny stan wewnętrzny podobny do tego, kiedy po basenie czuje zmęczenie ciała, głowa mu wypoczywa i nie musi o niczym myśleć. Dodał

jeszcze: „Gdybym mógł tego mieć więcej, byłoby bosko”. Dla terapeutki znaczyło to, że pacjent ma wykształconą zdolność wchodzenia w stan naturalistycznego transu² i że jego świadomość daje sygnał gotowości do odpuśczenia kontroli, a użycie hipnozy może być „królewską drogą” dotarcia do ukrytych zasobów.

Na kolejnym spotkaniu pacjent przyznał, iż jest tak zmęczony, że wolałby zamiast na sesję terapeutyczną pójść na basen. Terapeutka zachęciła go, by ponownie pozwolił sobie na nurkowanie w swojej wyobraźni i że może jednocześnie być w gabinecie na spotkaniu i nurkować na pływalni (lub w innym akwenu). W indukcji transu [4, 13] terapeutka ponownie odwołała się do doświadczeń pacjenta: „I wie pan, jak to jest, gdy się pływa ..., woda na powierzchni może być wzburzona, bywa niespokojnie..., a kiedy zanurzy się pan niżej... tam jest spokój... tam jest bogactwo życia... i te obrazy podwodnego świata zostają w pamięci... dźwięki są stłumione... a odczucie ciała wzmocnione... i może pan schodzić jeszcze głębiej... pozostawać tam tak długo, dopóki nie dostanie sygnału... aż przyjdzie chęć, aby się wynurzyć”. Pacjent wszedł głęboko w stan hipnotyczny. Powiedział później, że: długo po spotkaniu dochodził do siebie, i było to dla niego „zaskakujące doświadczenie”. Pacjent spontanicznie wszedł w regresję i przypomniał sobie pewną sytuację z dzieciństwa — jak na wakacjach nauczył się pływać. Surowy ojciec wymagał, by syn trenował z nim pływanie — najpierw na piasku, nad brzegiem jeziora. Pokazał pacjentowi, w jaki sposób ma wykonywać odpowiednie, imitujące pływanie, ruchy rękoma i nogami. W czasie urlopu ojciec był jednak zmuszony wyjechać na tydzień do pracy. Przykazał synowi, że ten ma systematycznie ćwiczyć pływanie „na sucho”, a kiedy on wróci to sprawdzi, jakie syn zrobił postępy. Pacjent wspominał na sesji: „Mnie, małemu chłopakowi nie chciało się ćwiczyć codziennie i samotnie nad brzegiem jeziora. Wolałem biegać z kolegami. Tak naprawdę nie ćwiczyłem ani razu. A kiedy ojciec wrócił kazał mi wejść do jeziora i pokazać to, czego się nauczyłem. Nie wiem, czy to ze strachu przed ojcem, czy też z innego powodu, wszedłem do jeziora i popłynąłem. Ojciec mnie pochwalił, a ja pływałem już potem swobodnie”. Opowiadając tę historię pan P. śmiał się, zaś terapeutka (śmiejąc się razem z nim), odnosiła wrażenie, że cieszy się jakaś nieświadoma jego część — część, będąca małym dzieckiem, któremu udało się sprostać zadaniu i bez większego wysiłku zadowolić ojca. Następne spotkania, polegające na zanurzaniu się w stan hipnotyczny, przynosiły kolejne, przyjemne wspomnienia z przeszłości: obrazy ze wsi, stary drewniany dom dziadka; wakacyjne spacerowanie ze wspierającym stryjem na pola pełne kwitnącego rzepaku; miodowy zapach i kolor ciepłego lata. A później czasy studenckie, okres narzeczeński, gdy z przyszłą żoną wyjeżdża w góry, wędrują po Tatrach, są młodzie i beztroscy. Wreszcie muzykowanie z synami, kiedy on gra na saksofonie.

W tej części artykułu opiszę fragmenty sesji z pacjentem, która przyniosła zmiany będące punktem zwrotnym w dalszym procesie terapii. Podczas tej sesji terapeutka posłużyła się techniką Ernesta Rossiego „Magiczne dłonie”.³

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. Według hipnoterapeutów ericksonowskich wzbudzenie tego stanu jest możliwe u każdego człowieka i nie wymaga stosowania standardowej indukcji [25].

³⁾ Opis techniki znajduje się w książce E. Rossiego i K. Rossi [27].

Ernest Rossi, znany uczeń i współpracownik Milтона Ericksona, opracował pionierskie metody komunikacji między psychiką i ciałem [10, 25]. Technika „Magiczne dłonie”, pozwalająca na wzbudzenie procesu zmiany w zjawiskach transowych dysocjacja–asocjacja i katelepsja–ruch, była szczególnie przydatna do osiągnięcia zakładanych w terapii celów.

Praca przebiegała w trzech etapach. Na każdym z nich pacjent najpierw zanurzał się w stan hipnozy (wchodził w głębszy kontakt z wnętrzem), a następnie reorientował na zewnątrz (wychodził z transu do świadomej rozmowy z terapeutką). Hipnoza frakcjonowana, polegająca na fragmentowaniu doświadczenia — wchodzeniu i wychodzeniu ze stanu hipnotycznego, pozwala na pogłębienie procesu. Za każdym kolejnym wejściem w stan transu pacjent poszukuje informacji na głębszym poziomie nieświadomości [25].

Pacjent rozpoczął sesję relacjonując, że od ostatniego spotkania miał udany czas — dużo spotkań towarzyskich i wyjście z żoną na koncert. Zauważył, że może się rozluźnić i wtedy, jak powiedział, „rzeczy się dzieją same, bez wysiłku”. Dodał następnie: „Chciałbym zmniejszyć tego wewnętrznego kontrolera, który jest we mnie. Kontroler może się odsunąć. Chciałbym korzystać z ciekawości i swobody w życiu, chciałbym być bardziej spontaniczny”.

I etap pracy

Terapeutka zachęciła pacjenta do skontaktowania się z własnym doświadczeniem, w którym kontrolował sytuację i wyobrażenia swojej części kontrolującej pod postacią symbolu. Pacjent wykreował obraz — postać młodego mężczyzny, czujnego strażaka, który pełni służbę i czeka na wezwanie. Strażak miał mocno dopasowany kombinezon ochronny, hełm wyposażony w czujniki alarmowe, trzymał w ręku gaśnicę.

Mężczyzna skomentował ten obraz w następujący sposób: „No ten strażak to ma uznanie, że dba o bezpieczeństwo, ale kombinezon nie pozwala mu na oddychanie. I to jest przesada, aby tak ciągle być gotowym do akcji”. Terapeutka poprosiła więc, aby pacjent przypomniał sobie doświadczenie, kiedy zachował się spontanicznie i wyobraził sobie swoją część spontaniczną pod postacią symbolu. Pacjent powiedział, że widzi obraz małego chłopca, który biegnąc po łące, goni fruującego motyla.

II etap pracy

Terapeutka zasugerowała pacjentowi, aby uniół swoje ręce (odwrócone wnętrzem dłoni do góry) i odnalazł na jednej dłoni miejsce położenia symbolu części kontrolującej; a na drugiej dłoni miejsce, na którym umieści symbol części spontanicznej. Pacjent wybrał prawą dłoń dla części spontanicznej (umieścił na niej obraz chłopca goniącego motyle), a lewą dla części kontrolującej (umieścił tam obraz strażaka). Terapeutka, obserwując współpracujące i potwierdzające stan hipnotyczny reakcje pacjenta, poprowadziła dalej proces: „Jeżeli pana nieświadomość będzie chciała dzisiaj poszukiwać rozwiązania problemu, wtedy pana ręce zaczną się poruszać drobnymi, mimowolnymi ruchami. A jeżeli nieświadomość uzna, że chce dzisiaj zająć się innym ważnym tematem, to pana ręce pozostaną nieruchome. Cokolwiek się zdarzy, czy ręce będą się poruszać, czy też pozostaną w spoczynku, to jest w porządku. Może pan zaufać ukrytej wiedzy i pozwalać, aby

ten proces dział się zupełnie automatycznie, bez udziału woli”. Pacjent pozostawał przez dłuższy czas w milczeniu z zamkniętymi oczami. Dłonie zmieniały pozycje, rozchylały się na boki, lewa opadła na dół, prawa poruszała palcami, aż zacisnęła się pięść. Wreszcie zmienił pozycje ciała, złożył dłonie razem, przeciągnął się i otworzył oczy. „Bardzo dobry stan odpoczynku. Fajne rozluźnienie” — powiedział. „Przypomniałem sobie takie zdarzenie, jak miałem może 13–14 lat. Pojechałem z rodzicami na camping nad mazurskie jezioro. Rodzice rozstawiali namiot. Był upał, po czym przysła ciemna chmura i wiatr. Groziło, że będzie burza. Powinienem być im wtedy pomagać przy tym namiocie, ale byłem tak ciekawy tego jeziora, że pobiegłem na brzeg, nie zważając na krzyki rodziców. Zrzuciłem ubranie, wskoczyłem na główkę od razu do wody i popłynąłem. No może było to nawet trochę niebezpieczne, bo nie znałem dna tego jeziora, ale było tak przyjemnie w tej chłodnej wodzie, więc korzystałem z kąpieli”.

III etap pracy

Terapeutka zachęciła pacjenta, aby skontaktował się ponownie z obrazami obydwu symboli — części kontrolującej i spontanicznej. „Niech pan popatrzy na nich, na tego strażaka i na tego młodego chłopaka. Może oni będą mogli wymienić się swoimi rzeczami, cechami czy umiejętnościami. Może każdy będzie mógł dać drugiemu to, czego tamten nie posiada. Wyposażyć go w to, czym ten drugi nie dysponuje”.

Pacjent zamknął ponownie oczy i przez dłuższy czas pozostawał w kontakcie ze sobą. Kiedy powrócił do rozmowy z terapeutką, opowiedział, co pojawiło się w jego wyobraźni: „Strażak podarował chłopcu tarczę ochronną, która potem zamieniła się w koło ratunkowe, na którym mógł w czasie niebezpieczeństwa pływać. Chłopiec z kolei użyczył strażakowi swojego nagiego torsu, tak że ten mógł rozpiąć kombinezon ochronny i swobodnie oddychać. Następnie koło ratunkowe chłopca zamieniło się w deskorolkę. Chłopiec położył się na niej i jechał, jechał. Pęd i prędkość były coraz większe, aż deskorolce wyrósł żagiel i zaczęli unosić się w powietrzu. Chłopiec jednak wiedział, że pojazd może w każdej chwili zamienić się w koło ratunkowe”. Na koniec sesji pan P. powiedział, że czuje się wypoczęty i ożywiony, ale też zaskoczony własną zdolnością tworzenia tak fantazyjnych i zabawnych wyobrażeń.

W wyniku tej pracy pacjent dotarł do zasobowych wspomnień z dzieciństwa, co pozwoliło mu w następnej kolejności przeprowadzić transformację problemowego zachowania oraz integrację pozostających w konflikcie części w bardziej adaptacyjną całość.

Po trzech miesiącach indywidualna funkcja objawów zaczęła stopniowo tracić znaczenie. Pan P. poczuł się zdrowy i pełen energii przyszedł, aby zakończyć terapię. Uznał, że zmiana, jakiej doświadczył na poziomie osobistym, jest wystarczająca. Dodał również, iż w trakcie spotkań uświadomił sobie, że chciałby bardziej zbliżyć się do żony. Zdecydował się na rozmowę z nią, w trakcie której uzgodnili, że udadzą się wspólnie na terapię.

W tej sytuacji, zgodnie z zasadą terapii krótkoterminowej, że mała zmiana czyni dużą zmianę, terapeutka uznała terapię za zakończoną. Uważała, że osiągnięte w terapii efekty były wystarczające, aby uruchomić u pacjenta dalsze zmiany.

Refleksje końcowe

Rozpoznanie i wydobywanie zasobów pozwoliło terapeutce na opracowanie strategii pracy, której celem było znalezienie ich zastosowań w procesie terapeutycznej zmiany. Kierowała się ona założeniem, że wydobywane w tym procesie zasoby nie są rozwijane w oderwaniu od objawów psychopatologicznych. Konstrukttywne elementy życia psychicznego nie stanowią autonomicznej części umysłu, która umożliwia „osiągnięcie czegoś” niezależnie od zaburzenia. Są one raczej aktywnymi mechanizmami wpływającymi na cały system psychiczny w kierunku poprawy jego działania. Pełne terapeutyczne spożytkowanie tych mechanizmów wymaga użycia ich jako czynnika wewnętrznego torującego zmiany w tym, co działa nieprawidłowo. Wyjaśnienie tego, w jaki sposób to, co zdrowe, zmienia na lepsze to, co zaburzone, wymaga jednak dalszych badań.

W opisanym procesie terapii istotny był fakt, że terapeutka, pamiętając o tendencji pacjenta do kierowania uwagi na zewnątrz i spełniania oczekiwań innych, zaproponowała hipnozę opartą o strategię wydobywania własnych przeżyć pacjenta. Wzbudzała ona stan hipnotyczny, kierując uwagę pacjenta do wnętrza w taki sposób, aby sam podejmował poszukiwania, generował wspomnienia i wypełniał trans osobistym materiałem (własną treścią). Hipnoza była tu efektywną metodą terapii, umożliwiającą wydobywanie i spożytkowanie tego, co pacjent nabył w ciągu całego swojego życia, co zostało zapamiętane w jego wewnętrznym doświadczeniu. Erickson świadomy był tego, że zmiana jednostki może prowadzić do modyfikacji jej systemu społecznego [2]. W opisanym powyżej procesie terapii potwierdzenie znalazło doświadczenie autorki stanowiące, że zmiana osiągnięta w indywidualnej pracy z pacjentem generuje ruch i transformację w całym jego systemie społecznym. Najbliższe otoczenie zareagowało na modyfikujący kontekst społeczny życia rodzinnego nowy sposób bycia pacjenta w relacji z bliskimi. Zmiana ta pociągała kolejną zmianę, tym razem w relacji małżeńskiej, pozwalającą na przygotowanie się do dalszego etapu rozwoju systemu, jakim były separacja i odejście dzieci z domu.

Piśmiennictwo

1. Haley J. Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
2. Tryjarska B. Terapia Milтона H. Ericksona — główne idee. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa; Agencja Wydawnicza Jacek Santorski&Co; 1991.
3. Klajns K, Olszewska J. Zasoby znajdziesz w sobie. Warsztat na temat psychoterapii Milтона H. Ericksona. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa; Agencja Wydawnicza Jacek Santorski&Co; 1991.
4. Klajns K, Lipman L: Terapia ericksonowska. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wyd. Psych. i Kultury Eneteia; 2011.
5. Klajns K. Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej. Poznań; Zysk i S-ka; 2017.
6. Short D, Erickson BA, Erickson-Klein R. Hope and resiliency. Understanding the psychotherapeutic strategies of Milton H. Erickson. Williston VT: Crown House Publishing; 2005.

7. Shazer S, Dolan Y. More than miracles. The state of the art of solutions focused brief therapy. New York: Haworth Press; 2007.
8. Jong P, Berg Insoo K. Rozmowy o rozwiązaniach: podręcznik dla trenerów. Kraków: Wyd. Księgarnia Akademicka; 2007.
9. Hufejt-Łukasik M, Peczek B. Neurolingwistyczna psychoterapia. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnicwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
10. Rossi E.L. Dialog z naszymi genami. Neuronauka hipnozy terapeutycznej i psychoterapii. Zakopane: Jan Dyba Research Group; 2020
11. Signer-Fischer S. Hypnotherapie effizient und kreativ. Bewahrte Rezepte für die tägliche Praxis. Heidelberg: Carl-Auger; 2019.
12. Dolan Y. An Ericksonian perspective on the treatment of sexual abuse. W: Zeig JK, red. Ericksonian methods: the essence of the story. New York Bruner/Mazel; 1994.
13. Yapko M.D. Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis. Fifth Edition. New York and London: Routledge Taylor&Francis Group; 2019.
14. Trzebińska E. Pozytywna psychoterapia. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki t. 6. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
15. Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2008.
16. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Gdańsk: GWP; 2006.
17. Seligman ME. Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Poznań: Media Rodzina; 1992.
18. Rothschild B. Ciało pamięta. Rewolucja w terapii traumy. t. 2. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2021.
19. Shapiro F. Zostawić przeszłość w przeszłości. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii EMDR; 2017.
20. Emmerson G. Resource therapy. The complete guide with case examples and transcripts. Victoria, Australia: Old Golden Point Press; 2014.
21. Chmielnicka-Kuter E. Metody psychoterapii w podejściu narracyjnym i dialogowym. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki t. 6; Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
22. Chrzastowski S. Nie tylko schemat. Praktyka systemowej terapii rodzin. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2014.
23. Zeig J, Munion WM, Milton H. Erickson. Gdańsk: GWP; 2005.
24. Zeig JK. Spotkania z Ericksonem. Gdańsk: GWP; 1997.
25. Rossi E, Erickson-Klein R, Rossi KL, red. The collected works of M.H. Erickson M.D.: Hypnotherapy: an exploratory casebook. Phoenix, AZ: The M.H. Erickson Foundation Press; 2014.
26. Geary B. Assessment in Ericksonian hypnosis and psychotherapy. W: Geary B, Zeig JK, red. The handbook of Ericksonian psychotherapy. Pheonix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press; 2001.
27. Rossi EL, Rossi KL. Kreowanie nowej świadomości. Psychospołeczna genomika samostwarzania. Zakopane: Jan Dyba Research Group; 2016.