
Alen LATINI, Miran MOŽINA

Hipnoanaliza in hipnopsihoterapija kot dialoški praksi

Hypnoanalysis and hypnopsychotherapy as dialogical practices

POVZETEK

Obstajajo pomembne razlike med odrsko in terapevtsko hipnozo in med hipnozo in spanjem. Posebej zahtevno je terapevtsko delo v globoki hipnozi. V svetu in pri nas nekonsistentna raba pojmov hipnoza, terapevtska oziroma klinična hipnoza, medicinska hipnoza, hipnoterapija, hipnoanaliza in hipnopsihoterapija ustvarja precejšnjo zmedo, zato predlagava bolj jasno razmejitev med njimi. Posebej dragoceno je lahko razlikovanje, ki ga je uvedel Robert Lindner, med hipnozo kot sugestivno metodo in hipnozo kot ustvarjanjem stanja, pogojev oziroma okoliščin, v katerih ima terapija, bodisi v okviru medicine ali psihoterapije, večje možnosti za uspeh. Na osnovi tega razlikovanja poudariva, da je hipnoza kot dialoška praksa ključna za razvijanje (psiho)terapevtskega odnosa. Ob predstavitvi dveh primerov iz klinične prakse tudi prikaževa dve vrsti uporabe hipnoze v psihoterapiji in medicini ter predlagava dve različni vrsti kompetentnosti terapevtov, ki sta za to potrebni. Kompetentnost za hipnoanalizo in hipnopsihoterapijo je možno razviti samo skozi večleten proces učenja, ki obsega tri ključne stebre psiho-terapevtskega izobraževanja: teorijo, prakso pod supervizijo in učno terapijo, v kateri bodoči psihoterapevt preizkusi terapevtski proces podprt s hipnozo na lastni koži.

KLJUČNE BESEDE

Hipnoza, hipnoanaliza, hipnopsihoterapija, psihoanaliza, terapevtski odnos, sugestija, kompetentnost, disociativna motnja

ABSTRACT

There are important differences between stage and therapeutic hypnosis and between hypnosis and sleep. Therapeutic work in deep hypnosis is especially demanding, requiring a high level of competency. In professional circles the use of the terms hypnosis, medical hypnosis, hypnotherapy, hypnoanalysis and hypnopsychotherapy is confusingly inconsistent and we therefore propose clearer differentiation between them.

ALLEN LATINI, KLINIČNI PSIHOLOG IN PSIHOTERAPEVT, PREDAVATELJ NA FAKULTETI ZA PSIHOTERAPEVTSKO ZNANOST UNIVERZE SIGMUNDA FREUDA V LJUBLJANI, ALLEN.LATINI@GMAIL.COM

MAG. MIRAN MOŽINA, PSIHIATER IN PSIHOTERAPEVT, PREDAVATELJ NA FAKULTETI ZA PSIHOTERAPEVTSKO ZNANOST UNIVERZE SIGMUNDA FREUDA V LJUBLJANI, MIRANMOZINA.SLO@GMAIL.COM

Especially valuable is the distinction proposed by Robert M. Lindner between hypnosis as a suggestive method and hypnosis as creating the condition under which therapy, within the framework of either medicine or psychotherapy, is practised with increased chances of success. Based on this distinction we point out that hypnosis as a dialogical practice is essential for the development of (psycho)therapeutic relationship. The presentation of two clinical cases, a patient with driving exam phobia and a patient with dissociative disorder, is used to demonstrate two kinds of application of hypnosis in psychotherapy and medicine and two kinds of therapeutic competency that are necessary. Professional competency for hypnoanalysis and hypnopschotherapy can only be developed through many years of training, which encompasses the three pillars of psychotherapeutic education: theory, practice under supervision and training therapy in which the future therapist experiences for himself/herself the therapeutic process supported by hypnosis.

KEY WORDS

Hypnosis, hypnoanalysis, hypnopschotherapy, psychoanalysis, therapeutic relationship, suggestion, competency, dissociative disorder.

EXTENDED ABSTRACT

Hypnosis is not sleep

James Braid, a Scottish physician, was the first to use the word »neurohypnosis«, which was later abbreviated to hypnosis (Pajntar, Areh and Možina, 2013). He accepted the psychological theory of hypnosis and he pointed out that hypnosis is the consequence of concentration on one predominant idea, which he designated as »monoideism«. Because the word hypnos means sleep in Greek, he later regretted that he had not used the word monoideism. The word hypnosis is misleading, because there are many differences between hypnosis and sleep (table 1), in spite of the fact that people who are in a deep hypnotic trance look as if they are asleep, with the same change in breathing patterns and muscle tone.

Table 1: *Differences between hypnosis and sleep (based on Tepperwein, 1984)*

Hypnosis	Sleep
Attention is intensified and directed to suggestions.	There is no attention.
Hypnotic subject perception is sharpened, for example he hears any word and sound unless it is suggested that he should not hear.	Perception of external stimuli is attenuated.
Ability for critical thinking is diminished.	There is no critical thinking.
Consciousness is narrowed, focused, directed.	Consciousness is blocked.
Orientation in time and space exists.	There is no orientation in time and space.
The capacity of recall is preserved unless it is suggested that it is blocked.	The capacity of recall is blocked.
Hypnotic subject can be reached by words, which activate a multilevel idiosyncratic understanding.	Sleeping person cannot be reached by words, his interpretation ability is lacking.

Therapeutic work in deep hypnosis

In deep trance (also called »somnambulism« or »somnambulist trance«) it is possible to invite the hypnotic subject to revive early childhood experiences, which are accompanied by all the psychophysical phenomena of the phase of development that the person regressed into. Most impressive and instructive are the clinical cases of Milton H. Erickson, the most important innovator in the field of hypnotherapy in the 20th century (Erickson, Rossi and Rossi, 1976; Erickson and Rossi, 1979, 1989).

The latest neuroscientific discoveries offer new possibilities of understanding of how complex psychophysiological processes occur in deep hypnosis (Rossi, 1986, 2001, 2002, 2007; Rossi and Cheek, 1988; Rossi and Rossi, 2008). For example, interesting are hypotheses that through mechanisms of gene expression new synapses are formed and neurogenesis is triggered, which on the psychological level results in new patterns of thinking, feeling and behaviour (Rossi, 2002).

For the field of psychotraumatology therapeutic work in deep hypnosis has a great value, because with regression we can find out the sources of disturbing memories and traumata from childhood and later phases of development (we recommend especially Erickson's February man, Erickson and Rossi, 1989).

In deep hypnosis human capacities are revealed that are not present in ordinary states of consciousness. For example, in an interesting neurophysiological experiment it was discovered that the brain in deep hypnosis functions more coherently and heterarchically, that the right hemisphere is more active, and that more neurons are activated in cognitive processes with the consequence that cognitive processing is quicker in comparison to light trance and wakefulness. Heterarchy, which is facilitated in deep hypnosis, is how the brain functions in doing its job as economically and as quickly as possible (Dabić-Jeftić and Barnes, 1993).

Hypnosis, therapeutic hypnosis, hypnotherapy, hypnoanalysis and hypnotherapy

Because of the confused use of these basic terms we propose more consistent definitions and distinctions.

Hypnosis

In professional circles there is relative agreement that the term hypnosis is not restricted to the therapeutic field but is also used in different areas, for example in medicine, psychotherapy, dentistry, sport, coaching (most known in NLP), pedagogic activities in schools, in psychosocial and psychological counselling, alternative medicine, mindfulness and spiritual practices etc. This is connected with the fact that hypnotic experiencing and behaviour is built in the human genome (which is for example shown in the connection between ultradian rhythms and everyday trance (Rossi, 1986)) and that hypnotic phenomena in people's everyday lives are as old as human evolution (Ray, 2007). These natural hypnotic phenomena and capacities can be used for learning, healing, personal and spiritual growth.

Therapeutic (clinical) hypnosis

There is still a lot of discussion about the definition of hypnosis. John Watkins, one of the earliest pioneers of modern clinical hypnosis wrote an article at the end of his career which reflects the difficulties about defining it »*Hypnosis: Seventy Years of Amazement, and I Still Don't Know What It Is!*« (Watkins in Yapko, 2012). We like Yapko's definition of hypnosis and therapeutic hypnosis:

»Hypnosis is a focused experience of attentional absorption that invites people to respond experientially on multiple levels to amplify and utilize their personal resources in a goal-directed fashion. Employed in the clinical context, hypnosis involves paying greater attention to the essential skills of using words and gestures in particular ways to achieve specific therapeutic outcomes, acknowledging and utilizing the many complex personal, interpersonal and contextual factors that combine in varying degrees to influence client responsiveness.« (Yapko, 2012: 7). The term clinical hypnosis is often used as a synonym for therapeutic hypnosis.

Medical hypnosis, hypnotherapy

The term medical hypnosis or hypnotherapy is connected to the use of hypnosis in medicine to treat physical diseases (for example in anaesthesiology, dermatology, neurology, internal medicine, obstetrics, pediatrics) and mental disorders of adults and children (for example depression, anxiety, phobias, enuresis, tics). It is effective for the abolishment of symptoms with the use of suggestions and different relaxation states.

Hypnoanalysis

The term hypnoanalysis is connected with the use of hypnosis in psychoanalytic therapy. For some authors the term means the use of direct suggestions for the abolishment of symptoms while for others it signifies an alternative additional way of working in psychoanalysis. So different terms were coined, for example »hypnodynamic psychology«, »hypnoidal psychotherapy«, »analytic hypnotherapy« but during the last twenty years more and more clinicians use the term »medical hypnoanalysis« (Scott, 2011) and since 1974 the American Academy of Medical Hypnoanalysts (AAMH) has connected psychologists, social workers, counsellors, marital and family therapists, physicians and theologians who use medical hypnoanalysis for the treatment of physical diseases and mental disorders.

Scott (2011) in his historical overview of hypnoanalysis points out that the term was first used by Hadfield to designate the process of using hypnosis in treating amnesia in war shock cases during World War I. Although Milton H. Erickson was not a psychoanalytic therapist, between World War I and II, when he became the key figure in the field of therapeutic hypnosis, he used analytic principles together with hypnosis and he laid the foundation for the development of hypnoanalysis. During World War II psychoanalyst Kubie together with Erickson did some pioneering work. For example he has shown that with hypnosis it is possible to change memories, that hypnagogic reverie could help to clarify a person's unconscious issues and that the essence of all neurosis was that a command had been repeated many times in the child's mind by an authority figure. This appears to be the substance of what we now call negative hypnotic suggestions related to what Araoz called »negative self-hypnosis.«

Immediately preceding World War II some psychotherapists linked psychoanalytic principles with hypnosis: hypnosis was used to revive forgotten and repressed memories, in dream interpretation, for post-hypnotic amnesia, for catharsis during regression to previous traumatic experiences; hypnosis led to the discovery of the principle of transference, to the recognition that the mind may repress unpleasant experiences from consciousness, and to the recognition that a plurality of events of a similar nature make up the etiology of the symptoms; hypnosis also led to an awareness of the subconscious mind in addition to the conscious mind.

An essential contribution to the development of hypnoanalysis during World War II and some years after the war was made by Robert M. Lindner (1944, 1954) and Lewis R. Wolberg (1946). Lindner stated that hypnoanalysis shortens the period of treatment and recognized two forms of hypnotic memory recall, in one of which the patient influences his recollections by the sum of his experiences since the actual events took place, while in the other the patient actually lives again the time of which he is telling and it exists uninfluenced by the accumulation of life since that event.

According to Lindner the therapist must constantly make the following decisions during the hypnoanalytic process: when to employ hypnosis, when to encourage free associations, when to employ revivification or regression, when to demand abreaction in the waking state, when to engraph the interpretation and significances directly onto the personality.

Wolberg (1964) together with Lindner refuted the key prejudices and wrong traditional objections to the use of hypnosis in the analytic process that evolved from Freud onwards among orthodox psychoanalysts. »They had to do with hypnotizability, the validity of the material revealed in hypnosis, and the effect of hypnosis in transference. With regard to the latter point, Wolberg observed that an 'innovation' in hypnoanalysis was that the patient's transference feelings can be analyzed as they develop before they have a chance to be repressed. In dealing with the objection that by using hypnosis the patient is too passive for the therapy to be effective, Wolberg presented a positive case for the active participation of the patient in the therapeutic process.« (Scott, 2011: 15)

Hypnotherapy

In the 1950's Lindner also proposed a new definition of hypnosis, which is still awaiting proper appreciation, acknowledgement and further development (Barnes, 2002). He changed the conceptualization of hypnosis from a »suggestive method« to a »condition,« thereby conceptualizing hypnosis as »a condition under which therapy is practised with increased chances of success.« (Lindner in Barnes, 2002: 155) By condition he had in mind »a carefully arranged and sensitively controlled psychological condition or 'climate' allowing for those processes to become operative which are necessary for the restoration of integration to the personality.« The change from conceptualizing hypnosis as a method to conceptualizing it as a condition effected a change from such concepts of the patient as »a pliant pawn to be tricked out of his complaint or perplexity,« and as »a meek robot to be conjured out of his pain or distress,« to procedures that ensure that »the patient retains his identity, his human dignity, and his self respect.« (Lindner in Barnes, 2002: 156)

The consequences of Lindner's proposed shift in the definition of hypnosis are far-reaching, suggesting, »that without hypnosis psychotherapy decreases its viability. It follows from his formulation that psychotherapy fits logically inside hypnosis and not the other way around. With hypnosis psychotherapy can become independent of grand theories. Hypnosis then becomes a condition in which understanding takes place, improving communication and supplying a method for investigating communication, replacing vicious circles of suffering with virtuous circles of healing.« (Barnes, 2002: 156)

From this new perspective we can conclude that there is no effective psychoanalysis and psychotherapy in general without hypnosis. For those, who are in agreement with this proposition, we propose the use of the term hypnopsychotherapy. It can be developed within particular psychotherapy modalities, as happened in Austria (with the Austrian Association for Applied Deep Psychology and General Psychotherapy – ÖGATAP where it is called hypnosis-psychotherapy, where the theory and practice of hypnosis is linked with CBT, psychoanalytic and systemic approach), but it would be even more auspicious if training in hypnosis were to become one of the common elements of all psychotherapy modalities, as has been proposed by Grawe (2004).

Hypnosis as a dialogical practice is essential for the development of (psycho)therapeutic relationship

If we change our understanding of hypnosis from a suggestive method, which offers a whole set of techniques, to hypnosis as a dialogical practice and as a condition for more effective treatment, we cannot be surprised with empirical findings about effectiveness in psychotherapy: techniques contribute to the outcome of psychotherapy up to only 5% , events and resources in the client's life around 40%, therapist's factors (for example his/her warmth, empathy, self-confidence, authenticity etc.) around 20% and common factors, where the most important is the therapeutic relationship around 30 % (Lambert 1992, 2004, 2007; Možina, 2013).

Competency for the use of hypnotherapy, hypnoanalysis and hypnopsychotherapy

There are two kinds of competency for the use of hypnosis:

- a) Competency for the use of what is called classical hypnosis or hypnotherapy, which is based on the use of direct suggestions and not so much on the effect of therapeutic relationship. This kind of competency is mostly enough for medical hypnosis;
- b) Competency for hypnoanalysis and hypnopsychotherapy, where the therapist contributes to the development of the hypnotic condition in which the investigation of the patient's and therapist's unconscious is possible, especially of those memories, feelings and impulses, which were suppressed.

This distinction is of course artificial. It delineates two ends of a fluid spectrum. There may be many times a physician or psychologist, who was trained in medical hypnosis, cannot help effectively without developing a therapeutic relationship. On the other hand there may be times a hypnoanalyst or hypnopsychoterapist can help

effectively with »instant« therapy, as is shown in the case of the patient with a phobia about the driving exam.

Developing professional competency in the use of hypnoanalysis and hypnopsychotherapy is only possible with many years of training, which encompasses the three pillars of psychotherapeutic education: theory, practice under supervision and training therapy in which the future therapist experiences for himself/herself the therapeutic process supported by hypnosis.

Uvod

V zadnjem času v Sloveniji opažava dva negativna pojava, ki škodita uveljavljanju terapevtske hipnoze. Po eni strani ima pri nas hipnoza dvomljiv sloves zaradi ponovne popularizacije odrske hipnoze. Ta služi zabavi in z uporabo terapevtske hipnoze v medicini in psihoterapiji nima nič skupnega. Ustvarja pa predstavo o hipnozi, ki škodi razumevanju in sprejemanju njenega izjemnega terapevtskega potenciala.

Po drugi strani je v medijih vse več pompoznih oglasov, v katerih terapevti z različnimi predizobrazbami in stopnjami usposobljenosti za hipnoterapijo obljublajo, kaj vse lahko (o)zdravijo - od plešavosti, jecljanja, motečega temperamenta, premajhnih dojk pa tja do zahtevnih duševnih motenj, kot so globoke depresije in celo psihotične motnje. Tako imamo na eni strani pretiran pogum in nekritično uporabo, na drugi strani pa, v veliki meri tudi zaradi te šarlatanske zlorabe, odpor strokovnjakov na področju medicine, psihiatrije, psihoterapije in psihosocialne pomoči do uporabe hipnoze kot učinkovite metode diagnosticiranja, zdravljenja in pomoči.

Če se ozremo v svet, pa vidimo, da so vsa resna medicinska, psihološka in psihoterapevtska združenja v ZDA in Evropi v zadnjih desetletjih sprejela hipnozo v medicini, psihologiji in psihoterapiji kot sodobno in uporabno terapevtsko sredstvo. Poučujejo jo na fakultetah, vse več pa je tudi študij, ki potrjujejo njeno učinkovitost pri širokem spektru telesnih bolezni in duševnih težav (Latifi, 2003; Yapko, 2003, 2012; Pajntar, Areh in Možina, 2013). Pri nas je na strokovno korekten način prvi promoviral hipnoterapijo klinični psiholog Stanislav Bras. Analitski in hipnoterapevtski pristop je povezal z vedenjsko terapijo (Bras, 1977a,b).

Pierre Janet (1925), ki je prvotno nasprotoval uporabi hipnoze, kasneje pa postal njen veliki zagovornik, je izjavil, da je edina nevarnost terapevtske hipnoze v tem, da ni dovolj nevarna. Kljub temu da so hipnotski pojavi naravni, sestavni del vsakdanjega življenja (npr. t. i. »vsakdanji trans« (Rossi, 1986)) in da zato lahko včasih izgledajo hipnotski postopki, predvsem v okviru odrske pa tudi terapevtske hipnoze, preprosti, sva kritična do zavajajoče lahkotnosti uporabe hipnotskih procedur. Prav samooklicani »hipnoterapevti«, ki nimajo dovolj znanja s področja psihologije, psihoterapije in medicine, ki niso šli skozi dolgotrajni proces učne terapije, kjer bi preizkusili hipnoterapijo na lastni koži, in ki niso nekaj let intenzivno prakticirali pod supervizijo izkušenega mentorja, velikokrat predstavljajo hipnozo na površno spektakularen in tudi nevaren način. Prepričana sva, da ni lahko nevarna le nerodna uporaba hipnoze na področju zdravljenja in psihosocialne pomoči, ampak je lahko še kako škodljiva in etično sporna tudi odrska hipnoza. Tudi zato je potrebno v Sloveniji čim prej regulirati uporabo medicinske hipnoze (Pajntar, Areh in Možina, 2013) in zakonsko urediti psihoterapijo, da bi lahko paciente in razne uporabnike psihosocialne pomoči zaščitili pred šarlatani (Možina in Bohak, 2008).

Poleg slabega vpliva odrske hipnoze in šarlatanske uporabe terapevtske hipnoze pri samooklicanih »hipnoterapevtih« je še veliko drugih napačnih predstav o hipnozi, ki otežujejo pravilno razumevanje terapevtske hipnoze in izkoriščanje njenega potenciala, na primer:

- da hipnotizirani subjekt izgubi kontrolo,
- da mu lahko hipnotizer vsili svojo voljo,
- da se ne bo mogel prebuditi, ampak bo kar ostal »zaklenjen« v transu,
- da je prava hipnoza tista, kjer pride do popolne amnezije,
- da je hipnoza enaka spanju idr.

Na tem mestu bova zaradi omejitve prostora komentirala le zadnjo napačno predpostavko.

Hipnoza ni spanje

James Braid, škotski zdravnik, je prvi uporabil besedo »*nevrohipnoza*«, ki so jo kasneje skrajšali v *hipnozo* (Pajntar, Areh in Možina, 2013). Sprejel je psihološko teorijo hipnoze in je trdil, da je hipnoza posledica duševne koncentracije na eno prevladujočo idejo, kar je imenoval »monoideizem«. Ker beseda *hypnos* v grščini pomeni spanje, mu je bilo kasneje žal, da se ni raje uveljavil pojem monoideizem. Beseda hipnoza je zavajajoča, ker obstaja med hipnozo in spanjem veliko razlik (glej tabelo 1), kljub temu da navzven človek lahko obmiruje z zmanjšanim mišičnim tonusom, upočasnjanim dihanjem in zaprtimi očmi.

Tabela 1: Razlike med hipnozo in spanjem (prirejeno po Tepperwein, 1984)

V hipnozi	V spanju
pozornost je bolj intenzivna in usmerjena na sugestije	pozornosti sploh ni
oseba zaznava izostreno, npr. sliši sleherno besedo in zvok, razen če ni izrecno sugerirano, da jih ne sliši	zaznavanje zunanjih dražljajev je zadušeno
sposobnost kritičnega mišljenja je zmanjšana	kritičnega mišljenja ni
zavest je zožena, fokusirana, usmerjena	zavest je blokirana
obstaja časovna in prostorska orientacija	ni orientacije v prostoru in času
ohranjena je sposobnost pomnjenja, razen če ni izrecno sugerirano, da se ukine	pomnjenje je blokirano
osebo v transu lahko dosežemo z besedami, ki vzbudijo večplastno idiosinkratično razumevanje	spečega človeka ne dosežemo z besedami, njegova interpretacijska sposobnost je odsotna

V hipnotskih transih, ki jih lahko razvrstimo od bolj površinskih do globokih, oseba razvije različna stanja telesa in duha, občutja, doživetja in ravnanja zaradi večjega ali manjšega hipnorelaksacijskega učinka, povečane koncentracije in kooperativnosti. Tako lahko npr. oseba v transu bolj svobodno govori o svojih problemih, hkrati pa lažje obuja svoje vire in krepi svoje sposobnosti in moči. V hipnozi se pospeši in intenzivira proces odpiranja, sprejemanja in spreminjanja potlačenih vsebin zaradi popuščanja obramb, razumske kontrole in zavor zavestnega. Posebej zahtevno je terapevtsko delo v t. i. »globoki hipnozi«.

Terapevtsko delo v globoki hipnozi

V globokem transu (t. i. »somnambulizem« oz. »somnambulni trans«) je na primer možno voditi osebo korak za korakom do podoživljanja najzgodnejših otroških doživetij, kar spremljajo fiziološki in psihični fenomeni z vsemi značilnostmi faze razvoja, v katero oseba regredira. Za naju so posebej poučni klinični primeri Milтона H. Ericksona, največjega inovatorja na področju hipnopsihoterapije v 20. stoletju (Erickson, Rossi in Rossi, 1976; Erickson in Rossi, 1979, 1989).

Milton H. Erickson ni bil le izjemen praktik, ampak je veliko prispeval k raziskovanju hipnoze in jo je videl znotraj širše slike »znanosti o interkomunikaciji« (angl. »science of intercommunication«), s čimer je mislil na komunikacijo med dvema človekoma oziroma več ljudmi (Erickson, 1980: 70). Menil je, da se s pomočjo hipnoze:

- lahko razvija komunikacija,
- se strokovnjaki (na vseh področjih medicine) lahko učijo, kako komunicirati s pacienti in
- se pacienti lahko učijo, kako komunicirati (ker so »duševne motnje prekinitev komunikacije med ljudmi«) (Erickson, 1980: 75).

Nadalje je poudarjal, da hipnoza lahko pripomore k razumevanju delovanja človeškega telesa, kako lahko vplivamo nanj in kako lahko vzbudimo ter izkoristimo vse, kar se je telo naučilo. S pomočjo hipnoze se lahko učimo, »kako govoriti z ljudmi in jih razumeti« (prav tam). Hipnoza je medij, v katerem se lahko učimo, kakšne fiziološke, psihološke in socialne učinke imajo besede in stavki. Iz tega sledi, da nam lahko hipnoza služi za empirično raziskovanje in za dialog, v katerem s sistematičnim opazovanjem odkrivamo, katere besede in stavki spodbujajo dialog z vsakim posameznim človekom. Ericksonovi prikazi primerov in raziskovalno delo vabi psihoterapevte, da se obrnejo stran od velikih teorij, kot so Freudova in druge velike teorije, in se raje vrnejo k praksi in raziskovanju, ki je povezano z njo. Svaril je psihoterapevte pred tem, da bi klasificirali ljudi v tipologije in kategorije (Barnes, 2002).

Sodobna odkritja nevroznanosti odpirajo nove možnosti razumevanja kompleksnih psihofizioloških procesov, ki se odvijajo v stanjih globoke hipnoze (Rossi, 1986, 2001, 2002, 2007; Rossi in Cheek, 1988; Rossi in Rossi, 2008). Tako so npr. zanimive hipoteze, da so prav stanja globokega transa še posebno ugodna za sprožanje mehanizmov genske ekspresije, ki vodijo do oblikovanja novih sinaps in nevrogeneze, kar se na psihološki ravni kaže kot razvijanje novih vzorcev mišljenja, čustvovanja in vedenja (Rossi, 2002).

Kognitivna nevroznanost, ki se v svojih prizadevanjih razlikuje tako od kognitivne psihologije kot tudi od nevroznanosti, kaže veliko zanimanja za raziskovanje hipnoze kot posebnega, spremenjenega stanja zavesti (Jamieson, 2007). Gre za integrativno raziskovalno paradigmo, ki ne črpa le iz nevrofizioloških, vedenjskih, doživljajskih, medosebnih, čustvenih in kognitivnih paradig, ampak si prizadeva za premik na novo raven sinteze, na kateri se prej ločena raziskovalna področja srečajo in vplivajo druga na drugo. Tako se je oblikovalo novo raziskovalno področje – kognitivna nevroznanost hipnoze in stanj zavesti.

Oseba v globokem hipnotskem transu se lahko giblje od zoženih do razširjenih stanj zavesti, v katerih pridejo do izraza izjemne sposobnosti naših možganov oziroma našega celotnega organizma, ki se jih v običajnih stanjih zavesti ne zavedamo in jih ne izkoriščamo. V zanimivem nevrofiziološkem poskusu so npr. odkrili, da možgani v globoki hipnozi delujejo bolj koherentno in heterarhično, da je desna hemisfera bolj aktivna, da se aktivira večje število nevronov v kognitivnih procesih, kar ima za posledico hitrejšo kognitivno predelavo v primerjavi s plitkim transom in budnim stanjem. Heterarhija, ki je bolj izrazita v globokem transu, omogoča možganom, da opravljajo svoje delo najbolj ekonomično in hitro (Dabić-Jeftić in Barnes, 1993).

Terapevtsko delo v globokem transu je dragoceno tudi za področje psihotravmatologije, saj z regresijo lahko odkrivamo izvor motečih spominov in travm iz otroštva ali kasnejše preteklosti (še posebej priporoča Ericksonov klinični primer Februarski mož, Erickson in Rossi, 1989). Zaradi močnih učinkov regresije, ki lahko vodijo tudi v retravmatizacijo, je pomembno, da se tovrstnega zdravljenja lotevajo le kompetentni (psiho)terapevti.

Če naštejemo le nekaj pojavov, do katerih lahko pride v globokem transu in so pomembni za terapevtsko delo:

- izrazijo se globoko potlačene vsebine, doživetja in konflikti;
- možne so pozitivne in negativne senzacije in halucinacije (nečesa, kar ni in obratno izginjanje nečesa, kar je);
- občutek za čas se podaljšuje ali krajša;
- posthipnotsko sugestijo lahko oseba izvede povsem nezavedno;
- okrepijo se lahko najrazličnejše telesne senzacije, npr. senzacije toplote in hladu, izzovemo lahko celo opekline;
- možna je popolna analgezija in anestezija, amnezija ali hiperamnezija;
- lahko se poslužujemo indukcije sanj, vizualizacije oziroma videnja dogodkov v originalni obliki;
- lahko se producirajo eksperimentalni konflikti;
- uporablja se lahko projektivna hipnoanaliza in tako odkrivajo notranja stanja in spomini, ker so zmanjšane kortikalna kontrola in obrambe ega (Wolberg, 1964; Erickson, Rossi in Rossi, 1976; Erickson in Rossi, 1979).

V terapevtski globoki hipnozi se lahko izzovejo različna katarktična doživetja. Hipnokatarza ima prednost pred katarktičnim tretmanom, ki se dogaja v budnem stanju: v hipnozi namreč oseba veliko lažje zagleda, zasliši in začuti potlačene ali drugače izrinjene (travmatske) dogodke in spremljajoče spomine, večje pa so tudi kapacitete integracije in regulacije stresa. Potem ko jih v globokem transu ponovno čustveno identično podoživi, jih v budnem stanju zavesti v nadaljnjih psihoterapevtskih pogovorih lahko kognitivno predela, internalizira, ponotranji in asimilira kot dobre izkušnje, ki potem v psihični strukturi ne ostajajo več kot neprebavljivi tujki (introjekti) (Wolberg, 1964; Erickson in Rossi, 1989).

Tehnike za sprožanje katarktičnega doživljanja v terapevtski hipnozi so različne, vedno pa je pomembno, da se pacient najprej sprosti in da ga terapevt krepi, opogumlja, da je sposoben, da zmore in da skupaj s terapevtom ponovno podoživi travmatske situacije, za katere predpostavlja, da so v jedru duševne motnje. Pacienta se spodbuja, da

ob močnem čustvenem podoživljanju spregovori o vseh dogodkih in postopno koščke spominov poveže v zanj smiselni del avtobiografske zgodbe.

Hipnoza, terapevtska hipnoza, hipnoterapija, hipnoanaliza in hipnopsihoterapija

Pojmi hipnoza, terapevtska hipnoza, hipnoterapija, hipnoanaliza in hipnopsihoterapija se ne samo pri nas, ampak tudi v svetu, pogosto uporabljajo nekonsistentno, kar ustvarja dodatno zmedo ne samo med laiki, ampak tudi med strokovnjaki (Wagstaff, 1998; Gruzelier, 2000). Zato bova v nadaljevanju predlagala definicije, ki nama pomagajo pri njihovem razumevanju.

Hipnoza

Glede uporabe pojma hipnoze je v svetu relativno soglasje, da ne pomeni nujno terapevtske hipnoze, ampak da se hipnozo lahko uporablja na različnih področjih, npr. v medicini, psihoterapiji, zobozdravstvu, športu, coachingu (najbolj znano v okviru Nevrolingvističnega programiranja - NLP), šolstvu oziroma pri pedagoškem delu, v okviru psihosocialnega in psihološkega svetovanja, alternativnega zdravljenja, razvijanja čuječnosti in duhovnih praks itn. V veliki meri je to povezano z dejstvom, da je potencial za hipnotsko doživljanje in vedenje vgrajen v človekov genom (kar npr. kaže povezava med ultradianimi ritmi vsakdanjim transom (Rossi, 1986)) in da so zato hipnotski fenomeni v človekovem vsakdanu stari toliko, kot je stara človekova evolucija (Ray, 2007). Te naravne hipnotske pojave in sposobnosti lahko zato izkoristimo za učenje, zdravljenje, osebno in duhovno rast.

Terapevtska (klinična) hipnoza

Zaplete pa se že pri definiciji terapevtske oziroma klinične hipnoze, saj o njej v svetu potekajo živahne razprave. John Watkins, eden od pionirjev sodobne terapevtske hipnoze je malo pred svojo smrtjo v visoki starosti objavil članek z zgovornim naslovom »*Hipnoza: sedemdeset let čudenja in še vedno ne vem, kaj je!*« (Watkins v Yapko, 2012). Nama se zdi, da je definicija hipnoze in terapevtske hipnoze dobro uspela Michaelu Yapku, avtorju enega najbolj popularnih učbenikov hipnoterapije z naslovom »*Trance-work*« (Yapko, 2012), ki je doživel že štiri izpopolnjene izdaje:

»Hipnoza je osredotočeno (fokusirano) doživetje absorbcije pozornosti, ki povabi ljudi, da se odzovejo izkustveno na več ravneh, da bi okrepili in uporabili svoje osebne vire za doseganje določenega cilja oz. ciljev. Če se jo uporablja v kliničnem kontekstu, terapevt posveča večjo pozornost ključnim veščinam pri uporabi besed in kretanj, da bi spodbudil določene terapevtske izide. Pri tem potrjuje in izkorišča veliko kompleksnih osebnih, medosebnih in kontekstualnih dejavnikov, ki se v različnih stopnjah prepletajo in vplivajo na klientovo odzivnost.« (Yapko, 2012: 7). Pojem klinična hipnoza se pogosto uporablja kot sinonim za pojem terapevtska hipnoza.

Medicinska hipnoza, hipnoterapija

Pojem medicinska hipnoza oziroma hipnoterapija je povezan z uporabo hipnoze v medicini pri telesnih boleznih (npr. v anesteziologiji, dermatologiji, nevrologiji, interni medicini, porodništvu, pediatriji) kot tudi za razne duševne motnje pri odraslih in otrokih (npr. depresivnost, anksioznost, fobije, enureza, tiki), kjer se jo izkorišča za odpravo različnih simptomov z dajanjem sugestij in spodbujanjem različnih stanj sprostitve.

Hipnoanaliza

Pojem hipnoanaliza je povezan z uporabo hipnoze v psihoanalitski terapiji in različnim avtorjem pomeni od uporabe direktnih sugestij za odpravo simptomov na eni strani do pomožnega sredstva v psihoanalizi na drugi strani. Tako so skovali tudi različne izraze, npr. »hipnodinamska psihologija«, »hipnoidalna psihoterapija«, »analitična hipnoterapija«, v zadnjih dvajsetih letih pa vse več klinikov uporablja pojem »medicinska hipnoanaliza« (Scott, 2011). Od leta 1974 obstaja tudi Ameriška akademija medicinskih hipnoanalitikov (AAMH), ki povezuje psihologe, socialne delavce, svetovalce, zakonske in družinske terapevte, zdravnike in teologe pri razvijanju medicinske hipnoanalize kot specialne metode psihoanalize pri obravnavi telesnih in duševnih težav.

Scott (2011) v zgodovinskem pregledu hipnoanalize navaja, da je pojem prvi uporabil Hadfield za oznako procesa zdravljenja amnezij pri vojaki, ki so v prvi svetovni vojni doživeli travmatski šok. Čeprav Milton H. Erickson ni bil psihoanalitik, je v času med prvo in drugo svetovno vojno, ko je že postal ključna figura na področju terapevtske hipnoze, uporabljal analitične principe skupaj s hipnozo in tako položil temelje za razvoj hipnoanalize. Psihoanalitik Kubie je skupaj z Ericksonom v času druge svetovne vojne opravil pionirsko delo. Tako je npr. pokazal, da je s hipnozo možno spreminjati spomine, da hipnagoško sanjarjenje lahko pojasni nezavedne vsebine in da so bistvo nevroze ponavljajoči se ukazi, ki jih je avtoritativna figura vtisnila v otrokov um. Kasneje je to Araoz poimenoval »negativna avtohipnoza«.

Scott (2011) tudi navaja, kako so nekateri psihoterapevti tik pred drugo svetovno vojno že povezovali psihoanalitske principe s hipnozo na sledeč način: hipnozo so uporabljali za oživljanje potlačenih spominov, interpretacijo sanj, za katarzo pri obujanju travmatskih spominov, posthipnotsko amnezijo in da so pacientom pomagali pri prepoznavanju prepletenosti nezavednega in zavestnega ter sprejemanju dejstva, da je v etiologiji simptomov povezanih več dogodkov podobnega tipa.

Ključni doprinos k razvoju hipnoanalize v času druge svetovne vojne in v nekaj letih po njej sta dala Robert M. Lindner (1944, 1954) in Lewis R. Wolberg (1946). Lindner je med drugim odkril, da se lahko psihoanalitski proces z uporabo hipnoze pospeši in da obstajata dve vrsti hipnotskega obujanja spominov: v prvem primeru pacient lahko vpliva na zgodnji spomin z izkušnjami, ki jih je pridobil kasneje, v drugem primeru pa dejansko živi v času spomina, brez možnosti vpliva kasnejših izkušenj. Po Lindnerjevem mnenju se mora terapevt v hipnoanalitskem procesu stalno odločati: kdaj uporabiti hipnozo, kdaj spodbujati prosto asociiranje, kdaj uporabiti oživljanje spominov ali regresijo, kdaj se odločiti za abreakcijo v budnem stanju in kdaj interpretirati neposredno glede na pacientovo osebnost.

Wolberg (1964) je skupaj z Lindnerjem ovrgel ključne predsodke in napačne trditve o hipnozi, ki so se od vključno Freuda naprej razvile v bolj ortodoksnih psihoanalitskih krogih. Pokazal je na primer, da je s hipnozo možno zmehčati odpore do razkrivanja nezavednih vsebin in da je možno analizirati pacientov transfer predno pride do potlačitve. Na očitke, da hipnoza pasivizira paciente, je odgovoril s prikazom primerov, v katerih so pacienti aktivno sodelovali v terapevtskem procesu.

Hipnopsihoterapija

Lindner je v petdesetih letih prejšnjega stoletja predlagal tudi novo definicijo hipnoze, ki je še do danes ostala premalo opažena, razumljena in cenjena (Barnes, 2002). Razložil je namreč med hipnozo kot metodo in hipnozo kot stanjem, pogoji oziroma okoliščinami (angl. condition). Opustil je idejo hipnoze kot »sugestivne metode« in predlagal, da je ključni vidik terapevtske hipnoze »uMislim, da sem precej« (Lindner v Barnes, 2002: 155). S stanjem, pogoji oziroma okoliščinami je mislil na »skrbno občutljivo nadzorovane psihološke pogoje ali 'vzdušje' (angl. climate), ki omogoči, da delujejo tisti procesi, ki so nujni za ozdravljenje preko obnavljanja integracije osebnosti«.

Posledice predlaganega Lindnerjevega obrata v definiciji hipnoze so daljnosežne, saj pomenijo, da hipnoza predstavlja ključni okvir psihoterapije (ne samo psihoanalize) in ne obratno, kot je še danes prevladujoče mnenje, ko hipnozo umeščajo znotraj psihoterapije (glej sliko 1). Psihoterapija brez hipnoze izgubi na svoji učinkovitosti. Z Lindnerjevim obratom postane hipnoza tista okoliščina, stanje, vzdušje, v katerem edino lahko pride do razumevanja in izboljšanja komunikacije. Hkrati postane hipnoza metoda za raziskovanje komunikacije (Barnes, 2002).

Slika 1: *Lindnerjev obrat, ki umešča psihoterapijo znotraj hipnoze*



Iz te nove perspektive lahko potem zaključimo, da ni učinkovite psihoanalize in psihoterapije nasploh brez hipnoze. Dilema torej ni, ali naj sodobni psihoterapevt vključi v svoje psihoterapevtsko delo hipnozo kot metodo, ampak koliko prepozna in prizna, da je hipnoza nujni okvir, v katerem lahko učinkovito terapevtsko deluje. Če bi posneli učinkovite terapevtske razgovore terapevtov, ki ničesar ne vedo o hipnozi, bi videli, da ima njihov način sodelovanja v dialogih s pacienti veliko značilnosti hipnoze oziroma hipnotskega dialoga. Večina sodobnih psihoterapevtov pa žal ostaja slepih za ta pogled na lastno prakso. Če bi ga upoštevali, bi lahko še bolj razvijali svojo učinkovitost in prispevali še več k raziskovanju izjemne kompleksnosti medčloveške komunikacije.

Za tiste, ki razvijamo idejo, da je (bolj) učinkovita psihoterapija možna le v okviru hipnoze, kot jo je definirjal Lindner, predlagava uporabo pojma hipnopsihoterapija. Ta se lahko razvija v poseben psihoterapevtski pristop, kot se je to zgodilo v Avstriji (v okviru Avstrijskega združenja za uporabno globinsko psihologijo in splošno psihoterapijo – ÖGATAP ga imenujejo hipnozapsihoterapija, kjer so teorijo in prakso hipnoze povezali s tremi pristopi – kognitivno vedenjskim, psihoanalitskim oz. globinsko psihološkim in sistemskim), še bolj dragoceno pa bi bilo, če bi usposabljanje iz hipnoze postalo ena od skupnih vsebin za vse psihoterapevtske pristope, za kar se je zavzemal tudi Grawe (2004).

S to novo, hipnopsihoterapevtsko naravnostjo bi se lahko tudi vrnilo na začetke sodobne psihoterapije, tja, kjer je Mesmer leta 1784 pred komisijo takratnih eminentnih znanstvenikov poskušal svoj hipnotski tretman znanstveno utemeljiti (Ellenberger, 1970) in bi lahko zagledali Mesmerjevo prizadevanje in njegov koncept magnetizma na nov način. Kot poskus utemeljitve posebne vrste dialoške prakse, v kateri pomeni hipnoza ustvarjanje pogojev, stanja, okoliščin za bolj učinkovito zdravljenje, pa naj se dogaja v okviru psihoterapije ali medicine.

Hipnoza kot dialoška praksa je ključna za razvijanje (psiho)terapevtskega odnosa

Če premaknemo svoje razumevanje od hipnoze kot sugestivne metode s celim nizom tehnik, k hipnozi kot posebni vrsti dialoške prakse, nas ne presenetijo ugotovitve sodobnih metaanaliz o tem, kaj deluje v psihoterapiji:

- tehnike le od 5 do 0 %,
- dogodki in viri v pacientovem življenju okoli 40%,
- terapevtovi dejavniki (kot so terapevtova toplina, empatija, samozavest, avtentičnost idr.) okoli 20% in
- vsem psihoterapevtskim pristopom skupni dejavniki, od katerih je najpomembnejši psihoterapevtski odnos, okoli 30 % (Lambert 1992, 2004, 2007; Možina, 2013).

Če bi razumela hipnozo kot nabor tehnik, bi se lahko na osnovi teh ugotovitev vprašala, zakaj bi sploh uporabljali hipnozo, če je uspeh psihoterapije odvisen predvsem od drugih dejavnikov. Logično bi namreč lahko sklepali, da je katerakoli tehnika dobra, če na primer le najdemo empatičnega terapevta, ki obvlada učinke transferja. Če pa pristanemo na Lindnerjev obrat, potem lahko vidimo terapevtsko uporabo hipnoze v razvijanju tiste vrste vzdušja v dialogu in odnosu med terapevtom in pacientom, v katerem imajo kakršnikoli dogodki (tudi uporaba tehnik) večji terapevtski potencial.

Kako je torej hipnoza kot dialoška praksa ključna za razvijanje (psiho)terapevtskega odnosa?

V konceptualizaciji hipnoze kot sugestivne metode se predpostavlja, da terapevt preko sugestij enosmerno učinkuje na pacienta. V hipnozi, ki je razumljena kot dialoška praksa, pa velja predpostavka, da gre za krožen proces. Tu se za hip vrnimo v leto 1960, ko je Fromm v svojem spisu o psihoanalizi in zen budizmu opozoril na krožnost v terapevtskem odnosu: »Analitik analizira pacienta, toda pacient prav tako analizira analitika. Če analitik deli nezavedno svojega pacienta, ne more mimo tega, da si ne bi pojasnil svojega lastnega nezavednega. Tako ne zdravi le analitik pacienta, marveč tudi pacient analitika. Ne razume le on pacienta, marveč sčasoma razume tudi pacient njega. Ko dosežeta to stopnjo, je rezultat solidarnost in skupne poteze.« (Fromm, 2012: 150)

Fromm torej opozori na dialog oziroma krožen odnos med pacientovim in terapevtovim nezavednim, v katerem pa prihaja do pojasnjevanja oziroma ozaveščanja nezavednega. Haley (1967) pa poudarja, da je šel Milton H. Erickson v svojem razumevanju zavestne in nezavedne komunikacije še korak dlje: »Začel je z raziskovanjem nezavednega mentalnega procesa in razlik med zavestnimi in nezavednimi miselnimi procesi [...] Nato je šel korak dlje in proučeval, ali lahko nezavedno ene osebe razbira in in-

terpretira vsebine, ki jih proizvaja nezavedno druge osebe [...] Pod raznoliko naravo zavestno organiziranih vidikov osebnosti, nezavedno govori v jeziku, ki je presenetljivo enoten; poleg tega ima ta jezik stanovitne zakonitosti, tako da je nezavedno ene osebe bolje opremljeno za razumevanje nezavednega druge osebe, kot sta tega zmožna zavestna dela obeh.» (Haley, 1967: 545)

Haley meni, da je Erickson predpostavljal, da je komunikacija med ljudmi tako zavestna kot tudi nezavedna, da gre torej za dva jezika – zavestnega in nezavednega. Kodi teh dveh jezikov sta različni. Nezavedna komunikacija se odvija preko telesnih gibov, intonacije glasu in uporablja metafore.

Ena ključnih veščin vsakega psihoterapevta je torej razumevanje nezavedne komunikacije. Za razliko od Freuda, ki je poudarjal, da je za terapijo ključnega pomena ozaveščanje nezavednega, Erickson ni poskušal niti ni pričakoval, da bi bilo potrebno nezavedno komunikacijo prevajati v zavestno: »Da bi lahko z drugo osebo komunicirali 'nezavedno', moramo na neki ravni vedeti, kaj počnemo, če ne, se ne bi mogli popravljati ali sprejemati komunikacije druge osebe in odgovarjati nanjo. Vendar ta proces lahko poteka, ne da bi se zavedali, kaj počnemo. Zato morata obstajati najmanj dve ravni 'zavedanja', ko smo v interakciji, najmanj dve ravni komunikacije. Kar najbolj pade v oči pri Ericksonu, je njegova pripravljenost, da dopušča ločen obstoj teh ravni, ne da bi obračal pacientovo pozornost nanju. Erickson je komuniciral v obeh kodah in dopuščal, da v dialogu s pacientom delujeta ločeno.« (Haley, 1967: 545-546)

Razviti tako terapevtsko držo, ki dopušča avtonomnost zavestne in nezavedne komunikacije, je zahtevno, saj pomeni, da se tako pacient kot terapevt v dialogu podata na pot preko ozemlja, ki nima zemljevida oziroma vnaprej začrtanih poti: »Terapevti smo kot porodna babica psihe, ki podpiramo klienta in mu stojimo ob strani, ko se na novo poraja. Terapevtski odnos je nekaj posebnega v zgodovini človeštva. To orodje smo iznašli le zato, da nam pomaga najti pot prek ozemlja, za katerega nimamo zemljevida.

Terapevt ni duhovnik niti zdravitelj, ne prijatelj ali sorodnik, čeprav lahko ima odnos, ki v terapiji nastane, lastnosti, ki jih poznamo iz naših drugih preteklih odnosov« (Stern in Bristow, 1998: 72).

Iz vidika hipnoze kot krožne dialoške prakse lahko k besedam Sterna in Bristowe dodava še, da so klienti prav tako porodna babica za terapevtovo psiho, ko se ta na novo poraja. Kadar psihoterapevt v terapevtskem procesu kot »porodna babica« upošteva spontane hipnotske fenomene ali izvaja formalno hipnozo, mora razviti drugačno kvaliteto zaznave, pozornosti in osredotočenosti. Budno mora na primer spremljati minimalne neverbalne znake, ki jih v običajnem stanju zavesti mimogrede prezre. Najlažje mu bo to uspelo, če sam razvije trans (t. i. »trans z odprtimi očmi«, v katerem so vsi kanali zaznave poudarjeno dojemljivi), predno povabi vanj tudi pacienta. To pa pomeni, da se mora najprej sam udomačiti v hipnotskih stanjih in drugačnemu dojetanju resničnosti, ki je s tem povezano. Najprej mora sam, na lastni koži, preizkusiti hipnozo za spodbujanje svojega procesa osebne rasti. Mora doseči raven, ko lahko uporablja hipnotske postopke dovolj ozaveščeno in se hkrati lahko prepušča vodenju lastnega nezavednega, ki se med hipnotskim procesom poveže z nezavednim pacienta v intersubjektivno nezavedno (Barnes, 1994).

Prav pri delu v globoki hipnozi, ko oba, terapevt in pacient, razvijeta globoki trans, se najbolj očitno pokaže, kako je intersubjektivno nezavedno ključen vir za terapevtsko spremembo. Kljub vse večjemu védenju o neskončni raznolikosti psihoterapevtskih procesov (nikjer nisva bolj jasno spoznala, kako je potrebno z vsakim pacientom soustvariti enkratno in neponovljivo terapijo, ki bo po njegovi meri, kot ravno pri delu v globoki hipnozi), nama še vedno najboljše seanse uspevajo takrat, ko se popolnoma predava vodenju intersubjektivnega nezavednega in sva skrajno prisotna v trenutku. Ko odloživa svojo vednost in delujeva iz pozicije nevednosti in skrajne eksistencialne odprtosti do lastnih psihičnih vsebin in vsebin pacienta. To pa zahteva vedno znova tvegati tudi stik z lastno ranljivostjo, ne le z ranjenostjo pacienta.

Hipnoza kot dialoška praksa zahteva od terapevta velik osebni, tako intelektualni kot čustveni angažma. Ne le hipnoterapija, hipnoanaliza ali hipnopsihoterapija, ampak tudi klasična terapevtska hipnoza bodo najbolj učinkovite takrat, ko terapevt neguje sebe in terapevtski odnos kot glavna instrumenta in se zaveda, da so tehnike sekundarnega pomena, ko večše »potrjuje in izkorišča veliko kompleksnih osebnih, medosebnih in kontekstualnih dejavnikov, ki se v različnih stopnjah prepletajo in vplivajo na klientovo odzivnost.« (Yapko, 2012: 7).

Dober (hipno)terapevt torej ni le tehnolog, ampak prevzema odgovornost za lastno stalno osebno rast in je na voljo pacientu tudi kot model, kot zgled, kaj pomeni biti v prijateljskem, stalno razvijajočem se odnosu z lastnim nezavednim: »Analitikova učna analiza ni konec, marveč začetek trajne samoanalize, se pravi začetek vedno večje budnosti.« (Fromm, 2012: 150)

Strokovna kompetentnost za uporabo hipnoterapije in hipnoanalize oziroma hipnopsihoterapije

Ali je dovolj, da terapevt obvlada nek teoretičen okvir in tehnike ali pa predvsem to, da zna razvijati terapevtski odnos, v katerem se zmore prilagoditi vsakemu klientu posebej, njegovemu enkratnemu svetu čutenj, doživljanj in razmišljanj? Oba pritrjujeva Yalomu (2002), ki opozarja pred vedno večjo tehnizacijo psihoterapevtskih postopkov in da je tak trend v psihoterapevtskem izobraževanju in praksi kontraproduktiven za razvijanje terapevtove sposobnosti za vzpostavljjanje in razvijanje terapevtskega odnosa.

Na osnovi zavedanja o pomenu terapevtskega odnosa predlagava, da bilo glede kompetentnosti pri uporabi hipnoze lahko koristno razlikovanje med:

- a) kompetentnostjo za uporabo t. i. klasične hipnoze oziroma hipnoterapije, ki temelji na uporabi neposrednih sugestij, kot na primer v okviru medicinske hipnoze v porodništvu, zobozdravstvu, anesteziologiji in drugih področjih medicine. V tem kontekstu je velikokrat dovolj, če terapevt obvlada osnovne veščine za vzpostavljjanje stika s pacientom in tehnike za dajanje različnih sugestij (za indukcijo in poglobljanje transa, sproščanje, analgezijo, krepitev ega itn.), ne računa pa toliko na zdravljenje z odnosom. Zadostno število terapevtskih srečanj je v tem primeru lahko že pod pet pa do največ okoli dvajset, kar nekateri danes v svetu uporabljajo kot ločnico med kratkotrajnimi in dolgotrajnimi terapijami (npr. Schiepek, 1999);

b) kompetentnostjo za hipnoanalizo oziroma hipnopsihoterapijo, kjer terapevt v dolgotrajnejši terapiji (več kot dvajset srečanj) s pomočjo hipnoze ne raziskuje le pacientovega (pa tudi lastnega) nezavednega, predvsem potlačenih spominov, čustev in vzgibov, ampak si z izkoriščanjem naravnih fenomenov vsakdanjega transa in z delom v globoki hipnozi stalno pomaga pri razvijanju terapevtskega odnosa. Da bi lažje razumeli to vrsto kompetentnosti, nam je lahko v pomoč prav Lindnerjeva definicija, kjer terapevtsko uporabo hipnoze kot dialoške prakse vidi v razvijanju tiste vrste vzdušja v odnosu med terapevtom in pacientom, v katerem imajo kakršnikoli dogodki (tudi uporaba tehnik) večji terapevtski potencial.

Ta delitev je seveda v veliki meri umetna in jo bolj predlagava kot dva konca spektra z zveznim vmesnim prehodom. Tako velikokrat zdravnik ali psiholog, ki se je usposobil za medicinsko hipnozo, ne bo mogel učinkovito pomagati brez večjega poudarka na razvijanju terapevtskega odnosa, hipnopsihoanalitik ali hipnopsihoterapevt pa bo lahko velikokrat učinkovito pomagal tudi z na simptom orientirano hipnoterapijo, kot je to prikazano spodaj v primeru pacienta s strahom pred vozniškim izpitom.

Kompetentnost za hipnoanalizo in hipnopsihoterapijo, kot jo predlagava, je možno razviti samo skozi večleten proces učenja, ki obsega tri ključne stebre psihoterapevtskega izobraževanja: teorijo, prakso pod supervizijo in učno terapijo, v kateri bodoči psihoterapevt preizkusi terapevtski proces na lastni koži. Grajenje kompetentnosti za hipnoanalizo je možno samo tam, kjer je izobraževanje iz psihoanalitskih terapij povezano z usposabljanjem iz hipnoze. To je bila pot prvega avtorja.

Širši pojem hipnopsihoterapija pa zaobjema terapevte različnih psihoterapevtskih pristopov, ki so nadgradili svoje osnovno izobraževanje z usposabljanjem iz hipnoze ali celo sprejemajo »Lindnerjev obrat«, tako da razvijajo svojo psihoterapevtsko prakso v okviru širšega okvirja hipnoze. Drugi avtor v takem okvirju vodi šolo sistemske psihoterapije na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, v program katere je vključil hipnopsihoterapevtske vsebine, ki temeljijo predvsem na delu Milтона H. Ericksona (Možina, 2016; Nemetschek, 2016).

S prikazom dveh primerov bova v nadaljevanju podkrepila predlagano razlikovanje med dvema možnostima uporabe hipnoze in s tem povezanima dvema vrstama kompetentnosti. V primeru pacienta s strahom pred vozniškim izpitom je bila učinkovita kratka, na simptom orientirana hipnoterapija. Primer pacientke z disociativno motnjo, ki ga je prvi avtor deloma že predstavil (Latifi, 2002), tokrat pa je prikazan v dopolnjeni obliki, pa nama služi za ponazoritev hipnoanalize, v procesu katere je bistveno vlogo odigral dolgotrajni terapevtski odnos. Njene duševne motnje so bile povezane z vzorcem nevarne navezanosti in s številnimi hudimi travmami.

Primer pacienta s strahom pred vozniškim izpitom

K prvemu avtorju je osebna zdravnica napotila 24-letnega moškega, ki je na izpitni vožnji doživel prometno nesrečo in zaradi močnega strahu ni mogel ponovno iti na izpit. Več kot tri mesece se je ponoči večkrat prebujal, pogosto od strahu ni mogel spati. Motnjo je prvi avtor s pomočjo hipnoze odpravil v štirih seansah. Že na prvem srečanju je ocenil, da simptomatika verjetno nima pomembnejšega psihodinamskega ozadja in se je

zato usmeril le nanjo. Najprej je pacienta vprašal, kaj ga najbolj sprošča, še posebej, če obstaja kakšen vir, ki bi lahko prišel prav med vožnjo. Pacient je povedal, da rad posluša neko njemu najljubšo pesem. Potem je prvi avtor inducirал trans in povabil pacienta, da se v notranji predstavi vozi po mestu, medtem ko se je predvajala njegova najljubša pesem. Hipnoza je služila za zmanjševanje tesnobe. Pacient je ves čas sedel v ambulantni in se s pomočjo terapevtske disociacije vozil po mestu, opazoval, zaviral, obračal volan ipd. Ob tem mu je prvi avtor ob poslušanju glasbe ves čas govoril, ga spodbujal in mu dajal potrebne sugestije, kako se počuti varnega, da mu je prijetno, da je povsem sproščen in maksimalno umsko prisoten in pozoren. Na četrti seansi je odpeljal mimo mesta, kjer je doživel prometno nesrečo. Na peti seansi je pacient samo še zadovoljno poročal, da spi brez težav in da nima več nočnih mor. Po 14 dnevih je sporočil, da je opravil vozniški izpit.

Primer pacientke z disociativno motnjo

Kljub velikemu napredku v razumevanju in zdravljenju disociativnih motenj, ostajajo velik diagnostični in terapevtski izziv. Da bi olajšala razumevanje primera pacientke, najprej podajava nekaj osnovnih diferencialno diagnostičnih informacij (Latifi, 2002).

Diagnostika in etiologija disociativnih motenj

Zanimivo je, da je razvoj terapevtske hipnoze tesno povezan prav z disociativnimi motnjami. Tako jih je npr. Charcot imenoval »degenerativna in dedna bolezen živčevja«, čeravno je ugotovil, da lahko s hipnozo simptome odstrani ali ponovno prikljiče. Pierre Janet je prepoznavał psihološke vplive na vedenje, vendar je tudi on menil, da je motnja pretežno organska, simptomi pa naj bi bili posledica »disociacije« zavesti. Disociacijo je razlagal kot motnjo v združevanju različnih elementov zavesti, posledica motnje pa je bodisi moten ali omejen občutek lastne identitete ali pa omejeno in moteno zavedanje določenih tem s pomembno čustveno vsebino iz preteklosti.

Breuer je trdil, da ostajajo čustva blokirana, zavrta in zadržana samo zaradi nepravilnega fiziološkega delovanja. Freud je o tem dvomil in upošteval predvsem človekove psihične in spolne konflikte – zadnji so se mu zdeli najbolj simptomatični. Menil je, da je histerija popolnoma psihološka motnja in da je podlaga histeričnemu izbruhu vedno določen spomin, halucinatorno podoživljanje prizora iz preteklosti, ki je bil globoko potlačen v podzavest. Vsebina spominov je navadno travmatična izkušnja, ki je bila dovolj močna, da je pri pacientu povzročila histerijo. Lahko pa je tudi naključni dogodek, ki se je intenziviral v travmatično doživetje, ker se je pojavil v posebnem trenutku.

Pri disociativnih motnjah v klinični sliki opažamo podobno kot pri mejni osebnostni motnji, tako nevrotsko kot pa tudi psihotično simptomatiko. Običajni pojavi, ki jih srečujemo pri disociativnih motnjah, so delna ali popolna izguba normalne integracije med spomini iz preteklosti, zavedanjem sebe, neposrednimi senzacijami ter nadzorom nad telesnimi gibi (MKB, 1995). Poglejmo si simptome malo bolj podrobno:

- slepota (običajno je omejen predvsem periferni vid, osrednji pa je ohranjen – t. i. pojav tunelskega vida),
- izguba sposobnosti tipa (izgubi se lahko le občutek za bolečino ali pa vse modalitete, spremembe so lahko omejene na en ali dva uda ali pa razporejene po

polovici telesa),

- mišična oslabeledost ali paraliza (ene ali več okončin – monoplegija, hemiplegija, paraplegija),
- kontrakture ali mišične atrofije pri kroničnih primerih,
- tikom podobni gibi ali različne vrste tremorja,
- anestezija je razporejena skladno z laično predstavo o inervaciji, ne pa z dejansko, hemianestezija se konča točno na sredini telesa,
- občutek za vibracijo je izgubljen na eni strani glave in ohranjen na drugi strani,
- histerične konvulzije odražajo laično predstavo o epileptičnem napadu – gre za previden padec na tla, ki mu sledi nekajminutno neusklajeno mahanje z vsemi okončinami, oči pa so zaprte; ni sosledja toničnih in kloničnih krčev, le izjemoma se pomoči ali poškoduje, napadi so manj pogosti, ko je sam ali med spanjem,
- nenavadna brezbržnost do simptomov v enih okoliščinah, v drugih pa pacienti kažejo običajno anksioznost,
- delna ali popolna izguba spomina (amnezija),
- psihogena fuga (potovanja v druge kraje v stanju spremenjene zavesti),
- psihogeni stupor (otrdelost),
- depersonalizacija (izguba občutka za lastno telo ali osebnost),
- multipla osebnost (oseba prevzema lahko različne osebnosti, ki si dokaj hitro sledijo in se druga druge ne zavedajo).

Kaj pa etiologija? Po Michelsonu in Rayu (1996) disociativno motnjo lahko povzroči:

- travmatski dogodek (ali ponavljajoči se travmatski dogodki), ki poruši osebno integriteto,
- dolgotrajna travma,
- strah pred smrtjo ali očitna grožnja med travmo,
- grožnja s smrtjo ali hudimi posledicami, če bi oseba spregovorila o travmatskem dogodku,
- psihična prizadetost, povezana s travmo,
- tesen odnos med žrtvijo in storilcem,
- zloraba v otroštvu, posilstvo, psihično nasilje, depresija ali poskus samomora,
- finančni propad,
- vojna izkušnja,
- družinska, zlasti zakonska nesoglasja,
- izguba spomina, ki obsega nekaj ur ali nekaj dni in služi »izbrisanju« travmatičnega dogodka.

Diferencialno diagnostično je pri vseh disociativnih motnjah potrebno najprej izključiti morebitno organsko ozadje motnje, lahko pa so tudi kombinirane. Disociacija je vedno začasna in ne prizadeva niti intelektualnih sposobnosti niti pridobljenih spretnosti (Muršec, 2000), kar seveda velja za stanje po odpravi motnje. Ker je pacientka, ki jo bova predstavila, bolehal za različnimi motnjami iz disociativnega kroga, in je bila večkrat hospitalizirana zaradi disociativne amnezije, malo več še o tej motnji.

Disociativna amnezija (F 44.0 po MKB-10) je motnja spomina, ki ni vzročno povezana z organskimi motnjami in je običajno povezana z določenim hudim stresom, praviloma nezavednim dogodkom. Zajema dogodek sam in je lahko generalizirana (je redka in je običajno del fuge), selektivna ali delna.

Začetek je po navadi nenaden, bolnik pa se izgube spomina zaveda, motnjo težko sprejema ali pa je od nje povsem oddaljen. Pomembno je razlikovanje med amnezijo, ki je posledica organskega dogajanja, disociativno amnezijo in amnezijo, ki je posledica simuliranja. Diagnostično diferencialno je najtežja opredelitev takrat, kadar ima bolnik v resnici neko nevrološko okvaro in se je potrebno odločiti, ali so vsi simptomi organske narave ali ne.

Pri diferencialno diagnostični opredelitvi moramo vedno upoštevati vsa stanja, pri katerih se pojavlja amnezija (Muršec, 2000):

- demenca, delirij, ali motnje po aplikaciji elektro konvulzivne terapije,
- amnestične motnje kot posledica telesne bolezni ali stanja (anoksična amnezija, infekcije centralnega živčnega sistema, cerebralne neoplazme, epilepsija, metabolične in nutritijske motnje, potravmatska amnezija, pooperativna amnezija),
- motnje zaradi uživanja najrazličnejših psihotropnih snovi,
- tranzitorna globalna amnezija,
- Wernicke – Korsakov sindrom,
- amnezija povezana z motnjami spanja,
- druge disociativne motnje,
- akutna stresna motnja, potravmatska stresna motnja,
- somatoformne motnje,
- simuliranje.

Amnezija lahko ščiti osebo pred neprijetnimi predstavami in občutki o svojem socialnem okolju, s katerimi ne bi mogel živeti, ne da bi se še bolj porušila njegova integriteta (Michelson in Ray, 1996). Parkin (1997) razlaga disociativno amnezijo kot obliko adaptacije, kjer amnezija služi kot obrambni proces, torej jaz »izbriše« boleče spomine.

O epidemiologiji disociativnih motenj je malo znanega predvsem zato, ker so tako raznolike in odvisne od sociokulturnih faktorjev. Nekateri avtorji omenjajo prevalenco 11%, od tega disociativna amnezija 7% (Muršec, 2000).

Pri zdravljenju disociativnih motenj se lahko uporabljajo različne psihoterapevtske metode in tehnike, med katerimi pa prav hipnotske metode in tehnike zavzemajo posebno dragoceno mesto. Tako se je v klinični praksi prvega avtorja najbolje obnesla hipnoanaliza kot kombinacija hipnoze in psihodinamsko/psihoanalitiško orientirane psihoterapije.

Za paciente z disociativnimi motnjami je osveščanje travmatskih dogodkov, ki so povezani z motnjo, vedno boleča izkušnja. Previdni moramo biti, da z našimi intervencijami ne pritiskamo na pacienta prehitro in premočno, posebej na začetku terapije. Razrešitev simptomov omogoča postopna integracija selfa ob ojačitvi ega in ne močno čustveno sproščanje ter zavedanje ob predelavi travmatskega dogodka, ki lahko vodi v

dekompenzacijo pacientove osebnosti. V kateremkoli psihoterapevtskem pristopu moramo pacientu najprej pomagati, da se ponovno zave svoje identitete. Nato je potrebno podrobneje obdelati travmatski dogodek z različnih zornih kotov, ozaveščati multikavzalnost psihičnih težav in pacientu pomagati pri vnašanju in utrjevanju terapevtskih sprememb v vsakdanje življenje.

Anamnestični podatki in potek zdravljenja v času hospitalizacije

Pacientka N. N. je bila rojena 1956. leta, kot dvojčica z mrtvim bratom s sedmimi meseci s carskim rezom. Pri 16-ih mesecih ji je umrl oče, mati pri 22-ih letih. Mati je imela s prvim možem še 16 let starejšo hčerko in z drugim možem 7 let starejšega sina. Oče, ki je bil mamin tretji mož, je bil z njeno mamo drugič poročen. Imela je tri sinove. Prvega otroka je rodila pri 17. letih. (Pacientkine besede v eni izmed seans: »Otrok sem bila in otroka sem rodila...«).

Mati je nikoli ni dojila in kot otroka jo je motilo vse, kar je bilo belo. Šele po rojstvu tretjega otroka je začela piti mleko, in sicer hladno, toplega ni marala. Ko je pila mleko, ji je stisnilo grlo in ni mogla pogoltniti (ozadje bo razvidno iz povzetka seanse na koncu prispevka). Mama je hotela biti nuna, vendar je starši niso pustili.

Od leta 1977 je bila večkrat hospitalizirana zaradi različnih težav: glavobolov, mravljincev po vsej levi polovici telesa (še posebej po nogi), oteklina obraza, občasno ji je odpovedala roka in leva noga, imela je občutek, da se ji bo zmešalo, bruhalo je ostanke hrane, izgubila 6 kg telesne teže.

Dne 02.02.98 je po telefonskem klicu postala popolnoma amnestična, domači so jo našli stuporozno (otrdelo, negibno) s slušalko v roki. Ob prvem sprejemu na psihiatrijo je bila amnestična za vse podatke od 6. leta starosti naprej, duktus je bil mestoma inkoheren. Ob odpustu je psihiater ocenil, da ni bila zmožna za delo, priporočil je ocenitev preostale delazmožnosti na invalidski komisiji.

Julija istega leta je bila drugič hospitalizirana. Ob sprejemu ni govorila, strmela je v tla, očesnega kontakta ni bilo mogoče vzpostaviti, bila je mutacistična, zavračala je telesni dotik in ob tem postala grozava. Novembra istega leta je bila že tretjič hospitalizirana, potem ko je nehala komunicirati z domačimi, stika z njo ni bilo več mogoče vzpostaviti, bila je amimična. Na psihiatričnem oddelku je bila v času vseh treh hospitalizacij, do odprave motnje proti koncu tretje hospitalizacije, ves čas amnestična, prejemala je vso potrebno medikamentozno terapijo, vključno z nevroleptično, vendar motnje ni bilo mogoče odpraviti in stanje se ji je občasno samo še poslabšalo. Ko se je vključila v psihoterapijo, so bila brez negativnih posledic ukinjena vsa zdravila (razen za sladkorno bolezen).

Med vsemi tremi hospitalizacijami je bilo vedenje pacientke do odprave disociativne amnezije ves čas izrazito regresivno, med terapevtskimi seansami pa je večkrat regredirala celo na raven dojenčka. Pacientko je k prvemu avtorju pripeljala kolegica, po tem ko je v delovni terapiji opazila njeno nenavadno vedenje. Bila je prestrašena, oklepala se je kolegice, ki je zato prvih nekaj seans ostala zraven.

V prvi seansi je pacientka povedala, da se počuti, kot da bi imela sedem let. Povedala je deklinški priimek in ime, kot jo je klicala mama. Rada bi se »špilala«, risala na papir, kot so jo učili v vrtcu. Hudo ji je bilo, ker ni prepoznavala ne otrok, ne moža, nikogar. Še vedno je živela v stari hiši (v spominu!). Imela je težko glavo. Ni se počutila dovolj staro, da bi vedela, kaj je dobro in kaj slabo. Ko se je videla v ogledalu in je opazila, da ni otrok, se je prestrašila.

Da je bilo pacientkino stanje kritično in da je bilo potrebno izrazito dozirano poseganje v potlačeno in »pozabljeno«, kaže dejstvo, da je disociativna amnezija trajala skoraj leto dni, poprej pa je leta dolgo imela različne motnje iz disociativnega kroga. Dolžina trajanja neprekinjene disociativne amnezije kaže na močne obrambe ega zaradi pritiska nezavednega, hkrati pa opozorilo terapevtu na skrajno previdnost, da se ne bi prehitro dotaknil izrinjenih vsebin, ki so očitno bile za pacientko preveč ogrožajoče.

Že v prvem kontaktu je prvi avtor inducirал trans v diagnostične namene. Pacientka se je tresla, bilo jo je strah, vendar ni verbalizirala. Usta so se premikala, kot da sesa. Po prvi hipnotični seansi je bilo povsem jasno, da gre za hud psihični regres, ki se je v vedenjski sliki odražal z vsemi značilnostmi disociativnih motenj. Spominski izpadi v času vseh treh hospitalizacij so bili tako hudi, da jih ne bi mogli označiti kot blago kognitivno motnjo, kot je bila vodena uradno s strani lečečega zdravnika.

S hipnoanalizo je prvi avtor začel postopoma po razvojnih korakih, po letih, od rojstva naprej. Vsakokratna indukcija hipnoze je bila preprosta zaradi pacientkinega regresivnega stanja. Ni bilo potrebno uporabljati posebnih postopkov, ampak je bila dovolj utilizacija spontane regresije. V obdobju globokega regresa jo je v hipnoanalitskih seansah bilo težko razumeti, ker je govorila v materinem jeziku (makedonsko). V Slovenijo so se preselili pri njenih dveh letih starosti. V transu je začela uporabljati slovenske besede iz časa, ko je začela hoditi v vrtec. Sicer pa je v budnem stanju govorila slovensko brezhibno. Po prvi seansi, ko jo je prvi avtor »zbudil« iz transa, jo je vprašal, če zna makedonsko in mu je odgovorila, da ne zna niti ene besede.

V nadaljnjih seansah je bilo opaziti spremembo v globini regresije, ki je segala celo do prenatalnega obdobja. Pacientka je namreč začutila poleg sebe še svojega ob rojstvu mrtvega brata, o katerem se je, potem ko jo je prvi avtor zbudil iz hipnoze, izrazila, češ da bi moral biti poleg nje še nekdo, ki je tako star kot ona. V enem trenutku je povedala: *»Pa če mene boli, kot da boli tudi njega...«* Med seansami je bito nemalokrat opaziti separacijski strah ter strah pred izničenjem. Pacientka je postala celo avtistična.

Po četrti hipnotični seansi je pacientka povedala: *»Najbolj mi je hudo, ker so mi rekli, da so deca moja. Jaz pa tega ne vem, nimam tega občutka. Še dobro, da me razumejo. Rekli so mi, da imam še enega brata, pa eno sestro, samo nekdo mi še manjka. Občutek imam, da bi nekdo še moral biti, tako star kot jaz in to me skozi spremlja. Pa če me boli, kot da še nekoga mora boleti. Takšen občutek imam. Ne vem, kaj je to.«* Šlo je namreč za dvojčka, ki je umrl ob rojstvu, kar se je pokazalo kasneje. Dodala je: *»Spati ne morem, zdravila jemljem redno, pa mi ne pomaga. Težko mi je, ker se ne spomnim, da so to moji otroci, da bi mož bil moj. Pisati še ne znam, nikoli nisem znala; pravijo mi, da sem znala, pa se ne spomnim. Ne znam se niti umiti.«*

Čez par seans je podelila sanje: »*Vedno so iste. Vse je krvavo, vsi so mrtvi. En moški je. Vidim ga v hrbet. In je vse krvavo, po celi hiši. Včasih me po trikrat na noč zbudijo. Bojim se, da bo še dolgo tako z mano, potem pa bo z mano res nekaj hudega*«. To je prvi avtor razumel kot strah pred izgubo selfa, ki spremlja strah pred popolno izolacijo, in občutek zapuščenosti.

Ponoči je večkrat sanjala in se je zaradi tega prebujala. Čez dan je bila zelo utrujena. Medikamentozna terapija ji ni pomagala. Zato jo je prvi avtor dvakrat hipnotiziral kar na postelji v bolniški sobi, dal ji je posthipnotsko sugestijo za spanje in posthipnotsko amnezijo za sanje. S spanjem potem ni imela več nobenih težav, tudi moteče sanje so hitro izginile.

V 31. seansi, 22. 12. 1998, je s pomočjo hipnoze prišlo do odprave motnje. V transu je pacientka v celoti podoživela sprožilno situacijo - telefonski razgovor z osebo X, ko ji je grozil, da bo ubil celo njeno družino. V transu se je spomnila vsega: imena otrok, moža, rojstne dneve in vse ostalo, kar je bilo povezano z njeno identiteto, je lahko ponovila. Vzpostavila se je kontinuiteta v spominu. S simptomatskega zornega kota bi lahko prvi avtor s psihoterapijo zaključil. Simptom je bil odpravljen in tudi drugače je zadovoljivo funkcionirala – brez kakršnihkoli telesnih ali psihičnih motenj.

Ponovno doživljanje potlačenega (sprožilne situacije – telefonski klic) je bilo za pacientko močno katarktično doživetje, reagirala je z močnimi čustvenimi izbruhi. Prvi avtor je ocenil, da bi ozaveščanje vseh dogodkov povezanih s konfliktno situacijo za pacientko ustvarilo prehud pritisk. Da bi jo zaščitil pred ozaveščanjem morebitnih drugih izrinjenih vsebin, ji je v hipnozi na njeno vprašanje, zakaj je pozabila, odgovoril, da zaradi tega, ker je na tak način zaščitila družino, ker potem oseba X ni imel koga ubiti. Teoretično bi, po Michelsonu in Rayu (1996), lahko bil že ta dogodek sam vzročno povezan z motnjo. Ker pa je pacientka že leta poprej imela več različnih disociativnih motenj, je prvi avtor predvideval, da ima motnja še drugačno psihodinamsko ozadje in da je zato potrebna še večja previdnost. Takoj po hipnozi se ji je stanje naglo izboljšalo in po treh dneh je bila odpuščena iz bolnice.

Komentar in interpretacija

Prvemu avtorju je pacientkino regresivno stanje na začetku oteževalo diferencialno diagnostiko. Na začetku hipnoanalize je izključil morebitne organske vzroke in psihotično ozadje motnje. Bil je v dilemi, ali gre za konverzivno nevrozo ali za mejno osebnostno strukturo. Bolj poglobljeno diferencialno diagnostično razumevanje pacientkine osebnosti je bilo možno šele po odpravi disociativne amnezije. Do takrat je v terapiji vse potekalo v luči regresije. To je bila faza, v kateri ni prišlo do prenosa in ni bilo možno oblikovanje terapevtske delovne aliance.

Že v prvi hipnotski seansi je pacientka razvila globok regres, v preverbalno obdobje. Ob tem so se kazali razni hipnotični fenomeni, kar je prvemu avtorju poleg tipične anamneze potrdilo, da gre pri pacientki za psihogenezo. Dolžina trajanja disociativne amnezije je bila znak, da gre za hud pritisk nezavednega, tako da je prvi avtor predvideval hude reakcije ob procesu ozaveščanja. Ocenil je, da bi bilo zaradi stanja, v katerem je bila pacientka, potrebna vsakodnevna intenzivna psihoterapija.

Psihoanalitsko usmerjenih psihoterapevtov ne zanimajo le simptomi, ampak tudi struktura osebnosti, ali gre na primer za nevrotično, mejno organizirano ali psihotično osebnost ter kakšen tip motenosti prevladuje. To pomaga pri usmerjanju terapevtskega procesa, saj se vedno prepletajo dinamski zapleti in razvojni deficitni tako, da je potrebno bolj dinamsko orientirano delo ali pa bolj razvojno orientirano delo (Praper, 1999). Vprašanje je le, kaj prevladuje pri določenem pacientu in v določeni fazi psihoterapije. Upoštevati dinamski vidik, pomeni ozavestiti tisto, kar je nezavedno in igra pomembno vlogo pri oblikovanju patologije. V razvojnem konceptu pa gradimo pacientov Ego s pomočjo čustvenega in kognitivnega pristopa terapevta, ki temelji bolj na čustveni komponenti, kot pa na ozaveščanju nezavednih vsebin; podpremo ustrezní razvoj v točkah, kjer je prišlo do zastoja, skrenitev, popačenosti ali dosežemo obrat navzgor, kadar gre za regresijo (Praper, 1999), kot je bilo v tem primeru.

Regresijo pri pacientki je razumeti kot obrambno-varovalno reagiranje, ponovno zlivanje in dediferenciacijo v stanje brez objekta, kjer je prisotna najhujša oblika tesnobe (gre namreč za grožnjo pred izničenjem). Da bi obdržala ravnotežje med seboj in okoljem, se je umaknila v »spanje«, vrnila se je nazaj (regredirala) in se somatopsihično zlila z objektom (materjo). Pacientka se je torej regresivno dediferencirala, ker je bil slab, ogrožajoči objekt (brat) prehud za njen obstoj. Regresija pri pacientki je šla do stopnje, kjer je prišlo do izgube avtonomije in realitetne kontrole (niti za osnovne higienske potrebe ni znala več poskrbeti). Ker je šlo pri pacientki za regresijo, pomeni, da je bila pot že prehojena, v terapevtskem procesu jo je potrebno poiskati še enkrat in jo znova prehoditi. Disociativno motnjo pri pacientki lahko torej razumemo kot obrambo v funkciji regresije pred razpadom selfa.

Diferencialno diagnostično je pomembno, da se je motnja pri pacientki pojavila v obliki Ego regresije in ne po fazah psiho seksualnega razvoja – do stopnje dediferenciacije in zlivanja ter deneutralizacije gonskih teženj libida in agresivnosti v smislu uravnavanja tesnobe separacijske narave. Pacientka je v najbolj občutljivi fazi razvoja, ko se začneja proces triangulacije (ko se otrok poleg matere usmerja k očetu, oziroma k drugemu objektu) in s tem varnega prakticiranja in raziskovanja, izgubila očeta in tako je bil preprečen proces internalizacije moškega objekta. Genitalne težnje se niso integrirale v celovit objektni odnos, ker pacientka ni izpeljala faze razrešitve Ojdipovega kompleksa, ni vgradila genitalnosti, ki se dogaja v triangulaciji in s tem ni razvila sposobnosti za spolni užitek. Spolni impulzi pri pacientki niso bili v službi genitalnih potreb, temveč so služili zadovoljevanju regresivnejših, predgenitalnih želja (potreba po varnosti, sprejetosti, pripadnosti, itd.). Elementi Ojdipovega kompleksa so bili pri pacientki prisotni, toda parcialno in diadno.

Da bi lahko obstajala, se je med disociativno amnezijo v regresiji zlila s primarnim objektom (materjo), po odpravi motnje pa s terapevtom, ker drugače bi bilo za njo preveč ogrožajoče. To ji je še bolj omogočala izkušnja v hipnozi, ki pacientom nudi najvišjo stopnjo varnosti. V celotnem procesu psihoterapije, posebej pa na začetku terapije, je prvi avtor deloval predvsem preko konstantnosti objekta, tako da je pacientka celo med njegovim letnim dopustom imela redne seanse. Za pacientko je bila takrat najbolj pomembna razpoložljivost terapevta kot dovolj stalnega nadomestnega objekta, ob katerem je na začetku dobila predvsem občutek varnosti, kasneje pa ji je to omogočalo razvoj.

Nadaljevanje ambulantnega zdravljenja s psihoterapijo

Po odpustu iz bolnišnice je prvi avtor s psihoterapijo nadaljeval ambulantno. 4. 1. 1999 je povedala, da se je pripeljala sama s svojim avtom, kar ga je prijetno presenetilo. Povedala je, da je bila pri internistu zaradi sladkorne bolezni in da je sladkor v mejah normale. Zaupala je tudi, da je nehala z jemanjem zdravil za sladkorno bolezen in da je redno kontrolirala sladkor pri sosedu. Doma je imela literaturo in je točno vedela, kakšni so simptomi in jih je opisala. Prvi avtor ji je svetoval, da naj se vseeno posvetuje z internistko in jo redno obiskuje, če ne bo več jemala zdravil. Obiskala je sodelavce in jim povedala, da bo verjetno kmalu začela z delom.

Na psihoterapijo je prihajala ambulantno tri leta, redno enkrat na teden. Iz prvotnega konkordančnega odnosa se je polagoma razvijal transferni odnos. Še veliko seans je potrebovala, da je dosegla zadovoljivo stopnjo zaupanja v terapevta, ki ni več temeljil le na ugodni simbiotični izkušnji, temveč na njenih lastnih spoznanjih, kar je bilo za njen nadaljnji razvoj nujno.

Kasnejše odkritja v psihoterapiji so potrdila ugotovitve prvega avtorja na začetku psihoterapije, da bo potrebna velika mera previdnosti v procesu ozaveščanja izrinjenih travmatskih doživetij iz otroštva, dinamsko povezanih z disociativnimi motnjami, ki so se pojavljale več kot 22 let, npr. disociativne fuge, stupor in depersonalizacije.

Globoko izrinjene in potlačene vsebine so se začele pojavljati šele proti koncu tretjega leta terapije. Kar je v seansah prihajalo na površje, je kazalo na veliko verjetnost, da v kolikor ne bi prišlo do korekcije disociativne amnezije, bi pacientkin ego kot zadnjo obrambo izbral multiplo osebnost.

Potrebovala veliko seans, da je v transfernem odnosu okrepila samozaupanje, sprejela in asimilirala spoznanja, do katerih je prišla v procesu terapije. Kljub visoki stopnji verbalne pripravljenosti, da se želi soočiti z vsemi dogodki, ki bi bili lahko povezani z njenimi težavami, se v seansah tovrstnim vsebinam ni mogla približati. Bilo je preveč boleče. Šele kasneje je prvi avtor razumel, zakaj takšen kronološki in časovni obseg amnezije in zakaj ravno do šestega leta starosti, saj so se takrat začele dogajati izjemno težke zlorabe vseh vrst.

Oglejmo si kratek izsek iz 204. seanse:

» Spominjam se, kako mi je bilo mučno, ko je poleg mene in mame spal moški, jaz pa otrok. [...] Prijazni strici, ja! Vem, kako je to! Nisem mogla razumeti, kako lahko on spi poleg mame, če pa spim poleg mame jaz!? Kruto je, zelo kruto! [...] Ni vedela, kaj se z mano dogaja (se hudo joče). Ona je mislila, da so vsi dobri, da nikoli nočejo nič žalega, pa so priliko izkoriščali.

Včasih se počutim tako umazana (se hudo joče). Ne vem, če je mama tisti čas spala ali kaj [...] ne vem, kako sem tako ležala, na sredi [...] Mama je bila poleg, pa ni nikoli opazila, kaj se dogaja. Imajo te radi, ja, te božajo, pa ni vedela, zakaj te božajo, zakaj te imajo radi.

Vidim, da je bilo do zdaj vse skupaj bolj površinsko. Strah me je tega spoznanja, do česa bom prišla, kaj bom odkrila, strah me je iti globlje. Zmogla bom, z vašo pomočjo. Bojim se sama iti preko tega, sama ne bom zmogla videti, kaj se je v

resnici zgodilo. Čeprav bo težko, bojim se samo, da bi sama kaj odkrila in se sama s tem soočila.

Zdaj sem prišla v to. Nekaj kritičnega mora biti, če ne, se z mano ne bi dogajalo to, kar se.

Zdaj vidim, da je res tisto, kar ste takrat rekli, odstranila se je motnja, ampak bistvene stvari so ostale. Preko veliko stvari ni dobro iti, a moram iti skozi. V ozadju nekaj je, misli mi skozi bežijo na to obdobje, čeprav nerada, ampak mi uhajajo misli nazaj.

Z vsem se bom mogla soočiti, ker zdaj vidim, da če to pustim v ozadju, bo kaj hudega z mano, vidim, kaj se je dogajalo ta teden z mano. Sama se ne morem soočiti s tem. Pridem do tiste postelje, do mame, pa tisti moški, dalje pa ne morem, ne morem prestopiti, enostavno mi ne da.

Zvečer sem ležala na eni strani postelje, moški poleg mene, zjutraj pa se zbudim na drugi strani, pa vsa v spermi. Nismo imeli pižam, ni čudno, da imam odpor, vsa lepljiva od sperme. Vedno je bilo tako, mama je bila poleg mene, ko sem se zbudila, pa je on bil poleg mene.

Jaz ne vem, ali se matere pretvarjajo, da ne vidijo tega, ali nočejo videti, jaz ne vem. Samo en prostor smo imeli, nisi imel kam zbežati, vsi smo bili v enem prostoru.«

Stanje se ji je konec maja leta 2002 popolnoma uredilo, junija je začela delati polni delovni čas. Ker je vedno bila pridna delavka, so ji v delovni organizaciji plačali potne stroške vnaprej. Vrniti bi morala takratnih 60.000 SIT. Ker ji ZZZS ni povrnil potnih stroškov, je razočarana s terapijo prekinila.

Proti koncu januarja 2003 je na kratko telefonirala: »Hudo je, izgubljam se, pomagajte mi!«

Isti dan sta se z možem oglasila v ambulantni. Mož je povedal, da se ji je stanje nena doma poslabšalo. Ni bila amnestična, prisotna pa so bila druga disociativna doživljanja. Prvi avtor je predlagal hospitalizacijo na oddelku za psihiatrijo – torej že četrto. Žal je bila odločitev predstojnikov taka, da se je psihoterapijo popolnoma izključilo. Nadaljevali so samo z medikamentoznim zdravljenjem, ki je bilo ponovno neuspešno. Po približno letu dni so jo invalidsko upokojili.

Literatura

- Barnes, G. (1994). Hermeneutics of Hypnosis. V Barnes, G. *Justice, love and wisdom. Linking psychotherapy to second-order cybernetics*. Zagreb: Medicinska Naklada: 186-207.
- Barnes, G. B (2002). Hypnosis as condition for psychotherapy. *Hypnos*, XXIX, 4: 149-163.
- Bras, S. (1977a). *Izbrana poglavja iz psihoterapije*. Ljubljana: MK.
- Bras, S. (1977b). *Vedenjska terapija*. V Lokar, J. ur. *Psihoterapija 7*. Ljubljana: Kate-dra za psihiatrijo MF v Ljubljani in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana: 69-124.
- Bregant, L. (1986). Psihoanalitska teorija nevroz. *Psihoterapija*, št. 14. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete in Univerzitetna psihiatrična klinika: 34.

- Dabić-Jeftić, M. in Barnes, G. (1993). Event-related potentials (P300) during cognitive processing in hypnotic and non-hypnotic conditions. *Psychiatria Danubina*, 5, 1-2: 47-63.
- Ellenberger, E. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. in Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic Realities: The Inductions of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (1980). Hypnosis: Its renaissance as a treatment modality. V Rossi, E. (ur.). *Innovative Hypnotherapy. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis (Vol. IV)*. New York: Irvington Publishers: 52-75.
- Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1989). *The February Man. Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Fromm, E. Psihoanaliza in zen budizem. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 6, 3-4: 133-163.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Bern: Hogrefe & Huber Publishers.
- Gruzelier, J. H. (2000). Redefining hypnosis: theory, methods and integration. *Contemporary Hypnosis*, 17: 51-70.
- Haley, J. Commentary on the writings of Milton H. Erickson, M.D. V Haley, J. (ur.). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected Papers of Milton H. Erickson*. New York: Grune & Stratton.
- Jamieson, G. A. (2007). *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Janet, P. (1925). *Psychological Healing*. London: Allen and Unwin.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. V Norcross, J. C. in Goldstein, M. R. (ur.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books: 94-129.
- Lambert, M. (2007). The Mechanisms of Change in Psychotherapy and Implications for Practice. Predavanje na Kongresu Selbstorganisation von Geist & Gehirn v Eggenburgu, 7. – 9. oktobra 2007.
- Latifi, A. (2002). Hipnoza – diagnostično in psihoterapevtsko sredstvo. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Dialog: Zbornik prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 38-43.
- Latifi, A. (2003). Kaj deluje v hipnozi. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 94-98.
- Lindner, R. (1944). *Rebel without a cause: The hypnoanalysis of a criminal psychopath*. New York: Grove Press, Inc.
- Lindner, R. (1954). *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales*. New York: Dell Publishing.
- Michelson, L. R. in Ray, W. J. (1996). *Handbook of dissociation; theoretical, empirical and clinical perspectives*. New York: Plenum Press: 307-329.
- MKB-10 (1995). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja R. Slovenije: 345-347.
- Možina, M. (2013). Shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije utemeljena na psihoterapevtski znanosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 7, 3-4: 25-50.

- Možina, M. (2016). Od učnih let do sopotništva s Petrom Nemetschkom. V Nemetschek, P. *Sistemska družinska terapija z otroki, mladostniki in starši: model reke življenja in analogne metode*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 401-438.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 2, št. 3-4: 119-142.
- Muršec, M. (2000). Disociativna amnezija. *Viceversa*, 29: 3-37.
- Nemetschek, P. (2016). *Sistemska družinska terapija z otroki, mladostniki in starši: model reke življenja in analogne metode*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press.
- Pajntar, M., Areh, I. in Možina, M. (2013). Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 7, 1-2: 19-31.
- Parkin, A. J. (1997). *Memory and amnesia*. An Introd., Oxford: Black-Well Pub: 147-162.
- Praper, P. (1999). *Razvojno analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Ray, W. J. (2007). The experience of agency and hypnosis from an evolutionary perspective. V Jamieson, G. A. (ur.). *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Rossi, E. L. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. London: Norton.
- Rossi, E. L. in Cheek, D. B. (1988). *Mind-Body Therapy*. New York: Norton.
- Rossi, E. (2001). The Deep Psychobiology of Psychotherapy. V Corsini, R (ed.). *Handbook of Innovative Therapy*. 2nd Edition. New York: Wiley: 155-165.
- Rossi, E. (2002). *The Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and healing arts*. New York: Norton.
- Rossi, E. (2007). *The Breakout Heuristic: The New Neuroscience of Mirror Neurons, Consciousness & Psychotherapy*. Phoenix: The MHE Foundation Press.
- Rossi, E. in Rossi, K. L. (2008). *The New Neuroscience of Psychotherapy, Therapeutic Hypnosis & Rehabilitation: A Creative Dialogue with our Genes*. Los Osos: Rossi and Rossi.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scott, J. A. (2011). *The handbook of brief psychotherapy by hypnoanalysis*. Bloomington: AuhorHouse.
- Stern, M. in Bristow, S. (1998). *Ljubezen je pogum*. Ljubljana: Iskanja: 72 – 74.
- Tepperwein, K. (1984). *Visoka šola hipnoze*. Zagreb: Prosvjeta.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy. An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York: Harper Collins Publishers.
- Yapko, M. D. (2003). *Trancework*. 3rd edition. New York: Brunner-Routledge.
- Yapko, M. D. (2012). *Trancework*. 4th edition. New York: Routledge.
- Wagstaff, G. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: Towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis* 15: 149-65.
- Wolberg, L. R. (1964). *Hypnoanalysis*. New York: Grune & Stratton.
-