

Utilization of trance phenomena in the process of treating traumatic experiences

Spożytkowanie zjawisk transowych w procesie leczenia doświadczeń urazowych

Katarzyna Zaborska¹ ADEF <https://orcid.org/0000-0003-3657-8587>,

Katarzyna Szymańska² BDF

¹Institute of Psychology, University of Lodz, Łódź, Poland

²Polish Ericksonian Institute, Łódź, Poland

Abstract

Introduction: This article presents a case of trauma treatment using key elements of Ericksonian therapy—utilization and clinical hypnosis. The described approach aligns with current concepts indicating hypnosis as an effective tool in trauma therapy through the restructuring of memories and restoration of a sense of control.

Material and methods: The case study describes a 42-year-old female patient with complex trauma, whose primary reason for seeking help was trismus. The symptom was treated not as an obstacle but as a potential resource, and clinical hypnosis was employed to facilitate access to unconscious healing mechanisms, enabling the therapeutic processing of traumatic memories.

Results: The therapeutic process led to a redefinition of traumatic experiences—giving them a new meaning as a situation from which the patient could learn and gain a sense of control in her internal experience. Through the visualization technique and the symbolic categorization of memories, the patient was able to access emotions and subsequently integrate them. The symptom of trismus was resolved after three months of therapy.

Conclusions: Clinical hypnosis was used as a framework for trauma treatment; trance phenomena, being a consequence of painful trauma (such as dissociation, regression, and amnesia), were viewed as helpful tools for the reconstruction and integration of experiences. Symptomatic trance became the starting point for the therapeutic trance; with change occurring through the focusing and narrowing of attention, as well as systematically returning control to the patient over the pace and scope of the work—which was crucial in cases where trauma had compromised the sense of agency.

Keywords: psychological trauma, psychotherapy, clinical hypnosis

Introduction

Ericksonian therapy is a strategic, systemic, and goal-oriented approach, originating from Milton H. Erickson (1901-1980), who was psychiatrist and psychologist regarded as one of the most creative figures in contemporary hypnotherapy and psychotherapy [1]. He was born color-blind, had dyslexia, had no sense of rhythm, and did not start speaking until the age of 4. At age 17, he contracted polio, he was in critical condition, and experienced total paralysis. Despite these challenges, he completed higher education, became a doctor, and later became a pioneer of a new therapeutic method. His main principles include: the belief that every patient has sufficient resources to cope with problematic situations; focusing attention on the future; referring to the family

system; and perceiving symptoms as an adaptive way for patients to cope with changes in life [2]. What is unique in Erickson's approach is the development of clinical hypnosis and self-hypnosis as methods to reach the patient's inner strengths. At the end of his life, confined to a wheelchair due to progressive polio, he continued to teach and lead student seminars. His students founded The Milton H. Erickson Foundation, which has been managed by psychologist Jeffrey K. Zeig since 1980. The Foundation regularly organizes psychotherapy conferences, and there are currently about 130 Ericksonian Institutes worldwide.

Clinical hypnosis has proven to be a promising method in trauma therapy. It enables the use of the mechanism for restructuring experiences based on the process of "state-dependent learning" [1]. It is an effective

tool for altering memories, as it induces an emotional state similar to the one experienced at the moment of trauma [3]. It is useful in working with somatic symptoms and psychological trauma, as it modifies internal associations and consequently, the psychological structure. This perspective corresponds with Linden's approach [4], which describes trauma as a specific trance state in which fixed perceptual and emotional patterns can be worked through clinical hypnosis.

1. Treatment Strategies Using Trance

1.1. Diagnosis

Diagnosis in Ericksonian therapy is primarily focused on resources. These are understood as *"conscious and unconscious statements, memories, strengths, abilities (or weaknesses!), relationships, aversions, emotions, and the properties of the patient's system, environment, and culture. If something is part of the patient's life, it can be useful for achieving the therapeutic goal; if the patient brings it to therapy, it may be more valuable than anything the therapist can offer"* [5]. Seeking strength in the patient's experiences includes both positive and difficult events, considering their family and personal history. Therapeutic work takes place on both conscious and unconscious levels, incorporating the construct of trance phenomena, that is, the individual's characteristic ways of responding and processing information.

1.2. Trance Phenomena

Trance phenomena, the hallmark of Ericksonian therapy, are understood as recurring patterns of reality perception and specific response patterns to stimuli from one's surrounding [6]. For diagnostic purposes, the following dimensions are used: dissociation – association; catalepsy – excessive flexibility; positive hallucinations – negative hallucinations; emotional numbness – excessive sensitivity; amnesia – hypermnesia; time regression – time progression; narrowing of temporal space – expansion of temporal space [7]. These dimensions are perceived as a continuum of phenomena, where at one pole is the maximum intensity of a given trait and at the other its opposite. It is necessary here to clarify the Erickson approach's specific conception of positive and negative hallucinations, viewed in the context of trance phenomena as tendencies either to perceive as real situations and events that do not exist or to exaggerate existing ones (positive hallucination), or to overlook or minimize facts (negative hallucination).

1.3. The Construct of Symptomatic Trance

Everyone has their own response patterns; however, these can sometimes develop into what is known as symptomatic trance, characterized by a narrowed focus

and loss of flexibility, which impairs adaptive capabilities. It is defined as an uncontrollable preoccupation with painful and dysfunctional experiences [8]. The patient unconsciously and automatically creates a reality that supports the experience of negative symptoms [7]. Elements of symptomatic trance include: (a) narrowed, restrictive perception of oneself and the world, making it impossible to recognize changes and adapt smoothly; (b) rigid behavior patterns that are inappropriate in the context of a specific situation, resulting in feelings of helplessness, failure, rejection, frustration, etc.; (c) rejection of various aspects of oneself instead of integrating them as resources; (d) disturbed relationships with close ones and with others outside the family system [9].

1.4. Therapeutic Trance

Therapeutic trance induced during the session is a state where beliefs and references change, allowing the patient to access mental patterns and associations that lead to problem resolution. According to M.H. Erickson, symptomatic trance and therapeutic trance are phenomenologically the same phenomena occurring in different contexts [10]; thus, it is possible to use the therapeutic trance to change maladaptive ways of perceiving reality and response patterns. The therapeutic trance follows the principles of clinical hypnosis and utilizes the potential to direct the patient's focused attention to healing experiences and images. This process involves identifying and utilizing what the patient has gained throughout life experiences. By facilitating internal exploration and transformation, therapy creates a situation where the patient becomes the author of the change — evoking their dormant knowledge, verbalizing present but inactive (unconscious) ideas, and awakening their own ability for self-understanding and behavioral direction.

1.5. Utilization

One of the fundamental strategies in the Ericksonian approach is utilization that is the therapist's readiness to strategically respond to everything related to the patient and their environment. The therapist can utilize the patient's current behaviors during the session, enabling trance induction [1]. In this process, external stimuli and objects (used in traditional hypnosis) are unnecessary. The patient's attention is absorbed and directed inward, focusing on naturally experienced aspects (imagination, memories, feelings, body sensations), and their processing forms the basis of therapy [11].

The therapist utilizes trance phenomena that are part of the problem to be solved (manifested in symptoms). For example, when treating a patient complaining of memory

problems in daily life, a trance phenomenon such as amnesia might be used by suggesting during the trance that the patient forgets their problematic symptoms such as chronic back pain, overeating, or intrusive thoughts. In patients with dissociative disorders resulting from trauma, an automatic, unconscious dissociation phenomenon often occurs in many life situations. The therapist may use the ease with which these patients dissociate by “distancing” the patient from the difficult memory while working on the reconstruction of the traumatic situation to protect them from overwhelming emotional burden and re-traumatization [11].

2. Case Description

The patient, Ms. B., aged 42, a professional educator who works in a school, and volunteers at a children's hospice, married for 22 years, a mother of two adolescent daughters, sought therapy after being referred by a dentist to “reduce the risk of tooth loss.” She had suffered from trismus and unclear speech since childhood.

During the first session, she presented her family situation as problem-free. She tried to present herself well, was elegantly and femininely dressed, spoke quickly, without showing any emotions. Attention was drawn to her tense body, stretched like a string. Although there was no obvious reason, the therapist felt irritation and an inner, inexplicable tension in contact with the patient. She wondered how the patient expressed her anger by.

The symbolism of the reported symptom (trismus), the patient's lack of problem recognition (idealization of family life, her persona as a “nice, polite girl” pointed the therapist's attention toward trance phenomena she presented—dissociation from the body and feelings, catalepsy, amnesia, negative hallucinations, and age regression. The therapist's countertransference reactions suggested a traumatic nature to the patient's past experiences. Based on the diagnosis, the therapist set the therapy goals: to increase the ability to relax and sense her body, strengthen independence from others, direct attention inward—toward her own feelings and needs, facilitate emotional expression, develop autonomy and a sense of identity. In relationships, to help her experience giving up control and responsibility for others.

The first sessions focused on building trust and a sense of safety. The therapist introduced ideas of body relaxation, short hypnotic experiences focused on bodily sensations, and breathing exercises as relaxation techniques, equipped the patient with skills for managing tension and emotions. The patient cooperated in response to directive suggestions. Prolonged attention to bodily sensations was assigned as a homework task of observing herself and discovering ways to relax. As the patient experienced relaxation, she began to report increasing

fatigue and somatic symptoms: back pain, sleeping problems, hypersensitivity to external stimuli. Gradually, memories of the past surfaced—using age regression, the therapist deepened contact with childhood experiences.

The traumatic life experiences had troubled the patient for many years, from preschool through adolescence. As a child, from age 3, she underwent intensive ballet school training, leaving no time for play—the hardness of the floor, pain of injuries, and falls were dominant memories. At the age of 7, her body protested and she developed severe pyelonephritis, spending two months in hospital. Later, she endured further stays in sanatoriums and numerous hospitalizations. Due to hormonal treatment, her body was distorted. She was overweight and became a target of ridicule and attacks by schoolmates.

The traumatic experience led to specific consequences for the patient's development: (a) communication block—she was in fear of revealing her anxieties to avoid parental criticism and to protect herself from their excessive control over her independence; (b) she took responsibility for her parents' well-being, as she did not want to add to their worries; (c) she blamed fate for adversities she experienced; (d) she had a tremendous need for acceptance and belonging to a peer group—out of fear of stigmatization she began to avoid contact with classmates; became rebellious (“I'm not going to school”), experienced fear of intimacy, she had suicidal thoughts; (e) she had identity issues, increasing difficulty with self-image; (f) the adolescent rebellion and struggles with separation from the family were dysfunctional—on one hand, she was quiet, obedient, smiling, while on the other, she quickly found a partner, got married, and became pregnant.

Traumatic life events triggered habitual, pathological patterns of emotional responses, cognitive processes, and resultant structures of self-identity [12]. Pathological structures arose because the information was not processed—it remained static, untransformed since the occurrence of disturbing events, retained in the nervous system, in a symptomatic trance, created by the patient through: (a) catalepsy—immobility, reaction suspension (trismus); (b) age regression—emotionally and behaviorally stuck in the past, acting as if she continued to experience the trauma; (c) dissociation and amnesia—the symptom was a learned avoidance response to reduce anxiety. The woman repressed and avoided her anger, gaining reinforcement through the anxiety reduction which could be triggered by the feeling of anger.

The symptom was an unconsciously chosen method of communicating with her environment and a creative attempt to maintain family status quo. She emphasized that as a child, she was especially careful not to trouble her

parents, who were burdened with her treatment, work, and caring for younger siblings. Feeling like a “problem,” she would sweeten her tea with only one teaspoon to ensure there was enough for others. She would also often clench her lips to prevent a complaint or sigh. Similarly, she restrained herself during painful hospital procedures, where, thanks to her cheerful smile, she was considered the “little sunshine” of the ward.

The way the patient organized the traumatic experience (symptomatic trance) revealed potential opportunities for creating new, problem-solving strategies. The use of symptomatic trance (regression, dissociation, amnesia) involved tuning into the habitual behaviors the patient presented, in order to use them in hypnosis either isomorphically or complementarily for the creative discovery of new meaning in rejected aspects and their integration as resources for adapting to life changes.

Below is a description of one hypnotic session in which the therapist utilized trance phenomena to reconstruct (restructure) the experience. This work was performed after the establishment of a safe therapeutic alliance and when the patient was ready to revisit the past.

The therapist used an age regression to accompany the patient back to an event when she was 9 years old and stayed at a children’s sanatorium. She recalled how another patient - a 16-year-old boy, mentally disabled - harassed her night after night (hiding under her bed and then in the dark trying to grope her - she clench her teeth not to scream). The session structure includes the dissociation and association with the experience to eventually integrate the experience internally (technique of S. Singer-Fischer) [13]:

1. Association – the patient tells the story of the event from beginning to end (setting the boundaries of the experience);
2. Dissociation – from an observer’s perspective, the patient divides the event into small parts (successive segments);
3. Dissociation – the patient invents and draws symbols of three containers for memories; each is drawn in a different color: positive (eliciting pleasant feelings), negative (containing unpleasant feelings), and neutral (worth keeping because they teach us something important about the event, which can be used in the future). Figure 1 presents the containers drawn by the patient, as can be seen they differ in color and shape. The first green, is shaped like a four-leaf clover, the second, gray-black like a trashcan, and the third one, blue as a diamond.
4. Association – the patient recalls each part of the event in turn and decides into which memory category that fragment belongs; she then imagines placing it in the appropriate container;

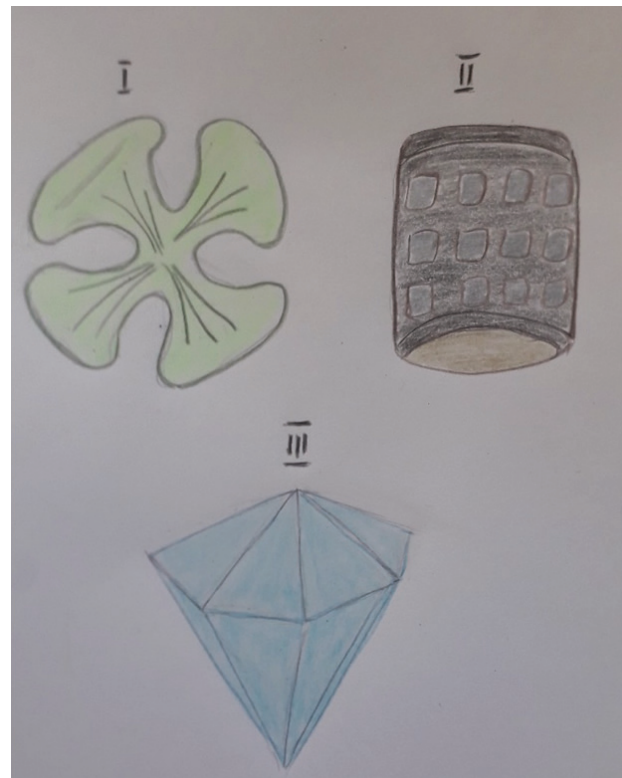


Fig. 1 Memory containers

5. Integration – the patient places the containers into a greater whole, creating a memory store symbol with the therapist’s help;
6. Integration at the conscious level – the patient describes how the patient views the event after the hypnosis, and what she currently thinks about it from her adult perspective.

As a result of this work, the past experience was redefined— it was given new meaning as a situation from which the patient could learn and over which she had control. She gained experience associated with unpleasant emotions and could also “help herself” by building positive memories (the “dissolving trauma” technique through the addition of positive memories) [10].

3. Summary—Implications for Trauma Therapy

This case report describes only a selected fragment of the process involved in working with the symptom. The primary motivation for therapy was to free the patient from the trismus, and working with it became the first stage of change. In the Ericksonian understanding, the symptom served a defensive function. The patient’s negative experiences led to excessive modulation of the autonomic system, which resulted in the formation of a symptom that became a form of disconnection with a situation from which there was no escape. Although the circumstances had changed, the initially formed problem persisted, as the disorder gained functional autonomy—it continued as a bodily reaction, independent and opposed

to the conscious ego [14]. The use of hypnosis enabled access to the patient's inner mental structures and created opportunities to modify unconscious memories and associations in a safe way by giving the patient considerable control over the pace and content of the symbolic work. The goal was achieved; after only three months, the behavior pattern changed, the individual function of the symptom lost its significance, and the trismus disappeared.

People who have experienced psychological or physical trauma exhibit a high hypnotic susceptibility, which includes the ability to dissociate. This dissociation results from the splitting and fragmentation of the 'self' into various ego states that function separately [4]. In therapy, one can benefit from coping strategies already

presented by the patient, such as the ability to dissociate but also to associate, and both of these states can be used in the process of psychological integration.

Yapko [1] points out that hypnosis in trauma therapy enables access to internal experience patterns and creates a safe context for modifying perceptual schemas. The innovative aspect of this approach lies in the clinical use of "state-dependent learning": the trance recreates the specific configuration of attention and arousal in which the traumatic memory was formed, allowing it to be safely transformed and given new meanings. It is also worth noting that this method restores agency to the patient, which is particularly significant in treating trauma [15] that occurred without the patient's control, at a time when they felt helpless and unable to influence the situation.

Wstęp

Terapia ericksonowska jest podejściem strategicznym, systemowym i skoncentrowanym na celu, wywodzi się od Milтона H. Ericksona (1901-1980), lekarza psychiatry i psychologa, który jest uważany za jedną z najbardziej kreatywnych postaci we współczesnej hipnoterapii i psychoterapii [1]. Urodził się z jako osoba nie odróżniająca kolorów, miał dysleksję, nie miał poczucia rytmu, zaczął mówić w wieku 4 lat. Gdy miał 17 lat zachorował na polio, był w krytycznym stanie, doświadczając paraliżu całego ciała. Pomimo tych trudności, ukończył studia wyższe, został lekarzem a później stał się prekursorem nowej metody terapii. Jego główne zasady to: przekonanie, że każdy pacjent ma zasoby wystarczające do poradzenia sobie z sytuacją problemową; kierowanie uwagi na przyszłość; odniesienia do systemu rodzinnego oraz postrzeganie objawu jako adaptacyjnego sposobu radzenia sobie ze zmianami w życiu [2]. Unikatowe w podejściu M. H. Ericksona jest to, że rozwinął idee hipnozy klinicznej i autohipnozy jako metod docierania do wewnętrznych sił pacjenta. Pod koniec życia będąc przykuty do wózka ze względu na postępujące polio dalej uczył i prowadził seminaria ze studentami. Jego uczniowie stworzyli The Milton H. Erickson Foundation, która od 1980 roku jest prowadzona przez psychologa Jeffrey K. Zeiga, organizowane są tam regularnie konferencje dotyczące psychoterapii, obecnie istnieje około 130 Instytutów Ericksonowskich na świecie.

Hipnoza kliniczna okazuje się obiecującą metodą w pracy z traumą. Umożliwia wykorzystanie mechanizmu przebudowania (restrukturalizacji) doświadczenia opartego na procesie „uczenia się zależnego od stanu” [1]. Jest skutecznym narzędziem zmiany wspomnień, gdyż

wprowadza człowieka w stan emocjonalny pobudzenia podobny do tego, jaki miał miejsce w chwili traumy [3]. Jest przydatna do pracy z objawami somatycznymi i urazami psychicznymi, gdyż modyfikuje wewnątrz asocjacje a co za tym idzie strukturę psychiczną. Perspektywa ta koresponduje z ujęciem Linden [4], opisującym traumę jako specyficzny stan transu, w którym utrwalone schematy percepcyjne i emocjonalne mogą zostać przepracowane dzięki zastosowaniu hipnozy klinicznej.

1. Strategie leczenia z wykorzystaniem transu

1.1. Diagnoza

Diagnoza w terapii ericksonowskiej skierowana jest przede wszystkim na zasoby. Są one rozumiane jako „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” [5]. Poszukiwanie siły w doświadczeniach pacjenta uwzględnia pozytywne, ale też trudne zdarzenia, odnosi się do jego historii rodzinnych i osobistych. Praca terapeutyczna toczy się na poziomie świadomym i nieświadomym, uwzględniając konstrukt zjawisk transowych, czyli charakterystycznych dla jednostki sposobów reagowania i przetwarzania informacji.

1.2. Zjawiska transowe

Zjawiska transowe, stanowią wyróżnik terapii ericksonowskiej, rozumiane są jako powtarzające się wzorce odbierania rzeczywistości i specyficzne schematy odpowiedzi na doświadczane bodźce z otoczenia [6]. Do celów diagnostycznych używane są następujące

wymiary dysocjacja - asocjacja; katelepsja - nadmierna elastyczność; halucynacje pozytywne – halucynacje negatywne; znieczulenie – nadmierna wrażliwość; amnezja – hipermnezja; regresja w czasie – progresja w czasie; zawężenie przestrzeni czasowej – rozszerzenie przestrzeni czasowej [7]. Wymiary te postrzegane są jako continuum zjawisk, gdzie na jednym biegunie jest maksymalne nasilenie danej cechy a na drugim jej przeciwieństwo. Należy tutaj wyjaśnić specyficzne dla podejścia ericksonowskiego przedstawienie halucynacji pozytywnych i negatywnych rozpatrywanych w kontekście zjawisk transowych jako tendencje do odbierania z rzeczywistości sytuacji i zdarzeń, które nie istnieją lub wyolbrzymiania istniejących (halucynacja pozytywna) lub niedostrzegania lub pomniejszania faktów (halucynacja negatywna).

1.3. Konstrukcja transu objawowego

Każdy ma właściwe dla siebie wzorce reagowania, czasem jednak mogą one przeradzać się w tak zwany trans objawowy, polegający na zawężeniu uwagi i utracie elastyczności, co zaburza możliwości adaptacyjne jednostki. Definiowany jest on jako niezależne od woli zaabsorbowanie bolesnymi i dysfunkcjonalnymi w skutkach doświadczeniami [8]. Pacjent nieświadomie i automatycznie kreuje wtedy obraz rzeczywistości, który sprzyja przeżywaniu negatywnych objawów [7]. Elementy transu objawowego obejmują: (a) zawężoną, ograniczającą percepcję siebie samego i świata, czyniącą niemożliwym rozpoznanie zachodzących w nim zmian i płynne do nich zaadaptowanie się; (b) sztywne schematy zachowania, które są niedostosowane do kontekstu określonej sytuacji i w rezultacie prowadzą do poczucia bezradności, porażki, odrzucenia, frustracji itp.; (c) odrzucenie różnych aspektów siebie w miejsce ich integrowania jako zasobów; (d) zaburzone relacje z bliskimi w systemie i innymi osobami poza rodziną [9].

1.4. Trans terapeutyczny

Trans terapeutyczny indukowany w trakcie sesji jest stanem, w którym zmianie ulegają przekonania i ramy odniesienia, dzięki czemu pacjent uzyskuje dostęp do mentalnych wzorców i skojarzeń, prowadzących do rozwiązania sytuacji problemowej. Według M.H. Ericksona trans objawowy i trans terapeutyczny są fenomenologicznie tymi samymi zjawiskami zachodzącymi w odmiennych kontekstach [10] w związku z tym możliwe jest skorzystanie z transu terapeutycznego do zmiany nie służących sposobów postrzegania rzeczywistości i schematów reakcji. Trans terapeutyczny przebiega zgodnie z zasadami hipnozy klinicznej i korzysta z możliwości ukierunkowania zogniskowanej uwagi pacjenta na leczące dla niego doświadczenia i obrazy. W

procesie tym następuje wydobywanie i spożytkowanie tego, co pacjent nabył w ciągu historii swojego życia. Ułatwiając proces wewnętrznych poszukiwań i przeobrażeń, terapia doprowadza do sytuacji, że to 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.

1.5. Spożytkowanie

Jedną z podstawowych strategii w podejściu ericksonowskim jest spożytkowanie, czyli gotowość terapeuty do strategicznego reagowania na wszystko, co wiąże się z pacjentem i jego środowiskiem. Terapeuta może spożytkowywać w trakcie sesji bieżące zachowania pacjenta, umożliwiając wzbudzenie transu [1]. W procesie tym niepotrzebne są zewnętrzne bodźce i przedmioty (stosowane w tradycyjnej hipnozie). Uwaga pacjenta jest absorbowana i kierowana do środka na naturalnie przeżywane przez niego aspekty doświadczenia (wyobrażenia, wspomnienia, uczucia, doznania z ciała), a ich przetwarzanie stanowi podstawę leczenia [11].

Terapeuta spożytkowuje zjawiska transowe, które stanowią część problemu do rozwiązania (manifestują się w objawach). Przykładowo, lecząc pacjenta skarżącego się na kłopoty z pamięcią w życiu codziennym, można spożytkować zjawisko transowe jakim jest amnezja, sugerując w transie, aby pacjent zapomniał o problemowym objawie np. o chronicznym bólu kręgosłupa, objadaniu się czy natrętnych myślach. U pacjentów z powstałymi w wyniku traumy zaburzeniami dysocjacyjnymi, często zachodzi zjawisko automatycznej, nieświadomej dysocjacji w wielu życiowych sytuacjach. Terapeuta może spożytkować łatwość dysocjowania się tych pacjentów w trakcie pracy nad rekonstrukcją urazowej sytuacji „odsuwając” pacjenta od trudnego wspomnienia, tak by ochronić go od nadmiernego emocjonalnego obciążenia i ponowną bolesną retraumatyzację [11].

2. Opis przypadku

Pacjentka – Pani B., lat 42, z zawodu pedagog, pracująca w szkole oraz jako wolontariuszka w hospicjum dziecięcym, mężatka od 22 lat, matka dwóch dorastających córek, zgłosiła się na terapię skierowaną przez stomatologa, aby „zmniejszyć zagrożenie utraty uzębienia”. Problemy ze „szczękościskiem” i niewyraźną wymową miała od dzieciństwa.

W trakcie pierwszego spotkania swoją sytuację rodzinną przedstawiła jako bezproblemową. Starła się dobrze zaprezentować, była elegancko i kobieco ubrana, mówiła szybko, bez pokazania emocji. Uwagę zwracała jej napięte, wyciągnięte jak struna ciało. Mimo, że nie

było ku temu żadnych oczywistych powodów, terapeutka czuła w kontakcie z pacjentką poirytowanie, wewnętrzne, niezrozumiałe napięcie. Zastanawiała się w jaki sposób pacjentka wyraża złość.

Zarówno symbolika zgłoszonego objawu (zaciskanie zębów), brak dostrzegania problemów przez pacjentkę - idealizowanie życia rodzinnego jak i jej sposób bycia „miłą, grzeczną dziewczynką” kierowało uwagę terapeutki w kierunku zjawisk transowych jakie prezentowała – dysocjacji od ciała i uczuć, katalepsji, amnezji, halucynacji negatywnych i regresji wieku. Przeciwwprzeniesieniowe reakcje terapeutki pozwalały wstępnie postawić hipotezę o urazowym charakterze doświadczeń pacjentki w przeszłości. W oparciu o diagnozę terapeutka wyznaczyła cele terapii: wzmocnić zdolność rozluźnienia i odczuwania ciała, zwiększyć niezależność od innych, skierować uwagę do wewnątrz - na własne uczucia i potrzeby, ułatwić ekspresję emocji, rozwinąć autonomię i poczucie tożsamości pacjentki. W relacjach z ludźmi dostarczyć doświadczeń oddania kontroli i odpowiedzialności za innych.

Pierwsze sesje zostały poświęcone na wzmocnienie poczucia zaufania i bezpieczeństwa. Terapeutka zasiewała idee rozluźnienia w ciele, wprowadzała krótkie doświadczenia hipnozy koncentrującej na doznaniach z ciała oraz ćwiczenia oddechowe jako techniki relaksujące, wyposażające pacjentkę w umiejętności kontroli napięcia i emocji. Pacientka współpracowała w odpowiedzi na sugestie dyrektywne. Uwaga skierowana na odczucia ciała, stopniowo coraz dłuższa, została przełożona na zadanie domowe obserwowania siebie, odkrywania i używania znanych sobie sposobów odprężania. Doświadczając rozluźnienia pacjentka donosiła na kolejnych spotkaniach o zwiększającym się poczuciu zmęczenia i objawach somatycznych: bólu pleców, problemach ze snem, nadwrażliwości na bodźce zewnętrzne. Stopniowo zaczęły pojawiać się wspomnienia przeszłości – spożytkowując regresję wieku pacjentki terapeutka pogłębiała kontakt z doświadczeniami z dzieciństwa.

W relacji pacjentki traumatyczne doświadczenia życiowe trapiły ją przez wiele lat, od okresu przedszkolnego po adolescencję. Jako dziecko, od 3 r.ż., poddana była intensywnemu treningowi w szkole baletowej. Nie miała czasu na zabawę, a twardość parkietu, ból urazów i upadków był dominującym wspomnieniem. W wieku 7 lat jej ciało zaprotestowało i zachorowała na ciężkie zapalenie odmiedniczkowe nerek. Przebywała w szpitalu przez 2 miesiące. Potem przeżyła kolejne pobyty w sanatoriach i liczne hospitalizacje. Z powodu leczenia hormonalnego miała zniekształcone ciało. Była otyła i stała się obiektem drwin i ataków ze strony rówieśników w szkole.

Urazowe doświadczenie prowadziło do określonych konsekwencji dla rozwoju pacjentki: (a) zablokowania komunikacji – pacjentka bała się ujawniać swoje lęki, aby nie zostać skrytykowana przez rodziców; chciała też ochronić się przed ich nadmierną kontrolą, ograniczaniem jej samodzielności; (b) nadmiarowo brała odpowiedzialność za samopoczucie rodziców, nie chciała przysparzać dodatkowych trosk; (c) winała los za przeciwności, których doświadcza; (d) miała ogromną potrzebę akceptacji i przynależenia do grupy rówieśników – z powodu lęku przed stygmatyzacją, zaczęła unikać kontaktu z klasą; pojawił się bunt „nie pójdę do szkoły”, lęk przed bliskością, myśli samobójcze; (e) odczuwała kłopoty z tożsamością, nasilone trudności z własnym wizerunkiem; (f) adolescencyjny bunt, zmaganie się z separacją od rodziny przebiegało w sposób zaburzony – z jednej strony była cicha, posłuszna, uśmiechnięta, z drugiej szybko znalazła partnera i przedwcześnie wyszła za mąż oraz zaszła w ciążę.

Traumatyczne zdarzenia życiowe uruchomiły nawykowy, patologiczny wzorzec reakcji emocjonalnych, procesów poznawczych oraz wynikających z nich struktur poczucia własnej tożsamości [12]. Patologiczne struktury pojawiły się dlatego, że informacje nie były przetwarzane – pozostały statyczne, nieprzekształcone od czasu wystąpienia trudnych zdarzeń, utrzymywane w układzie nerwowym, w transie objawowym, który kreowany był przez pacjentkę poprzez: (a) katalepsję – znieruchomienie, zatrzymanie reakcji (zaciśnięcie szczęki); (b) regresję wieku – pacjentka tkwiła w przeszłości, reagowała emocjonalnie i zachowywała się tak, jakby nadal przeżywała traumę; (c) dysocjację i amnezję – objaw był wyuczoną reakcją unikania, jaka służyła zmniejszeniu lęku. Kobieta wypierała swoją złość, unikała jej, uzyskiwała wzmocnienie w postaci redukcji lęku, jaki mogło w niej wyzwoić uczucie złości.

Objaw był nieświadomie wybraną przez pacjentkę metodą komunikowania się z otoczeniem i kreatywną próbą zachowania status quo w rodzinie. Podkreślała, że jako dziecko szczególnie dbała o to, by nie przysparzać kłopotu rodzicom, którzy byli obciążeni jej leczeniem, pracą i opieką nad młodszym rodzeństwem. Z poczucia, że jest „problemem”, słodziła tylko jedną łyżeczką herbatę, aby starczyło dla innych. Zaciskała też często usta, aby nie wymknęła się jej skarga czy westchnienie. Podobnie powstrzymywała się w trakcie bolesnych zabiegów w szpitalu, gdzie uchodziła z powodu pogodnego uśmiechu za „słoneczko” oddziału.

W sposobie, w jaki pacjentka organizowała doświadczenie urazowe (trans objawowy), zawarte były potencjalne możliwości wykreowania rozwiązań nowych, stanowiących rozwiązanie problemu. Spożytkowanie transu objawowego (regresji, dysocjacji, amnezji),

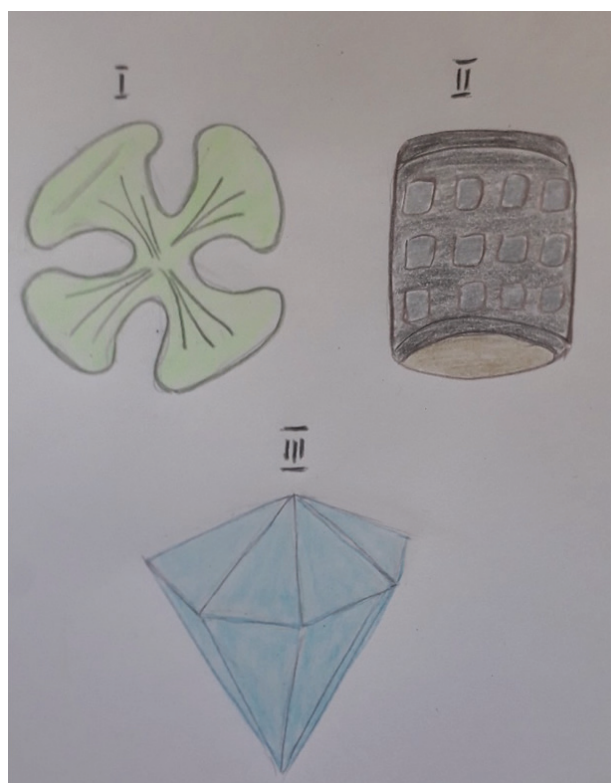
polegało na dostrojeniu się do prezentowanych przez pacjentkę nawykowych zachowań, aby wykorzystać je w hipnozie w sposób izomorficzny lub komplementarny do twórczego odkrywania nowego znaczenia odrzuconych aspektów i ich integrowania jako zasobów w płynnym zaadoptowaniu się do zmian w życiu.

Poniżej przedstawiono opis jednej z prac wykonanej w hipnozie, w trakcie której terapeutka spożytkowała zjawiska transowe do przebudowania (restrukturalizacji) doświadczenia. Opisywana praca została przeprowadzona, kiedy zbudowany został bezpieczny sojusz terapeutyczny i pacjentka gotowa była do powrotu w przeszłość.

Dostrajając się do regresji wieku terapeutka cofnęła się razem z pacjentką do wydarzenia, gdy ta, mając 9 lat, przebywała w sanatorium dziecięcym. Przypomniła sobie jak noc w noc napastował ją inny pacjent - starszy, upośledzony 16 letni chłopak (chował się pod jej łóżkiem a potem po ciemku próbował ją obmacywać - zaciskała zęby, aby nie wrzasnąć).

Struktura pracy zawiera w sobie dysocjowanie i asocjowanie z doświadczeniem, aby później doprowadzić do integracji doświadczenia w przestrzeni wewnętrznej (technika S. Singer-Fischer) [13].

1. Asocjowanie – pacjentka opowiada historię o wydarzeniu od początku do końca (wyznaczamy granice doświadczenia);
2. Dysocjowanie – z pozycji obserwatora pacjentka dzieli zdarzenie na małe części (kolejne porcje);
3. Dysocjowanie – pacjentka wymyśla i rysuje symbole trzech pojemników na wspomnienia; każdy pojemnik jest narysowany innym kolorem: pozytywne (wywołujące przyjemne uczucia), negatywne (zawierające nieprzyjemne uczucia) i neutralne (które warto zachować, bowiem uczą nas czegoś ważnego o zdarzeniu, co można wykorzystać w przyszłości). Poniżej (Ryc.1) przedstawiono pojemniki narysowane przez pacjentkę; jak widać różnią się kolorem i kształtem. Pierwszy, zielony, ma kształt czterolistnej koniczyny, drugi, szaro-czarny - kosza na śmieci a trzeci, niebieski - diamentu.
4. Asocjowanie – pacjentka odtwarza kolejno każdą porcję zdarzenia i decyduje do jakiej kategorii wspomnień zaliczyć dany fragment; następnie umieszcza go w wyobraźni w odpowiednim pojemniku;
5. Integracja – pacjentka umieszcza pojemniki w większej całości, w magazynie pamięci, którego symbol kreuje przy pomocy terapeuty;
6. Integracja na poziomie świadomym – pacjentka relacjonuje, jaki ma stosunek do wydarzenia po pracy, co myśli aktualnie o wydarzeniu z pozycji dorosłej osoby.



Ryc. 1 Pojemniki pamięci

W wyniku pracy nastąpiło przededefiniowanie przeszłego doświadczenia – nadano mu nowe znaczenie jako sytuacji, z której pacjentka mogła się czegoś nauczyć i nad którą posiada kontrolę. Pacjentka zdobywała doświadczenie asocjowania się z przykrymi emocjami, mogła także „pomagać sobie” rozbudowując wspomnienia pozytywne (technika „rozpuszczania” traumy poprzez dodawanie pozytywnych wspomnień) [10].

3. Podsumowanie. Implikacje w terapii traumy.

W opisie przypadku przedstawiono tylko wybrany fragment procesu, dotyczący pracy z objawem. W motywacji do skorzystania z terapii głównym aspektem była chęć uwolnienia się od szczękościosku, a praca z nim stała się pierwszym etapem zmiany. W rozumieniu ericksonowskim objaw pełnił tutaj funkcję obronną. Negatywne okoliczności, których doświadczała pacjentka doprowadziły do nadmiernej modulacji układu autonomicznego, co spowodowało powstanie objawu, który stał się formą odcięcia od sytuacji, od której nie można było uciec. Pomimo tego, że okoliczności się zmieniły, problem, który powstał w przeszłości istniał nadal, gdyż zaburzenie zyskało autonomię funkcjonalną – trwało w postaci reakcji ciała w sposób niezależny, sprzeciwiając się świadomej części ego [14]. Praca w hipnozie umożliwiła dotarcie do wewnętrznych struktur psychicznych pacjentki oraz w sposób bezpieczny, oddający dużą kontrolę pacjentce nad tempem i tematyką symbolicznej pracy, dała możliwości modyfikacji

nieuświadomionych wspomnień i skojarzeń. Cel został osiągnięty; już po trzech miesiącach, nastąpiła zmiana wzorca zachowania, indywidualna funkcja objawu przestała mieć znaczenie, a szczegółości ustąpił.

Osoby, które doświadczyły psychicznego lub fizycznego urazu wykazują wysoką podatność na hipnozę, której elementem jest zdolność do dysocjacji, wynikająca z rozszczepienia, fragmentaryzacji „ja” na różne stany ego funkcjonujące w sposób oddzielony [4]. W pracy terapeutycznej można skorzystać z prezentowanych już przez pacjenta sposobów radzenia sobie, czyli umiejętność dysocjacji, ale również asocjacji, i oba te stany spożytkować do procesu integracji psychiki.

Yapko [1] wskazuje, że hipnoza w pracy z traumą umożliwia dostęp do wewnętrznych wzorców przeżywania i tworzy bezpieczny kontekst do modyfikacji schematów percepcyjnych. Innowacyjność tego podejścia polega na klinicznym wykorzystaniu „uczenia się zależnego od stanu”: trans odtwarza specyficzną konfigurację uwagi i pobudzenia, w której powstała pamięć urazowa, by móc ją bezpiecznie przekształcić i nadać jej nowe znaczenia. Warto też zwrócić uwagę, że ten sposób pracy oddaje sprawczość pacjentowi, co ma szczególne znaczenie w leczeniu traumatycznych urazów [15], które powstały bez kontroli pacjenta, w momencie, gdy czuł się bezradny i nie mający wpływu na zaistniałą sytuację.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. Yapko M.D., Criswell S.R. *Trancework*. New York; Routledge: 2025.
2. Fitoussi G. Brief history of world hypnosis. W: Linden J., Benedittis G., Sugarman L., Varga K. red., *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis*. New York and London; Routledge: 2024: 7-21.
3. Lewis Herman J. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk; GWP: 1999.
4. Linden J. The Hypnotic Lens on Trauma and Treatment. W: Linden J., Benedittis G., Sugarman L., Varga K. red., *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis*. New York and London; Routledge: 2024: 451-462.
5. Zeig J.K., Munion W.M. *Milton H. Erickson*. Gdańsk: GWP; 2005.
6. Klajs K. *Poznanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań; Zysk i S-ka: 2017.
7. Geary B., Zeig J.K. *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*. Phoenix, Arizona; The Milton H. Erickson Foundation Press: 2001.
8. Yapko M.D. *Essentials of Hypnosis*. New York; Brunner/Mazel: 1995.
9. Szymańska K. „Podróż do wnętrza” – zastosowanie hipnozy ericksonowskiej w terapii zaburzeń psychosomatycznych. *Psychoterapia*: 2012; 160(1): 37-50.
10. Erickson M., Rossi E.L. *Lutowy człowiek. Rozwój świadomości i poczucia tożsamości w hipnoterapii*. Gdańsk; GWP: 1996.
11. Edgette J.H., Edgette J.S. *The Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy*. New York; Brunner/Mazel: 1995.
12. Scaer R. *The Trauma Spectrum: Hidden Wounds and Human Resiliency*. New York; Norton: 2006.
13. Signer-Fischer S. *Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen*. W: Revenstorf D. red. *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin; Springer: 2008.
14. Rossi E. *Hipnoterapia*. Poznań; Zysk i S-ka: 1995.
15. Rossi E. *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*. Vol. IV. *Innovative hypnotherapy*. New York; Irvington: 1980.

Corresponding author

Katarzyna Zaborska

e-mail: katarzyna.zaborska@now.uni.lodz.pl

Institute of Psychology, University of Lodz, Łódź, Poland

Otrzymano: 15.04.2025

Zrecenzowano: 03.10.2025, 07.10.2025

Przyjęto do publikacji: 28.10.2025