

Kairos



**Hipnoza,
hipnoanaliza,
hipnoterapija in
hipnopsihoterapija**

Kairos

Slovenska revija za psihoterapijo
Slovenian Journal of Psychotherapy

Posebna elektronska tematska izdaja
Special electronic thematic edition

ISSN 1854-9373

Izdaja / Published by

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), Čufarjeva cesta 5, 2000 Maribor;
e-pošta: kairos@skzp.org ; spletni naslov: www.skzp.si/kairos

Urednik posebne tematske izdaje / Editor of special thematic edition

Miran Možina Ulica Metoda Mikuža 16, 1000 Ljubljana, Slovenija;
e-pošta: miranmozina.slo@gmail.com

Tehnični urednik / Technical editor

Kostja Bras, e-pošta: kostja bras@gmail.com

Hipnoza, hipnoanaliza, hipnoterapija in hipnopsihoterapija

Vsebina / Content

- 7 Marjan Pajntar, Igor Areh, Miran Možina
Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav?
- 21 Miran Možina, Alen Latini
Hipnoanaliza in hipnopsihoterapija kot dialoški praksi
- 51 Miran Možina
Hipnopsihoterapija
- 99 Graham Barnes
Hipnoza kot okoliščina za psihoterapijo
- 124 Graham Barnes
Hypnosis as a Condition for Psychotherapy
- 140 Graham Barnes
Hermeneutics of Hypnosis
- 163 Milton H. Erickson
Hipnoza v psihiatriji in psihoterapiji: Ocean Monarch predavanje
- 181 Milton H. Erickson in Ernest L. Rossi
Razrešitev travmatične izkušnje
- 203 Milton H. Erickson
Video transkript hipnoterapije s klientko Monde
- 213 Maria Lenherr
Between hypnosis and psychoanalysis - the forgotten links
Med hipnozo in psihoanalizo - pozabljene povezave
- 229 Miran Možina, Irma Hus
Hipnoza ni nič magičnega ali nadnaravnega:
Intervju z Miranom Možino
- 243 Miran Možina, Barbara Cvetko
Hipnoza v terapevtskem delu z otroki in mladostniki ter uporabnost
hipnoze v osnovnih šolah: Intervju s psihoterapeutom Miranom Možino
v Ljubljani, 8. marca 2012

Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav?

Is hypnosis effective in the treatment of somatic and mental disorders?

Povzetek

Definiranje hipnoze je še vedno nezaključen projekt, tako da v svetu potekajo živahne razprave o njeni definiciji. Čeprav je hipnoza v preteklosti veljala za sporno terapevtsko metodo, je danes vse več empirično podprtih dokazov, da je lahko učinkovita pri blaženju ali reševanju širokega spektra telesnih in duševnih težav. V članku podajamo pregled ugotovitev o učinkovitosti zdravljenja s pomočjo hipnoze, ki sta jih objavili dve svetovno ugledni strokovni združenji, predstavljene pa so tudi ugotovitve 12 metaštudij, ki smo jih pridobili iz znanstvenih baz raziskovalnih podatkov. Prikažemo tudi kratko zgodovino terapevtske hipnoze, v zaključku pa se na kratko dotaknemo zgodovine, razvoja in perspektiv medicinske hipnoze, hipnoterapije in hipnopsihoterapije v Sloveniji.

Ključne besede

klinična in medicinska hipnoza, meta analize, učinkovitost, telesne bolezni, duševne motnje

Abstract

There are lively discussions in professional circles around the world regarding the definition of hypnosis.

In the past hypnosis had a poor reputation as a controversial therapeutic method, but nowadays there is an increasing weight of empirically validated evidence that hypnosis can be effective in helping various physical and mental disorders.

This article presents an overview of the results of two world renowned organisations. Further, 12 meta-studies are discussed that are the results of empirical research findings. The article also presents a short history of therapeutic hypnosis, and the history, developments and medical perspective of hypnosis, hypnotherapy and hypnopsychotherapy in Slovenia.

Key words

clinical and medical hypnosis, meta analyses, efficacy, somatic diseases, mental disorders

Kaj je hipnoza?

V zvezi s hipnozo kroži veliko predsodkov, npr. da hipnotizirani izgubi nadzor in naredi nekaj nehotenega, proti svoji volji, da mu lahko hipnotizer vsili svojo voljo itn. Ti predsodki so velikokrat povezani z odrsko hipnozo, kjer hipnotizer zavestno poskuša ustvariti mogočen vtis in to pogosto dosega z norčevanjem in smešenjem hipnotiziranih. Vendar je terapevtska hipnoza povsem drug svet od odrske hipnoze. Terapevtska hipnoza temelji na spoštovanju pacientovega dostojanstva, njegove enkratnosti in izjemnih sposobnosti njegovega nezavednega. Za zunanjega opazovalca je veliko manj dramatična od odrske, če že ne kar dolgočasna.

Tudi v strokovnih krogih, npr. med zdravniki, psihologi, psihoterapeuti, se pri nas drži hipnoze negativen prizvok. Tako prevladuje mnenje, da je hipnoza nekaj, s čimer se npr. resen zdravnik oz. terapeut ne ukvarja. Največ, kar ji npr. večina zdravnikov lahko prizna, je, da je alternativna metoda, ki nima mesta v resni klinični praksi. Vsa resna medicinska, psihološka in psihoterapevtska združenja v ZDA in Evropi pa so v zadnjih desetletjih sprejela hipnozo v medicini, psihologiji in psihoterapiji kot sodobno in uporabno terapevtsko sredstvo ter jo poučujejo na fakultetah (Yapko, 2003).

Že od Mesmerjevih časov, torej od samih začetkov terapevtske hipnoze, so jo terapeuti, ki so jo uporabljali, lažje opisovali kot pa definirali. Npr. John Watkins, ki je v visoki starosti umrl nedavno, leta 2012, je bil psiholog in eden od pionirjev sodobne klinične hipnoze ter ena največjih avtoritet na tem področju. Med drugim je bil leta 1949 ustanovni član najstarejšega strokovnega združenja za hipnozo, t.i. Društva za klinično in eksperimentalno hipnozo v ZDA. Leta 2009 je objavil članek z zgovornim naslovom »*Hipnoza: sedemdeset let čudenja in še vedno ne vem, kaj je!*« (Watkins v Yapko, 2012).

V najbolj znanem učbeniku psihiatrije na svetu (Kaplan in Sadock, 1998) med drugim piše, da se hipnoza uporablja kot oblika terapije (hipnoterapija), da je to metoda, ki povrne izgubljene spomine in je dragoceno orodje za raziskovanje. Hipnoza je definirana kot zapleten mentalni fenomen, za katerega je značilna povečana osredotočena koncentracija in povečana sposobnost za sprejemanje sugestij druge osebe. Hipnozo opisujejo tudi kot spremenjeno stanje zavesti, stanje disociacije in stanje regresije.

Definicija terapevtske hipnoze iz leta 2005, ki jo je v krogih akademske psihologije izdelalo in objavilo Društvo za psihološko hipnozo Ameriškega psihološkega združenja (Society for Psychological Hypnosis of American Psychological Association), je obširna, kar med drugim kaže na to, da poteka okoli definicije hipnoze po svetu živahna razprava in da širokega soglasja še ni:

»Hipnoza se običajno začne z uvodom, med katerim terapeut subjektu pove, da bo uporabil sugestije za spodbujanje njegovih notranjih predstav (imaginacije). Nato sledi uvajanje v trans, t.i. hipnotska indukcija, ki je razširjena začetna sugestija za uporabo subjektovih notranjih predstav in lahko vključuje nadgrajevanje uvoda. Terapeut nato uporabi hipnotski postopek za spodbujanje in ocenjevanje odgovorov na sugestije. Pri uporabi hipnoze eno osebo (subjekta) vodi druga (hipnotizer) s ciljem, da bi subjekti odzivi pripeljali do sprememb v njegovem doživljanju, zaznavanju, čutenuju, čustvovanju, mišljenju ali vedenju. Ljudje se lahko naučijo tudi avtohipnoze, med katero oseba sama uporablja hipnotske postopke. Če se subjekt odziva na hipnotske sugestije, na splošno velja, da je prišlo do hipnotske indukcije. Mnogi menijo, da so

za hipnotsko stanje značilni hipnotski odgovori in doživljanje. Medtem ko so nekateri mnenja, da med hipnotsko indukcijo ni potrebno uporabiti besede 'hipnoza', drugi menijo, da je to nujno.

Podrobnosti hipnotskega postopka in sugestij se razlikujejo glede na terapevtove cilje in glede na namene kliničnega ali raziskovalnega prizadevanja. Hipnotski postopek običajno vsebuje sugestije za sproščanje, čeprav sprostitev za hipnozo ni nujna, tako da se lahko uporablja široko paleto sugestij, vključno s tistimi za večanje budnosti. Tako v kliničnem kot tudi v raziskovalnem kontekstu se lahko uporablja sugestije, ki omogočajo oceno obsega hipnoze z merjenjem odgovorov s standardiziranimi lestvicami. Medtem ko se večina ljudi odziva na vsaj nekatere od sugestij, ocene s pomočjo standardiziranih lestvic nihajo med visokimi in zanemarljivo nizkimi. Običajno se ocene povezujejo v tri kategorije: nizke, srednje in visoke. Podobno kot pri drugih pozitivnih lestvicah oz. merah psiholoških konstruktov, npr. za merjenje pozornosti in zavedanja, tudi v tem primeru višja vrednost pomeni večanje dokazov o tem, da se je razvila hipnoza.« (Yapko, 2012: 6)

Michael Yapko, avtor enega najbolj popularnih učbenikov hipnoterapije z naslovom »*Transcwork*« (Yapko, 2012), ki je doživel že štiri izpopolnjene izdaje, pa podaja naslednjo definicijo:

»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, terapeut 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).

Na kratko lahko torej povzamemo, da hipnozo lahko opredelimo kot postopek, med katerim hipnotizer sugerira hipnotizirani osebi, da bo doživila spremembe v občutenju, zaznavanju, čustvovanju, mišljenju in vedenju. Z nekaterimi oblikami hipnoze je mogoče dosegiti višjo stopnjo budnosti, velika večina hipnoterapevtskih tehnik pa vključuje sugestije o sprostitvi, umirivitvi, dobrem počutju in o oblikovanju predstav o prijetnih izkušnjah. Na hipnozo se različno odzivamo, večina pa jo opisuje kot prijetno in sproščajočo izkušnjo, v kateri je njihov obseg pozornosti bistveno zožen.

Kratka zgodovina terapevtske hipnoze

Poglejmo si kratko zgodovino terapevtske hipnoze (glej <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypnosis>). Hipnoza je človeški fenomen in je stara toliko kot človek. Uporabljali so jo v Egiptu pred 3000 leti in v grških preročiščih. Bila je tudi sestavni del praks perzijskih magov, hindujskih fakirjev in indijskih jogijev. Po Eskulapu je prvi zapis o hipnozi spanje v templjih v Egiptu in Grčiji.

Okoli leta 1000 je Avicena, ki je veliko zdravil s hipnozo, trdil, da hipnoza ni spanje. V 17. stoletju jo je uporabljal Irec Greatrakes. Bil je znan, da je zdravil ljudi s svojim dotikom. Paracelsus je v 16. stoletju predstavil zdravilni učinek magnetizma, ki so ga izzarevala astralna telesa. Jezuit Hell na Dunaju je postal slaven s polaganjem magnetnih ploščic po telesu. S tem je zdravil različne bolezni. V srednjem veku s strani katoliške cerkve v Evropi hipnoza ni bila dovoljena, zato so jo več ali manj uporabljali le odrski hipnotizerji. Imela je pridih okultnosti, skrivne

moči. Šele leta 1956 je papež Pij XII odobril uporabo hipnoze v rokah zdravstvenih delavcev za diagnosticiranje in zdravljenje. Dejal je, da je hipnotizem resna stvar, potrebna je previdnost pri znanstvenem pristopu in moralnih vprašanjih.

Franz Anton Mesmer (1775) je prvi podal naturalistično razlago hipnoze. Hotel je izključiti pridih okultnosti in je razlagal zdravilni trans s teorijo o živalskem magnetizmu. Komisija, ki je bila sestavljena iz eminentnih znanstvenikov in osebnosti tistega časa, tako je npr. v njej sodeloval tudi Benjamin Franklin, in je ocenila njegovo delo, ni podprla njegove teorije o magnetizmu, ampak so menili, da njegov postopek temelji na sugestijah in uporabi notranjih predstav.

James Bride, škotski zdravnik, je prvi uporabil besedo »nevrohipnoza«, ki so jo kasneje skrajšali v *hipnozo*. 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 bil kasneje žal, da se ni raje uveljavil pojem monoideizem. Beseda hipnoza je namreč zavajajoča, saj tisto, kar imenujemo hipnoza, ni vedno nujno podobno spanju. Možna je tudi budna hipnoza in budna aktivna hipnoza. Človek lahko razvije trans v gibantu.

James Esdale, škotski kirurg v Indiji, je napravil v začetku 19. stoletja preko 300 velikih in brez števila majhnih operacij v hipnozi kot edini anesteziji. Uvedba kloroformna v letu 1858 je zmanjšala uporabo hipnoze v anesteziološke namene.

Interes za hipnozo je bil majhen do leta 1880, ko je nevrolog Charcot povezel sprejemljivost za hipnozo s patologijo, predvsem s histerično nevrotičnostjo. Liebeault in Bernheim sta v Franciji močno popularizirala uporabo hipnoze v terapevtske namene. V nasprotju s Charchotom sta menila, da je to normalno vedenje, poudarila sta moč sugestije.

Sigmund Freud je leta 1885 prišel v Pariz študirat k Charchotu in v Nancy k Liebeaultu. Tudi na podlagi uporabe hipnoze je v svojih prvih študijah razvil koncept represije in podzavesti. Kasneje je odvrbel hipnozo in razvil tehniko prostih asociacij in strukture psihoterapevtske obravnave, ki jo je poimenoval psihoanaliza.

Pierre Janet je uporabljal hipnozo tako v diagnostične kot terapevtske namene in je prvi uveljal pojem disocijacije, akcijskih sistemov, ter kompleksov (kasneje za njim še Jung).

Hatfield je skoval izraz *hipnoanaliza*. Med prvo svetovno vojno je delal s primeri amnezije in paralize. Uporabljal je regresijske tehnike, da je pomagal svojim pacientom razkriti relativno zgodnje travmatične izkušnje.

Po prvi svetovni vojni sta pomembna za raziskovalno delo Platonov in Pavlov. Pavlov je trdil, da je hipnoza pogojni refleks.

Med velikimi imeni po drugi svetovni vojni sta Hilgard in Orne, ki sta raziskovala predvsem na področju psihologije ter Milton H. Erikson, utemeljitelj sodobne hipnoterapije.

Raziskave o učinkovitosti hipnoze

Po naši oceni je bilo do leta 2012 opravljenih najmanj 500 raziskav o učinkovitosti hipnoze, žal je le manjšina metodološko dovolj premišljenih (približno 125), da so uporabne za analizo

v metaštudijah. Ugotovitev kažejo, da lahko z gotovostjo potrdimo obstoj pozitivnega učinka hipnoze na zdravljenje širokega spektra medicinskih in duševnih težav. Britanska medicinska revija (British Medical Journal) je leta 1999 v pregledu hipnoterapevtskih tehnik in tehnik sproščanja zapisala, da obstajajo zadovoljivo trdni dokazi, do katerih so prišli v raziskovah z naključnim vzorčenjem in kontrolnimi vzorci, da hipnoterapevtske tehnike zmanjšujejo tesnobo, intenzivnost napadov panike, težave z nespečnostjo, fobije in bulimične napade oz. prenajedanje (Vickers in Zollman, 1999).

V Ameriškem psihološkem združenju menijo, da je hipnoza metoda, ki je učinkovita pri zdravljenju bolečine, anksioznosti, fobij, depresije, motenj navad, motenj razpoloženj, motenj v delovanju prebavil, kožnih obolenj, motenj prehranjevanja, hemofilije, pomaga pa tudi pri obvladovanju stresa, pri pooperativnem okrevanju in pri blaženju porodnih bolečin (APA, 2012). Pri tem opozarjajo, da hipnoza ni učinkovita pri reševanju vseh psiholoških ali medicinskih težav.

Podobno je leta 2001 ugotovila tudi posebna komisija Britanskega psihološkega združenja, ki je v svetu psihologije drugo najplivnejše strokovno združenje za Ameriškim psihološkim združenjem (APA). Na osnovi pregleda večjega števila raziskav je delovna skupina, ki je pripravila poročilo (gre za sedem uglednih britanskih psihologov) ugotovila, da večina hipnotiziranih oseb izkusi in poroča o pozitivnih učinkih hipnoze, še posebej o sproščenosti. Hipnotični trans se je izkazal posebno uporaben pri dolgotrajnih in za pacienta napornih diagnostičnih procedurah kot sta PET in fMRI, saj so hipnotizirani pacienti bolj mirni in potprežljivi.

Komisija je zapisala, da je bilo predvsem v zadnjih 30 letih narejenih toliko raziskav, da lahko zaključimo, »da je vključitev hipnotičnih postopkov lahko učinkovita pri obravnavi širokega spektra težav, ki se pojavljajo v medicini, psihijatriji in psihoterapiji« (The British Psychological Society, 2001). Rezultate kliničnih raziskav o učinkih hipnoze povzemajo s tem, da potrjujejo učinkovitost hipnoterapije pri:

- blaženju in odpravi akutnih ter kroničnih bolečin,
- blaženju ali neutralizaciji bolečine, stresa in nelagodja pri medicinskih in zobozdravstvenih posegih,
- zniževanju splošne anksioznosti,
- sproščanju mišične napetosti,
- zniževanju ravni doživljanja stresa,
- odpravi nespečnosti,
- spopadanju z odvečno telesno težo,
- obvladovanju psihosomatskih težav (tenzijski glavoboli in migrene, astma, gastro-intestinalne motnje, npr. sindrom razdraženega čревa, in pri lajšanju različnih kožnih obolenj).

V nekaterih skandinavskih državah so naredili v zadnjih letih na tisoče kirurških operacij v hipnotični anesteziji (Faymonville, Boly in Laureyrs, 2006).

Pregled ugotovitev meta-raziskav o učinkovitosti hipnoze

V nadaljevanju so predstavljene ugotovitve 12 meta-raziskav, v katerih so preverjali učinkovitost hipnotičnega transa pri odpravljanju ali obvladovanju različnih duševnih in medicinskih težav ali bolezni. Nekateri raziskovalci opozarjajo, da so ugotovitve metaštudij lahko zavajajo-

če, ker pri njihovi izvedbi obstaja nevarnost pristranskega vzorčenja oz. selektivnega izbiranja raziskav izvirnih avtorjev. V kar nekaj vplivnih in obsežnih meta-raziskavah o učinkovitosti hipnoze so ugotovili težave s pristranskim vzorčenjem, kar pomeni, da je učinek hipnoze verjetno nekoliko manjši, kot ga prikazujejo avtorji nekaterih meta-študij (npr. Flammer in Bongartz, 2003). Kljub temu pa lahko tudi iz popravljenih (znižanih) vrednosti velikosti učinka d, s katerim običajno merijo učinkovitost hipnoze, zaključimo, da je hipnoza učinkovito terapevtsko sredstvo (Moshagen in Musch, 2008).

V nadaljevanju povzemamo bistvena spoznanja, do katerih so prišli avtorji metaštudij, ki so podatke o raziskavah zajemali iz člankov, katerih rezultati so bili objavljeni v znanstveno-raziskovalnih bazah kot so PsychINFO, PsychLIT, Medline, PubMed.

1) Flammer in Alladin (2007) sta zbrala ugotovitve 91 raziskav o učinkovitosti hipnoze pri zdravljenju psihosomatskih motenj, ki so bile objavljene v letih od 1887 do 2005 v znanstvenih bazah kot sta PsychLIT in Medline. Večina študij je bila metodološko oporečnih in niso ustrezale kriterijem, ki sta jih postavila avtorja, zato sta upoštevala in analizirala le ugotovitve 21 raziskav, v katerih je sodelovalo 1091 pacientov. V njih so izvedene primerjave med pacienti, ki so jih obravnavali izključno s hipnoterapijo in pacienti, ki niso bili zdravljeni na noben način. Razlike med skupinama so bile opazne in statistično pomembne. Kot mera za velikost učinka je vzeta standardizirana razlika aritmetičnih sredin d (Cohen, 1988), ki je pokazala velikost učinka $d = 0,61$ ($p < 0,001$), kar kaže, da je hipnoterapija visoko učinkovita pri zdravljenju psihosomatskih motenj, kot so zvonjenje v ušesih (tinnitus), nespečnost, enureza, astma, gastrointestinalne težave, stres, kronične bolečine, artritis, kronični glavoboli, dermatitis, seneni nahod in disociativna motnja.

Avtorja raziskave sta v interpretaciji rezultatov opozorila, da so najbolj učinkovite tiste oblike hipnoterapije, s katerimi vplivamo tudi na čustveno in kognitivno ozadje psihosomatskih težav, gre torej za pristop, ki ga najpogosteje označujejo kot kognitivno vedenjsko hipnoterapijo. Do dokaj podobnih raziskovalnih ugotovitev glede velikosti učinka (d) so prišli tudi pri meta-analitični študiji o učinkovitosti zdravljenja duševnih motenj (Flammer in Bongartz, 2003).

2) Bongartz, Flammer in Schwonke (2002) so analizirali izvedbo in ugotovitve 193 raziskav, ki so bile objavljene od leta 1998 naprej. V njih je sodelovalo 4036 pacientov. Med njimi so izbrali 43 študij (1935 pacientov), pri katerih so avtorji primerjali skupine pacientov brez obravnave ali samo s klasičnimi medicinskim zdravljenjem s skupinami pacientov, ki so jih obravnavali le s hipnozo. Med omenjenimi 43 študijami so v 24 raziskavah ugotavljali učinkovitost hipnoterapije pri odpravljanju nekaterih duševnih motenj in ugotovili, da je hipnoza učinkovito terapevtsko sredstvo s srednjim velikostjo učinka ($d = 0,60$; $p < 0,05$). Nekoliko manj učinkovita se je izkazala v 19 raziskavah, kjer so preverjali, ali je hipnoza učinkovita tudi kot podpora tehnika pri medicinskih postopkih, saj je bila velikost učinka $d = 0,38$ ($p < 0,05$). Metodološko so avtorji metaštudijo izvedli tako, da so ugotavljali najmanjšo velikost učinka, kar pomeni, da so učinki zaradi strogih kriterijev verjetno podcenjeni.

Avtorji zaključujejo, da je hipnoza učinkovito terapevtsko sredstvo, ki ga npr. lahko uporabimo pri lajšanju glavobolov, astme, razjede na dvanajstniku, anksioznosti, potravmatske stresne motnje, odvajanju od kajenja in kot sredstvo za doseganje zadovoljive stopnje analgezije pri operativnih posegih.

3) Na osnovi preučitve rezultatov 85 raziskav o vplivu hipnoze na delovanje imunskega sistema so v metaštudiji ugotovili, da ima hipnoza majhen učinek na povečanje odzivnosti imunskega sistema (Miller in Cohen, 2001). Avtorji raziskave pri tem opozarjajo, da bi bilo prenagljeno sklepati o šibkih učinkih hipnoze, saj je treba počakati na metodološko bolje izvedene raziskave, v katerih se lahko pokažejo večji učinki kot so se do sedaj.

4) Wais in Revenstorf (2008) sta analizirala ugotovitve 11 raziskav, v katerih je sodelovalo 397 pacientov in ugotovila, da je bila hipnoterapija statistično pomembno učinkovita ($d = 0,65$; $p < 0,05$) pri zdravljenju migrene, nespečnosti, strahu pred letenjem, bojazni pred preizkusi znanja in pri odvajanju od kajenja.

Še bolj učinkovita pa se je pokazala kombinirana terapija, pri kateri so poleg kognitivno vedenjske terapije uporabili tudi hipnozo ($d = 0,90$; $p < 0,05$).

5) Flammer in Bongartz (2003) sta zbrala podatke o 444 raziskavah o učinkovitosti hipnoze, ki so bile narejene do leta 2002. Med njimi sta izbrala 57 takšnih, ki so bile metodološko neoporečne in v katerih so avtorji primerjali skupine pacientov brez zdravljenja (ali z zgolj klasičnim medicinskim zdravljenjem) s skupinami pacientov, ki so bili obravnavani le s hipnoterapijo. V vseh 57 študijah, v katerih je sodelovalo 2411 pacientov, sta ugotovila, da je hipnoza učinkovito sredstvo pri lajšanju ali odpravljanju težav kot so nespečnost, odvisnost od kajenja, anksioznost, potravmatska stresna motnja, bolečine, ki se pojavljajo med in po operativnih posegih in pri postopkih zdravljenja raka ter pri blaženju bolečin, ki se pojavljajo pri opeklkah.

Povprečna vrednost velikosti učinka hipnoze je srednje velikosti in je znašala $d = 0,63$, pri čemer gre za najnižjo ocenjeno in statistično pomembno vrednost na nivoju $p < 0,001$, kar pomeni, da je manj kot 1 % verjetnosti, da so dobljeni rezultati o učinkovitosti hipnoze naključni.

6) Jensen in Patterson (2006) sta v 19 raziskavah s 714 pacienti ugotovila, da uporaba hipnotične analgezije pripomore k bistvenemu znižanju občutkov kroničnih bolečin, ki se pojavljajo pri migrenah, tenzijskih glavobolih, artritusu, preobčutljivosti na bolečino, okvarah ali poškodbah hrbtenice in križa, amputacijah in fantomskeih udih, raku, mišičnih krčih ipd.

Uporaba avtohipnoze ima podoben, a nekoliko manjši učinek, ki je primerljiv z učinkom avtogenega treninga ali progresivne mišične sprostitive. Avtorja sta izpostavila, da v zanjih študijih ni bilo oblikovanih kontrolnih skupin s placebo učinkom, tako da učinka hipnoze nista mogla primerjati z učinkom placebo.

7) Flammer (2006) je analiziral ugotovitve 18 raziskav, v katerih je sodelovalo 732 pacientov in pri tem ugotavljal, ali je hipnoterapija učinkovita pri zdravljenju anksioznih motenj, kot so fobije in generalizirana anksiozna motnja. Za raziskave, v katerih so primerjali anksioznost pacientov pred in po hipnoterapiji, je ugotovil, da je bila hipnoterapija na splošno učinkovita (velikost učinka $d = 0,72$; število študij: 14). Hipnoza se je izkazala kot posebej učinkovita pri odpravi fobij ($d = 1,23$ pri odraslih in $d = 1,35$ pri adolescentih in otrocih). Med pacienti, ki so bili obravnavani s hipnozo, je jakost simptomov opazno in statistično pomembno upadla pri približno 74 % pacientov, v kontrolnih skupinah se je

medtem stanje izboljšalo 26 % pacientov. Hipnoza se je izkazala tudi bolj učinkovita kot placebo učinek ($d = 0,66$; število študij: 8). Iz ugotovljenih rezultatov metaštudije je mogoče zaključiti, da je hipnoterapija od zmerno do visoko učinkovito terapevtsko sredstvo za odpravo anksioznih motenj (Flammer, 2006).

8) Podobno učinkovitost hipnoze v psihoterapevtskih postopkih so ugotovili tudi Irving, Motgomery in Sapirstein (1995), ki so v 18 raziskavah ugotovili, da je za vsaj 70 % pacientov uporaba hipnoze prinesla bistven napredek v procesu odpravljanja duševnih težav. Hipnoterapija vsaj malo prispeva tudi k odpravljanju debelosti, saj so v metaštudiji 6 raziskav ugotovili velikost učinka $d = 0,26$ (Irving, Motgomery in Sapirstein, 1996).

9) Accardi in Milling (2009) sta v 13 raziskavah, v katerih je sodelovalo 528 pacientov v starosti do 19 let, ugotovila, da je hipnoza učinkovita pri blaženju bolečin, ki se pojavljajo pri medicinskih posegih, kot so na primer presajanje kostnega mozga in lumbalne punkcije. Učinkovita je tudi pri blaženju po-operativnih bolečin. Avtorja ne navajata velikosti učinkov, kot kriterij uspešnosti hipnoze sta vzela nedvoumno potrditev učinkovitosti, do katere so prišli izvorni avtorji v metaanalizi zajetih študij.

10) Schnur, Kafer, Marcus in Montgomery (2008) so v metaštudiju zajeli 61 raziskovalnih člankov in med njimi izbrali 26 raziskovalnih poročil, ki so bila metodološko ustrezna za analizo. V izbranih raziskavah je sodelovalo 2342 pacientov. Avtorji so ugotovili, da je bila hipnoza v vseh študijah učinkovito sredstvo za lajšanje čustvenega distresa, ki sprembla operativne posege. Ugotovljena velikost učinka znaša 0,88 (Cohenov d) in to na nivoju 1% ($p < 0,01$), kar pomeni, da je hipnoza bistveno prispevala k znižanju stresa pri pacientih. Avtorji poudarjajo, da je hipnoza bolj učinkovita pri otrocih kot pri odraslih osebah.

11) Montgomery, David, Winkel, Silverstein in Bovbjerg (2002) so ugotovili, da ima hipnoza blagodejen učinek na paciente med operativnimi posegi (redukcija stresa in bolečin), pozitivno pa tudi prispeva k hitrejšemu okrevanju pacientov. V 20 študijah s 1624 pacienti so ugotovili precejšnjo velikost učinka $d = 1,20$, kar pomeni, da se je hipnoza izkazala kot učinkovito terapevtsko sredstvo. Avtorji navajajo tudi ugotovitev, da je bila hipnoza koristna za 89 % pacientov, ki so bili podvrženi operativnim posegom.

12) Law in Tang (1995) ter Viswesvaran in Schmidt (1992) so v dveh ločenih metaštudijah ugotovili, da hipnoza pomaga tudi pri odvajanju od kajenja, saj je hipnoterapija uspešna pri od 23 do 36 % pacientih.

Na osnovi pregleda meta-študij lahko ugotovimo, da je hipnoza oziroma hipnoterapija učinkovito terapevtsko orodje, ki ga lahko uporabimo pri obvladovanju ali zdravljenju številnih telesnih in duševnih težav. Pri tem želimo poudariti to, kar poudarjajo tudi v strokovnih združenjih, da je uporaba hipnoze varna in učinkovita le takrat, ko jo izvajajo za to primerno izobraženi in usposobljeni strokovnjaki. Za konec si poglejmo, kako je z medicinsko hipnozo in hipnoterapijo v Sloveniji.

Medicinska hipnoza, hipnoterapija in hipnopsihoterapija v Sloveniji

V Sloveniji smo leta 1979 pri Slovenskem zdravniškem društvu ustanovili Sekcijo za kli-

nično in eksperimentalno hipnozo in leta 1980 organizirali Drugi evropski kongres hipnoze v Dubrovniku. Sekcija je štela okoli 120 članov, zdravnikov in psihologov. Leta 2007 pa smo ustanovili Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS), ki ima kodeks etike usklajen z Evropskim združenjem za hipnozo (European Society of Hypnosis – EHS). Le ta med drugim prepoveduje učenje hipnoze laikov. V okviru društva potekajo tečaji hipnoze za zdravnike, psihologe ter nekatere druge zdravstvene delavce, ki delajo pod okriljem zdravnika.

Leta 1962 smo pričeli v Sloveniji s klinično uporabo hipnoze in sicer za zmanjševanje bolečin pri porodu (Pajntar, 1966). Od takrat naprej prof. Pajntar v Sloveniji širi znanje in pomen uporabe hipnoze v medicini preko medijev, s predavanji in pisano besedo (Pajntar, 2002, 2007). Po začetnih uspehih poroda v hipnozi je zanimanje pri nosečnicah in zdravstvenem kadru zelo poraslo. Organizirali so tečaje hipnoze za ginekologe in porodničarje. Leta 1972 je rodilo v kranjski porodnišnici 20% (okoli 600) vseh porodnic v hipnozi.

Na področju psihoterapije je sedemdesetih letih v Sloveniji prvi promoviral hipnoterapijo klinični psiholog Stanislav Bras. Bil je izjemen diagnostik in tudi psihoterapeut. Psihodiagnostiko je širil na projekcijske tehnike, psihoterapijo pa na področje vedenjske terapije in hipnoanalize, pri čemer je tudi povezal analitski in hipnoterapevtski pristop z vedenjsko terapijo (Bras, 1977a,b).

Raziskovalno delo je potekalo veliko let na področju rehabilitacije. Pajntar je v sodelovanju z elektronično-biomedicinci (Lojze Vodovnik, Egidija Roškar, Anton Jeglič) ter fiziatri (Martin Štefančič, Janez Zajec) raziskoval vpliv hipersugestije v hipnozi na nevromiščno dejavnost pri zdravih ljudeh in bolnikih z različnimi lokomotornimi težavami (Pajntar, Jeglič, Štefančič, Vodovnik, Zajec, Roškar in Drugovič, 1977; Jeglič, Roškar, Pajntar, Vodovnik, Drugovič, Štefančič in Zajec, 1977; Roškar, Vodovnik, Rudel, Pajntar in Gros, 1979; Pajntar, Roškar, Gros, Valenčič in Maležič, 1980; Vodovnik, Roškar, Pajntar in Gros, 1979; Pajntar, Jeglič, Štefančič in Vodovnik, 1980; Vodovnik, Roškar, Pajntar, Gros in Zrimec, 1980; Vodovnik, Roškar, Pajntar in Gros, 1979; Roškar in Pajntar, 1983). Raziskovali so:

a) Vpliv hipnotičnih sugestij na spontano in električno stimulirano delovanje motoričnih živcev in mišic

V poglobljenem raziskovanju EMG dejavnosti ter grobe mišične sile so ugotovili, da se z uporabo različnih sugestij v hipnozi lahko spremeni velikost spontane in električno izzvane kontrakcije različnih mišic pri zdravih ljudeh in bolnikih s paretičnimi mišicami. Ugotovili so tudi, da je hipersugestija pomembna pri utrjanju mišice, tako pri spontano ali električno izzvanih kontrakcijah. Z akademikom prof. dr. Vodovnikom so zgradili matematični model krčenja mišic v hipnozi pri hemiparetičnih bolnikih. S prof. dr. Roškarjevo so ugotovljali vpliv hipnotične sugestije na motorično ekscitacijo. Prof. Pajntar je bil naprošen, da je v knjigi Modern Trends in Hypnosis objavil prispevek z naslovom *Some neuromuscular phenomena in hypnosis* (Pajntar, Roškar in Vodovnik, 1982).

b) Vpliv hipnotičnih sugestij na delovanje reinerviranih mišic

Po različnih perifernih živčnih lezijah so s sugestijo v hipnozi uspeli izzvati pozabljeni motorični odgovor, okrepliti nevromiščni odgovor pri električni in spontano izzvani kontrakciji, tako da je bila v procesu rehabilitacije vzpostavljena tudi kompletna dejavnost prizadete okončine.

c) Vpliv hipnotičnih sugestij na rehabilitacijo hemiparetičnih bolnikov in bolnikov z lumboishialgijo

S sugestijo v hipnozi so do 37-krat povečali mišično moč paretičnih okončin. Raziskovali so izboljšanje tako s strani motoričnega odgovora posameznih mišic kot tudi s študijo hoje. Rehabilitacija bolnikov z lumboishialgijo je bila pod vplivom različnih sugestij v hipnozi veliko krajska.

d) Vpliv hipnotičnih sugestij na delovanje sečnega mehurja pri ženskah za izboljšanje urinske inkontinence.

V tem času so tudi prirejali tečaje hipnoze za psihologe in zdravnike. Psihologa Janez Rojšek in Maks Tušek sta bila pobudnika za uporabo hipnoze v športu. Nevrokirurg Miloš Remic je uporabljal hipnozo pri amneziji po poškodbah glave. Psiholog Tone Pačnik je uporabljal hipnozo pri psihoterapevtskem delu z adolescenti.

Pajntar je kmalu po uvedbi hipnoze za lajšanje bolečin pričel s hipnoterapijo (Pajntar, 2008) pri različnih duševnih motnjah kot so depresije, anksioznost, fobije, panični napadi, kompulzije in obsesije; pri psihosomatski obolenjih kot so astma, glavoboli (migrene), rana na želodcu, kronično vnetje debelega črevesa (Cron), nevrodermatitis, alergije itn., pri motnjah hranjenja kot so anoreksija, bulimija, prenajedanje, debelost, pri kajenju, pomanjkanju samozavesti, tremi, pomanjkanju koncentracije, za utrjevanje ega, povečanje motivacije za učenje in delo, krepitev samospoštovanja, nespečnosti, jecljanju, pri povečanju učinkovitosti in motivacije za trening v športu itd. Ukvajal se je tudi z obujanjem spominjanja na pretekle travmatske dogodke v vsakdanjem življenju in v forenziki.

V Sloveniji je v zadnjih letih aktivnih kar nekaj hipnoterapeutov, ki so se usposabljali na tečajih Društva za medicinsko hipnozo Slovenije pod vodstvom prof. dr. Pajntarja. Nekaj pa se jih je izobrazilo v tujini. Na žalost pa se pojavlja v zadnjem času v Sloveniji veliko laičnih hipnotizerjev-hipnoterapeutov, ki jim ob pomanjkanju medicinskih, psiholoških in psihoterapevtskih predznanj manjka tudi etičnost.

Za nadaljnji razvoj medicinske hipnoze bi bilo pomembno, da bi Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje zaradi zaščite pacientov pred zlorabami s strani psevdoznanstvenih terapeutov ter tudi zaradi zaščite ugleda medicinske in psihološke stroke priznal hipnozo kot veljavno terapevtsko metodo. Skupina strokovnjakov pri Društvu za medicinsko hipnozo Slovenije je tako pobudo z znanstveno utemeljitvijo dala na Ministrstvo decembra 2012.

Po drugi strani bi bilo za uporabo hipnoze na področju psihoterapije pomembno, da se razvije izobraževanje iz hipnopsihoterapije, kot so ga poimenovali v Avstriji. Traja najmanj 4 leta in je v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje priznano kot samostojni psihoterapevtski pristop. Poleg Avstrije je podobno izobraževanje v evropskih deželah možno samo še v Italiji in na Švedskem. V okviru že omenjenega Evropskega združenja za hipnozo (ESH) ni še enotnih smernic, saj poteka debata o tem, ali bi ESH podprla izobraževanje iz hipnopsihoterapije, v katerega bi se lahko vključili tudi drugi poklicni profili razen zdravnikov, zobozdravnikov in psihologov. Zaenkrat še vedno prevladuje prepričanje, da je najbolje, da je izobraževanje iz hipnoze možno samo kot dopolnilno izobraževanje za omenjene tri skupine strokovnjakov.

Statut Društva za medicinsko hipnozo Slovenije v enajstem členu odpira vrata za članstvo v

društvu relativno široko, saj je redni član društva lahko fizična oseba, ki sprejme Kodeks etike medicinske hipnoze in je doseglja strokovno izobrazbo: zdravnik, zdravnik stomatolog, študent medicine oz. stomatologije, ki je opravil 5. letnik študija, univerzitetni diplomirani psiholog, univerzitetni diplomirani sociolog, univerzitetni diplomirani fizioterapevt, diplomirani psihoterapevt, diplomirani hipnoterapevt, ki so tudi člani v svojih strokovnih združenjih in društvih. Pridruženi član društva je lahko fizična oseba, ki sprejme kodeks etike medicinske hipnoze in ima izkazano sodelovanje z zdravnikom med opravljanjem medicinske hipnoze. To so lahko: višje in srednje strokovno medicinsko osebje, študentje medicine, študentje višjih letnikov psihologije, študentje psihoterapevtskih programov. Taka strategija društva obeta, da se tudi hipnozi v Sloveniji obetajo boljši časi.

Literatura

- Accardi, M. C. in Milling, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 328-339.
- American Psychological Association. (2012). Hypnosis today – Looking beyond the media portrayal. Pridobljeno s <http://www.apa.org/topics/hypnosis/media.aspx>
- Bongartz, W., Flammer, E. in Schwonke, R. (2002). Die effektivität der hypnoze. Eine meta-analytische studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Bras, S. (1977a). *Izbrana poglavja iz psihoterapije*. Ljubljana: MK.
- Bras, S. (1977b). *Vedenjska terapija*. V Lokar, J. ur. *Psihoterapija* 7. Ljubljana: Katedra za psihijatrijo MF v Ljubljani in Klinična bolnišnica za psihijatrijo Ljubljana: 69-124.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale: Erlbaum.
- Faymonville, M. E., Boly, M. in Laureyrs, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiology* (2006), 463-469.
- Flammer, E. (2006). Die wirksamkeit von hypnotherapie bei angststorungen. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2), 173-197.
- Flammer, E. in Alladin, A. (2007). The Efficacy of Hipnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders: Meta-Analytical Evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274.
- Flammer, E. in Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20(4), 179-197.
- Irving, K., Motgomery, G. in Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Irving, K., Motgomery, G. in Sapirstein, G. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: A meta-analytic reappraisal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 513-516.
- Jeglič, A., Roškar, E., Pajntar, M., Vodovnik, L., Drugovič, M., Štefančič, M. in Zajec, J. (1977). Hipnoza v rehabilitaciji perifernih živčnih lezij : spremembe motoričnega odgovora pri električni stimulaciji. *Zdrav Vestn*, 46, št. 4, 225-228.
- Jensen, M. in Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95-124.
- Kaplan, H. I in Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, M. in Tang, J. L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1933-1941.

Miller, G. E. in Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, 20(1), 47-63.

Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H. in Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 1639-1645.

Moshagen, M. in Musch, J. (2008). Publication bias in studies on the efficacy of hypnosis as a therapeutic tool. *Contemporary Hypnosis*, 25(2), 94-99.

Pajntar, M. (1966). Porod v hipnozi. *Proteus*, letn. 29, št. 2, 54-55.

Pajntar, M. (2002). Hipnoza v medicinski praksi. V: Urbančič K. (ur.), Klemenc D. (ur.). *Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi: zbornik člankov s strokovnega srečanja - 1. simpozija Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Kranjska gora, 4. decembra 2002*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 212-217.

Pajntar, M. (2007). Hipnoza kot metoda analgezije v porodništvu. V: Cesar-Komar, M. (ur.), Pirc, J. (ur.), Kožar, E. (ur.). *Akutna bolečina : zbornik predavanj*. Maribor: SZZB - Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 100-103.

Pajntar, M. (2008). *Hipnoterapija danes*. Isis (Ljubl.), 17, št. 2, 73-76.

Pajntar, M., Jeglič, A., Štefančič, M., Vodovnik, L., Zajec, J., Roškar, E. in Drugovič, M. (1977). Hipnoza v rehabilitaciji perifernih živčnih lezij : povečana hotena aktivnost mišic v obdobju reinervacije: predhodno poročilo. *Zdrav Vestn*, 46, št. 3, 159-162.

Pajntar, M., Roškar, E., Gros, N., Valenčič, V. in Maležič, M. (1980). The evaluation of hemiparetic gait pattern in hypnosis. V: Pajntar, M. (ur.), Roškar, E. (ur.), Lavrič, M. (ur.). *Hypnosis in psychotherapy and psychosomatic medicine : proceedings of the 2nd European Congress of Hypnosis held in Dubrovnik, Yugoslavia, 12-18 May, 1980*. Ljubljana: Slovenian Society for Clinical and Experimental Hypnosis, 133-138.

Pajntar, M., Jeglič, A., Štefančič, M. in Vodovnik, L. (1980). Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with peripheral nerve lesions. *Int. j. clin. exp. hypn.*, jan. 28, no. 1, 16-26.

Pajntar, M., Roškar, E. in Vodovnik, L. (1982). Some neuromuscular phenomena in hypnosis. V Waxman, D. (ur.), Misra, P. C. (ur.), Gibbsom, M. (ur.), Basker, M. A. (ur.). *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press: 181-206.

Roškar, E., Vodovnik, L., Rudel, D., Pajntar, M. in Gros, N. (1979). Merjenje vpliva sugestij na električno draženo mišično kontrakcijo. *Elektrotehniški vestnik*. [Slovenska tiskana izd.], 46, 4, 315-319.

Roškar, E. in Pajntar, M. (1983) The treatent of urinary incontinence by means of hypnosis. *Hypnos* 10 (3-4): 134-40.

Schnur, J. B., Kafer, H., Marcus, C. in Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 114-128.

The British Psychological Society (2001). *The Nature of Hypnosis: A Report Prepared by a Working Party at the Request of The Professional Affairs Board of The British Psychological Society*. Leicester, UK: The British Psychological Society.

Vickers, A. in Zollman, C. (1999). Hypnosis and relaxation therapies. *British Medical Journal* 319(7221), 1346-1349.

Viswesvaran, C. in Schmidt, F. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.

Vodovnik, L., Roškar, E., Pajntar, M. in Gros, N. (1979). Modeling the voluntary hypnosis-induced motor performance of hemiparetic patients. *IEEE trans. syst. man cybern.*, 9, no. 12, 850-855.

Vodovnik, L., Roškar, E., Pajntar, M. in Gros, N. (1979). Modeling the voluntary hypnosis-

induced motor performance of hemiparetic patients. *IEEE trans. syst. man cybern.*, 9, no. 12, 850-855.

Vodovnik, L., Roškar, E., Pajntar, M., Gros, N. in Zrimec, T. (1980). A mathematical approach to some hypnotic phenomena. V: Pajntar, M. (ur.), Roškar, E. (ur.), Lavrič, M. (ur.). *Hypnosis in psychotherapy and psychosomatic medicine : proceedings of the 2nd European Congress of Hypnosis held in Dubrovnik, Yugoslavia, 12-18 May, 1980*. Ljubljana: Slovenian Society for Clinical and Experimental Hypnosis, 102-112

Yapko, M. D. (2003). *Trancework*. 3rd edition. New York: Brunner-Routledge.

Yapko, M. D. (2012). *Trancework*. 4th edition. New York: Routledge.

Wais, K. in Revenstorf, D. (2008). Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie, Elf kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 3(1+2), 57-69.

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 prikaževo 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 psihoterapevtskega 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.

ALEN LATINI, KLINIČNI PSIHOLOG IN PSIHOTERAPEVT, PREDAVATELJ NA FAKULTETI ZA PSIHOTERAPEVTSKO ZNANOST UNIVERZE SIGMUNDA FREUDA V LJUBLJANI, ALEN.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 hypnopsychotherapy 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, hypnopsychotherapy, 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 »somnambulistic 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 hypnopsychotherapy 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. Hierarchy, 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 hypnopsychotherapy

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.

Hypoanalysis

The term hypoanalysis 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 hypoanalysis« (Scott, 2011) and since 1974 the American Academy of Medical Hypnoanalysts(AAMH) has connected psychologists, social workers, counsellors, marital and family therapists, physicians and theologists who use medical hypoanalysis for the treatment of physical diseases and mental disorders.

Scott (2011) in his historical overview of hypoanalysis 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 hypoanalysis. 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 hypoanalysis 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 hypoanalysis 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 hypoanalytic 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 engrain 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 hypoanalysis 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 obljudljajo, 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, psihijatrije, 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 povezel 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 lahketnosti 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 predstavljam 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 izkorisčanje 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 pojmom 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, upočasnj enim 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 pomnenja, razen če ni izrecno sugerirano, da se ukine	pomnenje 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 hipnoredaksacijskega učinka, povečane koncentracije in kooperativnosti. Tako lahko npr. oseba v transu bolj svobodno govorí 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 spremenjanja 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 spremajo fiziološki in psihični fenomeni z vsemi značilnostmi faze razvoja, v katero oseba regredira. Za naju so posebej poučni klinični primeri Miltona 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 komunikacijo,
- 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 paradigm, 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 izkorisčamo. V zanimivem nevrfiziološkem poskušu 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 opravlja svoje delo najbolj ekonomično in hitro (Dabić-Jeftić in Barnes, 1993).

Terapevtsko delo v globokem transu je dragoceno tudi za področje psihotratmatologije, saj z regresijo lahko odkrivamo izvor motečih spominov in travm iz otroštva ali kasnejše preteklosti (še posebej priporočava Ericksonov klinični primer Februarški 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 naštejeva 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 krajsa;
- posthipnotsko sugestijo lahko oseba izvede povsem nezavedno;
- okrepijo se lahko najrazličnejše telesne senzacije, npr. senzacije topote in hladu, izzovemo lahko celo opeklino;
- možna je popolna analgezija in anestezija, amnezija ali hipermnezija;
- 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. Hinopokatarza ima prednost pred katarktičnim tretmanom, ki se dogaja v budnem stanju: v hipnozi namreč oseba veliko lažje zagleda, zasliši in začuti potlačene ali drugače izrijetne (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 neprebavljeni tukki (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 terapeut krepi, opogumlja, da je sposoben, da zmore in da skupaj s terapeutom ponovno podoživi travmatske situacije, za katere predpostavlja, da so v jedru duševne motnje. Pacienta se spodbuja, da

ob močnem čustvenem podoživljjanju spregovori o vseh dogodkih in postopno koščke spominov poveže v zanj smiseln 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 uporabljo 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 njihovemu razmejevanju.

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 Ne-vrolingvističnega 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 doživljjanje in vedenje vgrajen v človekov genom (kar npr. kaže povezava med ultradianimi ritmi vsakdanim 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 smrtnjo 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, terapeut posveča večjo pozornost ključnim veščinam pri uporabi besed in kretenj, 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, pedatriji) 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 vojakih, ki so v prvi svetovni vojni doživeli travmatiski 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 pionirske delo. Tako je npr. pokazal, da je s hipnozo možno spremnjeni spomine, da hipnagoško sanjarjenje lahko pojasni nezavedne vsebine in da so bistvo nevrose 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 psihoterapeuti 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 travmatiskih 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.

Ključen 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 terapeut 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.

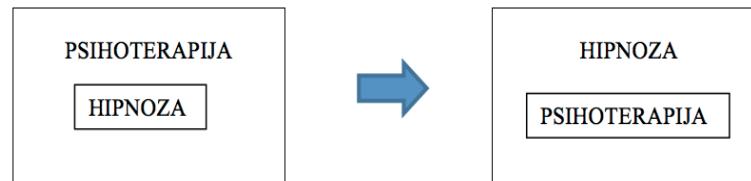
Wolberg (1964) je skupaj z Lindnerjem ovrgel ključne predvodne in napačne trditve o hipnozi, ki so se od vključno Freuda naprej razvile v bolj ortodoksnih psihoanalitskih krogih. Pokazal je na primer, da je s hipnozo možno zmeščati odpore do razkrivanja nezavednih vsebin in da je možno analizirati pacientov transfer predno pride do potlačitve. Na očitek, 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). Razločil 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 psihoanalyze 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 definiral 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 praks 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 Gräwe (2004).

S to novo, hipnopsihoterapevtsko naravnostjo bi se lahko tudi vrnili 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 transfera. Če pa pristreno na Lindnerjev obrat, potem lahko vidimo terapevtsko uporabo hipnoze v razvijanju tiste vrste vzdušja v dialogu in odnosu med terapeutom 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 terapeut 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 terapeutovim 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 nezavestne komunikacije še korak dlje: »Začel je z raziskovanjem nezavestnega mentalnega procesa in razlik med zavestnimi in nezavestnimi miselnimi procesi [...] Nato je šel korak dlje in proučeval, ali lahko nezavestno ene osebe razbira in in-

interpretira 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. Kogi 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 terapeut v dialogu podata na pot preko ozemlja, ki nima zemljevida oziroma vnaprej začrtanih poti: »Terapeuti 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.

Terapeut 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 klienci prav tako porodna babica za terapeutovo psiho, ko se ta na novo poraja. Kadar psihoterapeut v terapevtskem procesu kot »porodna babica« upošteva spontane hipnotske fenomene ali izvaja formalno hipnozo, mora razviti drugačno kvalitetno 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 dojemanju 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 nezavetno (Barnes, 1994).

Prav pri delu v globoki hipnozi, ko oba, terapeut in pacient, razvijeta globoki trans, se najbolj očitno pokaže, kako je intersubjektivno nezavedno ključen vir za terapevtsko spremembo. Kljub vse večjemu vedenju 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 terapeut neguje sebe in terapevtski odnos kot glavna instrumenta in se zaveda, da so tehnike sekundarnega pomena, ko večje »potrjuje in izkoristi veliko kompleksnih osebnih, medosebnih in kontekstualnih dejavnikov, ki se v različnih stopnjah prepletajo in vplivajo na klientovo odzivnost.« (Yapko, 2012: 7).

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

Strokovna kompetentnost za uporabo hipnoterapije in hipnoanalize oziroma hipnopsihoterapije

Ali je dovolj, da terapeut 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, doživljjanj in razmišljjanj? 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 terapevtov sposobnosti za vzpostavljanje 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 terapeut obvlada osnovne veščine za vzpostavljanje stika s pacientom in tehnike za dajanje različnih sugestij (za indukcijo in poglabljanje 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 terapeut 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 terapeutsko uporabo hipnoze kot dialoške prakse vidi v razvijanju tiste vrste vzdušja v odnosu med terapeutom 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, hipnopsihanalitik ali hipnopsihoterapeut 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 psihoterapeut preizkusi terapevtski proces na lastni koži. Grajenje kompetentnosti za hipnoanalizo je možno samo tam, kjer je izobraževanje iz psikoanalitskih 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 sistemski psihoterapije na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, v program katere je vključil hipnopsihoterapevtske vsebine, ki temeljijo predvsem na delu Miltona 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 ponocí 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 induciral 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 ambulanti 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 četrtni 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

Kljud velikemu napredku v razumevanju in zdravljenju disociativnih motenj, ostaja jo velik diagnostični in terapevtski izziv. Da bi olajšala razumevanje primera pacientke, najprej podjava 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«, česarovo je ugotovil, da lahko s hipnozo simptome odstrani ali ponovno prikliče. Pierre Janet je prepoznaval 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 spominimi 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 oslabelost ali paraliza (ene ali več okončin – monoplegia, hemiplegija, paraplegija),
- kontrakture ali mišične atrofije pri kroničnih primerih,
- tiskom 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 nekaj minutno neuskajljeno 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 smrto ali očitna grožnja med travmo,
- grožnja s smrto 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 obsegata nekaj ur ali nekaj dni in služi »izbrisanku« 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,bolehala 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 potreben odločiti, ali so vsi simptomi organske narave ali ne.

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

- demenza, delirij, ali motnje po aplikaciji elektrokonvulzivne terapije,
- amnestične motnje kot posledica telesne bolezni ali stanja (anoksična amnezija, infekcije centralnega živčnega sistema, cerebralne neoplazme, epilepsija, metabolične in nutrične 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 integrita (Michelson in Ray, 1996). Parkin (1997) razlagata 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 uporablja 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/psihoanalitisko 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 multi-kavzalnost psihičnih težav in pacientu pomagati pri vnašanju in utrjevanju terapevtskih sprememb v vsakdanje življenje.

Anamnistični 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, mravljinov po vsej levi polovici telesa (še posebej po nogi), oteklin 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 regredila 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 dekliški 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 živila 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 »pozabljenok«, 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 terapeutu 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 induciral 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 izpadl 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 reklji, 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 spreminja. 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 spominim, 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 spominim. 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 sprembla 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 doživljjanje 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. Tako 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 psihično 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 alianse.

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 psihoterapeutov 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 deficiti tako, da je potreben 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 ustrezen razvoj v točkah, kjer je prišlo do zastaja, 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 higienike 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 psihoseksualnega razvoja – do stopnje dediferenciacije in zlivanja ter deneutralizacije gonskih teženj libida in agresivnosti v smislu uravnnavanja tesnobe separacijske narave. Pacientka je v najbolj občutljivi fazi razvoja, ko se začenja 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 terapeutom, 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 katemer 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 sosedi. Doma je imala 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 avtora 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 kru-to! [...] Ni vedela, kaj se z mano dogaja (se hudo joče). Ona je mislila, da so vsi dobri, da nikoli nočeo 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 toliko stvari ni dobro iti, a moram iti skozi. V ozadju nekaj je, misli mi skozi žežijo na to obdobje, čeprav nerada, ampak mi uhajajo misli nazaj.

Z vsem se bom mogla soočiti, ker zdaj vidim, da če to pustum 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 nočeo 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 ambulanti. 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: Katedra 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 renascence 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: novejše 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 ute-meljena 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*. Blooming-ton: 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.

HIPNOPSIHOTERAPIJA¹

Miran Možina²

»Vsak človek je enkraten. Zato moramo psihoterapijo prikrojiti enkratnosti posameznikovih potreb, ne pa ga skušati stlačiti v Prokrustovo posteljo hipotetičnih teorij o človeškem vedenju.«
Milton H. Erickson (v Zeig in Gilligan, 1990, str. xix)

1 UVOD: OD HIPNOZE PREKO HIPNOTERAPIJE DO HIPNOPSIHOTERAPIJE

1.1. »Nočem, da bi me bolelo«: primer hipnopsihoterapije Miltona H. Ericksona

Ker je bil psihiater in psihoterapevt Milton Hyland Erickson (1901-1980) najpomembnejši inovator na področju uporabe hipnoze v terapevtske namene v njeni celotni zgodovini (Haley, 2022; Možina, 2022), začenjam s kratkim prikazom primera iz njegove prakse.

Ericksona so prosili, naj pomaga ženski, ki je zbolela za rakom in trpela skrajno hude bolečine. Metastaze so se razširile v pljuča ter po kolkah in medenici. Tudi morfij in drugi narkotiki niso zalegli, da bi ji ublažili neznosne bolečine. Ko je Erickson skupaj z lečečim zdravnikom vstopil v Cathyjino sobo, je začela s trpečim glasom ponavljati dva stavka: »Nočem, da bi me bolelo. Nočem, da me preplašite. Nočem, da bi me bolelo. Nočem, da me preplašite...« Stara je bila samo šestintrideset let in je imela tri otroke, najstarejši je dopolnil sedem let. Vedela je, da ji ostaja samo še par mesecev življenja.

Erickson je takoj pritegnil njeno pozornost: »Ampak moraloo vas bo boleti. Moraloo vas bom preplašiti. Moraloo vas bo boleti. Moraloo vas bom preplašiti. Vendar samo malo.«

Nato je Erickson Cathy sugeriral, naj ostane budna od vrata navzgor, medtem ko naj njeno telo zaspi. S prizvokom nujnosti v glasu ji je rekel: »Ne vem, zakaj. Ne vem, kaj to pomeni. Vendar vas mora začeti srbeti na podplatu.« Cathy, ki si je obupno želeta olajšanje bolečine, se je sugestiji uprla: »Mi je žal, ampak ne morem razviti srbenja. Vse, kar lahko čutim, je odrevenelost pete.« Erickson je na vlijuden način izrazil svoje obžalovanje, da ji ni uspelo razviti srbenja in ji nato sugeriral, naj se odrevenelost postopno razširi po celiem stopalu, nogah, medenici in po možnosti do vrata. Ko se je občutek odrevenelosti povzpel do prsnega koša, je Erickson opazil: »Na mestu, kjer so vas operirali, je še vedno sveža rana. Mi je žal, ampak te bolečine ne morem odstraniti.« Cathy je sprejela njegovo obžalovanje in mu oprostila njegov »neuspeh«. Oba sta se strinjala, da je preostala bolečina dovolj majhna, da jo bo lahko prenašala. To srečanje je bilo konec februarja in do konca avgusta istega leta, ko je padla v komo in kmalu nato umrla, je bila večinoma brez bolečin. (Short, Erickson in Erickson, 2006, str. 63)

¹ Tekst je bil objavljen kot poglavje v knjigi Možina, M. (2022). Hipnopsihoterapija. V N. Podgornik Pulec (ur.), *Sodobne metode v psihoterapiji in energijski psihologiji* (str. 127-191). Faculty of Social Sciences, University of Ss. Cyril and Methodius in Trnava.

² Mag. Miran Možina, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, supervisor in učni terapeut, je direktor ter vodja izobraževanja iz sistemskih psihoterapij in hipnopsihoterapije na ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja (SFU Ljubljana). Je tudi strokovni vodja ambulante za otroke in mladostnike v okviru Psihoterapevtske ambulante SFU Ljubljana. Pri svojem kliničnem delu že 35 let uporablja hipnozo.

Ta primer sem za uvod izbral iz najmanj treh razlogov: a) ker je Erickson svoje znanje in večine o hipnozi najraje posredoval s pomočjo kazuistike in zgodb, ki so bile navdihujče in motivirajoče za nadaljnje učenje (Rosen, 1982); b) ker ta primer nazorno kaže, kako izjemno učinkovita je lahko uporaba hipnoze pri zdravljenju oziroma lajšanju bolečin, tako da danes v ta namen široko uporablja (npr. Simonton, Simonton in Creighton, 1988; Accardi in Milling, 2009; Elikins, Jensen in Patterson, 2007; Hilgard in Hilgard, 1975; Jensen in Patterson, 2006; Kravits, 2013; Landolt in Milling, 2011; Mendoza in dr., 2017; Neron in Stephenson, 2007); c) ker je pri tako hudih problemih, s kakršnim se je srečala Cathy, ki človeka popolnoma ohromijo in onemogočijo, strategija razstavljanja problema na manjše dele lahko zelo uspešna.

V sicer kratkem zapisu pa lahko izkušeno hipnopsihoterapevtsko oko vseeno prepozna naslednja glavna načela Ericksonovega načina dela:

- *utilizacijo ter prikrojevanje terapije specifičnim potrebam in pričakovanjem vsake klientke*: utiliziral je Cathyjin strah, da bi jo kaj bolelo in preplašilo;
- *vzpostavljanje stika ter razvijanje povezanosti in zaupanja v terapevtskem odnosu*: z utilizacijo strahu je hitro vzpostavil stik, saj jo je s tem, ko je ni takoj začel miriti na običajen način (npr. gospa, ne bojte se, nič vas ne bo bolelo), presenetil in pritegniti njeno pozornost;
- *ustvarjanje zmede s pomočjo presenečenj*: presenetil in zmedel jo je, ko ji je sugeriral, da jo bo začel srbeti podplat. Hkrati pa je s tem tudi zaposlil njen zavestni um in lociral njen odpor na določen del telesa ter tako njenemu nezavednemu umu omogočil, da opravi z bolečino;
- *usmerjenost na vire in izkoriščanja nezavednega kot vira*: občutek odrevenelosti v peti, ki je bil spontani odgovor nezavednega, je uporabil kot vir za razvijanje analgezije;
- *posredno komuniciranje z uporabo paradoksov (v drugih primerih tudi s pomočjo metafor, simbolov, kontradikcij, dvojnih pomenov in humorja)*: paradoks je skrit v opravičilu za »neuspeh«, ker ni mogel odpraviti še bolečine zaradi sveže rane na prsnem košu;
- *uporabo vsakdanjega transa za razvijanje terapevtskega plitkega in globokega transa*: ker so bolniki na bolnišničnih oddelkih v stanju relativne senzorne deprivacije in zato običajno v transu, je že ob vstopu v sobo izkoristil njen vsakdanji trans, ki ga je v terapevtske namene poglobil. Tega v kratki vinjeti sicer ni eksplicitno opisal, vendar je jasno, da tako dober in dolgotrajni analgetični učinek brez dela v globokem transu, v katerem je prišlo do velike spremembe v čutenju telesa, ne bi bil mogoč (za podrobnejši opis teh načel v slovenščini glej Možina, 2022, str. 153-187, v angleščini pa Short, 2017).

1.2 Hipnoza je pozabljeni kraljica psihoterapije

Hipnoza je človeški pojav in je stara toliko kot človek. Uporabljali so jo v Egiptu pred 3000 leti in v grških preročiščih. Bila je tudi sestavni del praks perzijskih magov, hindujskih fakirjev in indijskih jogijev. Po Eskulapu je prvi zapis o hipnozi spanje v templjih v Egiptu in Grčiji. (Pintar in Lynn, 2008) Če hipnoterapijo razumemo kot uporabo hipnoze za zdravljenje telesnih bolezni in duševnih motenj, gre za najstarejšo obliko psihoterapije, katere dvesto petdesetletni razvoj sega od Franza Antona Mesmerja (1734-1815), ki je prvi podal naturalistično razlago hipnoze oziroma hipnoterapije in leta 1784 potrdil njeno učinkovitost pred komisijo takratnih eminentnih znanstvenikov (Ellenberger, 1970), do današnjega dne. (Lynn in Kirsch, 2006; Bran, Owens in Williamson, 2012; Nash in Barnier, 2008; Revenstorf in Peter, 2015; Yapko,

2012, 2015) Postopno je po eni strani hipnoza preko integracije v različne psihoterapevtske pristope pomembno prispevala k evoluciji psihoterapije nasploh in k razvoju psihoterapevtske znanosti (Barnes, 1994, 2002, 2004; Mordeniz, 2020), saj je empirično podprtta s številnimi raziskavami tako v eksperimentalnem (laboratorijskem) (Kroger, 2008) kot tudi kliničnem kontekstu. (Kessler, 2005; Alladin, Sabatini in Amundson, 2007) Po drugi strani se je na primer v Avstriji razvila v samostojni psihoterapevtski pristop. (Kanitschar, 1995)

Osrednja značilnost hipnopsihoterapije je izkoriščanje vsakdanjih hipnotičnih pojavov v terapevtske namene s pomočjo vzpostavljanja in razvijanja zaupnega terapevtskega delovnega odnosa oziroma terapevtske alianse, načela utilizacije in posrednega načina terapevtskega dela, spodbujanja orientacije v prihodnost in izkoriščanja virov za doseganje rešitev ob hkratni uporabi regresivnih tehnik in delu na travmah s pomočjo transa idr. Kljub temu da je uporaba hipnoze v terapevtske namene dokazano učinkovita pri blaženju in reševanju širokega spektra telesnih in duševnih težav, je njen potencial v sodobni psihoterapiji (pa tudi medicini) veliko pre malo izkoriščen, zato lahko rečemo, da je pozabljeni kraljica psihoterapije, saj jo vsaka generacija pozabi in nato ponovno odkriva. (Soršak, 1998) K temu po eni strani prispevajo predsodki, ki izhajajo predvsem iz odrske hipnoze, po drugi strani pa je usposabljanje za hipnopsihoterapijo (EAHP, 2000), ki poteka v okviru izobraževanja za psihoterapijo kot samostojen poklic, zahtevnejše in dolgotrajnejše za razliko od hipnoterapije in medicinske hipnoze, kjer nudijo tovrstne storitve številni različni strokovnjaki (predvsem zdravniki in psihologi) po relativno kratkih tečajih.

Uporaba hipnoze ni nujno vezana na psihoterapijo (Kirsch, Montgomery in Sapirstein, 1995; Kirsch, 1996; Rojšek, 1997; Kossak, 1997, 2004), temveč je zelo koristna tudi v medicini (npr. Pajntar, 1966, 2002, 2007, 2008; Faymonville, Meurisse in Fissette, 1999; Alman, 2001; Fredericks, 2001; Heap in Aravind, 2002; Elkins in dr. 2004; Stewart, 2005; Elkins, Jensen in Patterson, 2007; Kroger, 2008; Bran, Owens in Williamson, 2012; Hirkić, 2020), zobozdravstvu (npr. Erickson, Hershman in Secter, 1961; Heap in Aravind, 2002; Kroger, 2008; Kossak in Zehner, 2011), športu oziroma v treningu športnikov (npr. Tušak, 2009; Berić, 2013; Barker in Jones, 2013; Dao, 2019), vzgoji in izobraževanju (npr. Možina in Cvetko, 2012), coachingu (Theuretzbacher in Nemetschek, 2021; pri nas je najbolj znano nevrolingvistično programiranje - NLP (Bandler in Grinder, 1975abc; Brooks, 1996; O'Connor in Seymour, 1996; Korenjak, 2004;)), socialnem delu (Winsor, 1993; Šugman Bohinc, 2003; Jagrič, 2010), forenziki (Areh, 2003, 2011; Gravitz, 2010; Kepic, 2012), v okviru psihosocialnega in psihološkega svetovanja (Šugman Bohinc, 2000, 2003; Soršak, 2013; Sapp, 2014), supervizije (Možina, 2021a), alternativnega zdravljenja (Shenefelt, 2002; Devinsky, Schachter Pacia, 2005), razvijanja čuječnosti (Harrer, 2009; Yapko, 2011; Green, Laurence in Lynn, 2014) in duhovnih praks (Barber, 1970; Newton, 2004; Alpheus, 2009; Wickramasekera, 2013; Webber, 2020) ter celo v hipnotični naraciji in literarnem ustvarjanju (Bergeret, 2020) itn. V veliki meri je ta široka uporabnost hipnoze povezana z dejstvom, da je potencial za hipnotično doživljjanje in vedenje vgrajen v človekov genom (Rossi, 1986; Rossi in Lippincott, 1992) in da so zato hipnotični pojavi v človekovem vsakdanu stari toliko, kot je stara človekova evolucija. (Ray, 2007) Te naravne hipnotične pojave in sposobnosti lahko zato izkoristimo za učenje, zdravljenje, osebno in duhovno rast.

S številnimi nadzorovanimi študijami, metaanalizami in sistematičnimi pregledi literature (glej pregled metaanaliz v Pajntar, Areh in Možina, 2013; pa tudi Matthews, Conti in Starr, 1998; Lynn in dr., 2000; Nash, 2000; Bongartz, Flammer in Schwonke, 2002; Parker in Parker, 2003; Montgomery in dr., 2002; Flammer in Bongartz, 2003; Sachse, 2004; Lynn in Kirsch, 2006;

Revenstorf, 2006; Nash in Barnier, 2008; Wais in Revenstorf, 2008; Tefikow in dr., 2013; Sapp, 2014; Jensen in dr., 2015; Revenstorf in Peter, 2015; Rotaru in Rusu, 2016; Milling in drugi., 2018) so znanstveno potrjeni zdravilni učinki hipnoterapije in hipnopsihoterapije, tako pri odraslih kot otrocih, pri širokem spektru medicinskih bolezni in stanj (npr. poškodbe, rak, opeklne, tinitus, in duševnih težav, kot so npr. akutne in kronične bolečine, stresne, potravmatske disociativne, anksiozne in depresivne motnje, motnje spanja in hranjenja, spolne motnje, zasvojenosti, motnje osebnosti, psihosomatske težave (npr. tenzijski glavoboli in migrene, mišične napetosti, astma, gastrointestinalne motnje, kožna, revmatična in avtoimuna obolenja idr..

2 TEORETIČNO OZADJE

2.1 Definicije hipnoze

V svetu in pri nas raznolika raba pojmov hipnoza, terapevtska oziroma klinična hipnoza, medicinska hipnoza, hipnoterapija, hipnoanaliza in hipnopsihoterapija ustvarja precejšnjo zmedo (Wagstaff, 1998; Gruzelier, 2000), zato sem predlagal bolj jasno razmejitev med njimi. (Možina in Latini, 2016) Tudi Ameriško psihološko združenje (American Psychological Association - APA), ki je pomembna referenčna točka na svetovni ravni, si že dolgo prizadeva najti definicijo hipnoze (prvi poskus leta 1993, drugi 2003 in zadnji leta 2014), ki bi lahko predstavljal skupno izhodišče tako za eksperimentalno kot tudi klinično hipnozo, vendar tega trdega oreha še ni strla. Potem ko je bila definicija, ki jo je posebna delovna skupina APA oblikovala leta 2003 dolga kar celo stran (glej njen prevod v Pajntar, Areh in Možina, 2013, str. 20-21) in je bila deležna številnih kritik (Araoz, 2006; Barabasz in Whither, 2005; Green in dr., 2005; Rossi, 2005; Spiegel in Greenleaf, 2005; Woody in Sadler, 2005; Yapko, 2005), je zadnja iz leta 2014 telegrafska kratka: »Stanje zavesti, ki vsebuje usmerjeno pozornost in zmanjšano periferno zavedanje, kar poveča sposobnost odzivanja na sugestijo.« (Elkins, 2015, str. 382) Vendar je bila tudi ta ob pohvalah (Sanchez-Armass, 2015) deležna kritik (Lynn in dr., 2015). V nemško govorečem prostoru pa priporočajo razlikovanje med hipnozo kot stanjem, kjer se jim zdi bolje uporabljati pojem »hipnotični trans« in hipnozo kot postopkom, ki vodi v indukcijo tega stanja (Revenstorf in Peter, 2015).

Podobno kratki sta definiciji hipnoterapije in hipnotizabilnosti: »Hipnoterapija je uporaba hipnoze v zdravljenju medicinskih ter duševnih motenj in težav« (ang. "The use of hypnosis in the treatment of a medical or psychological disorder or concern"). Namerno so poskušali vključiti širok razpon disciplin, ki se ukvarjajo s skrbjo za zdravje, kot tudi se ne omejiti na določeno diagnozo ali težavo (ang. concern), kjer še ni možno postaviti določene diagnoze duševnih motenj ali telesnih bolezni. Hipnotizabilnosti oziroma dojemljivosti za hipnozo (ang. hypnotizability) pa so definirali takole: »Posameznikova sposobnost doživljanja sugeriranih sprememb v fiziologiji, čutnjih, čustvih, mislih ali vedenju med hipnozo.« (Elkins, 2015, str. 282) Ob tem se še vedno krešejo mnenja o razlikah med sugestibilnostjo in hipnotizabilnostjo (Kirsch in dr., 2011), ki pa presegajo namen tega članka.

Definicijo hipnoze, ki je po dolžini med ultra dolgo in ultra kratko APA verzijo, je podal Michael Yapko, avtor enega najbolj popularnih učbenikov hipnoterapije z naslovom »Trancework« (Yapko, 2012), ki je izšel že v štirih dopolnjenih izdajah: »Hipnoza je osredotočeno (fokusirano) doživetje absorbcije pozornosti (zatopljenosti), ki povabi ljudi, da se odzovejo izkustveno na več ravneh, da bi okreplili in uporabili svoje osebne vire za doseganje

določenega cilja oz. ciljev. Če se jo uporablja v kliničnem kontekstu (kot hipnoterapijo ali hipnopsihoterapijo, op. M. M.), terapeut posveča večjo pozornost ključnim veščinam pri uporabi besed in kretenj, da bi spodbudil določene terapevtske izide. Pri tem potrjuje in izkoristi veliko kompleksnih osebnih, medosebnih in kontekstualnih dejavnikov, ki se v različnih stopnjah prepletajo in vplivajo na klientovo odzivnost.« (Yapko, 2012, str. 7)

2.2. Miti in predsodki o hipnozi ter dejstva o hipnopsihoterapiji

Nobena psihoterapevtska metoda in noben psihoterapevtski pristop ni obtezen s toliko miti in predsodki kot ravno hipnopsihoterapija (glej tabelo 1). Zato je potrebno pred uporabo hipnoze v psihoterapiji s klienti preveriti, koliko so se jih ti miti in predsodki prijeli, saj ovirajo ali celo preprečijo pozitivne hipnopsihoterapevtske učinke.

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 terapeuti z različnimi predizobrazbami in stopnjami usposobljenosti za hipnoterapijo objubljajo, kaj vse lahko (o)zdravijo - od plešavosti, jecljanja, motečega temperamenta, premajhnih dojik 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 šarlantske zlorabe, odporn strokovnjakov na področju medicine, psihijatrije, psihoterapije in psihosocialne pomoči do uporabe hipnoze kot učinkovite metode diagnosticiranja, zdravljenja in pomoči.

Tabela 1: Miti in predsodki o hipnozi ter dejstva o hipnopsihoterapiji (prirejeno po Jagrič, 2010, str. 20-21; Yapko, Hammerman in Lenard, 2000, str. 129-130; Edlin in Golanty, 2010, str. 37; Kazarian, 2001, str. 58).

MITI IN PREDSODKI O HIPNOOZI	DEJSTVA O HIPNOPSIHOTERAPIJI
Ljudje, ki so hipnotizirani, izgubijo nadzor. Postanejo kot zombiji, ki so popolnoma pod hipnotizerjevim nadzorom.	V hipnopsihoterapiji klient sam nadzira dogajanje v transu.
Hipnoza je kot serum resnice. Oseba bo prišla v stik z dolgo pozabljenimi spomini in travmami.	V hipnopsihoterapiji klientu pomagamo, da se spomni samo tistega, česar se je pripravljen spomniti.
Hipnoza te naredi odvisnega od hipnotizerja.	Hipnopsihoterapevt skrbi, da ne klienti ne postanejo odvisni od njega, temveč ravno obratno, da razvijajo svojo avtonomnost.
Hipnotizirane osebe se pretvarjajo, da so v stanju transa.	Merjenja možganskih valov in fizioloških odzivov so pokazala, da se osebe ne pretvarjajo in da so v posebnem stanju zavesti.
Hipnoza je enaka spanju.	Med hipnozo in spanjem je veliko razlik. Nevrozanstvene raziskave so pokazale, da se hipnotizirani klienti zavedajo, kaj govorijo in počnejo, razen če sprejmejo sugestijo, da naj zaspijo.

Ljudi z določeno osebnostjo se lažje hypnotizira kot druge.	Ni povezave med osebnostjo in zmožnostjo biti hypnotiziran. Nekateri ljudje so bolj odprtji za sugestije in hipnozo.
Hypnotizirane osebe se lahko pripravi, da rečejo ali naredijo karkoli, tudi kaj sramotnega ali nenačelnega.	To je predsodek, ki izhaja predvsem iz odrske hipnoze. V hipnopsihoterapiji veljajo stroga etična pravila, ki ščitijo dostojanstvo klientov. V kolikor bi vseeno kaj doživeli kot sramotno ali nenačelno, lahko trans kadarkoli prekinejo.
Hypnotizirani ljudje se ne spomnijo, kaj so rekli ali naredili v hipnotičnem stanju. To sugestijo radi uporabljajo pri odrski hipnozi, da bi naredili vtis na občinstvo.	Le če klient v stanju transa sprejme sugestijo, da bo pozabil, kaj je rekel ali naredil, lahko pride do amnezije. Ta lahko v določenih primerih, npr. pri predelovanju travm, olajša terapevtski proces.
Prava hipnoza je samo tista, kjer pride do popolne amnezije.	Klient v hipnopsihoterapiji se lahko dobro spomni, kaj je doživel v transu, lahko pa ima tudi delno ali popolno amnezijo. To je odvisno predvsem od tega, kaj mu najbolj koristi.
Hipnozo lahko uporabljam za natančen priklic vsega, kar se je človeku zgodilo.	To ni možno, saj je človekov spomin njegova lastna, subjektivna konstrukcija in ne objektivno skladišče podatkov, podobno računalniškemu spominu.
Hypnotizirano osebo se lahko pripravi do tega, da bo naredila zlobno ali kriminalno dejanje.	Do tega lahko pride v okviru masovne hipnoze, ne pa v okviru hipnopsihoterapije, kjer se upošteva in spodbuja osnovne človeške vrednote.
Hipnotizirani ljudje izgubijo zavest.	Hipnotizirani klienti so v spremenjenem stanju zavesti – ne izgubijo zavedanja in ne zaspijo. Lahko slišijo in se odzivajo na terapevtovе sugestije.
Hipnotizirani ljudje lahko obtičijo v stanju hipnoze, se ne morejo prebuditi, ampak lahko ostanejo »zaklenjeni« v transu.	Hipnotizirani klienti imajo v hipnopsihoterapevtskem procesu popoln nadzor in lahko prekinejo hipnotično stanje v vsakem trenutku (razen če zaspijo ali uživajo v tem stanju ali prijetni situaciji tako zelo, da je nočeo prekiniti).
Hipnoza oslabi voljo in lahko človeka pripravi, da naredi stvari proti svoji volji.	Hipnopsihoterapija ne oslabi volje, razen če si tega ne želi klient, ko oceni, da bi mu to lahko pomagalo glede na nekatera specifična vedenja.
Hipnoza je vedno dobra.	Hipnoza sama po sebi ni dobra, saj sugestije, ki so podane, ko je oseba v transu, lahko koristijo ali škodijo. Hipnopsihoterapija zato odpravlja učinke škodljivih sugestij, ki jih je klient ponotranjil in jih nadomešča s koristnimi sugestijami.
Ko si enkrat hypnotiziran, se hipnozi ne moreš več upreti.	Čeprav se klient v hipnopsihoterapiji s pomočjo t. i. »minimalnih namigov« (ang.

	minimal cues) lahko nauči hitrega uvajanja v trans, je to možno le, v kolikor se klient odloči, da se bo nanje odzval.
Hipnoza je zgolj sproščenost.	Sproščenost olajša hipnopsihoterapevtski proces, ki pa je mnogo več od sproščanja.
Za razvijanje hipnotičnega transa je nujen ritual uvajanja (indukcije).	Ni nujen, saj do transa lahko pride tudi spontano, kadarkoli nekaj v notranjem doživljanju ali v okolju pritegne človekovo pozornost, da pride do zatopljenosti.

2.3 Hipnotični pojavi v vsakdanjem življenju kot izhodišče za hipnopsihoterapijo

Erickson je razvil svoj naturalistični hipno(psiho)terapevtski pristop na osnovi pazljivega opazovanja vsakdanjih hipnotičnih pojavov, še posebno t. i. »vsakdanjega transa« (glej tabelo 2), ki jih je potem utiliziral v klinični hipnozi za spodbujanje terapevtskih sprememb tako v plitkem kot tudi globokem transu. (Erickson, 1980; Erickson in Rossi, 1979; Erickson, Rossi in Rossi, 1976) Zato je rad poudarjal, da v njegovem delu in v hipnozi nasploh ni nič magičnega. (Možina in Hus, 2017) Hipnotično sposobnost imamo vrojeno, tako da je trans naš vsakodnevni spremjevalec, bodisi ko se umirimo ali pa smo aktivni (t. i. aktivna hipnoza). Ključna značilnost teh doživetij je, da pride do osredotočanja in absorbcije pozornosti (zatopljenosti) ter disociacije, kar se lahko zgodi v tako različnih situacijah, kot so na primer dnevno sanjarjenje, čakanje na avtobus ali vlak (in seveda tudi vožnja z njima), zatopitev ob lepem prizoru v naravi, branje ali zavzeto poslušanje, ko nas nekaj zanima (še posebno hipnotično privlačne so zgodbe), rekreativna hoja, tek, kolesarjenje, rutinska opravila (na primer pomivanje posode, likanje, šivanje). Ta stanja so tako običajna in domača, da jih velika večina ljudi ne prepozna kot hipnotične pojave.

Ko študentom predavam o vsakdanjem transu, za konkretno ponazoritev izkoristim kar njihove šolske izkušnje. Vsi so namreč kdaj doživeli dolgočasnega učitelja, ko se jim je ura vlekla in so v mislih odtavali na drug kraj ali v druge situacije (disociacija), da so notranje podobe postale žive kot v sanjah, medtem ko je njihovo telo razvilo negibnost (katalepsijo), pogled postal odsoten, vse, kar je učitelj govoril, pa je postal del oddaljene zvočne kulise (prehodno neslišanje, izklapljanje zunanjega sveta). Ko bi se ob zvonjenju šolskega zvonca, ki je označil konec ure, prebudili, pa na vprašanje, kaj se jim je med takšnim šolskim transom pletlo po glavi, ne bi znali odgovoriti (pojav pohipnotične amnezije).

Tabela 2: Znaki vsakdanjega transa, ki so lahko v vsakdanjih situacijah prisotni v večjem ali manjšem številu (Rossi in Nimmons, 1995, str. 53; Erickson, Rossi in Rossi, 1976, str. 306).

polikan, prazen, sproščen obraz, obrazne mišice "zaspijo"	krvni pritisk pada, frekvenca srčnega utripa se zmanjša (občutek hladu)
neosredotočen, odsoten, »prazen« pogled, strmenje, zenice so videti globlje	dihanje postane enakomernejše in globlje, počasnejše
zehanje, globoki vdih in nehotno šmrkanje	vtis veseljske sproščenosti
upočasnitev refleksov (izgine refleks mežikanja, zrklo "migeta")	padec mišičnega tonusa, občutek teže
potreba po odmoru, pretegovjanju, vstajanju, gibanju	nehotni giblji in trzaji mišic, na primer prstov, rok, nog
odsotno praskanje, gladenje telesa ali igranje z deli telesa	težave z ohranjanjem koncentracije in pozornosti navzven, disociiranje
manjša zavzetost z običajnimi zavestnimi mislimi in vprašanji	prehodno neslišanje, izklapljanje zunanjega sveta
kruljenje v želodcu, nenaden občutek lakote	glas postane globlji, govor se upočasni, postane bolj otroški, enostaven
tiščanje na vodo	spontana spolna reakcija: erekcija, navlaženje sluznic, spolne fantazije
zasanjanost, dnevno sanjarjenje in zaspanost	amnezija (kot pri sanjah)

Ko je Erickson opazil, da so se v toku terapevtskega pogovora pri klientih začeli spontano pojavljati vsakdanji hipnotični znaki (na primer polikan obraz, odsoten pogled oziroma strmenje, upočasnitev refleksa mežikanja, negibnost), kar je poimenoval »odzivna pozornost« (angl. response attentiveness), jih je povabil v poglabljanje transa s sugestijami ali s preprostim komentarjem, kjer se je namerno čim bolj izogibal intelektualnim razlagam na primer takole: »To je to. Ostanite s tem. Sledite temu.« Klientom je dal možnost, da so v transu ostali z odprtimi ali zaprtimi očmi (ali so jih imeli izmenično odprte in zaprte). V obeh primerih pa jim je pomagal, da so lažje prišli v stik s svojimi notranjimi mentalnimi procesi in neizkoriščenim vedenjem, kar je rad nagovoril s frazo »vem, da ne veš, da veš«. (Možina in Vodeb Bonač, 2000) Po taki potopitvi v nezavedno zakladnico neizkoriščenih možnosti so klienti pogosto poročali o bolj konstruktivnem in prožnejšem vedenju.

Že pred Ericksonom so nekateri znani psihologi, zdravniki in psihoterapevti postali pozorni na velik pomen spontanih vsakdanjih posebnih stanj zavesti za terapevtsko delo. (Kobal, 1997) Tako je na primer Braid govoril o »dvojni zavesti«, Charcot o »hipnoidnih stanjih«, Janet o »stanjih z manjšo energijo«, Freud in Breuer sta v krajših psihičnih »odsotnostih« ugotavljala posebno ranljivost, ko travme lahko postanejo začetek nevroz, Jung pa je dodal, da smo v trenutkih odsotnosti bližje ustvarjalnemu nezavednemu in da imajo »čustveni kompleksi« ritme, ki lahko trajajo minute, ure, dneve ali tedne (glej tabelo 3). (Rossi, 1986)

Rossi je po Ericksonovi smrti nadaljeval s proučevanjem vsakdanjega transa in ga povezal z izsledki kronobioloških raziskav o človekovih naravnih ritmih, še posebno o t. i. »ultradianih ritmih« (Rossi, 1986; Rossi in Nimmons, 1995), okoli 90 minut trajajočih ciklusih, ki se kažejo v različnih vzorcih telesne in duševne aktivnosti. Tako v spanju nihamo med globokim spancem in REM fazami, ko sanjamo, medtem ko se v budnosti ravnovesje med parasimpatičnim in simpatičnim avtonomnim živčnim sistemom na vsakih 90 do 120 minut za okoli 20 minut

prevesi v prid prvemu. Po fazi (simpatične) aktivnosti nastopi (parasimpatična) faza »ultradianega premora« (t. i. »temeljni cikel počitka in aktivnosti« – »basic-rest-activity-cycle (BRAC)«). (Rossi, 1986) To nihanje vegetativnega sistema je tesno povezano z nihanjem endokrinega sistema, ki ga uravnavajo živčni centri v hipotalamu. Ta suprakiazmatičns jedra hipotalama delujejo kot biološke ure in vplivajo na epizodično izločanje hormonov preko glavne žlezde hipofize. Pogosto prekinjanje ultradianih ritmov (kot tudi seveda cirkadianih ritmov) je pomemben rizični dejavnik za razvoj različnih duševnih in psihosomatskih motenj. Rossi je Ericksonovo hipotezo, da so ne samo (avto)hipnoza, temveč zelo različne tehnike, na primer avtogeni trening, joga, meditacije, čuječnostne vaje idr., ki jim je skupen t. i. »relaksacijski odgovor« (Benson, 1975), najbolj učinkovite in zato najprimernejše za uporabo prav v fazi vsakdanjega transa, ki se z vidika bioritmov prekriva s t. i. »ultradianimi premori«.

Tabela 3: Razvoj spoznanja o ritmičnem sprememjanju duševno-telesnih stanj pri človeku, ki se kažejo v različnem vedenju, delovanju spomina in različnih vzorcih učenja (ang. state-dependent behavior, memory and learning) (po Rossi, 1986, str. 37-38; Kihlstrom in McConkey, 1990; Pintar in Lynn, 2008).

James Braid (1855)	Vsak človek ima dvojno zavest – prva je vezana na stanja budnosti, druga na stanja zaspanosti, za katera je posameznik reverzibilno amnističen. Ta stanja so psihofiziološki temelj hipnoze.
William James (1890, 1902)	Pri človeku lahko miselni tokovi potekajo vzporedno, nekateri so zavestni, drugi ne. Hipnoza je primerena za raziskovanje posebnih stanj zavesti, npr. somnambulnih histeričnih stanj in delirija.
Pierre Janet (1889, 1901, 1907)	Reverzibilna amnezija pomeni disociacijo ali blokado med zavestjo in nezavednim.
Sigmund Freud in Josef Breuer (1893), Carl Gustav Jung (1910), Otto Rank (1924)	Temelj psichoanalize: Čustvena travma povzroči disociacijo, potlačenje, komplekse in amnezijo kot osnovo za nevrozo in funkcionalno psihozo. Metoda prostih asociacij pomeni način dostopa do disociiranih oziroma potlačenih spominov. Čustveni kompleksi vplivajo na spomin in vedenje. V trenutkih, ko smo v stanjih med budnostjo in spanjem, smo bližje nezavednemu in ustvarjalnosti.
Alfred Binet (1896)	Zdravi ljudje lahko razvijejo enaka disociativna stanja kot histerični in s sugestijami je možno izzvati potlačitev primarne osebnosti in razvoj multiplih osebnosti.
Milton Erickson (1932, 1943abcd, 1948)	Travmatične amnezije in psihosomatski simptomi so psihonevrofiziološke disociacije, ki jih je možno razrešiti s hipnoterapijo. Vsakdanji trans so trenutki odsotnosti, sanjarjenja, ki se jih da izkoristiti za notranjo resintezo in osebnostno rast.
David Cheek (1957; Cheek in LeCron, 1968)	Stres spontano sproži hipnotične pojave, kar pomeni, da je ta pojav od odvisen od stanja oziroma okoliščin.
Donald Overton (1968, 1972, 1973, 1978)	S sistematičnim pregledom študij o t. i. »od stanja odvisnem spominu in učenju« (ang. state-dependent memory and learning), ki so bile opravljene v razponu štiridesetih let, je ugotovil, da lahko ta koncept predstavlja eksperimentalni temelj za raziskovanje disociacije v številnih paradigmah psihofiziologije in v raziskavah o zdravilih.
Roland Fischer (1971abc)	Na stanje vezano informacijo in vedenje (ang. state-bound information and behavior) je utemeljil kot psihofiziološko osnovo »posebnih stanj«, disociacije, razpoloženj, multiple osebnosti, sanj,

	transa ter religioznih, psihotičnih, ustvarjalnih, umetniških in narkoanalitičnih pojavov.
Ernest Rossi (1972, 1973)	Do psiholoških šokov in ustvarjalnih trenutkov pride, ko se prekinejo utečeni vzorci od stanja odvisnih spominov in asociacij.
Erickson in Rossi (1974)	Raziskave o od stanja odvisnem spominu ponujajo eksperimentalno potrditev, da so na splošno amnezije in duševne izkušnje vezane na stanje (ang. state-bound).
Ernest Hilgard (1977; Hilgard in Hilgard, 1975)	Neodisociativna teorija hipnoze, ki predpostavlja, da sta stanja odvisen spomin in učenje pripadata istemu razredu psihofizioloških pojavov kot hipnotična disociacija.
Herbert Benson (1975)	Za zelo različne tehnike relaksacije, na primer avtogeni trening, jogo, meditacije, čuječnost idr., je značilen podoben t. i. »relaksacijski odgovor«. Posrednik tega dogajanja na telesni ravni je hipotalamus, ki zmanjša aktivnost simpatičnega živčevja.
Ernest Rossi (1981, 1982, 1986; Lloyd in Rossi, 1992, 2008)	Faze počitka v ultradianih ritmih prekinjajo budno stanje zavesti. V njih imamo lažji dostop do neobičajnih spominov, asociacij in vedenj, ki se lahko kreativno organizirajo v izvirne misli, uvide in osebnostne spremembe. Na telesni ravni se faze počitka kažejo v drugačnih vzorcih delovanja vegetativnega, hormonskega, nevropeptidnega in imunskega sistema.
Deborah Werntz (Werntz in dr., 1983)	Ultradiani ritmi, ki jih nadzoruje hipotalamus preko uravnavanja avtonomnega živčnega sistema, so povezani tudi z nihanjem dominance hemisfer in dihanja skozi desno ali levo nosnico.
Zornetzer (1978), McGaugh (1983) Izquierdo (1984)	Hipoteza o od stanja odvisnem oblikovanju spomina; "stresni hormoni" nadledvičnih žlez vplivajo na oblikovanje spomina in učenja v limbično-hipotalamično-hipfozno-nadledvičnem sistemu.
Shors, Weiss in Thompson (1992)	Stresni hormoni lahko trdno kodirajo klasične Pavlove povezave travmatičnih situacij, medtem ko inhibirajo, da bi bilo možno glede njih kaj narediti (instrumentalno učenje).

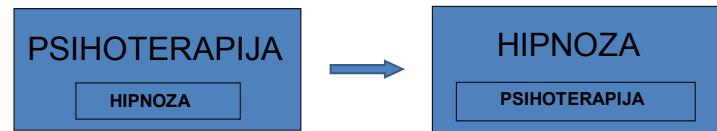
Ker je trans naravno stanje tudi za psihoterapevte, pa naj se tega zavedajo ali ne, je Erickson tudi sebe najraje že par minut pred seanso hote uvedel v trans in nato tekom seanse ostal v njem z odprtimi očmi, kar je kot učinkovitejši način v primerjavi z delom v budnem stanju priporočal tudi vsem terapeutom: »V trans grem sam zato, da postanem občutljivejši za intonacijo in poudarke v načinu govorjenja klientov. In da bolje slišim in vidim. Razvijem trans in pozabim na prisotnost drugih. In ljudje vidijo, da sem v transu.« (Rosen, 1982, str. 66) Vsakdanji trans, ki ga je razlikoval od globokega oziroma somnambulnega transa, je izkorisčal predvsem za ustvarjanje vzdušja in okoliščin, v katerih je lahko kot terapeut skupaj s klienti bolje utiliziral njihove pa tudi lastne sposobnosti in zmožnosti.

2.3 Definicija hipnopsihoterapije

Ericksonovo razumevanje in uporaba hipnoze kot vzdušja oziroma okoliščin, ki v kliničnem kontekstu spodbuja terapevtske procese, je identično razumevanju Roberta Lindnerja (1914-1956). (Lindner, 1944, 1951, 1954) Ta je v petdesetih letih prejšnjega stoletja predlagal novo definicijo hipnoze, ki je še do danes ostala pre malo opažena, razumljena in cenjena. (Barnes, 2002) Razločil je namreč med hipnozo kot metodo in hipnozo kot okoliščinami (angl.

condition). Namesto da bi terapevtsko hipnozo razumel predvsem kot »sugestivno metodo« je predlagal, da je njen ključni vidik »ustvarjanje okoliščin, v katerih ima terapija večje možnosti za uspeh«. (Lindner v Barnes, 2002, str. 155) Z okoliščinami je mislil na »skrbno občutljivo nadzorovane psihološke pogoje ali 'vzdušje' (ang. climate), ki omogoči, da delujejo tisti procesi, ki so nujni za ozdravljenje preko obnavljanja integracije osebnosti«. (Lindner v Barnes, 2002, str. 155)

Posledice predlaganega Lindnerjevega obrata v definiciji hipnoze so daljnosežne, saj pomenijo, da hipnoza predstavlja ključni okvir psihoterapije 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 psihoterapije naploh brez hipnoze. (Lankton, 1982) 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 hipnotičnega dialoga. Hipnotične pojave lahko primerjamo z dihanjem. Kot ne moremo živeti in izvajati psihoterapije, ne da bi dihali, tako tudi ne moremo živeti in delati, ne da bi stalno razvijali razne oblike vsakdanjega transa. Večina sodobnih psihoterapevtov pa žal ostaja slepih za ta, hipnotični pogled na lastno prakso. Če bi ga upoštevali, bi lahko še bolj povečali svojo učinkovitost in prispevali še več k raziskovanju izjemne kompleksnosti medčloveške komunikacije.

Za tiste terapevte, ki izkorisčamo vsakdanje hipnotične pojave za razvijanje učinkovitejše psihoterapija, predlagam uporabo pojma hipnopsihoterapija. Ta lahko obogati delo v kateremkoli psihoterapevtskem pristopu, kar se je v dvajsetem stoletju že potrdilo, npr. v psihooanalizi (Fromm in Nash, 1997; Kluft, 2018) in hipnoanalizi (Lindner, 1944, 1954; Wolberg, 1964; Brown in Fromm, 1986; Latifi, 2002, 2003), sistemski (družinski) psihoterapiji (Keeney, 1986; Lankton in Lankton, 1986; O'Hanlon in Martin, 1992; Nemetschek, 2003, 2016; Loriedo, 2008; Loriedo in Torti, 2010), vedenjski terapiji (Bras, 1977ab), KVT (Kuttner, 2009; Milburn, 2011; Alladin, 2016; Mendoza in drugi, 2017) in kognitivni hipnoterapiji (Alladin, 2008), transakcijski analizi (Selavan, 1975; Ford, 1989; Bahrami in Heidari, 2021), gestalt terapiji (Levendula, 1963; Kraft, 2016; González-Ramírez in drugi, 2017, Soedarmadjii in drugi,

2018), EMDR (Beere, Simon in Welch, 2001; Fine in Berkowitz, 2001; McNeal, 2001; Wade in Wade, 2001; Hartford, 2010), transpersonalni psihoterapiji (Wickramasekera, 2013) idr.). Lahko pa se tudi razvija kot 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 (*nem. Hypnosepsychotherapie*), kjer so teorijo in prakso hipnoze povezali s tremi pristopi – kognitivno vedenjskim ter psihanalitičnim oz. globinsko psihološkim in sistemskim) (glej npr. Kanitschar, 1995, 1997, 2000, 2005, 2009; Harrer, 2008; Sell, Möller in Taubner, 2017; Sell in dr., 2017). 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 vrnili na začetke sodobne psihoterapije in 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 psihoterapevtske ali medicinske obravnave.

Prevladajoče stališče v hipnoterapevtskih krogih je nasprotno avstrijskemu, da torej hipnoza ne more biti temelj za samostojni psihoterapevtski pristop oziroma šolo, kot sta npr. psihanaliza ali KVT (glej npr. Yapko, 2012, str. 42), saj je klinična hipnoza terapevtsko orodje (ozioroma metoda), ki ni povezano z zgolj enim teoretičnim okvirjem ali praktično orientacijo. (Lynn in Kirsch, 2006) S tem se strinjam, hkrati pa ravno zaradi tega ne vidim razloga, zakaj ne bi mogla hipnoza služiti tudi kot okvir za samostojni psihoterapevtski pristop. Zato predlagam, da je možno uporabo hipnoze v terapevtske namene razprostreti na spekter, ki sega od neosveščene uporabe (ko npr. kateremu koli psihoterapeutu uspe v terapevtskem pogovoru prispevati h klientovi zatopljenosti v notranje doživljanje) preko osveščene uporabe, ko vsak psihoterapeut lahko prilagodi razumevanje in uporabo hipnoze svoji teoretični orientaciji in lastnemu praktičnemu stilu, do hipnopsihoterapije kot samostojnega pristopa po avstrijskem zgledu (kjer pa so možne tudi druge integracije različnih pristopov, ne le psihanalitičnega, KVT in sistemskega).

Tak hipnotični spekter je možno utemiljiti tudi s pomočjo teorije t. i. »skupnih dejavnikov« (Messer in Wampold, 2006; Amundson, Alladin in Gil, 2003; Lynn in Hallquist, 2004; Amundson in Nuttgens, 2008; Možina, 2020a) in »kontekstualnega modela« (Wampold in Imel, 2015), ki poudarjata, kako je za uporabo katerekoli psihoterapevtske metode ali tehnike (ki sama prispeva k izidu terapije relativno malo v primerjavi z drugimi skupnimi dejavniki) ključno, kdo jo izvaja. Načinov uporabe hipnoze je toliko, kolikor je psihoterapeutov, saj jo lahko tako v praktičnem kot teoretičnem smislu vsak prilagodi svoji usmeritvi, pa naj bo psihanalitična, KVT, sistemski, integrativna itn., predvsem pa potrebam vsakega klienta. Raziskave o skupnih dejavnikih so namreč pokazale, da je glavni akter v psihoterapiji klient sam, saj k izidu obravnave prispeva kar 87%. Kar prispevamo psihoterapeuti v preostalih 13%, pa ne glede na naš pristop, metodo ali tehniko, največ odpade na terapevtov dejavnike (npr. toplina in sprejemanje, empatičnost, prožnost idr.) (Wampold, 2011), terapevtski delovni odnos (Lambert in Barley, 2001; Spiegel in dr., 2019), povratne informacije (Maeschalck, Prescott in Miller, 2019) in splošne učinke metod (za pregledni članek o skupnih dejavnikih glej Možina, 2020b, 2021b).

Predlagam torej, da je hipnopsihoterapeut tisti, ki je usposobljen za psihoterapijo kot samostojen poklic (Možina, 2010) in pri svojem terapevtskem delu hipnoze ne uporablja le kot metode, temveč jo razume in uporablja tudi v širšem smislu, torej z vidika teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela, tako da zanj postane hipnotični način komuniciranja

spodbujanje tistega vzdušja in okoliščin (konteksta), v katerih je psihoterapija in tudi nasprotni katerakoli oblika terapije bolj učinkovita. Ali se formalno naslavljaj kot psihanalitik, hipnopsihoterapeut, KVT, integrativni, sistemski ali zgolj preprosto psihoterapeut, je lahko pomembno za urejanje statusnih zadev, v vsebinskem smislu (kako konkretno izvaja terapijo) pa je manj pomembno in celo zavajajoče, v kolikor se ohranja slepota za neizogibno prisotnost hipnotičnih pojavov v vsakem uspešnem terapevtskem komuniciranju.

Kompetentnost za hipnopsihoterapijo je mogoče razviti samo skozi večleten proces učenja, ki obsegata tri ključne stebre psihoterapevtskega izobraževanja: teorijo, prakso pod supervizijo in učno terapijo, v kateri bodoči hipnopsihoterapeut preizkusi terapevtski proces, podprt s hipnozo na lastni koži. Tudi zato je treba v Sloveniji čim prej zakonsko urediti psihoterapijo v skladu s standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in izobraževanja iz psihoterapije kot samostojnega poklica (Možina, Flajs in Kotnik, 2019), da bi lahko ljudje, ki iščejo tovrstno pomoč, dobili visokokvalitetne in dostopne storitve. (Možina in Bohak, 2008; Možina in dr., 2018)

2.4. Teorije hipnoze in biopsihosocialni model

Ker bi podrobnejša predstavitev številnih teorij hipnoze (glej npr. Fromm in Schor, 1979; Lynn in Rhue, 1991; Kirsch in Lynn, 2008; Verbnik, 2007) presegla namen tega članka, podajam le njihov okvirni pregled (glej tabelo 4 in 5) s pomočjo delitve na teorije, ki razumejo hipnozo kot posebno stanje (ang. state theories), in tiste, ki je ne razumejo kot posebnega stanja (ang. non-state theories). Obstajajo pa tudi integrativne teorije, ki poskušajo ubirati srednjo pot.

Tabela 4: Opis nekaterih predpostavk teorij o hipnozi kot posebnem stanju in teorij o hipnozi kot ne-stanju (Mordeniz, 2020, str. 10)

Ključne predpostavke teorij o hipnozi kot posebnem stanju	Ključne predpostavke teorij o hipnozi kot ne-stanju
Hipnotična indukcija omogoči posebno stanje zavesti.	Ljudje se odzivajo na sugestije skoraj tako dobro brez hipnoze kot v hipnozi.
Hipnotični »trans« je povezan s spremenjenim možganskim delovanjem.	Udeleženci eksperimentov s hipnozo so aktivno vključeni.
Odzivi na hipnotične sugestije so posledica posebnih procesov, kot so disociacija ali druga posebna stanja zavesti.	Odzivi na sugestije so posledica normalnih duševnih procesov, kot so pričakovanja in motivacija.
Dojemljivost za hipnozo (hipnotizabilnost) je dolgotrajno stabilna.	Sugestibilnost se lahko spreminja zaradi vplivov kemičnih substanc ali psiholoških postopkov.

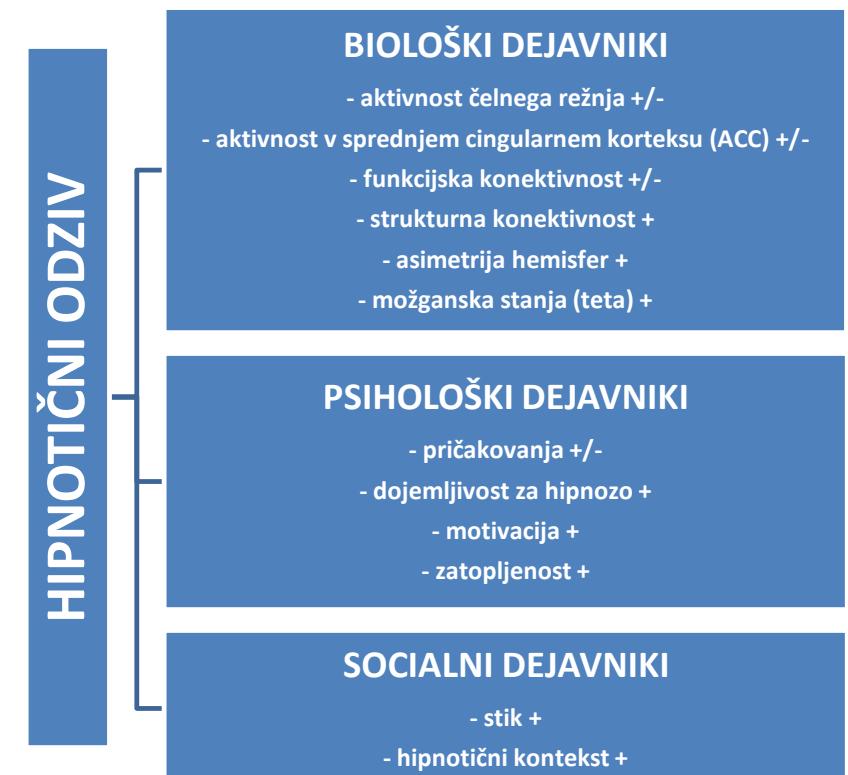
Tabela 5: Pregled teorij o hipnozi (prirejeno po Mordeniz, 2020)

LETO	TEORIJA IN KLJUČNI AVTORJI	OPIS	TIP
1951	Teorija hipnotičnega vzdušja oz. okoliščin (Lindner, 1944, 1951, 1954)	Hipnoza je ustvarjanje vzdušja oz. okoliščin za bolj učinkovito komuniciranje.	integracija

1950	Teorija vlog (Sarbin, 1950; Coe in Sarbin, 1991)	Hipnotizirane osebe niso v posebnem stanju zavesti, temveč se vedejo, kot da so hipnotizirane.	ne-stanje
1973	Neodisociativna teorija (Hilgard, 1973, 1977)	Hipnotični pojavi so povezani z disociacijo višjih nadzornih sistemov.	stanje, disociacija
1975	Teorija skritega opazovalca (Hilgard in Hilgard, 1975)	Hipnotizirana oseba lahko pod določenimi pogoji, opazuje svojo bolečino, ne da bi zavestno doživljala kakršnokoli trpljenje.	disociacija
1985	Teorija pričakovanega odziva (Kirsch, 1985, 1994, 1996, 1997, 2000, 2018; Kirsch in Lynn, 1997; Michael, Garry in Kirsch, 2012)	Klientovo pričakovanje o spremembah, ki naj bi jih sprožile sugestije, spremenijo doživljanje in vzbujajo nehotne odgovore.	ne-stanje
1986	Sociokognitivna teorija (socialno psihološka interpretacija; kognitivno vedenjski pogled) (Spanos, 1986, 1991; Spanos in Chaves, 1989; Lynn in Sherman, 2000)	Kar ključno določa hipnotično odzivnost, je, kako klient oblikuje svojo hipnotično vlogo s svojimi pričakovanji, predstavami, prepričanji, pripisovanjem in naravnostjo.	ne-stanje
1994	Teorija disociativnega nadzora (Bowers, 1992; Bowers in Brenneman, 1981; Bowers in Davidson, 1991; Woody in Bowers, 1994)	Nadzorni sistemi, ki začnejo z aktivnostjo, se disociirajo od sestavin, ki začnejo z aktivnostjo.	disociacija
1998	Integrirana disociativna teorija (Woody in Sadler, 1998)	Reintegracija dveh disociativnih teorij s sociokognitivno teorijo z modelom dvojnega sistema aktivnosti (Norman in Shallice, 1986)	disociacija
1998	Nevrofiziološka teorija (Gruzelier, 1998, 2000, 2006; Crawford in Gruzelier, 1992)	Pri visoko in nizko dojemljivih ljudeh za hipnozo se kažejo razlike v možganski funkciji.	stanje
1999, 2004	Integrativna kognitivna teorija (Oakley, 1999; Brown in Oakley, 2004; Heap, Brown in Oakley, 2004; Oakley, 2008; Oakley in Hilligan, 2010)	Povezava teorije disociativnega nadzora in teorije pričakovanega odziva.	integracija
2007	Teorija hladnega nadzora (Dienes in Perner, 2007; Terhune, 2012)	Osrednja značilnost hipnotičnega odziva je zmanjšana sposobnost metakognicije (zavedanja o lastnih mislih, doživljanju in dejanjih).	integracija
2015	Integrativni model hipnoze (Lynn, Laurence in Kirsch, 2015)	Integracija socialnih, kulturnih, kognitivnih in nevrofizioloških dejavnikov.	integracija

Razvoj teorij o hipnozi na podlagi raziskav je dosegel tako stopnjo, da se vse bolj jasno kažejo obrisi možne integracije v smeri biopsihosocialnega modela hipnoze, kot je to povzel tudi Kihlstrom: »...jasno je, da moramo namesto ali-ali zavzeti in-in držo. 'Tretja pot' v raziskovanju hipnoze razume hipnozo kot stanje (včasih) globoke kognitivne spremembe, ki vključuje temeljne mehanizme kognicije in zavesti, in kot socialno interakcijo terapevta in klienta, ki se srečata s posebnim namenom v širšem socialno-kulturnem kontekstu.« (Kihlstrom, 2008, str. 41)

Čeprav so razni avtorji že poskušali oblikovati biopsihosocialni model hipnoze (npr. Bányai, 1991; Hammond, 2005), pa so Jansen in sodelavci (2015) prvi zbrali tiste biološke, psihološke in socialne dejavnike, ki so empirično potrjeni (glej sliko 2).



Slika 2: Znanstveno potrjeni biološki, psihološki in socialni dejavniki, ki vplivajo na hipnotični odziv. Legenda: znak »+/-« pomeni, da ima lahko dejavnik spodbujevalni ali zaviralni vpliv na hipnotični odziv; znak »+« pomeni, da ima dejavnik prevladujoče spodbujevalni vpliv (po Jensen in drugi, 2015, str. 75).

2.5. Hipnoza, hipnopsihoterapija in nevroznanost

Sodobna odkritja nevroznanosti odpirajo nove možnosti razumevanja kompleksnih psihofizioloških procesov, ki se odvijajo v hipnotičnem transu (npr. Rossi, 1986, 2001, 2002, 2005, 2007; Rossi in Cheek, 1988; Rossi in Rossi, 2008; Barrett, 2010; Kihlstrom, 2003, 2005,

2013; Vanhaudenhuyse, Laureys in Faymonville, 2014). Tako so npr. zanimive hipoteze, da so prav stanja globokega transa (kjer pride do sprememb v aktivnosti sprednjega cingularnega korteksa, sprememb v funkciji in strukturni konektivnosti, asimeterije hemisfer in sprememb v električni aktivnosti možganov – glej biološke dejavnike v sliki 2) 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 paradigma, ki ne črpa le iz nevrofizioloških, vedenjskih, doživljajskih, medosebnih, čustvenih in kognitivnih paradigm, 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 hipnotičnem 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 izkoriscamo. 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 neuronov 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 opravlja svoje delo najbolj ekonomično in hitro. (Dabić-Jeftić in Barnes, 1993)

3 OPIS HIPNOPSIHOTERAPEVTSKE SEANSE ZA LAJŠANJE GLAVOBOLA

V nadaljevanju bom prikazal demonstracijo hipnopsihoterapije s študentko sistemski psihoterapije na SFU Ljubljana, Marušo Zalokar, ki se je prostovoljno javila ter tudi pripravila transkript. Seminar, ki je bil posvečen hipnopsihoterapiji in smo ga zaradi korona omejitve izvedli na daljavo 23. 12. 2020, je bil del programa izobraževanja iz sistemski psihoterapije. Kot običajno je imela demonstracija tri dele: najprej k rešitvam in virom usmerjeni uvodni intervju, nato delo v transu in zaključno evalvacijo skupaj s študenti, ki so opazovali. Glavni cilj demonstracije je bil prikazati analgetični učinek hipnoze ob upoštevanju glavnih načel hipnopsihoterapevtskega pristopa Miltona Ericksona, ki sem jih kratko opisal v uvodu ob primeru Cathy. Pred demonstracijo sem s študentkami teoretično obdelal zelo kvalitetno poglavje o uporabi hipnoze za obvladovanje bolečin v odličnem, v slovenščino prevedenem *Priročniku hipnotskih sugestij in metafor* (Hammond, 2013, 1. del, str. 39-80), ki ga toplo priporočam za vse, ki se pri nas ukvarjajo s hipno(psiko)terapijo.

Še nekaj pojasnil za lažje razumevanje transkripta. Za delo v transu je pomembna upočasnitev ter sprememb ritma in intonacije govora. Na en izdih terapeut večinoma izreče do okoli pet besed, tako da posamezne vrstice kažejo, kje sem se za nekaj trenutkov ustavljal, preden sem povedal tekst v naslednji vrstici. Prav tako sem na številnih mestih, tudi v intervjuju, drobne premore do okoli pet sekund nakazal s tremi pikicami. Prazne vrstice pomenijo več kot pet sekundni premor, še daljše (do pol minute) pa sem označil z besedo premor v oklepaju. Že v uvodnem intervjuju, vodenem skladu z načeli k rešitvi usmerjene psihoterapije (Berg in Miller,

2020; Možina in Rebolj, 2020), ki se je tudi razvila na osnovi Ericksonovega opusa, sem bil pozoren na znake vsakdanjega transa, ki sem ga utiliziral za terapevtsko delo v plitkem transu. V poševnem tisku sem dodal komentarje terapevtskega procesa, z mastnim tiskom pa so označene besede, ki sem jim v svojem načinu govora dal poseben poudarek.

3.1 Uvodni intervju

Miran (M): Maruša, povej, kako je **zdaj** s tem tvojim občutkom v glavi? (*namerno že tu in kasneje čim manj uporabljam besedo »glavobol«, temveč čim bolj »občutek v glavi«, ker je ta izraz bolj neutralen v primerjavi z negativno konotirano besedo »glavobol«; s tem že implicitno vabim v čim bolj neutralno raziskovanje občutkov in na ta način v t. i. »preokvirjanje«, v novo, zdravilno doživetje simptoma*)

Maruša (Ma): Trenutno je srednje v redu, ampak še čutim, čeprav je v primerjavi z dopoldne veliko bolje. Ampak čutim še vedno in me skrbi, da se mi bo čez noč spet okreplilo in da se bom zjutraj zbudila spet s ful močnim glavobolom, kar se mi zna zgoditi.

M: Se je to že zgodilo?

Ma: Ja, ja.

M: Je to kot nek vzorec?

Ma: Mhm, ja.

M: Če bi bila na lestvici od 0 do 10, 10 je najhujša tovrstna bolečina, ki si jo kdaj koli doživel, 0 pa popolnoma brez, kje si zdaj?

Ma: Zdaj trenutno sem nekje na 4, 5 (*pomembno je na izhodišču z vprašanjem lestvice oceniti bolečino, da bi kasneje lahko ocenili učinek terapevtskega procesa*).

M: Kakšen je ta občutek? Bolj topel, hladen, oster, top? (*Namesto izraza »bolečina« zavestno uvedem izraz »občutek«, ki je bolj neutralen, s čimer impliciram morebitno spremembu iz negativne oznake v bolj pozitivno.*)

Ma: Top, pa... topel.

M: Kje?

Ma: Tukaj, skoncentrirano v eni točki, tukaj na obrvi (*pokaže s prstom*).

M: Na desni obrvi?

Ma: Na desni obrvi, malo je tudi na levi, ampak tisto je zanemarljivo, najbolj je na desni, potem pa je še manj prisotna bolečina čez celo glavo, najhujše je pa tukaj.

M: Hkrati sta torej zdaj dva občutka. Eden je skoncentriran na tej točki desne obrvi...

Ma: Ja.

M: Hkrati pa občutek v celi glavi.

Ma: Ja.

M: Mhm... Ta, ki je skoncentriran na tej točki desne obrvi, je zdaj top?

Ma: Mhm, ja, kot da bi mi tako nekaj pritiskalo... Ja, top.

M: Pritiskalo... Kaj? Kaj recimo? To je nek top občutek, kot nek predmet, ki bi te pritiskal?

Ma: Ja, kot da bi imela eno utež gor.

M: Kot utež gor... Okej... Ta občutek zdaj, ki je po celi glavi, je enakomeren. Ali je vseeno v kakšnem delu glave bolj izrazit, manj izrazit?

Ma: Hmm. Ful je spreminjač. Če ležim, ga praktično ni, če pa vstanem, imam nekaj časa občutek, kot da se mi možgani zaletavajo ob lobanjo, pa se potem spet malo umiri. Precej je povezano s premikanjem (*čeprav kot zdravnik vem, da se objektivno možgani ne morejo zaletavati v lobanjo, ker so pred tem dobro zaščiteni, tega ne komentiram, temveč sprejemem Marušin opis kot njeno metaforo. Za učinkovito psihoterapijo je pomembno, da se čimprej naučimo klientkinega jezika in ga utiliziramo za delo na terapevtskih spremembah*).

M: Recimo, če bi zdaj nagnila glavo malo tako, malo tako (*premikam glavo levo in desno*), kaj se zgodi?

Ma: (*takoj odzrcali moje gibe z glavo in jo začne premikati levo desno, kar razumem kot znak, da sva v dobrem stiku*) Mmm, malo čutim... ja, malo čutim, kako se to premika, ta bolečina (se nasmeji).

M: Se začnejo možgani zaletavat, ali kaj? (*Še naprej precej izrazito nagibam glavo levo in desno. Sprejemem njen metaforo, čeprav kot zdravnik vem, da se možgani ne morejo zaletavati, ker plavajo v tekočini, ki jih ščiti ravno pred tem, da bi se zaletavali*).

Ma (*še naprej zrcali moje gibe*): Ja, tako malo, zdaj ni tako intenzivno, ampak malo čutim, ja.

M: Kaj pa naprej nazaj? (*ob tem nagibam glavo naprej in nazaj*)

Ma (*takoj spet zrcali moje gibe*): Tudi, ja.

M: To se pravi, da se malo lahko malo poveča.

Ma: Ja, ja, lahko, lahko.

M: To je ta, v celi glavi, ali ta tukaj (*pokažem na desno obrv*)? (*Namerno Marušo zelo konkretno in natančno sprašujem o simptomu in ji s tem omogočim, da v stanju vsakdanjega transa že v tu in zdaj najinega pogovora odkriva, kako se ob opisovanju simptoma le ta lahko spreminja*.)

Ma: Ne, ta v celi glavi.

M: Okej... Barva?

Ma: Mmm, hm, barva... taka siva...

M: Siva... (*namerno veliko ponavljam besede, ki jih izreče, da utrjujem njen občutek, da je slišana; ko ponovim njen besedilo in za par sekund obmolknem, hkrati odpiram prostor, da lahko še kaj doda, ne da bi jo eksplicitno vprašal. Če česa ne doda, pa nadaljujem z novim eksplicitnim vprašanjem*.)

Ma: Ja...

M: Kakšna je pa barva, kadar si dobro? Kakšen je občutek, kadar si dobro v glavi? (*običajni postopek v k virom in rešitvam usmerjenem interviju je, da vedno vprašamo tudi o tem, kako izgleda, kadar klientka nima simptoma*)

Ma: Mmm, nekaj med vijolično in modro, vijolično modra.

M: Pa drugače, kako bi opisala, kadar imaš v glavi dober občutek?

Ma: Hmm... prazen...

M: Prazen...

Ma: Mhm, sproščen, ker zdaj imam še zraven občutek, kot da je vse napeto, nekako pač... mmm.. sproščen, prazen... ja, to... lahketen, lahketen.

M: Lahko ob tem kaj vidiš?

Ma: Ob tem, ko ni glaclobola, ob teh občutkih?

M: Dobro, vijolično, modro, prazen, sproščen, lahketen, se še kakšna slika pojavi?

Ma: Kot en tak prijeten oblaček.

M: Če greva zdaj k temu občutku bolečine še enkrat, če se malo povežeš z njim,

ta trenutek,

ta na obrvi,

malo se poveži,

da se... (*upočasnim ritem govora, s čimer ji sugeriram, naj poglobi svoj vsakdanji trans s fokusiranjem na točko bolečine*)

aha, ja... (*takoj verbalno spodbudno potrdim, ko Maruša zapre oči*)

malo vdahneš vanj

in izdahneš,

da ga prav fokusiraš z vdihom... (*počakam okoli dvajset sekund, da ji dam čas, da se poveže z občutkom, in jo nato povabim, da odpre oči*)

počasi odpreš oči,
kje je zdaj ta občutek,
če najdeš stik z njim,
pa če maš malo odprte oči...
kje je zdaj stik s tem?

Ma: Zdaj se je preselil v levo obrv. (*Kljub temu da je odprla oči, je še vedno v transu, kar je možno razbrati iz drugačne intonacije glasu in počasnejšega načina govora. Uvodni intervjuje torej že hipnoza oziroma del hipnopsihoterapije, čeprav bo formalni trans šele sledil po intervjuju.*)

M: O, v levo... (*z glasom prijetnega presenečenja, saj je kakršna koli spremembra v občutkih dobradošla. Če se lahko spremeni lokacija občutka, se lahko namreč spremeni tudi kvaliteta in intenziteta občutka, v tem primeru bolečine. Torej v tako vodenem uvodnem interviju ne zbiramo le podatkov, temveč že delamo na terapevtski spremembi.*)

Ma: Bolj intenzivno kakor..., mislim, tudi v desni ga še čutim, ampak trenutno je veliko bolj prisoten v levi.

M: Se pravi, kadar je intenziven, se ta občutek seli med levo in desno obrvo ali kaj?

Ma: Pa načeloma ne, se mi zdi, da je običajno kar v desni, ampak zdaj ga pa bolj v levi čutim, ne vem, zakaj. (*Maruša spet govori hitreje, njen zavestni del je spet bolj aktiven in se sprašuje*.)

M: To je nekaj novega?

Ma: Ja, ja.

M: Mhm, zanimivo...

Ma: Hoče pobegniti.

M: Ali si drugače opazila kakšne povezave s to bolečino, s temi občutki, glede na okoliščine tvojega življenja, recimo, ko si utrujena ali je kaj takega? (*Intervju nadaljujem v smeri kontekstualizacije simptoma, da bi našel, kaj so obremenilni in varovalni dejavniki v vsakdanjem življenju, ki vplivajo na simptom, glaclobol.*)

Ma: Mmm, včasih vem, da je bilo to, ker včasih se mi je to ful veliko bolj pogosto pojavljalo, ampak pač ista vrsta glaclobola, no, ker imam različne vrste glaclobola (*se rahlo nasmeje*) in ta se pač pojavlja, recimo, po kakšnem stresnem ali zelo napornem obdobju. No, saj običajno, če je bilo naporno, je bilo tudi stresno in to je potem običajno trajalo tudi po tri, štiri dni. Potem sem začela s sproščanjem in je, kar se tega tiče, zdaj veliko bolje. Zdaj se mi pa to obvezno pojavi med menstruacijo ali pa v zadnjem dnevu menstruacije.

M: Je tokrat tudi tako?

Ma: Ja.

M: Se pravi, da si zdaj med menstruacijo, zadnji dan?

Ma: Ja, zadnji dan, po moje.

M: In ko se menstruacija zaključi, tudi ta bolečina odide?

Ma: Ne, zna včasih trajati še naslednji dan, tako da se razvleče na dva dni, potem sem pa še en dan, kot da bi me valjar povozil, za nikamor, mislim, izčrpana sem pač ful od tega glaclobola.

M: Za par sekund se je prekinila zveza, ti bom povedal, kaj sem slišal. (*Za nekaj sekund je prekinila spletna povezava*). Ti bom povedal, kaj sem si zapisal (*Marušine opise sem si zapisoval čim bolj natančno, z njenimi besedami, da bi jih lahko kasneje uporabil v formalnem transu.*) Bolečina lahko traja še dan ali dva po končani menstruaciji, potem je bila pa prekinitev, pa izčrpana sem slišal. Kaj si rekla?

Ma: Ja, to. Vmes je bilo to, da sem, kot da bi me valjar povozil.

M: Aha... Po koncu menstruacije je potem še ta občutek, kot da bi te valjar povozil...

Ma: Ja....

M: Si imela zdaj kakšen stres, v zadnjem tednu, štirinajstih dneh?

Ma: Mhm... Ja, je bilo v službi ta teden kar naporno in veliko stvari.

M: Kaj ti je bilo tako naporno, bolj specifično?

Ma: V bistvu to, da so bili celi dopoldnevi tako iz ene stvari v drugo, da sem bila res na polno prisotna in da ni bilo vmes tistih možnosti, ne vem, da bi mal izklopila pa tako ... Ampak skozi neko dogajanje, skozi sem mogla biti pač stoprocentno tam. Pa še potem po možnosti ful različnih stvari, ful različnih ljudi in to preklapljanje iz enega na drugega brez neke pametne pavze vmes. Mi je bilo kar, ja, naporno.

M: Torej teh ultradianih pavz nisi mogla izkoristiti?

Ma: Ja, ne, ne, točno to sem opazila (*se nasmehne*).

M: Kje že delaš?

Ma: V svetovalnici za žrtve nasilja.

M: Si imela večji promet s strankami?

Ma: Ja, imamo kar gužvo.

M: Evo, predno gremo na pavzo, bi še kdo drug rad kaj vprašal, vas še kaj zanima? Recimo, da se vam zdi, da bi vam, če bi bili v vlogi terapevta, pomagalo? (*Prisotne študentke, ki so v vlogi opazovalki, povabim, da se lahko bolj aktivno vključijo, saj že poznajo načela k rešitvi usmerjenega psihoterapevtskega pristopa.*)

Študentka 1: Mmm, ne vem, če sta to kaj omenila, kako si pomagaš, kaj običajno narediš, da ti je lažje? (*spet eno iz nabora k virom in rešitvam usmerjeno vprašanje, ki sem ga imel tudi sam še na zalogi, vendar me je zanimalo, ali se bo kakšna od študentk spomnila nanj. Želel sem intenzivirati sodelovanje študentk, saj je na daljavo težje videti, koliko so še prisotni ali pa so s pozornostjo odplavali.*)

Ma: Mmm... točno pri tej specifični obliki glavobola pojem tableto, ker vem, da mi vse samo druge zadeve ne pomagajo, no, ampak poleg tablete, ki tudi ne pomaga, pač samo malo ublaži, poslušam binauralno glasbo, ker mi zelo ublaži glavobol, mažem se z eteričnim oljem poprove mete, potem pač poskušam, če se le da ležat pa da v nič ne gledam, da ne berem, da ne gledam v telefon, da ne gledam v računalnik, da se mi pač tudi oči spočijejo, to... Pa svež zrak, ker me običajno zraven tudi ful vse vonjave motijo.

M: Kakšna glasba si rekla?

Ma: Binauralna, to je tista, k povezuje levo pa desno polovico možganov... Odkar to redno poslušam, so ti glavoboli, ki sem jih mela prej veliko bolj pogosto, čisto izginili. To so tisti, ki jim jaz rečem, da so bili čisto stresni (*Maruša je očitno motivirana, da si na razne načine pomaga in skrbi zase.*)

M: Okej, glede na twojo delitev teh glavobolov je ta trenutni glavobol povezan z menstruacijo?

Ma: Ja, ja, ampak jaz še vseeno mislim, da ni samo to krivo.

M: Hkrati si mela pa tudi malo bolj stresen teden?

Ma: Ja.

M: Brez teh pavz, tako da gre za kombinacijo?

Ma: Tako ja.

M: Aha... Misliš, da je še kaj prispevalo poleg tega preobremenjevanja v službi in menstruacije?

Ma: Ne, nič drugega se zdaj ne spomnim.

M: Mhm. Prej si rekla, da si danes že dopoldne si vzela čas in si malo pomagala, ali kako je že bilo? (*vprašanje v smeri utilizacije*)

Ma: Mhm, ja.

M: Kaj si počela?

Ma: Že cel dan, ja. Poslušala sem to glasbo, cel dan sem preležala, vmes sem še zadremala, oziroma sem imela zaprte oči pa si malo vizualizirala, kako ta glavobol zapušča moje telo pa sem potem zadremala. To sem cel dan delala, nič (*se smeje*), v resnici...

M: Fino, bravo! Vizualizirala si, kako glavobol zapušča telo?

Ma: Ja.

M: Ali mi lahko še malo bolj konkretno opišeš, kakšno vizualizacijo si ustvarila?

Ma: Ja, to sva na terapiji z mojim terapeutom delala, da pač ob vdihu, da si prav te barve predstavljam, recimo, modro pa vijolično, pa ob izdihu, da gre iz te točke, kjer me najbolj boli pač nekaj ven. Mi do določene mere uspe, ampak ne najbolj... Pa tako, da se poskušam čim bolj sprostit, cela...

M: Uau (*odobravajoče*), ti si že zelo, zelo pridna!

Ma (*se nasmeji*): Jaz sem že doktorirala na svojih glavobolih

M (*se nasmeji*): Ja, ja, čestitam, to je, to bi lahko bilo že za izpit iz hipnoze... perfektno... veliko izkušenj, veliko samoopazovanja, veliko vaj, veliko virov si že povezala... (*Skupaj z drobcem humorja, kjer utiliziram njen motivacijo za uspešen zaključek študijskih obveznosti, jo pohvalim s konkretnim povzetkom njenih pozitivnih izkušenj, kar je za krepitev motivacije, stika in terapevtskega odnosa ter spodbujanje pozitivnega vzdušja in okoliščin za hipnozo zelo pomembno.*)

Ma: Ja..

M: Cilj, ki si ga ti postaviš, recimo, je pa kakšen? (*dobro oblikovani cilji so ena ključnih sestavin k rešitvi usmerjenega pristopa*)

Ma: Recimo, da bi se glavobol toliko zmanjšali, da bi lahko normalno funkcionalira, da pač ne bi obležala... Ali pa da bi mi vsaj tableta pomagala, ker jaz ful ne maram tablet in glavobol je edina stvar, zaradi katere pojem tablete, ampak mi ravno pri teh ne pomaga in mi gre to blazno na živce.

M: Katere tablete vzameš?

Ma: Ponavadi nalgesin.

M: Za koliko približno ti zmanjša od 10, kjer je 10 maksimum, 0 je brez glavobola?

Ma: To je odvisno, ker mi pri tej vrsti glavobola dostikrat sploh nič ne pomaga... Tako da se mi zdi, da moram narediti res vse, kar pač vem in znam, da se potem kolikor toliko ublaži.

M: Ja, zdaj sem pa že kar malo zmeden (*To povem z nasmehom, saj dejansko nisem zmeden, temveč namerno poskušam Marušo presenetiti s paradoksom, kar mi tudi uspe, saj se takoj tudi ona začudeno nasmehne v smislu, kaj pa je zdaj to.*), tako da hvala bogu, da bo pavza, ker bom lahko še v miru malo razmislil, ali se ti izplača zdaj pokazati način, kako se boš zdaj znebila glavobola, ker ti toliko dobrega prinese. (*s paradoksom opozorim na pozitivno funkcijo glavobola*)

Ma (*se smeje*): Jaz bom zelo vesela, če se ga bom znebila, bom vseeno lenarila, pa vseeno bom glasbo poslušala.

M: Obljubiš?

Ma: Obljubim (*se smeje*). ker to ni prijetno lenarjenje, to je mučenje.

M: Aha... (*se zresnim*)

Ma: Ker pač samo ležim in ne vem, delam vse v tej smeri, da bo minilo in čakam, da bo minilo in se počutim skoraj, kot da sem, ne vem, v zaporu, da moram zdaj nekaj čakat, da bo minilo.

M: Ok... to ni dovolj kar si mi obljubila. Obljubiti moraš, da ne boš mela več menstruacije... (*uporaba humorja*)

Ma: Ne, to ne bo šlo (*se smeje*).

M (*se smeje*)

M: Okej, dobro, potem to ne bom, ampak lahko mi pa nekaj obljubiš... (*malo namerno zavlačujem, da bi vzbudil radovednost, pričakovanje*).

Ma: Ja?

M: Mm, ta tvoja služba...

Ma: Jaa?

M: Ali tam res ni možno, da bi se malo zorganizirala oziroma zorganizirali, da bi malo te pavze spoštovali?

Ma: Mislim, zelo velikokrat je možno in če se le da, to spoštujem, občasno se pa zgodi, da pa res ni (*precej pospeši svoj tempo govorjenja, kar si razlagam kot implicitni znak, da je to bolj znak Marušinega odpora, ki pa ga ni bilo težko zaobiti, kot se pokaže v nadaljevanju*). Zato ker so, recimo, take stvari, ki niso odvisne od mene. Ne vem, ta teden je bilo tako, da sem bila z isto osebo ob 9h na centru za socialno delo, ob pol 11h do 1h pa pri odvetnici. Pač smo bile stalno skupaj in sem iz enega konca na drugega in takrat pač ne morem, saj sem se probala tam malo vmes izklapljal, ampak ni to to (*se nasmeji*). Mislim, pač take okoliščine so včasih in potem če se ravno v enem tednu preveč tega nabere, ni fajn (*sicer po eni strani sprejemem njen racionalizacijo, vendar vztrajam, da niso samo okoliščine krive, temveč da tudi sama prispeva k temu, da bi si lahko organizirala več pavz*).

M: To je bilo en dan (*z rahlim, pomenljivim nasmehom*). Kaj je bilo pa drug dan, da je bilo tudi, da ni moglo biti pavze? (*tu vztrajam na konfrontaciji*)

Ma: Ja, za druge dneve sem bila pa bolj ali manj sama kriva, ker sem mela pa...

M (*se smejim, saj je uspelo, da sva prišla tudi do njene odgovornosti*): Ha, ha...

Ma (se smeje): Zelo, sem bila zelo storilnostno naravnana in sem - pa bom še to, pa še ono, moram, pa še trideseto moram, tako da ja...

M: No, zdaj sem mogoče malo obrnil na humor, ampak...

Ma: Meni to paše.

M: Velikokrat so glavoboli neka korekcija pri zelo storilnostno naravnanih ljudeh.

Ma: Pri meni vem, da so bili, ker mislim, jaz sem prej, pa saj pravim, zdaj teh ni več, ampak prej sem točno vedela, kdaj me bo vsekalo in kdaj bom obležala za dva dni, ker sem pač se že toliko poznala, da sem vedela, okej, pretiravam, too much je in bom obležala ter se je točno to potem vedno zgodilo.

M; Hvala, Maruša. Hvala vsem. Čez petnajst minut nadaljujemo.

3.2 Delo v transu

Po petnajstminutni pavzi sva z Marušo nadaljevala z delom v napovedanem transu. Struktura hipnopsihoterapevtskega postopka zajema naslednje ključne korake oziroma faze: oceno trenutnega stanja, uvajanje v trans, poglabljanje transa in delo na lajšanju bolečine, podajanje pohipnotičnih sugestij za relativizacijo terapevtovega vpliva in pomembnosti ter pripisovanje glavnih zaslug za izboljšanje klientki, podajanje sugestij za utrditev klientkinih virov in njihovo razširitev v prihodnosti, delno prebujanje iz transa za evalvacijo terapevtskega procesa, ponovno poglabljanje transa, utrjevanje terapevtskih sprememb in pohipnotičnih sugestij s pomočjo oblikovanja cilja v prihodnosti, prebujanje iz transa ter zaključno evalvacijo terapevtskega procesa. Sledi še Marušina povratna informacija po tednu in po letu dni.

Ocena trenutnega stanja

M: Evo, Maruša, kako ti je bila tale pavzica?

Ma: V redu.

M: Kakšna sprememba?

Ma: Ne, utrujena sem postala.

M: Utrujena, lepo, lepo, to nama bo v pomoč (*utiliziram utrujenost*).

Ma: Super.

Uvajanje v trans

M: Dobro, Maruša... (*z upočasnitvijo govora že posredno nakažem, da začenjava s formalnim transom*).

Zdaj bi te povabil,
da se namestiš v položaj,
ki ti je primeren iz izkušenj,
že morda iz transa, ki si ga imela,
mogoče s svojim terapeutom,
mogoče sama (*utiliziram Marušine prejšnje izkušnje s hipnozo in hipnopsihoterapijo, ki jo je izkusila v svoji učni terapiji*)
in...

ta utrujenost,
s katero si prišla v stik
v tej pavzi...

je lahko dober vstop
v nadaljevanje tega najinega transa
bodisi z odprtimi očmi ali zaprtimi.

Lahko imaš odprte oči (*utiliziram, da imaše odprte oči*),
lahko se nekje tvoj pogled umiri (*indukcija v trans je lažja, v kolikor klientka umiri svoj pogled na točki, ki jo sama izbere*),
super... (*pri Maruši se razvije negibnost, pogled se umiri, zato pohvalim*)

In z vdihom in izdihom
se boš lahko spet povezala
s tem občutkom utrujenosti... (*utiliziram občutek utrujenosti, s katerim je prišla v stik v pavzi in katerega je omenila pred začetkom indukcije v trans*)

Saj veš...
da ti ni potrebno

v nadaljevanju prav nič posebnega početi...
ta tvoja pavza se lahko nadaljuje. (*to je klasična sugestija za uvajanje v trans, da klientki ni potreben ničesar početi, se truditi, temveč lahko samo je, se lahko prepusti v stanje biti*)

Morda te zanima,
kje... je ta trenutek...
ta občutek utrujenosti
najbolj izrazit...
in kje je manj izrazit...

Morda je to
v nogah...

morda je to... v trupu...
ali v rokah...
ali pa v vratu
in glavi...

In kadar smo utrujeni,
je tako prijetno, (*na občutek utrujenosti navežem sugestijo, da lahko to občuti prijetno*)
če se vsi ti zvoki in šumi,
ki so okoli nas,
postopoma vse bolj oddaljijo...

In popolnoma v redu je...
če se vsi zvoki in šumi okoli tebe
vse bolj spremenijo v zvočno kuliso...
tudi moj glas.

In lahko dopustiš,
da tvoje nezavedno
sledi na svoj način
temu, kar govorim
in iz tega vzame vse tisto,
kar je pomembno zate.
Medtem... pa se zavestno...
lahko posvetiš čemurkoli
ali pa ničemur (*uveadem disociacijo med zavestnim in nezavednim*).

Poglavljanje transa s štetjem od ena do deset in delo na lajšanju bolečine

Medtem ko
ta utrujenost postaja podobna tisti,
ki si jo danes že doživelja,
ko si si vzela trenutke zase,
za svojo regeneracijo,
je tvoje nezavedno danes že znalo
povezati se
s tem občutkom utrujenosti,
da te je odneslo...
v spanec.

In jaz bom zdaj štel
od 1 do 10
in tvoje nezavedno bo lahko izkoristilo,
da bo ob vsaki številki
lahko še globlje...
še globlje

šlo v to utrujenost (*poglavljanje transa s štetjem od 1 do 10*).

In ne vem,
1...,
kje je ta utrujenost
ta trenutek najbolj izrazita...

Morda je lahko to...
tudi v tvoji desni nogi,
morda še ne najbolj izrazito,
ampak lahko postane.

Utruenost
se lahko vse bolj,

vse bolj zbira v tvoji desni nogi (*namerno jo vabim, da osredotoči svojo pozornost na desno nogo, saj je eno od temeljnih načel pri delu z bolečino, ki se pojavi v določenem delu telesa, da najprej razvijemo prijetne občutke v drugem delu telesa, ki ni boleč, in čim dosežemo bolj intenzivno zatopljenost pozornosti v ta del telesa*),
z vsakim vdihom in izdihom,
vse bolj,

v desni nogi,
tako da bo tvoja desna noga zaspala (*utiliziram izkušnjo, da roka ali noge lahko zaspi, saj je to naravni pojav analgezije v vsakdanjem življenju; Erickson je take očitne trditve imenoval truzmi, saj so domače vsakomur glede na izkušnje; truzme je velikokrat uporabljal tako za uvajanje kot tudi poglabljanje transa, hkrati pa za zmanjševanje odporov do terapevtovih sugestij*).

Tako utrujena bo postala,
da je ne boš več čutila...
da bo ostal samo nek občutek...
pretočnosti...

In izgubljali se bodo občutki, jasni občutki,
kje je meja tvoje noge...
Popolnoma boš lahko pozabilo,
da imaš desno nogo

in tvoje nezavedno to tako dobro zna,
da **pozabi**... (*to je direktna sugestija, zato sem ji dal poseben poudarek in kratko pavzo; z omenjanjem pozabljanja tudi v nadaljevanju posredno dajem sugestijo, da lahko pozabi na boleče dele telesa, v njenem primeru glave*)
na določene dele telesa.

Ali ta trenutek, recimo,
lahko čutiš svoje desno uho? (*ustvarjam zmedo z nepričakovanim navajanjem različnih delov telesa*)

2...

3...

Še malo prej ga nisi čutila,
popolnoma si **pozabila** na desno uho..

ravno tako kot si **pozabila**
na desni sredinec desne roke.

Šele ko ga omenim,
se lahko spomniš na občutek
bodisi v ušesu ali
v sredincu desne roke,
tako da lahko res **pozabiš**
na katerikoli del telesa.

In to je lahko tako prijetno (*na pozabo vežem sugestijo prijetnega čutenja, posredno delam z glavobolom, lahko ga pozabi in namesto bolečine, ji sugeriram, se lahko razvije prijeten občutek*)

tako sproščajoče,
da ti sploh ni treba misliti na sproščanje,
preprosto **pozabiš**
na katerikoli del telesa.

Tvoje nezavedno meni,
da lahko **pozabiš**
in zavestno lahko zaupaš temu procesu...

4...

In 5...

Vse globlje in globlje greš v to svojo utrujenost
in **pozabo**...

In ko bom prišel do deset,
boš lahko tako globoko utrujena,
da boš lahko zagledala
oblaček (s t. i. »pogojno sugestijo« (Hammond, 2013, 1.del, str. 24) jo povabim, da bo ob številki 10 zagledala oblaček, s čimer utiliziram njen metaforo, ki jo je Maruša omenila v intervjuju in jo nadgradim).

Ta oblaček
bo prinesel pomembno sporočilo
in zavestno te lahko zanima,
kaj bo to sporočilo,
ampak lahko zaupaš nezavednemu...
da bo poskrbelo,
da bo to sporočilo pomembno zate.

6...

7...

In ta pozaba

na določen del telesa
se bo lahko preselila
na katerikoli drug del telesa (že bolj jasno impliciram, da se lahko preseli tudi v predel glave).
Ta pozaba bo ustvarila možnost,
da se bodo na nezavedni ravni
porodili novi občutki,
novi občutki, ki ti bodo prinesli olajšanje
in globok, miren spanec.

8...

9...

Ko bom prišel do deset,
boš lahko res
za nekaj trenutkov
doživelva izjemno globoko sproščenost,
predno te bom vprašal
in bo tvoje nezavedno
prineslo ta oblaček,
ta prijetni oblaček,
topel... prazen... sproščen (ponovim pogojno sugestijo in jo dograjujem).
10...

In ko boš naredila en globok vdih in izdih,
dolg izdih,

se bo pojavit ta oblaček,
bel... topel...

In pred nekaj časa si lahko zelo natančno ocenila
svoj občutek v glavi
s številko od 0 do 10.

Kadarkoli boš lahko v prihodnosti hotela,
da bi se počutila bolj ugodno,
boš lahko to storila.

Vse, kar je potrebno, je,

da boš pogledala
s svojim notranjim očesom
ta oblaček (*pohipnotična sugestija*).
Na tem oblačku lahko **zdaj** (*poudarim zdaj*)
zagledaš številko,
ki ustreza stopnji bolečine,
ki jo doživljaš.

Mi lahko poveš, koliko je?

Ma: 2.

M: 2... super... (*pohvalim, ker se je bolečina glede na prejšnjo oceno zmanjšala*)
In želim, da zdaj opazuješ to številko,
kako se bo začela spremenijati.
Ne vem natančno,
kako se bo to zgodilo... (*ker gre za kompleksni proces, naredim malo daljši premor*)

In lahko mi boš povedala,
kadar se bo spremenila
bodisi navzgor
ali navzdol (*namerno puščam tudi možnost, da se bo bolečina povečala, do česar v globokem transu lahko pride, ker se intenzivira pozornost, je pa običajno, da se po morebitnem povečanju potem bolečina lahko zelo zmanjša*).
Dokler ostaja ista,
si lahko samo še naprej v stiku s to prijetno utrujenostjo.
Morda bo začela številka zelo, zelo počasi izginjati
iz tega oblačka
in se bo v ozadju začela pripravljati
druga številka.

Mogoče te ta dvojka lahko spomni na laboda (*vpeljem metaforo, ki olajšuje nezavedno, desno hemisferno procesiranje, saj so številke bolj vezane na zavestno, levo hemisferno procesiranje*)
in ne le, da te spominja na laboda,
nekako se začneš počutiti,
kot da bi tudi ti nežno letela naokoli,
lahkotno... sproščeno... prazno...
vse to je bolj in bolj
del tvojega zavedanja.

Ma: Zdaj je nula.

M: O, super!

Kadarkoli boš že lela
se počutiti bolj udobno,
je vse, kar moraš storiti -
da pogledaš v ta svoj oblaček.
in nato le opazuješ,
le opazuješ, kako se bodo številke spremunjale... (*pohipnotična sugestija*)

Podajanje pohipnotični sugestij za relativizacijo terapeutovega vpliva in pomembnosti ter pripisovanje glavnih zaslug za izboljšanje klientki

Sedaj... (s poudarkom na besedo sedaj in kratko pavzo skušam vzbuditi njen radovednost, kaj bo sledilo, hkrati pa implicitno napovem nov del transa, v katerem bova delala na novem koraku)

ker te ne pozam zelo dobro,

ne vem zelo natančno,

kako veliko olajšanje pričakuješ,

resnično pričakuješ,

ko bova danes

zaključila s tem transom.

Mogoče boš lahko v nekem trenutku,

kasneje danes,

res ne vem, kdaj (*namerno relativiziram svoj vpliv oziroma pomen, poudarim svojo nevednost, nepoznavanje v primerjavi z njenim poznavanjem same sebe, da bi se na ta način izognil morebitnemu odporu na moje pohipnotične analgezične sugestije. Glavne zasluge za terapevtski učinek prenašam na Marušo oziroma njen nezavedno, seveda v kolikor bo tudi zavestno podpirala samoomejevanje glede storilnosti. Hkrati jo poskušam zaščititi pred lastnimi prevelikimi pričakovanji; odpiram možnost, da jo bo še bolelo in da ne moreva vedeti točno, kdaj bo bolečina prenehala. Tudi če bo nadaljevala s spremjanjem svojega rizičnega stila preobremenjevanja, bo še nekaj časa trajalo, da glavoboli kot varovalka pred preobremenjevanjem ne bodo več potrebni.*)

mogoče ob 21,30 (*natančno navajanje ure je namenjeno Marušinemu zavestnemu umu, za katerega pričakujem, da ga to zelo zanima, hkrati ustvarjam zmedo*)

ali mogoče le eno sekundo po 22. uri

ali pa mogoče ob 23,18,

resnično ne upam napovedati, ob kateri uri,

ne morem napovedati prihodnosti,

vendar bo morda **zanimivo** zate

ali celo **prijetno** zate (s poudarkom na besedah zanimivo in prijetno sem še dodatno podal pohipnotično sugestijo za prijetne občutke in pozitivno naravnost)

ko boš opazila v nekem trenutku kasneje danes,

vendar ne vem natančno kdaj,

boš nenadoma zaznala,

kako bolj udobno se počutiš (z mastnim tiskom sem označil pohipnotično sugestijo),

kot si si mislila, da se boš.

Res ne vem, kaj lahko pričakuješ.

Jaz bi bil zelo presenečen,

če bi odšla od tu

in čutila veliko olajšanje.

Ne bi bil pa zelo presenečen,

če bi kasneje izvedel,

da se počutiš bolje,

kot si se danes (*namerno ustvarjam zmedo, s katero relativiziram previsoka pričakovanja*).

Če se boš počutila bolje danes zvečer,

jutri zjutraj,

čež dan,

celo jutri zvečer

tik preden se boš pripravljala na spanje, ni nobenega razloga

da bi domnevala, da je to zaradi česar koli, kar sva midva danes delala.

Res ni nobene potrebe,

da bi vedela, kdaj

ali zakaj se nekaj zgodi.

Dovolj je, da uživaš v dejstvu,

da se je zgodilo.

Ni potrebe,

da bi ugibala o kakršnemkoli razlogu.

Kakršnokoli olajšanje, ki ga boš začutila,

te bo razveselilo,

bo prijetno... lahketno... sproščeno,

lahko tudi prazno,

brez ugibanja, misli,

samo bo,

tako kot veš,

da dihaš (*zmanjšujem njen zavestna pričakovanja in poudarjam nezavedni proces ter da lahko zaupa nezavednemu umu, da bo rešil njen glavobol*)

Podajanje sugestij za utrditev klientkinih virov in njihovo razširitev v prihodnosti

Ko boš začutila to prijetno presenečenje, ki ga ne morem napovedati točno, kdaj,

lahko pa vem,

da bo,

ker si motivirana za spremembo,

ker si že veliko naredila v to smer,

da bi tvoji občutki postajali vse bolj prijetni

in da bi se vse bolj ravnala po občutkih,

ki so prijetni (*poudarim njen motivacijo in pozitivne premike, ki so ji že uspeli, in s tem krepim njen zaupanje v terapevtsko spremembo; zmanjšujem svoj pomen in poudarjam njen prispevek, da je ona glavni akter terapevtske spremembe*)

tako da tvoje telo ne bo

prisiljeno ti sporocati

z neprijetnimi občutki (*implikacija, da je neno telo kot del nezavednega modro, da deluje kot signalni sistem, ki jo poskuša ščititi pred pretirano storilnostjo, v katero jo spodbuja zavestni um; preokvirjam v to, da so glavoboli lahko tudi pozitivni, v kolikor delujejo kot zavora, varovalka pred pregrevanjem*).

Naučila si se že veliko o negovanju same sebe (*nadaljujem s pozitivnim potrjevanjem*) in svojih občutkov,

tega,

kaj zaužiješ,

kaj poslušaš,

kaj vohaš,

kaj gledaš (*namerno omenjam zaznavne kanale, s čimer jo implicitno vabim v tu in zdaj, v bolj neposredno doživljanje in da bi čim manj razmišljala*).

Naučila si se hrani svoje čute
za dobro počutje
in tudi manj prijetni občutki so tvoji učitelji...
Manj prijetni občutki povečajo tvojo motivacijo,
tvojo zagnanost za učenje,
ki je **res velika**
tudi v tem trenutku.
Lahko si **ponosna** in **zadovoljna**
nad vsem,
kar si se že naučila.

In kadar bo potrebno,
bo tvoje nezavedno
na tem oblačku
lahko izpisalo katerokoli številko
za tvoje dobro,
za tvoje ravnovesje,
tudi za tvojo samodisciplino,
za nego,
za pavze (*pohipnotična sugestija*).

Tvoja zavest je zelo pametna,
te zna še vedno prepričati
v razne stvari.
Tvoje nezavedno je modro
in ono poravna
zaključni račun...
Ono ve,
kakšna je zaključna bilanca..
vsakega posameznega dne
ali tedna...
in lahko spoštuješ to modrost
nezavednega...
In včasih se boš odločila,
da boš pretiravala,
toda z védenjem,
da je potem potreben plačati račune (*dograjujem disociacijo med zavestnim in nezavednim ter krepim zaupanje v nezavedno kot glavni zdraviteljski vir*).

In v tvojem telesu
potekajo vsak dan ritmi
aktivacije in pavz, počitka (*utiliziram znanje, ki ga ima Maruša o ultradianih in drugih kronobioloških ritmih, o katerih se je učila v okviru izobraževanja iz hipnopsihoterapije*).
V tvojem telesu potekajo tudi mesečni ritmi...

Veliko si se že naučila o teh ritmih
in veliko se lahko še boš.
Kadarkoli boš potrebovala,

boš lahko **pozabila**
na različne dele svojega telesa,
tako kot vsak trenutek
v svojem vsakdanu
že pozabljaš.
Tudi ko sanjaš ponoči,
so lahko sanje tako žive,
pa vendar večinoma **pozabiš**,
ko se zjutraj zbudiš (*sugestije za pohipnotično amnezijo v duhu Ericksona, ki je v vpletanju zavestnega uma v procese zdravljenja videl bolj oviro*).

Delno prebujanje iz transa za evalvacijo terapevtskega procesa

Zdaj te bom povabil,
ko bom štel od 10 do 1,
se boš prebujala za eno desetino ob vsaki številki,
ampak samo od vrata navzgor (*sugestija za delno prebujanje, da bom lahko še enkrat preveril učinek najinega dela v transu*).
Lahko se boš spomnila samo na ta del telesa
in se prebudila toliko,
da bova lahko izmenjala nekaj besed,
da mi boš pomagala,
da se orientiram,
ker je to zame malo težje preko zaslona
10... 9... 8... 7...
tvoje nezavedno res zna **pozabiti**
na dele telesa
6... 5... 4... 3... 2... in 1...

Kako je z oblačkom?
J: Zelo je lep.
M: Mhm... In zgleda kar naklonjen?
J: Ja, zelo.
M: Me veseli. Je še kej takega, kar bi rada podelila?
J: Mmm, zdaj ne (*Maruša je še v transu in bi rada še nadaljevala*).
M: Bi rada še malo šla v to utrujenost, se vrnila?
J: Mhm.
M: Okej...

Ponovno poglabljjanje transa

Zdaj bom spet štel od 1 do 10
in lahko se boš vrnila nazaj
1 2 3 4 5 6... 7... 8... 9... 10... (*daljši premor, s katerim sem ji omogočil, da se spet globlje poveže z zdravilnim doživljjanjem v globokem transu*)

In lahko si se vrnila k čemer koli
je ta trenutek
zate pomembno,

da se lahko ta proces
regeneracije,
počitka...
nadaljuje... (daljši premor)

Utrjevanje terapevtskih sprememb in pohipnotičnih sugestij s pomočjo oblikovanja cilja v prihodnosti

In ko se spet širi ta občutek sproščenosti,
lahkotnosti,
praznine
tudi z raznimi barvami,
ki lahko še okrepijo ta občutek...
te vabim,
da lahko odideš v svojo **prihodnost...** (*sugestija za premik v prihodnost omogoči oblikovanje ciljev, ki so pomembni za klientko, in utrjevanje pohipnotičnih sugestij tu in zdaj*)
čez kakšno leto
dve ali tri,
v malo bolj oddaljeno prihodnost
in se v tej prihodnosti lahko **zagledaš** (z opisovanjem vidnega, slušnega in kinestetičnega v njeni prihodnosti omogočam, da se njeni cilji bolj koncretizirajo, hkrati pa poglabljjam oziroma vzdržujem globoki trans v tu in zdaj),
tako kot se lahko zagledaš v sanjah.
V sanjah lahko čutiš sebe
in hkrati vidiš sebe od zunaj...
Včasih se v sanjah lahko celo dvignemo od tal,
kot bi bili oblak (*ponovna utilizacija njene metafore oblaka*)
in gledamo navzdol,
nase.
In ko tako gledaš nase,
lahko opaziš določene spremembe.
Tam v prihodnosti
si se naučila še bolje skrbeti zase,
za svoje dobre **občutke** (*tu sem prešel iz vidnega kanala na kinestetični*),
razširila si paletu dobrih občutkov
in vsak od teh občutkov
nosi zate sporočilo,
o katerem se lahko odločaš,
o tem,
ali boš bolj aktivna, storilna
ali se boš bolj ustavila,
počivala,
samo bila... (*utrjevanje sugestije za boljšo regulacijo storilnosti in počitka*)
v tistem stanju, kjer je že **dih** (*z omenjanjem dihanja olajšujem njen doživljaj v tu in zdaj ter tako negujem njen globoki trans*)
lahko zelo izpolnjujoč.
Struanje zraku skozi nos tja dol do pluč
in nazaj,
ta občutek je res lahko

izpolnjujoč in pomirjujoč...

Ko lahko tudi opazuješ svoje misli
in notranje slike
kot oblake na nebu.

V tisti prihodnosti se bo tudi izostril tvoj **posluh in sluh** (*tu sem prešel na slušni kanal*) za vse tiste zvoke in šume,
ob katerih se lahko oddahneš...,
se uravnovesi...

in se tvoja leva in desna hemisfera
povežeta na nov način,
v tvoje dobro (*nova sugestija za boljšo regulacijo*).

Tam v prihodnosti morda lahko zaslišiš
in zagledaš marsikaj novega.

In lahko vohaš
svež zrak (*vključil sem še čutilo voha*).

Morda te zanima,
ali bo v tisti prihodnosti
glede tvojih ritmov...
dnevnih in mesečnih,
letnih ritmov,

ritmov, ki so vezani na letne čase,
še kaj **drugače**. (*sugestija, da lahko sama oblikuje še dodatne terapevtske spremembe; čeprav govorim o prihodnosti, se seveda vse to dogaja tu in zdaj*)

V prihodnosti že lahko zaznaš
spremembe
tudi v občutku same sebe.

V prihodnosti...
lahko stojiš ali sediš
ali ležiš
sama ali v družbi,
notri ali zunaj...

in od vseh teh sprememb,
ki jih tam lahko vidiš in slišiš
in čutiš,
morda celo vohaš in okušaš (*vedno znova sledim načelu VAKOG, ki je kratica za Vizuelno, Avditivno, Kinestetično, Olfaktorno In Gustatorno, s pomočjo katerega konkretiiziram njen delo v transu; to načelo pomaga zmanjševati razmišljanje in vabi v bolj neposredno doživljjanje sedanjega trenutka*)

boš seboj vzela eno
eno spremembo,
s katero se boš vrnila **nazaj v ta prostor** (*pohipnotična sugestija, s pomočjo katere bom po prebujanju preverjal in potrjeval njen delo v globokem transu*)
kjer si ta trenutek

in zdaj,
tukaj.
Eno spremembo,

ki jo boš lahko tudi podelila z menoj,
karkoli...

lahko podeliš z relativnim tujcem (*ta sugestija je pomembna varovalka za njeno zasebnost, daje ji dovoljenje, da lahko zadrži zase vse, kar bi jo lahko spravilo v zadrego pred menoj in študentkami, ki jo opazujejo*).

In zdaj bom minuto, dve tiho,
predno te bom povabil nazaj,
v ta prostor,
v ta stol, kjer sediš

pa si morda **pozabila** (ponovno dajem posredno sugestijo, da lahko zavestno pozabi na to, kar je
da sediš.

In to je popolnoma v redu,
tvoja sposobnost **pozabljanja** določenih delov telesa,
ti lahko dobro služi (*utrjujem sugestijo, da lahko v prihodnosti, kadarkoli bo to zanjo pomembno, zaupa nezavednemu, da bo poskrbelo za njene glavobole, medtem ko zavestno lahko pozabi na glavobol*).
(Sledita okoli dve minuti tišine.)

Prebujanje iz transa

In zdaj te vabim,
da sama sebi šteješ od 10 do 1
in se ob vsaki številki zbudiš za eno desetino,
v svojem ritmu
in da si za to vzameš toliko časa,
kolikor ga rabiš (*začnem govoriti glasneje in hitreje, s čimer tudi implicitno dam znak za prebujanje*).

To prebujanje
lahko vodi tvoje nezavedno
in medtem ko tvoje zavestno šteje,
tvoje nezavedno vodi proces **prebujanja**.

In tvoje nezavedno ve,
koliko je potrebno,
da se **prebudiš**.
Današnji dan
je bil zate dan počitka
in to se lahko nadaljuje
med tvojim **prebujanjem** in po **prebujanju**,
kajti sledila bo tudi naša **pavza**,
tako da imaš dovolj časa,
tako kot zjutraj,
ko imaš dovolj časa za **prebujanje** (*Maruša zeha in se prebudi s pretegovanjem*).
in veš, da si boš lahko privoščila
počasen vstop v nov dan (*še bolj glasno in hitro*),
v vse tisto, kar te čaka.

Zaključna evalvacija terapevtskega procesa

Evo, za naše učenje bomo hvaležni, če boš karkoli podelila z nami.

Ma: Mhm... Zdaj?... Ja, poleg tega, da je bilo meni zelo, zelo, zelo fajn... mmm... ja... ne vem, kaj bi zdaj povedala. Naj me kdo kaj vpraša. Ne vem... (*ni se še povsem orientirala v budnost, tako da je že zmedena in se v zadregi nasmiha, kar je običajen pojav pri prehajanju iz globokega transa v budnost. Nato pa se nenadoma vklopi zmožnost refleksije*). Zanimivo mi je bilo, da mi je bilo vmes parkrat ful vroče postal, kar je bilo zelo dober stranski učinek, ker me že cel teden zebe od te megle in mraza. In mi je parkrat tako vroče postal, prav od znotraj, dobro in mi je še zdaj ful toplo. To je bil zelo dober stranski učinek, v narekovaju (*se nasmeji*). To... Ja, zadnje čase mi je zanimivo, kako se mi močne vizualne podobe pojavljam. Tisti oblaček in tiste številke na oblačku so bile res tako žive. Pa zanimivo mi je bilo, ker sem si zavestno hotela narisat neko številko, potem pa se je druga pojavila (*zelo zgovorna refleksija o zavestnem in nezavednem procesu, pri čemer ji je kljub zavestnemu storilnemu prizadevanju uspelo ustvariti dovolj prostora za nezavedni proces*), kar tako vrinila se je. Aaa, pa še nekaj sem hotela povedat... Zdaj na koncu je bilo še nekaj, pa sem zdaj pozabila kaj. Se bom že kasneje spomnila... (*proces, ki se dogaja, je podoben, kot ko se zjutraj prebudimo in se spominjamo sanj. Bolj kot se prebujamo, bolj tonejo sanje v pozabo, hkrati pa sem v transu dal tudi večkrat sugestije, da si lahko dovoli amnezijo*.) Aja..., da me je na koncu odneslo, ne vem točno, če na koncu, ampak enkrat vmes, mislim, da takrat, ko si začel o prihodnosti, se mi je pojavil moj drugi varen kraj, tisti, ki sem ga zadnjič tako hotela najti, pa ga kar ni bilo. Tokrat pa se je kar sam od sebe naslikal in je bilo ful dobro. In sem se tam kar sprehajala in opazovala in ja... tisti občutek, sprememba, ki se je pojavila, je bil občutek stabilnosti... To je bilo čisto nekaj drugega, kot sem si mislila, kar sem pričakovala... Se je par stvari pojavilo, potem pa se je to izkristaliziralo, čeprav bi zavestno rekla, da bo kaj drugega, ampak je bilo to... (*ne da bi se zavedala, je Maruša izpolnila mojo pohipnotično sugestijo, ko sem jo povabil, da naj iz svoje predstave prihodnosti odnese s seboj eno stvar, o kateri mi bo po prebujanju poročala. Tudi na ta način sem dobil potrditev, da sva bila v globokem transu v dobrem stiku. V njenem poročanju je bilo še posebej prepričljivo, da je imela zavestno težave s prikljcem, nato pa se je nenadoma spomnila. Na ta način deluje naše nezavedno*.) Meni je zanimivo, ker se vsakokrat znova učim prepuščat in zaupat ter se več ne ukvarjam toliko, kaj bi moral biti, pa kaj se dogaja, ampak se pač prepustim...

M: Me veseli, zelo dober znak (*potrjujem njeno delo v transu in njegove učinke*)

Ma: Mhm (*pritrjujoče*).... Zdaj sem pa itak vsa tako spužvasta...

M (*se nasmejam*)

Ma: Kar je tudi zelo dober znak (*se nasmeji*)

M Maruša, najlepša hvala...

Ma: Hvala tebi...

M: Hvala tudi vsem za pozorno spremjanje. Pavzico bomo zdaj naredili.

Marušina refleksija nekaj tednov po delu v transu

Uvodni intervju je bil namenjen opisu glavobola oziroma bolečine in raziskovanja okoliščin, v katerih se pojavi. V intervjuju lahko dobimo pomembne namige o tem, na kakšen način se lotiti transa in katere so tiste stvari, ki jih lahko utiliziramo. V konkretnem primeru je Miran utiliziral že dejstvo, da sem cel dan preležala, kar je bil znak, da ne bo potrebno veliko časa za samo indukcijo v trans, utiliziral je tudi občutek utrujenosti, ki sem ga omenila in ga preokviril v pozitivno oziroma v stanje, ki se lahko samo nadaljuje in poglablja.

Celotni trans je trajal skoraj eno uro, kar pomeni, da sem govoril zelo počasi, med posameznimi "odstavki" so bili daljši premori. Po uvodni indukciji je podal sugestijo, da se utrujenost nabira v desni nogi, ki bo zaspala. Ta sugestija oziroma truizem se nanaša na sposobnost telesa, da ne čuti določenega dela, da imamo ljudje sposobnost analgezije. Indirektna sugestija je, da će lahko ne čutim desne noge, lahko ne čutim bolečine v glavi, ne da bi to neposredno omenili in s tem preusmerili pozornost na bolečino.

Po poglabljanju transa in sposobnosti analgezije je vpeljal oblaček. Zelo jasen primer utilizacije, saj sem o oblačku govorila v uvodnem intervjuju, predstavljal je občutek oziroma občutke, ko ni glavobola. Oblaček je služil tako za pohipnotično sugestijo (da ga bom, kadarkoli bom hotela, lahko videla in se ob tem počutila bolj ugodno) in pa kot zaslon, na katerem sem zagledala številko, ki je predstavljala stopnjo bolečino. Tudi tukaj je šlo za povezovanje oziroma utiliziranje iz uvodnega intervjuja, saj sem tudi tam ocenila bolečino na lestvici od 1 do 10. Po tem sem povedala, da je bolečina izginila in bi s transom lahko zaključila. Vendar v tem primeru verjetno to ne bi prineslo dolgoročne spremembe, kar pa je namen hipnopsihoterapije. Miran je nadaljeval s pohipnotičnimi sugestijami, da se bom ob nekem nedoločenem času, ne vemo kdaj, počutila udobno, bolje. Možnosti so bile zelo odprte, stabiliziral je spremembo, ki se je zgodila med transom in s sugestijami, da se bo to zagotovo zgodilo enkrat, ne vemo kdaj, "preložil" sposobnost za prijetno počutje name.

V uvodnem intervjuju sem govorila tudi o tem, da se glavoboli pogosto pojavijo zaradi preobremenjenosti, stresa, ker si ne privoščim pavz in da mi telo začne sporočati, kdaj sem pretiravala in potrebujem počitek. To je spet utiliziral in s sugestijami nagovarjal dolgoročno spremembo. Spet je uporabil oblaček kot zaslon, ki mi bo pomagal prepozнатi, da potrebujem počitek in tako ne bo potrebno telesu opozarjati z bolečino. V nadaljevanju je spet nagovoril in poglobil sposobnost telesa za analgezijo in uporabil truizem, da pozabljam v vsakdanjem življenju in tudi v sanjah.

Glede na to, da je delo potekalo na daljavo preko spletka, se ni bilo mogoče zanašati samo na telesne in ideomotorične znake, da sem v transu. Da bi preveril, kako sem in kaj se dogaja, me je povabil, da se zbudim samo od glave navzgor in spregovorim nekaj besed o tem, kako sem. Bilo je zelo očitno, da se mi ne da govoriti, uporabljal sem malo besed in še te so bile zelo preproste, kar so vse znaki, da sem bila še vedno v transu. Tudi povedala sem, da si želim iti nazaj.

Potem se je fokus premaknil v prihodnost, s sugestijami, da bom v prihodnosti znala še bolje poskrbeti zase, da bom zaupala svojemu nezavednemu in mu znala prisluhniti, da se bom znala sprostili tudi ob različnih zvokih in slikah. Z VAKOG načinom me je povabil, da zagledam eno spremembo, o kateri bom lahko tudi povedala (pohipnotična sugestija), ob omembji prebujanja pa je spet poglobil sugestijo o pozabljanju določenih delov telesa, torej tudi bolečine. Po dveh minutah tišine me je počasi povabil v prebujanje, v mojem ritmu, s sugestijo, da se počivanje lahko nadaljuje in da imam dovolj časa, tako kot zjutraj, da si privoščim počasno prebujanje.

V celotnem transu bolečina praktično ni bila omenjena, temveč so bile sugestije vezane na sposobnost telesa, da pozabi in na spodbujanje zaupanja v nezavedno in sposobnost, da znam poskrbeti zase. Prav na to je bilo vezanih večino pohipnotičnih sugestij in del transa, ki je bil usmerjen v prihodnost.

Že takoj po končanem transu sem se počutila zelo dobro. Sicer sem bila res zelo utrujena, ampak prijetno. Glavobol je izginil, naslednji dan sem se počutila prijetno, sproščeno, kot da bi vsa napetost odtekla iz telesa.

V naslednjih dneh in tednih se je glavobol hotel nekajkrat pojaviti, bila pa sem presenečena, da sem vsakič to zaznala in takoj, ko sem pozornost usmerila v dejstvo, da se glavobol pojavlja, je tudi izginil oziroma izzvenel. Prej se mi to ni dogajalo, vedno sem potrebovala nekaj časa, da je glavobol izginil. Se mi je pa ob naslednji menstruaciji glavobol pojavil v vsej svoji veličini in ni izginil tri dni, torej je ostalo še nekaj prostora za izboljšave.

Poleg samega glavobola pa mi uspe bolj redno izkoristiti priložnosti za pavze, bolj se zavedam, kdaj me nese v pretiravanje in se uspem prej ustaviti, četudi to pomeni, da se samo za nekaj trenutkov izklopim in uživam v teh trenutkih.

Marušina refleksija dobro leto po delu v transu (12. 1. 2022)

Glavoboli se še občasno pojavljajo, vendar so bistveno manj intenzivni in trajajo manj časa. Še vedno se pogosto zgodi, da takoj, ko glavobol zaznam in se vprašam, kaj bi lahko delala drugače, da se ne bi pojavil, oziroma kje se skriva razlog zanj, hitro izgine oziroma se zelo ublaži. Presenečena sem, da se sedaj, ko razmišljam o tem, niti ne spomnem, kdaj me je nazadnjebolela glava, še manj, da bi se spomnila kakšnega močnega glavobola. Vmes je bilo obdobje, ko sem uspešno pretiravala z vsemi aktivnostmi in sem si naložila preveč stvari, vendar je že več kot en mesec, odkar je prišlo do bistvene spremembe tudi glede tega. Brez slabe vesti si vzamem čas, ki ga potrebujem za odklop, ne zdi se mi nujno narediti vsega takoj, kar se pozna na mojem splošnem počutju in nisem več tako utrujena.

4 SKLEP

Kot sem začel, naj tudi zaključim, z drobcem iz Ericksonove zapučine, ki nazorno kaže, kako je znal v hipnopsihoterapiji s pomočjo truizmov spretno utilizirati vsakdanje hipnotične pojave. Tudi v tem nagovoru klientu je delal na lajšanju bolečine:

»... Ogromno količino učenja ste že pridobili med svojim življenjem, polnim izkušenj, o tem, kako razviti anestezijo v celiem telesu. Na primer, ko sedite in me sedaj poslušate, ste pozabili na čevlje na svojih nogah... in sedaj jih lahko čutite; pozabili ste na očala na svojem nosu... in sedaj jih lahko čutite; pozabili ste na ovratnik okoli svojega vrata... in sedaj ga lahko čutite... Poslušate zanimivo predavanje in pozabite na trdoto sedeža. Vendar če je predavanje zelo dolgočasno, se vam vaš stol zdi tako nemogoče neudoben. Čutite te stvari. Vsi smo imeli ogromno izkušenj v razvijanju anestezije v vseh delih svojih teles.« (Erickson v Rossi in Ryan, 1985, str. 228) »Torej, kako ste razvili to anestezijo za čevlje na svojih nogah? Ne zato, ker ste vbrizgali zdravilo v svoj živec, ne zato ker vam je bilo rečeno, da razvijite anestezijo, temveč zato ker ste v svojem učenju skozi vse življenje pridobili samodejno sposobnost, da izklopite in ponovno vklopite čute.« (Erickson v Rossi in Ryan, 1986, str. 120)

Nič magičnega, ali ne?

5 LITERATURA IN VIRI

- Accardi, M. C. in Milling, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 328-339.
- Alladin, A. (2008). *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Alladin, A. (2016). *Integrative CBT for anxiety disorders: an evidence-based approach to enhancing cognitive behavioral therapy with mindfulness and hypnotherapy*. Chichester: John Wiley.
- Alladin, A., Sabatini, L. in Amundson, J. K. (2007). What should we mean by empirical validation in hypnotherapy: evidence-based practice in clinical hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn*, 55(2), 115-30.
- Alman, B. (2001). Medical Hypnosis: An Underutilized Treatment Approach. *The Permanente Journal*, 5(4), 35-40.
- Alpheus, A. (2009). How to hypnotize: complete hypnotism, mesmerism, mind-reading and spiritualism. The Floating Press.
- Amundson, J., Alladin, A. in Gill, E. (2003). Efficacy vs. effectiveness research in psychotherapy: Implications for clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 11-29.
- Amundson, J. K. in Nuttgens, S. A. (2008). Strategic Eclecticism in Hypnotherapy: Effectiveness Research Considerations. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(3), 233-245.
- Araoz, D. (2006). Defining Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 123-126.
- Areh, I. (2003). *Osnove psihologije za policijsko delo*. Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.
- Areh, I. (2011). *Forenzična psihologija: predstavitev, pričanje in ugotavljanje laži*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
- Bandler, R. in Grinder, J. (1975a). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Volume I. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Bahrami, Z. in Heidari, A. (2021). Combination of Transactional Analysis Therapy and Hypnotherapy in the Treatment of Emotional Conflicts: A Case Study in Iran. *International Journal of Psychological Studies*, 13(1), 40-47.
- Bandler, R. in Grinder, J. (1975b). *The Structure of Magic I: A Book About Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Bandler, R. in Grinder, J. (1975c). *The Structure of Magic II: A Book About Communication and Change*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Bányai, É. Toward a social-psychobiological model of hypnosis. S. J. Lynn in J. W. Rhue (ur.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (str. 564-598). New York: Guilford Press.
- Barabasz, A. F. (2005). Whither Spontaneous Hypnosis: A Critical Issue for Practitioners and Researchers, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 91-97.
- Barber, T. X. (1970). *LSD, marihuana, yoga and hypnosis*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Barker, J. B. in Jones, M. V. (2013). Using Hypnosis to Enhance Self-Efficacy in Sport Performers. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 7, 228-247.
- Barrett, D. (2010). *Hypnosis and hypnotherapy, Vol. 1: Neuroscience, personality and cultural factors*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- Barrie, S. J. (2015). Hypnosis myths and misconceptions. Pridobljeno 29. 12. 2021 s spletnih strani: <https://www.selfhypnosis.com/myths-and-misconceptions/>.
- Barnes, G. (1994). Hermeneutics of Hypnosis. V G. Barnes, *Justice, love and wisdom. Linking psychotherapy to second-order cybernetics* (str. 186-207). Zagreb: Medicinska Naklada.
- Barnes, G. (2002). Hypnosis as condition for psychotherapy. *Hypnos*, XXIX(4), 149-163.
- Barnes, G. (2020). Hipnoza kot okoliščina za psihoterapijo. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 317-341.
- Beere, D. B., Simon, M. J. in Welch, K. (2001). Recommendations and Illustrations for Combining Hypnosis and EMDR in the Treatment of Psychological Trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 217-23.
- Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: William Morrow and Company, Inc.
- Berg, I. K. in Miller, S. D. (2020). *K rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom*. Ljubljana: UMCO in Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.
- Bergeret, L. (2020). *Reading in trance: Hypnosis and the novelistic imagination*. Doktorska disertacija Baltimore: John Hopkins University.
- Berić, P. (2013). *Sposobnost koncentracije in tehnike vizualiziranja ter njihova uporaba v športu*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.
- Binet, A. (1896). *Alterations of Personality: On Double Consciousness*. London: Chapman and Hall.
- Bongartz, W., Flammer, E. in Schwonke, R. (2002). Die effektivität der hypnose. Eine meta-analytische studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Bowers, K. S. (1992). Imagination and dissociation hi hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 253-275.
- Bowers, K. S. in Brenneman, H. A. (1981). Hypnotic dissociation, dichotic listening, and active versus passive modes of attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 55-67.
- Bowers, K. S., & Davidson, T. M. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. V S. J. Lynn in J. W. Rhue (ur.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (str. 105-143). New York: Guilford Press.
- Braid, J. (1855). *The physiology of fascination of the critics criticized*. Manchester: Grant k Company.
- Bran, L., Owens, J. in Williamson, A. (2012). *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis: Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bras, S. (1977a). *Izbrana poglavja iz psihoterapije*. Ljubljana: MK.
- Bras, S. (1977b). Vedenjska terapija. V J. Lokar (ur.), *Psihoterapija* 7 (str. 69-124). Ljubljana: Katedra za psihijatrijo MF v Ljubljani in Klinična bolnišnica za psihijatrijo Ljubljana.
- Brooks, M. (1996). *Zbližanje in ujemanje*. Kranj: Ganeš.
- Brown, D. in Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. New York: Hillsdale.
- Brown, R. J. in Oakley, D. A. (2004). An integrative cognitive theory of hypnosis and high hypnotizability. V M. Heap, R. J. Brown in D. A. Oakley (2004), *The highly hypnotizable person: theoretical, experimental, and clinical issues* (str. 152-186). New York: Brunner-Routledge.
- Chamine, I., Atchley, R. in Oken, B. S. (2018). Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: A systematic review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(2), 271-283.
- Cheek, D. (1957). Effectiveness of incentive in clinical hypnosis. *Obstetrics & Gynecology*, 9(6), 720-724.
- Cheek, D. in LeCron, L. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Coe, W. C. in Sarbin, T. R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. V S. J. Lynn in J. W. Rhue (ur.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (str. 303-323). Guilford Press.
- Crawford, H. J. in Gruzelier, J. H. (1992). A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: recent research and future directions. V E. Fromm in M. Nash (ur.), *Contemporary Hypnosis Research* (str. 227-266). New York, Guilford Press, New York.
- 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.
- Dao, T. D. (2019). *The Effects of Hypnosis on Flow and Putting Performance in Golfers*. Doktorska disertacija. Melbourne: Victoria University.
- Devinsky, O., Schachter, S. in Pacia, S. (2005). *Complementary and Alternative Therapies for Epilepsy*. New York: Demos Medical Publishing.
- Dienes, Z. in Perner, J. (2007). Executive control without conscious awareness: The cold control theory of hypnosis. V G. A. Jamieson (ur.), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective* (str. 293-314). Oxford, England: Oxford University Press.
- EAHP (The European Association for Hypno-Psychotherapy) (2000). About Hypno-Psychotherapy. Pridobljeno 29. 12. 2021 s spletnih strani http://hypno-psychotherapy.com/?page_id=8.
- Edlin, G. in Golanty, E. (2010). *Health and Wellness*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Effron, J., Cole, J., Levine in R. Wittenborn (ur.), *Psychopharmacology: A review of progress, 1957-1967* (str. 918-930). Public Health Service Publications, 1836. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Elkins, G., Jensen, M. in Patterson, D. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-286.
- Elkins, G., Marcus, J., Palamara, L. in Stearns, V. (2004). Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? A literature review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 29-42.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R. in Spiegel, D. (2015). Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378-385.
- Ellenberger, E. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erickson, M. (1932/1980). Possible detrimental effects of experimental hypnosis. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. I. The nature of hypnosis and Suggestion* (str. 493-497). New York: Irvington.
- Erickson, M. (1943a/1980). Experimentally elicited salivary and related responses to hypnotic visual hallucinations confirmed by personality reactions. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. II. Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes* (str. 175-178). New York: Irvington.

- Erickson, M. (1943b/1980). Hypnotic investigation of psychosomatic phenomena: A controlled experimental use of hypnotic regression in the therapy of an acquired food intolerance. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. II. Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes* (str. 169-174). New York: Irvington.
- Erickson, M. (1943c/1980). Hypnotic investigation of psychosomatic phenomena: Psychosomatic interrelationships studied by experimental hypnosis. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton E. Erickson on hypnosis. II. Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes* (str. 145-156). New York: Irvington.
- Erickson, M. (1943d/1980). Investigation of psychosomatic phenomena: The development of aphasia like reactions from hypnotically induced amnesia. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. II. Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes* (str. 157-168). New York: Irvington.
- Erickson, M. (1948/1980). Hypnotic psychotherapy. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. W. Innovative hypnotherapy* (str. 35-48). New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (1980). Hypnosis: Its Renascence as a Treatment Modality. V E. L. Rossi (ur.), *Innovative Hypnotherapy, The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*. Vol. IV (str. 52-75). New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Hershman, S. in Secter, I. (1961). *The Practical Application of Medical and Dental Hypnosis*. New York: Julian Press.
- Erickson, M. in Rossi, E. (1974/1980). Varieties of hypnotic amnesia. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. III. Hypnotic investigations of psychodynamic processes* (str. 71-90). New York: Irvington.
- Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Case-book*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. in Rossi, S. (1976). *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestions*. New York: Irvington.
- Faymonville, M. E., Meurisse, M. in Fissette, J. (1999). *Hypnosedation: A Valuable Alternative to Traditional Anaesthetic Techniques*, *Acta Chirurgica Belgica*, 99(4), 141-146.
- Fine, C. G. in Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.
- Fischer, R. (1971a). Arousal-state bound recall of experience. *Diseases of the Nervous System*, 32, 373-382.
- Fischer, R. (1971b). The "flashback": Arousal-state bound recall of experience. *Journal of Psychedelic Drugs*, 3, 31-39.
- Fischer, R. (1971c). A cartography of ecstatic and meditative states. *Science*, 174, 897-904.
- Flammer, E. in Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20(4), 179-197.
- Ford, L. B. (1989). Ericksonian Hypnotherapy and Transactional Analysis: An Effective Blend. *Transactional Analysis Journal*, 19(4), 235-239.
- Fredericks, L. E. (2001). *The use of hypnosis in surgery and anesthesiology: Psychological preparation of the surgical patient*. Springfield: Charles C Thomas Publishers, Ltd.
- Freud, S. in Breuer, J. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterische Phänomene. *Neurologische Centralblatt*, 12(4-10), 43-47.
- Fromm, E. in Shor, R. E. (1979). *Developments in Research and New Perspectives* (2. izd.). New York: Aldine Publishing Company.
- Fromm, E. in Nash, M. (1997). *Psychoanalysis and hypnosis*. Madison: International Universities Press.
- González-Ramírez, E., Carrillo-Montoya, T., García-Vega, M. L., Hart, C. E., Zavala-Norzagaray, A. A. in Ley-Quiñónez, C. P. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clinica y Salud*, 28(1), 33-37.
- Gravitz, M. A. (2010). Forensic Hypnosis: A Practical Approach. V D. Barrett, *Hypnosis and hypnotherapy, Vol. I: Neuroscience, personality and cultural factors* (str. 53-76). Santa Barbara, CA: Praeger.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Bern: Hogrefe & Huber Publishers.
- Green, J. P., Barabasz, A. F. Barrett, D. in Montgomery, G. H. (2005). Forging Ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 259-264.
- Green, J. P., Laurence, J. R. in Lynn, S. J. (2014). Hypnosis and psychotherapy: From Mesmer to mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 199-212.
- Gruzelier, J. H. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15, 3-21.
- Gruzelier, J. H. (2000). Redefining hypnosis: theory, methods and integration. *Contemporary Hypnosis*, 17, 51-70.

- Gruzelier, J. H. (2006). Frontal functions, connectivity and neural efficiency underpinning hypnosis and hypnotic susceptibility. *Contemporary Hypnosis*, 23, 15-32.
- Haley, J. (2022). *Neobičajna psihoterapija Miltona H. Ericksona*. Ljubljana: SFU Ljubljana in UMco.
- Hamerman, D. in Lenard, L. (2000). *The Complete Idiot's Guide to Reincarnation*. Indianapolis: Amaranth.
- Hammond, D. C. (2005). An integrative, multi-factor conceptualization of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 131-135.
- Hammond, C. (2013). *Priročnik hipnotskih sugestij in mesov* (1. in 2. del). Smlednik: Založba Jesej.
- Harrer, M. (2008). Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. *Imagination*, 30(1), 5-37.
- Harrer, M. E. (2009). Mindfulness and the mindful therapist: possible contributions to hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 26(4), 234-244.
- Harford, P. M. (2010). The integrative use of EMDR and clinical hypnosis in the treatment of adults abused as children. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 60-75.
- Heap, J. in Aravind, K. K. (2002). *Medical and Dental Hypnosis* (4. izdaja). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Heap, M., Brown, R. J. in Oakley, D. A. (2004). *The highly hypnotizable person: theoretical, experimental, and clinical issues*. New York: Brunner-Routledge.
- Hilgard, E. R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. *Psychological Review*, 80(5), 396-411.
- Hilgard, E. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Hilgard, E. in Hilgard, J. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos: Kaufman.
- Hirkić, H. (2020). *Medicinska hipnoza na področju duševnega zdravja*. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Izquierdo, I. (1984). Endogenous state-dependency: Memory depends on the relation between the neurohumoral and hormonal states present after training at the time of testing. V G. Lynch, J. McGaugh in Weinberg (ur.), *Neurobiology of learning and memory* (str. 65-77). New York: Guilford.
- Jamieson, G. A. (2007). *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Jagrič, A. (2010). *Uporaba hipnoze v socialnem delu*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. London: Macmillan.
- James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. New York: Longmans, Green & Co.
- Janet, P. (1889). *L'Automatism e psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Janet, P. (1901). *The mental state of hysteria*. New York: Putnam.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan.
- Jensen, M. P., Adachi, T., Tomé-Pires, C., Lee, J., Osman, Z. J. in Miró, J. (2015). Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 63(1), 34-75.
- Jensen, M. in Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95-124.
- Jung, C. (1910). *Jb. Psychoanal. Psychopath. Forschgg.*, 11(1), 363.
- Kanitschar, H. (1995). Hypnose als Psychotherapie. *Imagination*, 17(4), 5-15.
- Kanitschar, H. (1997). Imagination in der Hypnosetherapie im Vergleich zur Katathym Imaginativen Psychotherapie. *Imagination*, 21(3), 5-36.
- Kanitschar, H. (2000). Integrative Hypnotherapy. An independent psychotherapeutic method. *Hypnos*, XXVII(1), 43-47.
- Kanitschar, H. (2005). Hypnosepsychotherapie. V H. Bartuska in dr. (ur.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard* (str. 117-126). Wien: Springer.
- Kanitschar, H. (2009). Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 1-23.
- Kazarian, S. S. (2001). *Introduction to Psychology for Law Enforcement*. Toronto: Emond Montgomery Publications.
- Keeney, B. (1983). *Aesthetics of change*. New York: The Guilford Press.
- Kepic, R. (2012). *Uporabnost hipnoze pri preiskovanju kaznivih dejanj*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za varnostne vede Univerze v Mariboru.
- Kessler, R. (2005). Treating Psychological Problems in Medical Settings: Primary Care as the De Facto Mental Health System and the Role of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 290-305.
- Kihlstrom, J. (2003). The fox, the hedgehog, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 166-189.

- Kihlstrom, J. F. (2005). Is hypnosis an altered state of consciousness or what? *Contemporary Hypnosis*, 22, 34–38.
- Kihlstrom, J. F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. V M. R. Nash in A. J. Barnier (ur.), *Oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (str. 21–52). Oxford, England: Oxford University Press.
- Kihlstrom, J. (2013). Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*, 49, 365–374.
- Kihlstrom J. F. in McConkey, K. M. (1990). William James and Hypnosis: A Centennial Reflection. *Psychological Science*, 1(3), 174-178.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40(11), 1189–1202.
- Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95-106.
- Kirsch, I. (1996). Hypnosis in psychotherapy: efficacy and mechanisms. *Contemporary Hypnosis*, 13(2), 109-114.
- Kirsch, I. (1997). Response expectancy theory and application: A decennial review. *Applied & Preventive Psychology*, 6(2), 69–79.
- Kirsch, I. (2000). The Response Set Theory of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 274–292.
- Kirsch, I. (2018). Response Expectancy and the Placebo Effect. *International Review of Neurobiology*, 138, 81–93.
- Kirsch, I., Cardeña, E., Derbyshire, S., Dienes, Z., Heap, M., Kallio, S., Mazzoni, G., Naish, P., Oakley, D., Potter, C., Walters, V. in Whalley, M. (2011). Definitions of hypnosis and hypnotizability and their relation to suggestion and suggestibility: A consensus statement. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(2), 107–115.
- Kirsch, I. in Lynn, S. J. (1997). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 329-348.
- Kirsch, I. in Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123(1), 100–115.
- Kirsch, I., Montgomery, G. in Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kuft, R. P. (2018). Reconsidering Hypnosis and Psychoanalysis: Toward Creating a Context for Understanding, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(3), 201-215.
- Kobal, L. (1997). *Doživljjanje posebnih stanj zavesti v odnosu do osebnostnih lastnosti*. Diplomsko delo. Ljubljana: Oddelek za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Korenjak, M. (2004). Svetovanje z nevrolingvističnim programiranjem in nevrolingvistična psihoterapija. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 30–33). Maribor: SKZP.
- Kossak, H. C. (1997). *Hypnose: Ein Lehrbuch* (3. izd.). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H. C. (2004). *Hypnose: Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte* (4. izd.). Basel: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H. C. in Zehner, G. (2011). *Hypnose beim Kinder-Zahnarzt*. Berlin: Springer.
- Kraft, D. (2016). The Relevance of Gestalt Therapy To Clinicians Who Use Hypnosis Today. *Journal of Integrative Research, Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 1-12.
- Kravits, K. (2013). Hypnosis: adjunct therapy for cancer pain management. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 4(2), 83–88.
- Kroger, W. S. (2008). *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry, and Psychology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kuttner, L. (2009). CBT and hypnosis: the worry-bug versus the cake. *Contemporary Hypnosis*, 26, 60-64.
- Lambert, M.J. in Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Landolt, A. S. in Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1022–1031.
- Lankton, S. (1982). The occurrence and use of trance phenomena in non-hypnotic therapies. V J. K. Zeig (ur.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (str. 132-143). New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. G. in Lankton, C. (1986). *Enchantment and intervention in family therapy: A training seminar on Ericksonian approaches*. New York: Brunner/Mazel.
- Latifi, A. (2002). Hipnoza – diagnostično in psihoterapevtsko sredstvo. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Dialog: Zbornik prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. (str. 38-43). Maribor: SKZP.
- Latifi, A. (2003). Kaj deluje v hipnozi. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejše raziskave njene uspešnosti*. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (str. 94-98). Maribor: SKZP.
- Levendula, D. (1963). Principles of Gestalttherapy in Relation to Hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 22-26.

- Lindner, R. (1944). *Rebel without a cause: The hypnoanalysis of a criminal psychopath*. New York: Grove Press, Inc.
- Lindner, R. (1951). Introduction. V B. Gindes, *New concepts of hypnosis: As an adjunct to psychotherapy and medicine* (str. 1-5). Hollywood: Wilshire Book Company.
- Lindner, R. (1954). *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales*. New York: Dell Publishing.
- Lloyd, D. in Rossi, E. (1992). *Ultradian Rhythms in Life Processes: An Inquiry into Fundamental Principles of Chronobiology and Psychobiology*. New York: Springer.
- Lloyd, D. in Rossi, E. (2008). *Ultradian Rhythms from Molecules to Mind: A New Vision of Life*. New York: Springer.
- Loriedo, C. (2008). Systemic trances: Using hypnosis in family therapy. *Family Therapy Magazine*, 7(4), 27–30.
- Loriedo, C. in Torti, C. (2010). Systemic Hypnosis With Depressed Individuals and Their Families. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 222-246.
- Lynn, S. J., Green, J. P., Kirsch, I., Capafons, A., Lilienfeld, S. O., Laurence, J. R. in Montgomery, G. H. (2015). Grounding Hypnosis in Science: The "New" APA Division 30 Definition of Hypnosis as a Step Backward. *Am J Clin Hypn.*, 57(4), 390-401.
- Lynn, S. J. in Hallquist, M. N. (2004). Toward a Scientifically Based Understanding of Milton H. Erickson's Strategies and Tactics: Hypnosis, Response Sets and Common Factors in Psychotherapy. *Contemporary Hypnosis*, 21(2), 63-78.
- Lynn, S. J. in Kirsch, I. (2006). *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*. Washington: APA.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E. in Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239–259.
- Lynn, S. J., Laurence, J. in Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, 57(3), 314-329.
- Lynn, S. in Rhue, J. W. (1991). *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Lynn, S. J. in Sherman, S. J. (2000). The clinical importance of sociocognitive models of hypnosis: response set theory and Milton Erickson's strategic interventions. *Am J Clin Hypn.*, 42(3-4), 294-315.
- Maeschalck, C. L., Prescott, D. S. in Miller, S. D. (2019). Feedback informed treatment. V Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (ur.). *Handbook of psychotherapy integration* (str. 105-122). New York: Oxford.
- Matthews, W. J., Conti, J. in Starr, L. (1998). Ericksonian hypnosis: a review of the empirical data. V W. J. Matthews in J. H. Edgette (ur.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, Strategies, Narratives* (str. 239–64). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- McGaugh, J. (1983). Preserving the presence of the past: Hormonal influences on memory storage. *American Psychologist*, 38(2), 161-173.
- McNeal, S. A. (2001). EMDR and Hypnosis in the Treatment of Phobias. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 263-274.
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Gralow, J. R., Syrjala, K. L., Suárez-Rodríguez, J. M., Fann, J. R. in Jensen, M. P. (2017). Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1832-1838.
- Messer, S. B. in Wampold, B. E. (2006). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21–25.
- Michael, R. B., Garry, M. in Kirsch, I. (2012). Suggestion, Cognition, and Behaviour. *Current Directions in Psychological Science*, 21(3), 151-156.
- Milburn, M.C. (2011). Cognitive-Behavior Therapy and Change: Unconditional Self Acceptance and Hypnosis in CBT. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 29, 177–191.
- Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S. in LoStimolo, L. M. (2018). A meta-analysis of hypnotic interventions for depression symptoms: High hopes for hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227–243.
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H. in Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Mordeniz, C. (2020). Hypnosis and Hypnotherapy: Emerging of Science-Based Hypnosis. Pridobljeno 29.12.2021 s spletne strani: <https://www.intechopen.com/chapters/74034>.
- Možina, M. (2010). Za psihoterapijo kot samostojen poklic : kaj se dogaja v Evropi? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(3/4), 63-104.
- Možina, M. (2020a). Psihoterapija brez diagnoz in njen prispevek k družbeni pravičnosti: V spomin Grahamu Barnesu (1936-2020). *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 259-315.
- Možina, M. (2020b). Zgodnja leta ptiča Dodo: Razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankove kontekstualnega modela. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 15-60.

- Možina, M. (2021a). Analogna k rešitvi usmerjena supervizija Petra Nemetschka s srcem, rokami in razumom. V K. Theuretbacher in P. Nemetschek, *Kovčing in sistemski supervizija s srcem, rokami in razumom: Na delovanje usmerjen pristop, razvijanje sistemov* (str. 259–304). Ljubljana: Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2021b). Mladostniška in odrasla leta ptiča Dodo: razvoj teorije skupnih dejavnikov od prvih metaanaliz do Schiekovega sinergetičnega nelinearnega dinamičnega modela. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1–2), 57–149.
- Možina, M. (2022). *Mozart človeške komunikacije: Biografija neobičajnega psihiatra in psihoterapevta Miltona Hylanda Ericksona (1901–1980)*. Ljubljana: SFU Ljubljana in UMco.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3-4), 119–142.
- Možina, M. in Bonač, M. (2000). Vem, da ne veš, da veš: Kako se učimo v superviziji za mentorje prostovoljnega dela z otroki. V T. Martelanc in T. Samec (ur.), *Prostovoljno delo včeraj, danes, jutri* (str. 75–84). Ljubljana: Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva.
- Možina, M. in Cvetko B. (2012). Hipnoza v terapevtskem delu z otroki in mladostniki ter uporabnost hipnoze v osnovnih šolah: intervju s psihoterapeutom Miranom Možino v Ljubljani, 8. marca 2012. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 6(1–2), 117–124.
- Možina, M., Flajs, T. in Kotnik, R. (2019). Standardi psihoterapevtske dejavnosti in psihoterapevtskega izobraževanja. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 365–411.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7–39.
- Možina, M. in Hus, I. (2017). Hipnoza ni nič magičnega ali nadnaravnega: intervju z Miranom Možino. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1–2), 239–250.
- Možina, M. in Latini, A. (2016). Hipnoanaliza in hipnopsihoterapija kot dialoški praksi. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3–4), 163–191.
- Možina, M. in Rebolj, A. B. (2020). Od k rešitvi usmerjenega modela kratkotrajne psihoterapije do namerne prakse za doseganje psihoterapevtske odličnosti. V I. K. Berg in S. D. Miller, *K rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom* (str. 315–439). Ljubljana: UMco in Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.
- Nash, M. R. (2000). The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention: A preamble to the Special Issue. *International Journal of Clinical and Empirical Hypnosis*, 48, 107–112.
- Nash, M. R. in Barnier, A. J. (2008). *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nemetschek, P. (2003). »Ko bom velik-a!« Vsakdanji trans in družinsko terapevtsko delo z otroki in starši. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejše raziskave njene uspešnosti*. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevor Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (str. 181–200). Maribor: SKZP.
- Nemetschek, P. (2016). *Sistemski družinska terapija z otroki, mladostniki in starši: Model reke življenja in analogne metode*. Ljubljana: Sigmund Freud University Press Ljubljana.
- Néron, S. in Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 336–352.
- Newton, M. (2004). *Life between lives: Hypnotherapy for spiritual regression*. Woodbury: Llewellyn Publications.
- Norman, D. A. in Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. V R. J. Davidson, G. E. Schwartz in D. Shapiro (ur.), *Consciousness and self-regulation* (Vol. 4, str. 1–18). New York: Plenum Press.
- Oakley, D. A. (1999). Hypnosis and consciousness: A structural model. *Contemporary Hypnosis*, 16, 215–223.
- Oakley, D. A. (2008). Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging. V M. R. Nash in A. Barnier (ur.), *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (str. 365–392). Oxford: Oxford University Press.
- Oakley, D. A. in Halligan, P. W. (2010). Psychophysiological foundations of hypnosis and suggestion. V S. J. Lynn, J. W. Rhue in I. Kirsch (ur.), *Handbook of clinical hypnosis*. (str. 79–119). Washington: American Psychological Association.
- O'Connor, J. in Seymour, J. (1996). *Spretnosti sporazumevanja in vplivanja: Uvod v nevrolingvistično programiranje*. Žalec: Založba Sledi.
- O'Hanlon, W. H. in Martin, M. (1992). *Solution-Oriented Hypnosis: An Ericksonian Approach*. New York: Norton.
- Overton, D. (1968). Dissociated learning in drug states (state-dependent learning). V D. Overton, D. (1972). State-dependent learning produced by alcohol and its relevance to alcoholism. V B. Kissin in H. Begleiter (ur.), *The biology of alcoholism. Vol. II. Physiology and behavior* (pp. 193–217). New York: Plenum.

- Overton, D. (1973). State-dependent learning produced by addicting drugs. V S. Fisher in A. Freedman (ur.), *Opiate addiction: Origins and treatment* (str. 61–75). Washington: Winston.
- Overton, D. (1978). Major theories of state-dependent learning. V B. Ho, D. Richards in D. Chute (ur.), *Drug discrimination and state-dependent learning* (str. 283–318). New York: Academic Press.
- Pajntar, M. (1966). Porod v hipnozi. *Proteus*, 29(2), 54–55.
- Pajntar, M. (2002). Hipnoza v medicinski praksi. V K. Urbančič, D. Klemenc D (ur.), *Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi: zbornik člankov s strokovnega srečanja - 1. simpozija Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Kranjska gora, 4. decembra 2002* (str. 212–217). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Pajntar, M. (2007). Hipnoza kot metoda analgezije v porodništvu. V M. Cesar-Komar, J. Pirc in E. Kožar (ur.), *Akutna bolečina: zbornik predavanj* (str. 100–103). Maribor: SZZB - Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
- Pajntar, M. (2008). Hipnoterapija danes. *Isis (Ljublj.)*, 17(2), 73–76.
- Pajntar, M., Areh, I. in Možina, M. (2013). Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 7(1-2), 19–31.
- Parker, J. N. in Parker, P. M. (2003). *Hypnosis: A medical dictionary, bibliography and annotated research guide to internet references*. San Diego: ICON Health Publications.
- Pintar, J. in Lynn, S. (2008). *Hypnosis: A Brief History*. Chichester: J. Wiley-Blackwell.
- Rank, O. (1924/1952). *The trauma of birth*. New York: R. Brunner.
- Ray, W. J. (2007). The experience of agency and hypnosis from an evolutionary perspective. V G. A. Jamieson (ur.), *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective* (str. 223–240). New York: Oxford University Press.
- Revenstorff, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose - Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2), 7–164.
- Revenstorff, D. in Peter, B. (2015). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (3. izd.). Berlin: Springer.
- Rojšek, J. (1997). Hipnoza v psihoterapiji adolescentov. *Psihološka obzorja*, 6(1/2).
- Rosen, S. (1982). *My Voice Will Go with You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Rossi, E. (1972/1985). *Dreams and the growth of personality: Expanding awareness in psychotherapy* (2. izd.). New York: Brunner/Mazel.
- Rossi, E. (1973/1980). Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. V E. Rossi (ur.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. IV. Innovative hypnotherapy* (str. 447–463). New York: Irvington.
- Rossi, E. (1981). Hypnotist describes natural rhythms of trance readiness. *Brain/Mind Bulletin*, March, 1.
- Rossi, E. (1982). Hypnosis and ultradian cycles: A new state(s) theory of hypnosis? *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 21–32.
- Rossi, E. L. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. London: Norton.
- Rossi, E. (2001). The Deep Psychobiology of Psychotherapy. V R. Corsini (ed.), *Handbook of Innovative Therapy* (2.izd.) (str. 155–165). New York: Wiley.
- Rossi, E. (2002). *The Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and healing arts*. New York: Norton.
- Rossi, E. L. (2005). Let's Be Honest with Ourselves and Transparent with the Public. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 127–129.
- Rossi, E. (2007). *The Breakout Heuristic: The New Neuroscience of Mirror Neurons, Consciousness & Psychotherapy*. Phoenix: The MHE Foundation Press.
- Rossi, E. L. in Cheek, D. B. (1988). *Mind-Body Therapy*. New York: Norton.
- Rossi, E. L. in Lippincott, B. M. (1992). The Wave Nature of Being: Ultradian Rhythms and Mind-Body Communication. V D. Lloyd in E. Rossi (ur.), *Ultradian Rhythms in Life Processes: An Inquiry into Fundamental Principles of Chronobiology and Psychobiology* (str. 371–402). New York: Springer-Verlag.
- Rossi, E. L. in Nimmons, D. (1995). *20 Minuten Pause: Wie seelischen und körperlichen Zusammenbruch verhindern können*. Paderborn: Junfermann.
- 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.
- Rossi, E. L. in Ryan, M. O. (1985). *Life Reframing in Hypnosis: The Seminars, Workshops and Lectures of Milton H. Erickson* (2. del). New York: Irvington.
- Rossi, E. L. in Ryan, M. O. (1986). *Mind-Body Communication in Hypnosis: The Seminars, Workshops and Lectures of Milton H. Erickson* (3. del). New York: Irvington.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

- Sapp, (2014). *Hypnosis, dissociation, and absorption* (2. izd.). Springfield: Charles C Thomas Publishers, Ltd.
- Sarbin, T. R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. *Psychological Review*, 57(5), 255–270.
- Rotaru, T. Š. in Rusu, A. (2016). A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *Int J Clin Exp Hypn.*, 64(1), 116–36.
- Sanchez-Armass, O. (2015). A Defining Moment: Commentary on the Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 445–447.
- Selavan, A. Hypnosis and Transactional Analysis Theory. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 17(4), 260–262.
- Sell, C., Möller, H. in Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnose-Psychotherapie Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut*, 62, 547–559.
- Sell, C., Schöpfer-Mader, E., Brömmel, B. in Möller, H. (2017). Behandlungstechnik in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Die Therapeutenversion der „Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden“ (PIT). *Psychotherapie Forum*, 22, 113–126.
- Shenefelt, P. D. (2002). Complementary psychotherapy in dermatology: hypnosis and biofeedback. *Clinics in Dermatology*, 20(5), 595–601.
- Shors, T., Weiss, C. in Thompson, R. (1992). Stress-induced facilitation of classical conditioning. *Science*, 257, 537–539.
- Short, D. (2017). *Principles and Core Competencies of Ericksonian Therapy: Research and Teaching Manual*. Phoenix: The Milton H. Erickson Foundation in The Milton H. Erickson Institute of Phoenix. Pridobljeno 20.12.2021 s spletno strani: https://www.erickson-foundation.org/download/core_competencies/Core-Competencies-Manual-R-2019.pdf.
- Short, D., Erickson, B. A. in Erickson, R. (2006). *Hope & Resiliency: Understanding the Psychotherapeutic Strategies of Milton H. Erickson, MD*. Norwalk: Crown House Publishing Limited.
- Simonton, C., Matthews - Simonton, S. in Creighton, J. (1988). *Ozdraveti – kako preseči bolezni z lastnimi močmi: Priročnik za bolnike z rakom in njihove svojce*. Ljubljana: DZS.
- Soedarmadji, B Jais, S. M. in Jusoh, A. J. (2018). A Review of Hypnocounseling Techniques: A Strategies from Gestalt Perspective to Enhance Counseling Practices. *J. Soc. Sci. Hum. Stud.*, 4(1), 15–23.
- Soršak, S. (1998). Vloga hipnoze v psihoterapiji. *Psihološka obzorja*, 7(1), 109–115.
- Soršak, S. (2013). *Hipnoterapija v svetovalnem delu*. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic”. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449–502.
- Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. V S. J. Lynn in J. W. Rhue (ur.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (str. 324–361). New York: Guilford Press.
- Spanos, N. P. in Chaves, J. F. (1989). *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. New York: Prometheus Books.
- Spiegel, H. in Greenleaf, M. (2005). Commentary: Defining Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 111–116.
- Spiegel, E. B., Baker, E. L., Daitch, C., Diamond, M. J. in Phillips, M. (2019). Hypnosis and The Therapeutic Relationship: Relational Factors of Hypnosis in Psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62(1–2), 118–137.
- Stewart, J. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80, 511–524.
- Šugman Bohinc, L. (2000). *Kibernetika konverzacije – o spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor*. Doktorsko delo. Ljubljana: Oddelek za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Šugman Bohinc, L. (2003). Pripovedovanje zgodb v socialnem svetovanju in psihoterapiji. *Socialno delo*, 42(6), 377–383.
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B. in Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 623–636.
- Terhune, D. B. (2012). Metacognition and Cold Control in Hypnosis. *The Journal of Mind-Body Regulation*, 2(1), 75–79.
- Theuretzbacher, K. in Nemetschek, P. (2021). *Kovčenje in sistemski supervizija s srcem, rokami in razumom: Na delovanje usmerjen pristop, razvijanje sistemov*. Ljubljana: Sigmund Freud University Press.
- Tušak, M. (2009). S hipnozo do samozavesti. Pridobljeno 29.12.2021 s spletno strani: <http://www.viva.si/Psihologija-in-odnosi/3877/S-hipnozo-do-samozavesti?index=2>.
- Vanhaudenhuyse, A., Laureys, S. in Faymonville, M. E. (2014). Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44(4), 343–353.

- Verbnik, Š. (2017). *Hipnoza v psihoterapiji*. Zaključna naloga. Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem.
- Wade, T. C. in Wade, D. K. (2001). Integrative psychotherapy: combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context. *Am J Clin Hypn.*, 43(3–4), 233–45.
- Wagstaff, G. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: Towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 15, 149–65.
- Wais, K. in Revenstorf, D. (2008). Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie: 11 kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen. *Hypnose-ZHH*, 3(1–2), 57–68.
- Wampold, B. (2011). Qualities and actions of effective therapists American Psychological Association, Washington. Pridobljeno 20.8.2020 s spletno strani: https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.
- Webber, W. (2020). *The Devil's Therapy. Hypnosis Practitioner's Essential Guide to Effective Regression Hypnotherapy*. Pridobljeno 29.12.2021 s spletno strani: <https://book4you.org/book/11004141/ece772>.
- Werntz, D. A., Bickford, R. G., Bloom, F. E. in Shannahoff-Khalsa, D. S. (1983). Alternating cerebral hemispheric activity and the lateralization of autonomic nervous function. *Hum Neurobiol*, 2, 39–43.
- Wickramasekera, I. E. II. (2013). Hypnosis and transpersonal psychology: Answering the call within. V H. L. Friedman in G. Hartelius (ur.), *The Wiley-Blackwell handbook of transpersonal psychology* (str. 492–511). Hoboken: Wiley Blackwell.
- Winsor, R. M. (1993). Hypnosis – A Neglected Tool for Client Empowerment. *Social Work*, 38(5), 603–608.
- Wolberg, L. R. (1964). *Hypnoanalysis*. New York: Grune & Stratton.
- Woody, E. Z. in Bowers, K. S. (1994). A frontal assault on dissociated control. V S. J. Lynn in J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (str. 52–79). New York: The Guilford Press.
- Woody, E. in Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: Comment on Kirsch and Lynn. *Psychological Bulletin*, 123, 192–7.
- Woody, E. in Sadler, P. (2005). Some polite applause for the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *Am J Clin Hypn.*, 48(2–3), 99–106.
- Yapko, M. D. (2005). Some Comments regarding the Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 107–110.
- Yapko, M. D. (2011). *Mindfulness and hypnosis: The power of suggestion to transform experience*. New York: Norton.
- Yapko, M. D. (2012). *Trancework* (4. izdaja). New York: Routledge.
- Yapko, M. D. (2015). *Essentials of Hypnosis*. New York: Routledge.
- Zeig, J. in Gilligan, S. (1990). *Brief Therapy: Myths, Methods, and Metaphor*. New York: Brunner/Mazel.
- Zornitzer, S. (1978). Neurotransmitter modulation and memory: A new neuropharmacological phrenology? V M. Lipton, A. di Mascio in K. Killam (ur.), *Psychopharmacology: A generation of progress*. New York: Raven Press.

Graham Barnes

Hipnoza kot okoliščina za psihoterapijo¹

Hypnosis as a Condition for Psychotherapy

Povzetek

V članku poročam o svojem kibernetiskem raziskovanju teorije, o tem, kako na teorijo osredotočena psihoterapija preobrača prakse vsakdanjega življenja v psihopatologije, ki jih sama predlaga. Namesto tega zagovarjam stališče, da naj bi psihoterapija uporabljala ideje vsakega klienta in ob tem izkoristila hipnozo za ustvarjanje okoliščin za učinkovito psihoterapevtsko prakso. S kibernetiskim proučevanjem teorije obravnavam tri probleme: (1) kako na teorijo osredotočena psihoterapija deluje v klinični praksi, (2) kako je možno preseči na teorijo osredotočeno psihoterapijo in (3) kako je možno opredeliti hipnozo kot ustvarjanje okoliščin za učinkovito psihoterapevtsko prakso. Kot primer reševanja teh treh problemov predstavim delo Roberta Lindnerja, ki je povezal hipnozo in psihoterapijo ter nato še obe s kibernetiko. Njegov klinični primer z naslovom *Kavč na reaktivni pogon* nam ponuja gradivo za proučevanje tega, kako je možno z uporabo klientovih idej preseči na teorijo osredotočeno psihoterapijo.

Ključne besede: hipnoza, psihoterapija, psihopatologija, psihoanaliza, teorija, na teorijo osredotočena psihoterapija, kibernetika, kibernetika drugega reda, Lindner

Uvod

Ta članek predstavlja del mojega raziskovanja o vlogi teorije v psihoterapiji s pomočjo kibernetike. Proučujem, kako na teorijo osredotočena psihoterapija preobrača prakse vsakdanjega življenja v psihoterapevtsko psihopatologijo (Barnes, 2002). Predstavim teorijo, ki ne vsebuje psihoterapevtskih teorij, in hipnozo kot ustvarjanje okoliščin ali vzdušja za psihoterapijo, ki ni osredotočena na teorijo. Trdim, da je napredek znanosti, hipnoze in psihoterapije v drugi polovici dvajsetega stoletja potrdil verodostojnost psihoterapevtskih pristopov, ki niso osredotočeni na teorijo.

¹ To je prevod razširjene verzije članka Graha Barnesa, ki je izšel v reviji *Hypnos: Barnes, G. (2002). Hypnosis as a Condition for Psychotherapy. Hypnos, XXIX(4), 149–163.* Prevedel je Miran Možina.

1.1. Kibernetika

Z razvojem kibernetike, ki je definirana kot znanost o komunikaciji živali in strojev (Wiener, 1948, 1985), je prišlo do pomembnega napredka v znanosti. Komunikacija, ki izvorno pomeni izmenjavo, je krožen proces. Krožnost je prisotna v vsakem diskurzu. Kibernetika ponuja možnost korekcije linijskega mišljenja v hipnozi in psihoterapiji, tako da v razlage in prakso vrača krožnost.

Kibernetika omogoča uvid, da je koncept krožnosti nujen za razlaganje komunikacije, ker brez krožnosti komunikacija ne bi bila mogoča. Pred kibernetiko pojmem krožnosti v znanstvenem diskurzu ni bil dovoljen.

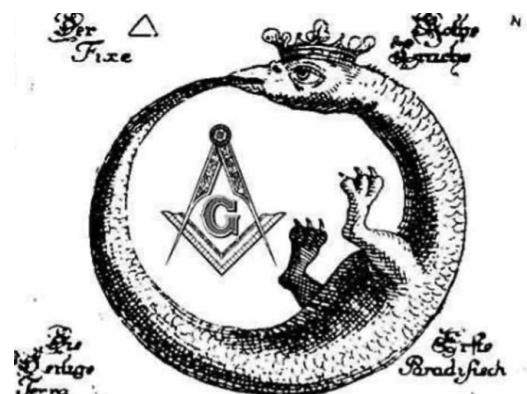
Kibernetika omogoča korekcijo Freudove uporabe kvantitativnih metafor pri opisovanju mentalnih in komunikacijskih aktivnosti. Kibernetika razlikuje med teorijo psihopatologije in diagnostiko, ki temelji na kvantitativnih konceptih energije, na eni strani ter uporabo teorije v terapevtski obravnavi, ki poteka preko komunikacije, na drugi strani (Ruesch in Bateson, 1951). Wiener je bil kritičen do Freudovega načina uporabe kvantitativnih konceptov in je zagovarjal stališče, da je za opisovanje psiholoških pojavov primernejša »informacija« kot temeljni koncept (von Foerster, 1950: 101-102, 105-107; Heims, 1991: 46). Bateson je predlagal, da naj se izogibamo napačnemu načinu izražanja, ko govorimo o »številu delčkov informacije« (von Foerster, 1950: 57). McCulloch (1989: 842) pa je poudaril, da je »energija napačen koncept pri obravnavanju problemov povezanih s povratno zvezo. Ključna spremenljivka je namreč informacija.« Za Ashbyja (1956) je za kibernetiko ključnega pomena proučevanje »kompleksnosti« in njenega najosnovnejšega koncepta »razlike«. Bateson (1979, 2000) je definiral informacijo kot »novico o razlikah, ki ustvari razliko« in uvedel pojem »ideje« kot nečesa, kar je enako informaciji.

Kibernetska epistemologija (ki se ukvarja s tem, kako spoznavamo), ki je eksperimentalna in temelji na empiričnem raziskovanju, je znanost o mentalni aktivnosti oz. umu (angl. mind). Um je definiran kot skupek idej, ki jih lahko eksperimentalno in v vsakdanji komunikaciji prepoznamo kot vzorce in kot vzorce, ki povezujejo (Bateson, 1979). Ta epistemologija opozarja na nevarnost, da bi ideje spremenili v »stvari«, da bi ideje in um popredmetili in jim odredili »preprosto mesto«, jih nekam umestili. To med drugim pomeni, da po tej epistemologiji um ni stvar in njegovo mesto ni v možganih. Ideje so senzorna doživetja razlik. Informacija, kot tudi ideja, ni stvar. Nima bistva ali snovi, temveč je oblika ali vzorec. Ta epistemologija je rekurzivna in upošteva krožne procese ter vključuje opazovalce v opazovanje (in psihoterapevte v psihoterapijo), tako da postanejo skupaj s sistemi interakcij »opazajoči sistemi« (von Foerster, 1981). Zaradi krožnosti se trditev, proces ali koncept obrača oz. vrača k sebi. To je epistemologija o tem, kako mi (opazovalci) ne gledamo (opazujemo) in ne razu-

memo stvari, temveč procese – v kolikor so rekurzivni. Rekurzivni pa so, če se vedno znova vračajo, da bi zagrizli v svoj rep (kot je to počel Urobor – glej slike 1 in 2) in nadzorovali svoje začetke (glej Bateson v Berger, 1978: 41).

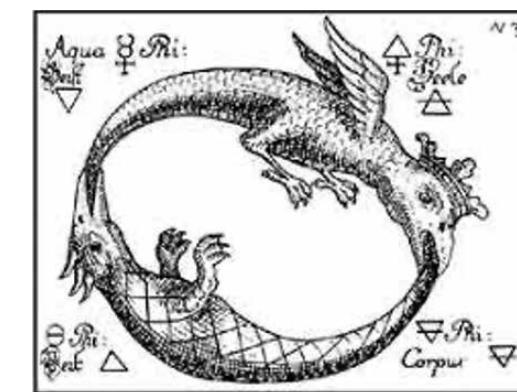
Slika 1

Uroborjev krog je kača, ki grize lastni rep, tako da vsak konec pomeni nov začetek. Kača Urobor, ki grize lastni rep, je v kibernetiki postala simbol krožnosti in refleksivnosti.²



Slika 2

Kača, ki grize rep druge kače, kot da bi to bil njen lastni rep, je simbol krožnosti komunikacije, kjer posameznik pride do razumevanja ideje preko tega, kako to idejo razume drugi.³ Heinz von Foerster je to obliko krožnosti poimenoval »refleksivna krožnost« (Foerster, 2009).



² Internetni vir: https://www.google.com/search?q=ouroboros&client=firefox-b-d&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=oahUKEwianNX3qvLiAhUlzqQHZ4wAOIQ_AUIEcgB&biw=1280&bih=596&dpr=1.5#imgrc=1061UnejZR9NYM

³ Internetni vir: https://www.google.com/search?q=two+ouroboros&tbm=isch&ved=2ahUKEwjPoN7ihbTtAhXoMewKHYMDpoQ2-cCegQIAAA&oq=two+ouroboros&gs_lcp=CgNpbWcQAzICCAAyBggAEAcQHjIGCAAQBxAeMgYIABAIEB4yBggAEAgQHjoICAAQCBAHEB5QjISDWKORA2CMmwNoAHAAeACAAGBiAH6A5IBAzAuNjgBAKA BAaoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&sclient=img&ei=oAXXK8_QC-jjsAeDh7joCQ&bih=657&biw=1396&rlz=1C1GCEA_enSI921SI921

V svojih prejšnjih člankih sem definiral in razpravljal o kibernetiki, tako da sem tudi podal primere njene uporabe. Razpravljal sem tudi o tem, kakšne epistemološke spremembe predлага kibernetika (Barnes, 1994, 1998, 2001). Kibernetika se dotika vseh področij komunikacije, vključno s fiziologijo in nevprofiziologijo, kognitivno znanostjo in družbenimi vedami, ter na primer proučuje hipnozo, igro, shizofrenijo, alkoholizem idr. Bateson je bil prvi, ki je uporabil kibernetiko za raziskovanje psihoterapije (in hipnoze). Pokazal je, da je psihoterapija eno od področij, kjer je možno uporabiti kibernetičko znanost, ki se natančno posveča konceptualizaciji in proučevanju komunikacije (Ruesch in Bateson, 1951).

1.2. Psihoterapija, ki ni osredotočena na teorijo

Podobno kot je Toulmin (1990) opisal na teorijo osredotočene filozofije, trdim, da na teorijo osredotočene psihoterapije formulirajo probleme in iščejo rešitve s pomočjo brezčasnih, univerzalnih pojmov, nadomeščajo konkretno z abstraktnim in zamegljujejo sedanjost z rekonstrukcijo preteklosti. Vključujejo tudi prepričanje, da lahko znotraj na teorijo osredotočene psihoterapije praksa deluje ločeno od teorije. Sam pa trdim, da je v na teoriji osredotočenih psihoterapevtskih pristopih teorija neločljivo povezana s prakso (Barnes, 2002: 9).

S Freudom je psihoterapija postala osredotočena na teorijo, ki je razlagala psihopatologijo za diagnosticiranje in obravnavo klientov. V drugi polovici dvajsetega stoletja pa se je začel razvijati tudi pristop, ki se je osredotočal na ideje in izkušnje vsakega klienta posebej, ne da bi se jih filtriralo skozi psihoterapevtsko teorijo (npr. Kelly, 1955; Erickson, 1980). Ta odmik od Freuda je prispeval k napredku psihoterapije.

1.3. Hipnoza kot okoliščina ali vzdušje za psihoterapijo

Milton H. Erickson je v dvajsetem stoletju ključno doprinesel k napredku hipnoze in psihoterapije. S svojim pionirskim prispevkom je uvedel naslednje novosti: (1) delal je z vsakim klientom posebej in na prvo mesto postavil njegove enkratne izkušnje in skrbi, (2) hipnozo je razumel kot delo z idejami in kot uporabo idej vsakega klienta, (3) hipnozo je uporabljal za ustvarjanje okoliščin ali vzdušja za psihoterapijo in (4) razvijal je raziskovalne postopke, s katerimi je prišel do izsledkov, kaj je s hipnozo možno in kaj ne, torej katere vrste psihosocialnih problemov ali problemov v komunikaciji hipnoza lahko rešuje.

Ericksonova uporaba hipnoze je bila eksperimentalna, izkoristil je enkratne vire vsakega posameznega klienta. Njegova psihoterapija ni bila osredotočena na teorijo. Hipnozo in psihoterapijo je razumel kot komunikacijo. Opustil je Freudovo in druge na teorijo osredotočene psihoterapije ter je namesto tega povabil psihoterapevte, da se odmaknejo od teorije ter se posvetijo svoji praksi

s pomočjo »teorije neteorije«. Psihoterapevte je svaril, da naj klientov ne tlačijo v teoretične okvirje. Bil je na tekočem s kibernetiko, saj je prisostvoval prvi Macy konferenci leta 1942, ki je postavila temelje kibernetički logiki in metaforam. Prav tako je desetletja sodeloval z Margaret Mead in Gregoryjem Batesonom, ki sta bila med utemeljitelji kibernetike.

Erickson (1966/1980) je hipnozo definiral kot »znanost o interkomunikaciji« (angl. science of intercommunication), pri čemer je mislil na komunikacijo med posameznimi ljudmi, vključno s telesno komunikacijo (str. 70, 74). Menil je, da se s pomočjo hipnoze:

1. lahko razvija komunikacijo;
2. se strokovnjaki (na vseh področjih medicine) lahko učijo, kako komunicirati s pacienti in
3. 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). Tako lahko hipnozo, ki temelji na delu z empiričnim opazovanjem in dialogu, razumemo kot medij, s pomočjo katerega lahko odkrivamo, kakšne fiziološke, psihološke in socialne učinke ima uporaba (in interpretacija) specifičnih besed, pojmov in stavkov, vključno s parajezikom (to je s hitrostjo govora, pavzami, intonacijo, moduliranjem) ter drugim telesnim izražanjem, kot je gestika, dihanje in pogled.

2. Konceptualni model

Ti napredki v hipnozi, psihoterapiji in kibernetiki tvorijo temelj mojih osrednjih tez:

1. da je psihoterapija dialoška praksa, ki dela z idejami in ima svoje mesto v okviru znanstvenega področja kibernetike, še posebej kibernetike drugega reda;
2. da hipnozo lahko uporabimo za ustvarjanje okoliščin za psihoterapijo, tako da pri delu z vsakim klientom kot enkratnim posameznikom in z idejami vsakega posameznega klienta učinkoviteje soustvarjamo terapevtske spremembe in
3. da je predpogoj za to, da hipnoza postane okoliščina za psihoterapijo, preseganje na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopov, ker vsak od njih predлага psihopatologijo, ki jo potem pripisuje klientom. To pa je proces, ki je nezdružljiv s tem, za kar se zavzemam v tem članku, da naj

bi v psihoterapiji uporabili ideje vsakega klienta, medtem ko izkoristimo hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo.

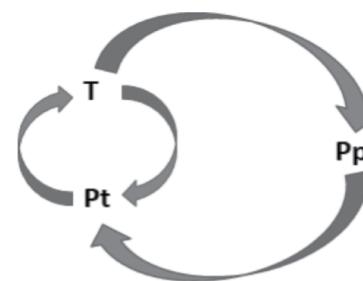
V svojem kibernetiskem raziskovanju psihoterapije se posvečam proučevanju teorije psihopatologije, tako da proučujem njene izvore in kakšne učinke ima v praksi (Barnes, 2002). Pri raziskovanju vloge psihopatologije v psihoterapiji uporabljam kibernetiko, še posebej kibernetiko drugega reda, ki se ukvarja s psihoterapijo in hipnozo kot posebnim načinom pogovarjanja.

Proučujem, kako na teorijo osredotočena psihoterapija preobrača prakse vsakdanjega življenja v psihoterapevtske psihopatologije. Uporaba krožne logike kibernetike omogoča, da obrnemo psihoterapijo nazaj k sebi in pokažemo, da psihopatologija ne obstaja, dokler je psihoterapija ne izumi in ustvarja. Iznajdba psihoterapije je s seboj prinesla psihopatologijo in vsak na teorijo osredotočen psihoterapevtski pristop poimenuje svojo psihopatologijo, ki potem definira njemu lasten psihoterapevtski svet.

Psihoterapija torej predlaga psihopatologijo in jo uporablja, kot je definirana v logiki teorije. Vsaka psihopatologija je logična posledica teorije in hkrati predstavlja razlagu logike te teorije. Teorija spreminja teoretične in psihoterapevtske kot tudi cliente. Ko psihopatologijo umestimo v cliente oz. jim psihopatologijo pripisemo, jih teorija spremeni v svoje subjekte.

Slika 3

Krožni odnos med teorijo, psihoterapijo in psihopatologijo



Moja trditev se glasi: »Psihopatologije nismo našli (to pomeni, da nam ni bila dana), temveč smo jo v kontekstu psihoterapije z uporabo teorije iznašli. Odnos med psihopatologijo in psihoterapevtsko teorijo je krožen, kar je v izrecnem nasprotju s prevladujočim pogledom, ki pravi, da je odnos linijski. Teorija (T) torej ustvarja psihoterapijo (Pt) v enaki meri, kot psihoterapija ustvarja teorijo; psihoterapevtska teorija (Pt - T) ustvarja psihopatologijo (Pp) v enaki meri kot psihopatologija ustvarja psihoterapevtsko teorijo (Pt - T)« (Barnes, 2002: 12) (glej sliko 3).

Primer Roberta Lindnerja kot ponazoritev psihoterapije, ki ni osredotočena na teorijo

Robert Lindner (1914-1956) klinični psiholog, psichoanalitik in psihoterapevt je bil v psihiatričnih in psichoanalitičnih krogih do neke mere tujec, outsider⁴. Lahko bi ga razumeli tudi kot »upornika«, v pomenu kot ga je sam uporabljal za oznako »zrelega« človeka, »pozitivnega« upornika in kot takega »bistvenega za našo družbo« (Lindner, 1956: 189). Zaradi prezgodnje smrti pri dvainštiridesetih vsled prirojene srčne napake ni bilo nikogar, ki bi promoviral ali nadaljeval njegovo inovativno delo, da bi obrodilo sad.

Mesmerjev poskus, da bi hipnozo vključil v znanstveno teorijo, je bil osnova, da so hipnotske pojave pričeli natančno proučevati. Posledica je tudi bila, da so hipnozo ločili od njene okultne in religiozne preteklosti. Zaradi njegovega dela se je v konceptualizacijo hipnoze vključilo »sugestijo«, čeprav je sam verjel, da od hipnotizerja do hipnotiziranega prehaja nekaj fizičnega. Lahko rečemo, da je Mesmer, čeprav še na zelo preprost način, položil temelj za razumevanje hipnoze kot dialoške. Nato je bilo skoraj dve stoletji zanimanje za »sugestijo«⁵, »sugestibilnost« in načine, kako povečati dovozljnost za sugestijo, usmerjeno v iskanje komunikacijskih alternativ za nekomunikacijske rešitve problemov, ki izvirajo iz komunikacije in skozi komunikacijo⁶.

Po Lindnerjevem mnenju (Lindner, 1952) je hipnoza konec 19. stoletja vodila do novega razvoja v psihiatriji, do razumevanja »interaktivne kompleksnosti psihopatoloških procesov in potrebe, da se zdravi tako posameznika kot njegovo 'bolezen'«. Ta napredok je spremenil psihiatrijo in omogočil »terapevtsko razumevanje pacienta skozi njegove načine komunikacije; to pomeni, skozi njegova dejanja in še posebej ubeseditve« (Lindner, 1944: 200).

Lindner (1951) je povezal hipnozo s psichoanalizo in razlikoval med dvema metodama hipnoze. Sam se je bolj zavzemal za hipnozo kot okoliščino kot pa za hipnozo kot fizično ali sugestivno metodo. Njegov fokus je bil na enkratnosti vsakega človeka. Bil je eden od psihoterapevtov, ki je razumel, da bi bilo potrebno vse dialoške prakse povezati s kibernetiko. Kibernetiko je uporabil v svoji praksi,

⁴ Po Lindnerjevem mnenju je psihiatrija njegovega časa prispevala k zlorabi pacientov in ni znala izkoristiti njihovih sposobnosti. Prispevala je k utrjevanju konformizma družbenim konvencijam, ki jih je kritiziral. Hkrati je na svoj način revidiral Freudovo teorijo in spodbjal »veljavno teorijo psichoanalize. Bil je vnet iskalec alternativnih oblik pomoči ljudem, ki so zaradi svojih težav pristali na psihiatriji. Njegovo pisane izraža globoko skrb za paciente in željo, da bi tudi psihoterapija prispevala k temu, da bi se nehala takrat razširjena uporaba lobotomij in elektrokonvulzivnega zdravljenja.

⁵ Za strnjen prikaz subtilnih razlik v definicijah sugestije, glej Gauld, 1992: 424-427.

⁶ Logika tega razvoja je dosegla svoj vrh v proučevanju dialoških aktivnosti v okviru kibernetike drugega reda (von Foerster, 1995; Barnes, 1994, 2001, 2002), ki je hipnotizem umestila v kontekst »eksperimentalne znanosti« (Ellenberger, 1970: 759).

čeprav zaradi svoje zavezosti na teorijo osredotočeni psihoterapiji še ni zmogel v polnosti izkoristiti vseh potencialov kibernetike, ki je bila v njegovem času še v povojih. V številnih opisih svojih primerov, vključno s knjigama *Upornik brez razloga* (*Rebel Without A Cause*) in *Petdesetminutna ura* (*The Fifty Minute Hour*)⁷ (1944, 1954), je pokazal hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo. V drugi knjigi je predstavlil primer svojega terapevtskega dela s klientom Kirkom Allenom v poglavju z naslovom *Kavč na reaktivni pogon* (*The Jet-propelled Couch*), ki kaže na to, kako bi lahko na teorijo osredotočeno psihoterapijo nadomestili s klientovo teorijo, tako da bi vsakega klienta obravnavali kot enkratnega posameznika. Ta primer sem uporabil kot empirično gradivo za ta članek.

3.1. Reševanje problemov psihoterapije in hipnoze

Lindner je bil na dobri poti, da bi rešil tri probleme. Ti so še vedno aktualni za psihoterapevte, ki so osredotočeni na teorijo in se hočejo učiti hipnoze. Ti trije problemi so se izluščili tudi iz raziskave, o kateri poročam v tem članku.

Prvi je problem preseganja na teorijo osredotočene psihoterapije, tako da delamo s teorijo (ali idejami) in izkušnjami vsakega klienta. Kako bi lahko psihoterapevti, ki izhajajo iz na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopov, delali s klienti kot enkratnimi posamezniki, ne da bi uporabljali psihoterapevtsko teorijo, ki so se jo leta dolgo izkustveno učili? Kako bi lahko prenehali z diagnosticiranjem svojih klientov v skladu s psihopatologijami svojih na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopov?

Drugi problem je povezan z logiko teorije na teorijo osredotočene psihoterapije. Če delamo s pomočjo take logike, postane jasno, da vsak tovrstni psihoterapevtski pristop predlaga psihopatologijo in da ta ne obstaja, dokler je ne ustvari na teorijo osredotočen pristop. Psihopatologija torej ni v klientu, temveč je logični konstrukt psihoterapije.

Lahko predpostavljamo, da se hipnoza ni obdržala kot viabilen način dela s klienti zaradi načina oz. metode njene uporabe. Kako bi se hipnoza lahko uveljavila kot komunikacija, kar pomeni kot krožna aktivnost, in kot okoliščina za psihoterapijo? To vprašanje se nanaša na tretji problem raziskave, o kateri

⁷ Lindnerjeva knjiga *The Fifty-Minute Hour* (*Petdesetminutna ura*) (Lindner, 1954) je neminiljivo delo, ki vključuje pet študij primerov. Začne se z zgodbo dvajsetletnega fanta, ki je umoril mlado žensko. Lindner je trdil, da se psihopatologija ne nahaja v fantu, temveč v komunikaciji, v kateri je sodeloval. Širša komunikacijska mreža, vključno s kazensko ustanovo in celo psihoterapevtskim poklicem, je bila za Lindnerja del psihopatologije, v kateri je fant sodeloval. Od prvega do zadnjega poglavja knjige Lindner do skrajnih možnosti razširja meje psihanalitične teorije. Za razliko od mnogih drugih v zgodnjih petdesetih letih dvajsetega stoletja svojim bralcem pove, da psihoterapija temelji na »komunikaciji med dvema človekoma«. »Osnovana je na zakonih medosebne komunikacije«. Psihoterapija definira in opisuje odnos (s pomočjo koncepta transferja). Njena hermenevtika je nezavedno. »Edini instrument, s katerim analitik dela, je njegovo lastno nezavedno. Skozi to razume nezavedno svojega pacienta.« Edini instrument, s katerim psihoterapeut razpolaga, je on sam. To »je edini instrument, edino orodje, s katerim lahko dela. Zanaša se lahko le nase in na nič drugega.« (prav tam: xxii-xxii, 29)

poročam v tem članku. Kako opredeliti hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo, tako da bo postala »vzdušje« za psihoterapijo in razumevanje ter kako prakticirati hipnozo kot komunikacijo med dvema telesoma in kot komunikacijo znotraj vsakega od teh teles?

Če povzamem, se ta tri vprašanja nanašajo na:

1. preseganje na teorijo osredotočene psihoterapije, tako da bi lahko delali z vsakim klientom kot s »tem« enkratnim posameznikom;
2. razumevanje, da je utemeljen razlog za preseganje na teorijo osredotočene psihoterapije to, da predlaga psihopatologijo in da ni dobra ideja, da bi uporabljali hipnozo za pripisovanje psihopatologije klientom. Preseganje na teorijo osredotočene psihoterapije ustvarja prostor za umeščanje hipnoze in psihoterapije v medicino in psihiatrijo;
3. opredelitev hipnoze kot okoliščine za psihoterapijo.

Prvič, ko je Lindner sledil Reiku (1948), pri katerem je bil v učni analizi⁸, in Freudu, je vztrajal na tem, da bi psihoanalizo umestil v psihologijo. Psihologijo je namreč videl kot širši okvir za psihoanalizo, ki je ni videl kot zaključene in zaprte teorije. Ker je menil, da se mora razvijati naprej, se je povezal z drugimi psihoanalitiki, ki so kombinirali psihoanalizo in hipnozo ter svoj pristop poimenovali hipnoanaliza (Wolberg, 1945/1964). Znotraj psihoanalize so torej ustvarili prostor za hipnozo. Vendar je Lindner to, kar so naredili, obrnil na glavo, tako da je psihoanalizo umestil v okvir hipnoze.

Drugič, Lindner se je jasno razmejil od tiste vrste uporabe hipnoze, ki je manipulirala s telesom, ne da bi vključevala komunikacijo, misel ali um, in ki je izhajala iz opredelitve hipnoze kot sugestivne (manipulativne) metode. Privzel je idejo, da »sugestija« poteka skozi komunikacijo in da komunikacija poteka med telesi in znotraj teles, kot organizacija in koordinacija med telesi in znotraj teles.

Ko je psihoterapijo vrnil hipnozi, se je srečal z dilemo, kako preseči na teorijo osredotočeno psihoterapijo, tako da bi odkril načine dela s pričakovanjii in idejami vsakega klienta brez uporabe teoretičnih konstruktov. Da bi mu to uspelo, se je

⁸ Lindner je bil tudi član Nacionalnega psihološkega združenja za psihoanalizo (National Psychological Association for Psychoanalysis), ki ga je ustanovil Reik in ki se je posvečalo raziskovanju in proučevanju psihoanalitične psihologije na temelju Freudove predpostavke, da je psihoanaliza psihološka teorija, ki sodi v okvir psihologije (Reik, 1948: 14). Člani združenja so bili psihoanalitiki, ki so bili po osnovni izobrazbi zdravniki, pa tudi drugi, med katerimi so bili mnogi, tako kot Reik, psihologi (Gustin, 1953). Nekatere Reikove teme se pojavljajo v Lindnerjevem delu. Reikov vzoren psihoanalitik se, na primer, zanaša na lastno nezavedno, »črpa iz lastne nezavedne izkušnje« ter uporablja osebne izkušnje (Reik, 1948: 465). Reik se ni strinjal z ortodoksnim psihoanalitično predpostavko, da je »potek analize povečini neodvisen od analitikove osebnosti« (prav tam: 491). Zaradi lastne »notranje krize in samoizprševanja po mnogih letih psihoanalitične prakse« (prav tam: 428) je vztrajal pri kritiziranju psihoanalitične teorije. Svoje bralce je opomnil, da »Freud ni nikoli trdil, da je razrešil vse uganke notranjega življenja« (prav tam: 422). Reik je torej vedno našel freudovske koncepte, ki naj bi se jih preoblikovalo (prav tam: 513), kar pa je počel s predanostjo Freudu, ki je mejila na oboževanje, kar se vidi v njegovem delu, povzeto pa je tudi v njegovem poročilu o poslovilnem srečanju s Freudom, preden je pred nacisti pobegnil v Ameriko. Freud je položil roko na Reikovo rame in mu prvič rekel: »Vedno si mi bil všeč ... Ljudje, ki spadajo skupaj, morajo biti drug z drugim zlepjeni.« (prav tam)

moral soočiti s psihopatologijo, ki jo je ustvarila psihoanaliza, njegov na teorijo osredotočen terapevtski pristop.

Tretjič, ko je sledil logiki ideje, da je hipnoza komunikacija, je razvil tezo, da je hipnoza okoliščina za psihoterapijo.

3.2.

Živeti od idej

Lindnerja nimam za zgled zaradi odgovorov, ki jih je podal na nekatera svoja vprašanja. Zdi se mi namreč, da si večkrat ni postavil pravih vprašanj, čeprav so bila zanj v trenutku, ko si jih je postavil, prava. Vendar ga smatram za zgled, ker menim, da njegovo delo kaže na preboj iz območja na teorijo osredotočene psihoterapije. S tem je utrl pot hipnozi kot okoliščini za psihoterapijo, uporabi idej vsakega klienta in opredelitvi idej kot temeljne sestavine hipnoze in psihoterapije. Zasluži si priznanje za svoj poziv k novemu in revolucionarnemu pristopu k psihoterapiji, tako da prepoznamo njegove nove ideje in koncepte.

Za Lindnerja (1952) je bila ideja temeljno načelo ali predpostavka, ki organizira človekovo življenje, vključno s psihoterapijo, hipnozo in kibernetiko. Ljudje živimo z idejami in od idej, organiziramo »svoja življenja okoli ene ali okoli zbirke« idej oziroma tega, kar je sam poimenoval "ti nedoločljivi izrazi" (str. 9). Trdil je, da ideje sestavljajo um, vendar »ni nujno, da izvirajo iz določenega uma, kjer prebivajo«. Ideje »se prenašajo preko razpoložljivih komunikacijskih medijev, prehajajo od enega uma do drugega ali od ene generacije umov na naslednjo«. Menil je, da »bolj kot karkoli drugega v človekovi izkušnji, ideje določajo potek življenja posameznega človeka kot tudi skupnosti«. Ideje so lahko preproste ali kompleksne, urejajo človeške zadeve in določajo človekovo življenje (str. 10).

Ko je gon opisal kot »življenjsko vodilo« (str. 32), je izgleda gon opredelil kot idejo. Kljub temu menim, da je bila njegova uporaba ideje gona neposredena. Uporabil je pojmom »gon upora«, da bi z njim opisal sposobnost ljudi, da spreminja svoj svet, upravlja, nadzorujejo in obvladujejo svoje okolje in preprečijo izumrtje. Verjel je, da v kolikor bi psihologija sprejela »gon upora«, bi »opustila svoja prizadevanja za udomačitev in prilaganje oz. konformizem« (str. 35-36).

Lindnerjeva teorija (1956) je razvila dialektiko med goni (biologija) in družbo. Teza njegove dialektike je, da bi se morali (biološki) goni razvijati svobodno. Zgodovinski in družbeni pogoji (razumljeni v skladu s Freudovo teorijo Ojdipovega kompleksa) predstavljajo antitezo. Če se ljudje prilagodijo družbi, potem pride do problemov, v kolikor prilaganje ovira gone (kot je trdil Freud). Sinteza v Lindnerjevi dialektiki je pomenila, da morajo posamezniki razrešiti konflikte med goni ter družbenimi zahtevami po prilaganju in konfor-

mizmu. To jim uspeva z uporom, ironija pa je, da je Lindner upor opisal kot gon. Če se »upirajo brez razloga«, je njihov upor po Lindnerju negativen, ker ne prispeva k temu, da bi se družba uskladila z goni. Njihov »upor ima razlog«, ko prispeva k temu, da se družba bolj uskladi z goni. Tu nam Lindner postreže s primerom, kako na teorijo osredotočena psihoterapija ustvari lastno psihopatologijo, ko definira nevrozo kot »oblikovanje kompromisa med družbenimi zahtevami ... in človekovimi gonskimi zahtevami« (str. 88). Ta kompromis je temelj psihopatologije, vendar je vse to iznajdba teorije.

Lindner (1956) je poskušal pojasniti, kako pride do oblikovanja gonov, tako da jih je umestil »znotraj organizma kot energijo«. To energijo je videl »usmerjeno k določenemu cilju in neločljivo povezano s ciljem« ter kot nekaj, kar predstavlja »notranji dražljaj za um«. Poskušal je razložiti Freudovo definicijo gona kot »merila zahteve po aktivnosti, ki je umu naložena zaradi njegove povezave s telesom« (str. 131). Na ta način je sledil Freudu v uporabi kvantitativnih metafor za razlaganje uma, mentalne aktivnosti in komunikacije. Problem tovrstnih razlag je, da kvalitete razlagajo kvantitativno in da poskuša preskočiti iz ene ravni abstrakcije (energija, gon, telo) na drugo raven abstrakcije (um). Te abstrakcije pripadajo različnim logičnim tipom, vendar so vse koncepti. Tako rešitev, ki jo predlaga Lindner, ne naslavlja vprašanja izvora idej – od kje izvirajo in kako nastajajo. Podobno kot Freud je Lindner poskušal povezati telo in um, kot da je um stvar, ki jo je treba stakniti skupaj s telesom. Kibernetika je morala najti rešitev za ta problem, da bi lahko razložila komunikacijo med ljudmi, med ljudmi in drugimi živalmi, med ljudmi in stroji, med stroji samimi ter komunikacijo znotraj teles in znotraj strojev. Freudova razlaganje preprosto ni ustrezna. Kibernetika pa je ponudila ključ za razumevanje, kaj organizira živali in stroje, za kar je nujna komunikacija. Ključni koncept je razlika in razlike potrebujejo čutilo, ki zazna, da je prišlo do razlike. Torej kibernetska definicija informacije kot novice o spremembah, ki ustvari spremembo, pomeni, da je informacija osnovna ideja.

Ko prepoznamo, da ljudje živimo od idej in da so ideje osnovni elementi komunikacije, si lahko odgovorimo na vprašanje, s čim ima opraviti psihoterapija in hipnoza. V obeh delamo z idejami, tako s tistimi, ki se jih zavedamo, kot tudi s tistimi, ki se jih ne, z idejami, ki jih izmenjujeta psihoterapeut in klient kot tudi z idejami znotraj družin, drugih skupin in družbe. Delamo tudi z idejami, ki vplivajo na telo. Psihoterapija in hipnoza torej potekata znotraj komunikacije in zdravljenje poteka preko idej, ki jih terapeut in klient uporablja, razlagata in razumeta. Lindner je pokazal, kako je možno izvajati psihoterapijo, če hipnozo uporabimo kot okoliščino in delamo s tistim, kar je Kelly (1955) imenoval klientova (proto-znanstvena) teorija, kar pomeni delo s klientovimi idejami. Lindner je videl, kakšne so posledice nekomunikacijskih metod obravnave – lobotomije,

328

Graham Barnes

elektrokonvulzivne terapije, zdravil – v kolikor se jih uporablja kot nadomestek za tisto obliko psihoterapije, kot jo je sam zagovarjal.

3.3. Hipnoza – okoliščina za psihoterapijo

Po Lindnerjevi (1951) definiciji je hipnoza ustvarjanje »stanja, pogojev oziroma okoliščin, v katerih ima terapija večje možnosti za uspeh«, s čimer namiguje, da brez hipnoze psihoterapija zmanjša svojo učinkovitost. Iz njegove definicije sledi, da psihoterapija logično sodi v okvir hipnoze in ne obratno. Tako se odpre možnost za preseganje na teorijo osredotočene psihoterapije. Hipnoza tako postane okoliščina, kjer pride do razumevanja in izboljšanja komunikacije. Hkrati hipnozo lahko uporabimo kot metodo za raziskovanje komunikacije.

Lindnerja sem v tem članku vzел za zgled v hipnozi in psihoterapiji, ker je s svojo definicijo hipnoze kot okoliščine za psihoterapijo prispeval k napredku. Izgleda, da se je njegov način psihoterapevtskega dela spremenjal iz na psihoanalitično teorijo osredotočenega pristopa k osredotočenosti na ideje in izkušnje vsakega klienta.

Po Lindnerju (1944) hipnoza deluje kot terapevtsko orodje in kot način raziskovanja (str. 18-19). »Hipnoanalizo« je definiral kot »radikalno skrajšano metodo za raziskovanje osebnosti in obravnave psihogenih in vedenjskih motenj« (str. 287). Zavzemal se je za odpravo »direktivnega [negativnega] vpliva nezavednega s povečanjem obsega zavesti« (prav tam: 254).

Lindner je Gindesu (1951) pripisal zasluge za »implicitno razlikovanje« med hipnozo kot metodo in hipnozo kot stanjem oz. okoliščino. Lindner (1944) je sugestivno metodo opisal kot uvajanje hipnotskega transa in njegovo izkoriščanje za »terapevtske namene s tihim pričakovanjem, da bo to stanje samo po sebi imelo terapevtski učinek«. Vendar so bili ti učinki prehodni in so vključevali obžalovanja vredne stvari: »od rušenja klientovega dostojanstva do odprte uporabe najgroteskejših trikov in pripomočkov za spodbujanje stanja transa«. Zato se mu je zdelo nujno opustiti hipnozo kot metodo in razvijati uporabo hipnoze »kot okoliščine«. Tak način uporabe hipnoze je temeljil na spoznanju, da naj bi stanje transa bile »skrbno pripravljene in občutljivo nadzorovane psihološke okoliščine (angl. condition) ali 'vzdušje' (angl. climate), ki omogoči, da delujejo tisti procesi, ki so nujni za obnavljanje integracije osebnosti« (prav tam). Spremembu definicije hipnoze kot metode v hipnozo kot okoliščino je vključevala premik od obravnave klienta kot »voldljive šahovske figure, ki naj bi mu s triki pomagali, da se bo rešil svojih stisk ali težav« in kot »pohlevnega robota, ki naj bi ga odčarali iz njegove bolečine in nadlog«, k postopkom, ki naj bi zagotavliali, da »klient hrani svojo identiteto, človeško dostojanstvo in samospoštovanje«. S tem, da je eksplisitno razlikoval med hipnozo kot »sugestivno metodo« in hipnozo kot

329

Hipnoza kot okoliščina za psihoterapijo »okoliščino«, je odprl nove možnosti za razvoj hipnoze kot »okoliščin, v katerih se dogaja terapija«.

3.4. Predlog nove psihoterapije

Pristop, ki ga je razvil Lindner, je premaknil poudarek iz na teorijo osredotočene psihoterapije na prakso, od psihoanalitika kot opazovalca na psihoterapevta kot dejavnega soustvarjalca terapevtske spremembe, od pasivnega klienta, ki naj bi z uporabo Freudove teorije poskušal priti do uvida s pomočjo samoopravovanja, do klienta kot glavnega akterja terapije, ki si prizadeva za spremembo iz negativnega v pozitivnega upornika. Lindner je preokviril Freudovo teorijo gonov, tako da je upor razumel kot gon in opisal upor kot njegov ali njen poskus izogniti se »prilagoditvi« ali konformizmu »slabo prilagojeni družbi«, njenemu sadizmu, zatiranju in pohlepu⁹. Lindner (1956) si je predstavljal nujnost odkritja »novih teorij in novih praktičnih metod« (str. 145).

Medtem ko je poskušal ohraniti Freudovo teorijo gonov in Ojdipovo tragedijo kot mitološki način utemeljevanja svoje na teorijo osredotočene psihoterapije, se je Lindner (1956) odprto lotil reinterpretacije psihoanalize, s tem ko je pozival k »ponovni proučitvi ne le naših znanstvenih in strokovnih konceptov, temveč tudi naše drže, ki se oblikuje zaradi družbenih vplivov in posebnih vplivov narave našega dela«. Verjel je, da se bo na podlagi te ponovne ocene »razvila nova smer v psiholoških znanostih z novimi teorijami in novimi praktičnimi metodami« (str. 145).

Lindner (1952) je definiral psihoterapijo kot umetnost in kot poklic, kot »vzajemno« in »interaktivno« prakso, kjer se stvari ne počnejo »klientu, temveč s klientom«. Psihoterapija naj bi bila vzgojna in njena praksa naj bi temeljila na psihologiji (na biološki in ne na socialni psihologiji, ki pa naj ne bi posnemala fizičnih znanosti) in družbenih vedah, religiji, zgodovini in filozofiji. Psihoterapija naj tudi ne bi spadala v domeno zdravnikov, »kajti stanja, ki se obravnavajo« v psihoterapiji »niso bolezni v medicinskem pomenu«. V kolikor se ta stanja razumejo kot bolezni, »se preprečuje napredok v psihopatologiji kot znanosti in psihoterapiji kot praksi«. Cilj psihoterapije je »preoblikovati klientov negativni protest in upor v pozitivno izražanje uporniškega gona« (str. 139- 143), zamenjati začarane kroge negativnega protesta in upora (brez razloga ali namena)

⁹ Lindnerjev (1946) pogled na zločin in kazniva dejanja odraža njegovo razumevanje, da je psihopatologija prevladujoče kulturno in družbeno pogojena: »Zločin je preprosto tip vedenja, ki ga predisponirajo motivacijski faktorji, in ki ga sproži kultura.« (prav tam: 84) Zločin je bil zanj »skrajna oblika neprilagojenosti: zaradi svoje zgodovine se organizem ne more prilagoditi na kulturo«, ker je le-ta »polna ... možnosti, da nanj vpliva negativno«. Kulturne »zahteve, kodeksi, prepovedi, standardi, pritiski ... pozivajo k stalnemu prilagajanju, ki je za organizem zahtevno zaradi njegove svojske zgodovine in zato, ker so kulturni pritiski sovražni njegovim osnovnim usmeritvam. Zločin je zato najboljša možna prilagoditev, ki jo lahko doseže v teh okoliščinah.« (prav tam: 85)

s krepostnimi krogi upora (z razlogom in namenom), tako da se lahko družba razvija skladnejše z goni.

Družbeni prispevek psihoterapije je povečanje »števila upornih odraslih« v družbi (str. 265). Lindner je trdil, da »terapija, ki je usmerjena k prilagajanju (kar naj bi bilo značilno za vso takrat obstoječo terapijo), ni terapija, temveč navidezna obravnava, ki ne počne drugega, kot izvaja pritiske za večanje konformizma«. Ni psihoterapije, v kolikor ne pride do »procesov, ki proizvajajo upornega človeka«. Pristna je le tista psihoterapija, ki »je izpostavila in razrešila temeljni konflikt med uporniškim gonom in prilagoditvijo«. (Drugače po Lindnerjevem mnenju ne moremo govoriti o »zdravljenju duševnih in čustvenih motenj in stisk – nevroz, psihopatij, psihosomatskih težav in psihoz«.) S takim razmišljanjem je Lindner prišel do tistega, kar je imenoval »resnični cilj« psihoterapije: »pomagati človeku k ponovnemu vstopu v evolucijski tok«, ki je mogoč s »prevzgojo trpečega človeka«. Prevzgoja »mora biti tisto, s čimer se ukvarja nova psihoterapija« (str. 270-271).

3.5.

Lindner in kibernetika

Lindner (1952, 1956) je bil eden prvih terapevtov, ki je poskušal psihoterapijo in hipnozo umestiti znotraj kibernetike. Lahko bi rekli, da je njegovo razumevanje kibernetike vplivalo na njegovo definicijo hipnoze kot »okoliščin, v katerih ima psihoterapija večje možnosti za uspeh«, kar je utiralo pot za premik v razumevanju hipnoze iz domene sugestije in izzvalo običajno predpostavko o »enostranskem« nadzoru. Na tej podlagi je Lindner hipnozo definiral kot nezavedno komunikacijo med psihotrapevtom in klientom. Kibernetika je tudi spremenila vlogo psihotrapevta kot opazovalca ali gledalca v aktivnega udeleženca s klientom v procesu zdravljenja (Ruesch in Bateson, 1951), kar je povečalo prožnost in delovanje v smeri povečevanja števila izbir (von Foerster, 1981). Znanstveniki, ki so razvijali logiko kibernetike, so spoznali, da krožnosti ni mogoče izključiti iz komunikacije, logike in znanosti, kar je vodilo do zaključka, da je komunikacija vedno krožen proces. Gindesova (1951) uporaba pojma krožnosti je deloma prispevala k temu, kar je Lindner napisal v uvodu v Gindesovo knjigo. Za Gindesa je postopek hipnoze temeljil na sugestiji, kar je pomenilo, da je možno vplivati na spremembo vedenja preko misli, objektov in govorjene besede (str. 175). Temeljni aksiom je bil: »Sugestija ustvarja hipnotske pojave in obratno, ti pojavi ustvarjajo povečano sugestibilnost« (str. 87). S tem je bila poudarjena krožnost med sugestijo in sugestibilnostjo. Krožnost je posredno prisotna tudi v razlagi, da »so vse sugestije avtosugestije; vsa hipnoza ja avto-hipnoza«. Psihotrapevt izbira ustrezna orodja in navodila, ponudi »klientu zanimivo idejo, ki spodbudi njegovo domišljijo do te mere, da v njegovem telesu

nastopijo fiziološke spremembe. Te fiziološke spremembe – *ki jih povzroči sam – so dejanska hipnoza*« (str. 159). Sugestija je v skladu z Gindesovo definicijo postopek, ki ustvarja hipnozo.

Na tej osnovi je Lindner subtilno razločil med hipnozo kot »okoliščino« in hipnozo kot »sugestivno metodo«. S tem je umestil psihoterapijo znotraj hipnoze in poudaril, da hipnoza ni torba trikov, ki jih terapevti uporabljajo, da klientom nekaj naredijo. Hipnoza kot okoliščina še ni psihoterapija, temveč način pogovarjanja in interakcije s klienti, s katerim terapevt skupaj s klientom soustvari kontekst za psihoterapijo. Hipnoza sama po sebi ni psihoterapija. Psihoterapija je odvisna od idej in konceptov, ki jih uporabljava terapevt in klient, od tega, kaj klientu pomenijo, kako jih interpretira in udejanja. Definicija hipnoze kot okoliščine za psihoterapijo se sklada z Lindnerjevo idejo psihoterapije kot prevzgoje, s čimer je umestil psihoterapijo v kontekst učenja in kar je Bateson (2000) imenoval »učenje o učenju«.

Lindner (1956) se je pri razlagi svojih idej naslanjal na kibernetiko. Spomnimo se, da je bil zanj gon ideja, ki ga je definiral »kot v organizem vgrajeno zmožnost ali potencial za izražanje, za prenos informacij v koordinacijska in izvršna možganska središča«. Gon je opisal s pomočjo krožnosti, povratne informacijske zanke, komunikacije znotraj telesa in med telesi. Pri tem se je očitno oprl na kibernetske koncepte krožnosti, kompleksnosti in prožnosti (str. 136-137).

(Z)možnosti, ki so vgrajene v organizme, se razvijajo z večanjem kompleksnosti razvijajočega se organizma. Lindner (1952) je to izrazil s kibernetskim načelom: »Kompleksnejši kot je organizem, širši je razpon njegovih (z)možnosti.« Torej, »razvitejši kot so možgani, večje so možnosti določene živali - možnosti, ki ... z učenjem lahko postanejo koristne« (str. 228).

Da bi ugotovil, kako nekatere od teh idej delujejo v Lindnerjevi psihoterapiji, bom v nadaljevanju analiziral njegov zadnji objavljeni klinični primer *Kavč na reaktivni pogon* (The Jet-propelled Couch). Po tem primeru je najbolj znan in predstavlja klasiko v psihotrapevtski literaturi (Shem, 1986). Kaže, kako je v svojem prizadevanju za rešitev problema teorije v psihoterapiji povezel psihoterapijo s kibernetiko. Ta primer ne govorji o hipnozi niti ne opisuje hipnoze kot okoliščine za psihoterapijo. Kar pa je v tem prikazu primera pomembno tudi za hipnozo, je, kako mora na teorijo osredotočena psihoterapija preseči teorijo, da bi hipnoza lahko postala okoliščina za psihoterapijo.

3.6.

Lindnerjev primer Kirkka Allena

Tudi če bi bil Lindnerjev primer Kirkka Allena fikcija, če torej lik Kirkka Allena ne bi nikoli obstajal in tudi če gre le za zgodbo sestavljeno iz različnih delov

ali če gre za čisti plod Lindnerjeve domišljije, ostaja dragocen kot hevristična predstavitev. Za naše razumevanje je lahko tudi zanimivo, kako je Lindner zgradil svojo pripoved, kar nima neposredno opraviti z dejstvi o Kirku Allenu.

Kot poroča Lindner, je bil Kirk Allen raziskovalni fizik v tridesetih letih, ki je delal v vladni ustanovi v jugozahodnem delu ZDA. V prostem času je na računalnikih, ki so jih sicer v delovnem času uporabljali za raziskave, delal izračune o potovanjih v prihodnost. Tako globoko se je potapljal v svoj domišljiji svet, da je to vse bolj zmanjševalo njegovo storilnost v službi, kjer so po vsej verjetnosti razvijali nuklearno orožje za množično uničevanje. Ker je program za vlado predstavljal visoko varnostno tveganje, mu je bilo odrejeno, da mora zaradi svoje psihoze poiskati pomoč. Ker v ustanovi ta ni bila na voljo, ga je zdravnik napotil v Baltimore k Lindnerju.

Kot se je izkazalo, je Kirk v mladosti začel prebirati niz knjig o liku podobnem Supermanu, ki mu je bilo ime Kirk Allen. Prepričan je bil, da so zgodbe »govorile o njem«. Kirk je povedal Lindnerju (1954): »Vedel sem, da je to, kar berem, moja biografija.« (str. 179) Kirk je bil prepričan, »da je avtor nekako pridobil znanje o mojem življenju in zapisal mojo zgodbo. Tako je bila prva stvar, ki sem jo moral napraviti, da se spomnim. In dejansko se mi je zdelo, da si lahko v spomin prikličem vse, kar je avtor opisal«, kar nam kaže, kako hitro se lahko gradi t. i. »lažni spomin« (Bartlett, 1995). Bil je v nenavadnem položaju »najstnika, ki se spominja dogodivščin samega sebe kot odraslega moža«, tako da se je prepričal, »da so bile knjige napisane v prihodnosti«. Lahko se je torej »spominjal prihodnosti« (str. 181). Postal je Kirk Allen prihodnosti: »Dejansko živim, kar živi bodoči Kirk Allen; sem se vračam, da popravim in dodam k lastni biografiji ...« (str. 184). Ob tem je priznal, da si je nakopal težave, ko je vse več časa prezivel kot »drugi Kirk Allen«. Vseeno pa, »mu nimam kaj očitati – njegovo življenje je v primerjavi z mojim veliko bolj razburljivo; seveda pa imam tu službo« (str. 185).

Za Lindnerja je bil izziv, da se je Kirk »imel za povsem normalnega, da je bil v celoti prepričan o resničnosti vsega, kar doživlja in ni mogel razumeti pomena le-tega z vidika svojega duševnega zdravja«. Kirk je priznal, da so »njegove izkušnje posebne«, vendar zanj to ni bil razlog za preplah. Njegove fantazije »so bile posledica neke neznane jasnovidne lastnosti ali sposobnosti, s katero je bil nekako obdarjen« (str. 185).

Prvi Lindnerjev zaključek je bil, da je Kirk »nor«, in drugi, da ga je njegova psihoza ohranjala pri življenju. Kirkovo »duševno abnormalnost« je poimenoval norost, ker Kirk ni mogel doumeti ali si priznati, da njegovo doživljanje ni normalno. Za razliko od večine psihotičnih posameznikov, ki se običajno zavedajo svoje duševne motnje, saj trpijo, je bil Kirk prepričan v svoje zdravje in ni zaznaval nobenega konflikta med resničnim svetom in svojo domišljijo. Lindner

se je počutil nemočnega, da bi ga prepričal v nasprotu, niti ni Kirku skušal dokazati, da je nor. Namesto tega se je posvetil njegovi znanstveni plati: »Sklenil sem obrniti v prid njegovo lastnost, ki jo je kazal celo svoje življenje, kvaliteto, ki je navdihovala njegove prve poskuse obvladovanja osamljenosti, lastnost, ki ga je gnala v znanstveno kariero – njegovo radovednost.« (str. 189)

Kirkove težave je Lindner v skladu s psihoanalitično teorijo povezel s travmatičnim dogodkom iz njegovega otroštva, ki naj bi vplival na njegovo prihodnost. Zgodilo se je, ko je njegova družina »nenadoma pretrgala njegov skoraj simbiotski odnos s « polinezjsko varuško. Ščitila ga je in zadovoljevala njegove biološke in čustvene potrebe. Za nekaj časa so ga odtrgali od nje, da bi se »civiliziral«, naučil jezika in nošnje oblačil belcev. Kmalu za tem, ko so mu ponovno dovolili, da se je vrnil k varuški, pa je nenadoma umrla. Kirk je bil star šest let in je ostal prepuščen svoji domišljiji. Pričel je graditi svoj svet in nikoli se ni naučil »razlikovati med resničnim svetom in tistim, ki je bil plod njegovega lastnega mentalnega funkcioniranja« (str. 191-192).

Kljud terapiji se Kirkovo psihotično stanje leto dni ni izboljšalo, vendar je bil Lindner prepričan, da mu je uspelo preprečiti, da Kirk ne bi zdrsnil še globlje v psihozo. Zavedal se je, da bi Kirk v primeru neuspešnosti terapije kot alternativa po vsej verjetnosti čakala elektrokonvulzivna terapija ali psihokirurške metode (lobotomija), ki jim je nasprotoval. Prepričan je bil, da so »v nasprotju z vsakim naprednim terapevtskim kriterijem« in da »bolj škodijo kot koristijo« (str. 197). Kirk je hotel zaščititi pred »novo vrsto psihiatričnega vegetiranja«: »Kljud psihozi je imel sijajne možgane, dobro motivirano osebnost in je obetal – ko se bo rešil bremena svoje duševne motnje – da bo postal eden tistih dragocenih ljudi, ki so pomembni za prihodnost naše civilizacije« (str. 197). Čeprav je bil Lindner pionir pri uporabi kombinacije hipnoze in psihoanalize, se v tem primeru za hipnozo ni odločil, ker je ocenil, da je Kirkovo razlikovanje med resničnostjo in domišljijo prešibko. Hotel je Kirku pomagati, da ostane povezan s »tem svetom«¹⁰.

Lindner je sklenil: »Da bi Kirk ločil od njegove norosti, sem moral vstopiti v njegov domišljiji svet in ga od tam poskusiti osvoboditi psihoze« (str. 198, 203). Prebral je dvesto poglavij Kirkove »biografije« in stotine strani njegovih zapiskov, risal zemljevide in delal zapletene izračune. Vse to je počel, da bi ostajal na tekočem s Kirkom in da bi izvedel čim več o njegovem svetu. Hotel je ostajati v stiku z njim, da bi ga pospremil ven iz njegove norosti. V Kirkove dokumente se je zatopil, da bi našel možne napake v njegovih matematičnih izračunih izletov

¹⁰ Lindner je vedel za druge psihoterapeute (npr. Miltona Wexlerja in Johna Rosena, čigar delo je kasneje postalo diskreditirano), ki so razvijali idejo sodelovanja in soudeleženosti v pacientovi psihozi.

v prihodnost: »Soočal sem ga z logičnimi napakami, z napačnimi izračuni ali z razlikami med raznimi deli njegovih zapiskov in sem ga nagovarjal, da naj jih 'popravi'.« (str. 198)

Lindnerjeva vztrajnost se je obrestovala. Ko je v njegovih preglednicah našel izračune, ki jih Kirk ni znal popraviti, je prišlo do »majhnih razpok v Kirkovi navidez monolitni domišljiji zgradbi. Videl sem, da je moje posvečanje in popolno sprejemanje njegove fantazije pripeljalo do tega, da jo je prvič v svojem življenju postavil pod vprašaj« (str. 201). Kirk je ob Lindnerjevem vztrajanju začel risati nove zemljevide. Lindner se je »vedel enako kot klient«, izražal »enake ideje v istem jeziku« in svojemu klientu kot na zaslonu prikazoval »njegovo lastno podobo in aktivnosti« (str. 203). Pomagal mu je, da je pogledal skozi oči psihoterapevta. Prizadeval si je, da »je zavzel kritično stališče do tega, kar vidi, se pravi lastnega obnašanja« ter ga spodbudil, da je »zavzel držo«, ki jo je Lindner nameraval pretvoriti v terapevtsko orodje, s katerim bi preoblikoval »psihično strukturo« svojega klienta (str. 203). Lindnerjeva neposredna vpletjenost je Kirkha soočila »z njegovo zrcalno podobo in mu omogočila premik iz domišljije v resničnost« ter ga potisnila iz njegove psihoze.

Lindner je priznal, da je bila njegova igra z znaki obsedenosti, duševne stiske in bolečine nevarna (str. 207). Vendar ga je premamilo zadoščenje, ki ga je doživil ob lastni radovednosti in ustvarjalnosti, tako da se je le prepustil svojemu pristopu. Sodelovanje v Kirkovi psihozi je zamajalo Lindnerjevo »duševno ravnovesje«, saj se je s klientom znašel skupaj »v duševni stiski«. Tudi sam je postal obseden s popravljanjem napak in iskanjem nedoslednosti v Kirkovih »poročilih« ter »uročen od Kirkove utopične vizije«, ki ji je popolnoma »podlegel« (str. 208). Lindner je nadaljeval »z intenzivnim iskanjem napak in nedoslednosti« v Kirkovih zapiskih, ne več z namenom, da bi klienta privedel iz psihoze, temveč iz lastnega zadovoljstva, da jih je popravljal. Kadar je odkril napake, je postal tesnoven: »Počutil sem se neprijetno in razvil sem zmerne stresne simptome, ki so se ublažili le, če sem popravil napako« (str. 208).

Tudi ko ni bil s Kirkom, je Lindner pri sebi opazil, da »je prevajal določene besede, pojme in imena v [Kirkov] 'olmajske' jezik« (str. 209). Lindner je bil kasneje presenečen, ko je odkril, da v vsem tem obdobju ni nihče pri njem opazil kakšne zunanje vedenjske spremembe. Sam pa je opazil psihični stres in si je moral pomagati iz težavnega položaja s pomočjo samoanalize. Predno mu je uspelo, je Kirk naredil nekaj, kar je »pokazalo, da se bližava uspešnemu zaključku Kirkove terapije«. Poglejmo si, kako ta dogodek opisuje Lindner: »Ker je prišlo med mano in Kirkom do zamenjave vlog, se je norost, ki sva si jo delila, v eni od tistih vzne-mirljivih razjasnitev, ki so moje delo naredile nepredvidljivo, čudovito in koristno,

sesula¹¹.« (str. 211) Tu se kaže, kaj psihoterapija sproži tako pri psihoterapeutu kot tudi pri klientu, in je metaforičen prikaz učinka, ki ga je imela Lindnerjeva psihoterapija v praksi na njegovo na teorijo osredotočeno psihoterapijo.

Nekega dne je Lindner opazil, da sta se Kirkova drža in vedenje spremeniila. Lindner ga je spraševal, kaj je narobe. Končno je Kirk, potem ko je okleval, Lindnerju priznal, da ga je zavajal, saj sam že nekaj časa ni več verjel svojim teorijam. Spoznal je, da so njegovi obiski prihodnosti halucinacije. Lindner je bil šokiran. Najprej je pomislil, kako mu je lahko Kirk storil kaj takega. Kirk je dejansko svojo psihozo obesil na klin že pred nekaj meseci in si priznal, da si je vse skupaj izmislil: »Spoznal sem, da sem nor. Ugotovil sem, da sem se leta dolgo zavajal in da nikoli ni bilo nobenih 'potovanj', da je bilo vse skupaj blaznost.« Lindner je vprašal: »In zakaj si se pretvarjal?« »Ker sem čutil, da moram ... čutil sem, da ti tako hočeš!« (str. 214). Da bi si lahko predstavljal, kaj je doživel Lindner, ko je slišal te Kirkove besede, je potrebno prebrati Lindnerjev opis tega prizora. Kot se je pokazalo, se je Kirk zaradi psihoterapevta pretvarjal, da je še vedno psihičen.

4.

Razprava

Primer Kirkha Allena kaže, kako se je Lindner poskušal odmakniti od na teorijo osredotočene psihoterapije h klientovi »teoriji« kot temelju psihoterapije. S tem je posredno spodkopal celotno na teorijo osredotočeno psihoterapijo. Naslov poglavja s tem primerom, *Kavč na reaktivni pogon*, zavaja, da gre za »kavč« in za klienta, Kirkha. Lindner je pognal kavč v prihodnost. Vzporedno sporočilo zgodbe pa je, da isto, kar je Kirk počel s svojo teorijo, psihoterapevti počnejo s svojimi teorijami. Tako da gre za analogijo med tem, kako je Kirkova teorija vplivala na Kirkha in na Lindnerja, ter tem, kako na teorijo osredotočena psihoterapija vpliva na psihoterapevtovovo zaznavo in psihopatologijo, ki jo pripisuje klientu.

Potem ko opiše Kirkovo biografijo, Lindnerjeva zgodba niha med njegovimi komentarji Kirkove domišljijke (»nore«) teoretične konstrukcije in domišljisko konstrukcijo Freudove teorije. Lindner opisuje vzporedni proces, kjer on kot terapevt preseže svojo na teorijo osredotočeno psihoterapijo, prav tako kot Kirk, klient, preseže svojo »noro« teorijo. Lindner upodobi sebe, kako temeljito dela znotraj Kirkove teorije, v katero je začel »verjeti«. S tem napeljuje bralca, da se začenja spraševati o analogni situaciji, kako se psihoterapevti v času svojega

¹¹ S tem razloži moto, ki ga je postavil na začete poglavja o Kirku Allenu. Vzel ga je iz Eddisonovega fantazijskega romana *The Worm Ouroboros* (Kača Urobor). Nikjer v poglavju namreč ne omeni kače Urobor, ki je postal simbol refleksivnosti, toda samo besedilo kaže, da je psihoterapija tako za Lindnerja kot za Kirkha imela prav to značilnost. Urobor postane metafora tudi za to, kar je Lindnerjeva psihoterapija počela s celotno psihoanalitično teorijo.

izobraževanja potopijo v na teorijo osredotočeno psihoterapijo. Na tej točki pride pri Kirku, klientu, do obrata in osvobodi psihoterapeutu od svoje teorije. Kar Kirk naredi Lindnerju, Lindner naredi svojim bralcem, ko nam ponudi izstop iz na teorijo osredotočene psihoterapije.

Lindnerjev opis terapije s Kirkom služi kot analogija za to, kar je naredil s psihoanalitično teorijo, kot je to opisal v knjigi *Recept za upor* (*Prescription for Rebellion*) (1952) in v svoji zadnji knjigi *Ali se moraš prilagoditi* (*Must You Conform*) (1956). Ob tem prepušča bralcu, da potegne vzporednice med Kirkovo kompleksno teorijo in spomini na prihodnost ter med kompleksno teorijo psihoanalyze in konstruiranimi spomini na preteklost. Vse, kar je Kirk moral storiti, je bilo, da je prebral besedila in začel verjeti, da govorijo o njegovem življenju, kar je potem postalo njegova resnica. Njegov spomin je sodeloval in mu omogočil, da si je priklical dogodke, o katerih je bral. Ta primer služi kot analogija za način, kako je teorija uporabljena v na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopih.

Zgodbo o Kirku je Lindner obrnil v zgodbo o sebi, kar je hkrati zgodba o teoriji ter o vplivu na teorijo osredotočene psihoterapije na psihoterapevte in njihove cliente. Do tega obrata je prišlo z Lindnerjevim priznanjem, da so se mu kot Kirkovemu psihoanalitiku (ozioroma bolje rečeno psihoterapeutu, saj metoda, ki jo je uporabljal, ni bila več striktno psihoanalitična), »dogajale čudne stvari« (str. 203). S tem je posredno priznal svoj odmik od na teorijo osredotočene psihoanalyze, k psihoterapiji, ki uporablja pacientovo teorijo, in ponudil dodaten ključ za to, kaj bi lahko bilo vzporedno sporočilo njegove zgodbe. Na tej točki je že zavrnil uporabo psihoanalyze, saj je izstopil iz teorije ali tako vsaj izgleda. Knjiga *Recept za upor* nudi osnovo za razumevanje, kaj je naredil z zgodbo o Kirku. Izgleda, da na novo interpretira psihoanalizo in vso psihoterapijo. Začel je tako, da je izpostavil ideje, ki so ustvarile razliko za klienta, terapevtsko prakso in družbo. Z opisom Kirkovega primera pravzaprav komentira psihoanalitično teorijo in vso na teorijo osredotočeno psihoterapijo, ki predlaga svojo psihopatologijo in s tem podpira družbene zahteve po konformizmu in vodi v družbeno prilaganje posameznika.

Tu je Lindnerjevo priznanje: »Jaz, terapevt, sem se vpletel v psihozo svojega klienta ter za nekaj časa in do določene mere delil njegovo obsedenost.« Kirkov svet ga je očaral, medtem ko »se je intenziviralo njegovo sodelovanje v grandioznih blodnjah ... so ostro določeni robovi resničnosti začeli bledeti in deloma sem vstopil v neverjetni svet, kot ga je ustvaril Kirk« (str. 206). Lindnerjev vstop v Kirkov neverjetni svet je analogen psihoterapevtovemu vstopu (s pomočjo izobraževanja iz na teorijo osredotočene psihoterapije) v neverjetni svet po meri teorije. Psihoterapevtski edukant vstopi v model na teorijo osredotočene

psihoterapije, ko se obveže, da bo to postal njegov pristop. Tu Lindner opisuje, skozi kaj gredo psihoterapeuti v toku izobraževanja. Prenesti morajo nelagodje povezano z dvojno vezjo, ko se učijo razumeti teorijo tako dobro, da postane njihov način mišljenja, videnja, diagnosticiranja in praktičnega izvajanja terapije.

Če povzamem, Lindnerjeva zgodba nam kaže, kako je Kirk vstopil v svet besedil, ki jih je bral in jih uporabil kot svojo življenjsko zgodbo. Lindner je vstopil v Kirkov svet, da bi mu pomagal stopiti ven iz psihoze, prav tako kot je sam pred tem vstopil v svet Freudovih in psihoanalitičnih besedil ter se jih naučil, da je lahko postal psihoanalitik. Z vstopom v Kirkov svet je Lindner izstopil iz sveta psihoanalitične teorije. Ko se je zapletel v Kirkov svet, se je moral iz njega tudi izmotati, vendar tega ni zmogel sam, podobno kot se ni zmogel sam osvoboditi iz na teorijo osredotočene psihoterapije. Kirk je bil tisti, ki je Lindnerja povlekel ven iz sveta lastne teorije. Podobno kot je Lindner moral odložiti svojo teorijo, da je lahko delal s Kirkovo teorijo, je moral Kirk dati na stran svojo teorijo, da je lahko pomagal svojemu terapeutu priti ven iz nje. Lindnerjev vstop v Kirkov svet je omogočil Kirku, da je pogledal skozi oči svojega psihoterapevta in se osvestril svoje norosti. Kirk je uvidel, da je njegov psihoterapeut vstopil v domišljenski svet klientove teorije, zato jo je opustil, da bi to omogočil tudi svojemu terapeutu. Ko je Lindner sledil Kirku ven iz sveta Kirkove teorije, je postal zaled, kako se je možno dvigniti iz na teorijo osredotočene psihoterapije.

Lindner je predlagal, da naj gre terapevt v klientov svet in v tem svetu živi. Tako klientu omogoči, da vidi, kako ta svet izgleda, če ga pogleda skozi psihoterapevtove oči. Proses se vrača k sebi. Lindner je rešil problem transferja – problem zaslona. Zaslon pomeni videti samega sebe skozi oči drugega, kar je refleksiven proces. Pregled strokovne literature pokaže, da je veliko Lindnerjevih sodobnikov ta proces razumelo kot *posnemanje*: klienti naj bi sprejeli in uporabili teorijo svojih psihoterapevtov ter videli skozi njo, kar ima za posledico, da teorija določa tako njihovo samoopazovanje kot tudi njihov pogled. Lindner pa je zaled za psihoterapevta, ki se uči teorije svojega klienta in postane zanj zrcalo, tako da lahko klient zagleda svojo teorijo skozi psihoterapevtove oči. Za razliko od imitativnega je ta proces *konstruktiven*. Kirkov problem je bil problem učenja drugega reda: kako se naučiti videti samega sebe skozi oči drugega, namesto da bi svojo izkušnjo razlagali s pomočjo teorije¹². Potem ko je Kirk izstopil iz svoje psihoze, je v kontekstu psihoterapije dosegel to, kar je Bateson (2000) imenoval »učenje o učenju« (angl. learning to learn). Hkrati je presegel dvojno vez (angl. double bind) teorije, ki je bila podlaga za njegovo psihozo.

¹² V skladu z Laingom (1972: 40) pa bi lahko rekli, kako lahko vidimo skozi teorijo ali z njo, kar pomeni, da postane svoj lasten predmet domišljije in konstrukcije.

Kot opisuje Lindner, pa se je Kirk povzpel še višje po lestvi abstrakcije do ravni samoreference. Ne le da je Kirk dosegel refleksivnost, ko je pogledal skozi oči drugega, temveč je razvil sposobnost samoopazovanja. Do samoopazovanja ni prišel s prostimi asociacijami ali introspekcijo, niti s pomočjo opažanj, ki jih je imel Lindner o njem. Do samoopazovanja pride v trenutkih, ko se posameznik zave svojega samoproizvajanja: »Sam povzročam sebe.«

Lindner prepušča bralcu, da potegne zaključke. Ko je spokopal temelje svoje na teorijo osredotočene psihoterapije in z njo celotno psihoterapevtsko teorijo psihopatologije, je Lindner našel nadomestilo, vendar je bilo še prezgodaj, da bi javno izpostavil to, kar počne. Kot mlad psihoterapevt je v svojih dvajsetih letih prostemu asocirанию že dodal hipnozo. Do leta 1951 je razvil svoj pristop, tako da je redefiniral hipnozo in jo proglašil za okoliščino za psihoterapijo. S tem je priznal, da je edino psihoterapevtovo orodje psihoterapevt sam. Tako je psihoterapevt, podobno kot opazovalec v kibernetiki (von Foerster, 1981, 1991), vključen v psihoterapijo, ki je razumljena kot del klientove in psihoterapevtove življenske zgodbe (Ruesch in Bateson, 1951). Njuno skupno popotovanje ni namenjeno temu, da bi zagledala objekte, ki jih konstruira teorija, temveč temu, da vsak pogleda skozi oči drugega.

Epilog

Po petdesetih letih, odkar je Lindner povezal psihoterapijo in hipnozo s kibernetiko, redefiniral hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo in začel s procesom, s katerim je pokazal, kako je možno preseči na teorijo osredotočeno psihoterapijo, današnja psihoterapevtska praksa še vedno močno zaostaja¹³.

Če vzamemo hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo, potem smo sprejeli predpostavko, da sta tako hipnoza kot psihoterapija obliki medčloveške komunikacije, ki se odvijata preko izmenjave idej. Hipnoza je po svoji zasnovi delo s klientovimi idejami, s tem da omogoča vzdušje, v katerem klienti lahko uporabljajo svojo domišljijo, podobe in izkušnje v »povzročanju«, proizvajanju ali konstruiranju samega sebe – popotovanja, za katerega lahko pričakujemo, da bo trajalo, dokler je posameznik organsko in mentalno živ. Če razumemo hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo, nam mora biti jasno, za kakšno vrsto psihoterapije je lahko hipnoza primerna okoliščina. Na podlagi študije, o kateri sem tu poročal, lahko sklepamo, da je hipnoza kontraindicirana kot okoliščina za na teorijo osredotočeno psihoterapijo iz preprostega razloga. Na teorijo osredotočena psihoterapija namreč proizvaja psihopatologijo na osnovi predpostavke, da ta že obstaja znotraj posameznikov in da jo je potrebno le diagnosticirati s pomočjo psihoterapevtske teorije. Vendar se izkaže, da je psihopatologija, ki jo odkrivamo v diagnozah, zgolj psihopatologija, ki jo je skonstruirala na teorijo osredotočena psihoterapija. Če hipnozo uporabljamo kot sugestivno orodje in vodimo kliente, da bodo »našli« ali »umestili« teoretične objekte ali konstrukte, lahko pričakujemo, da bodo klienti verjeli, da so jih dejansko našli in ne ustvarili ter da jih bodo uporabili za oblikovanje samopodobe. Ne vem, če je lahko takšen vzajemno zavajajoč proces kakorkoli koristen. Menim pa, da lahko pristopi, ki uporabljajo hipnozo kot okoliščino za psihoterapijo, ki ni osredotočena na teorijo, bolje izkoristijo ideje in sposobnosti klientov za iskanje rešitev za njihove probleme.

¹³ V Lindnerjevih časih je psihoanaliza dosegla vrh javnega vpliva in prevlade v psihijiatriji. Imela je velik vpliv na psihiatrično prakso, prav tako pa so psihoanalitiki nadzorovali veliko psihiatričnih kateder na medicinskih fakultetah. Vendar pa psihoanaliza, kot paradni konj na teorijo osredotočene psihoterapije, ni izpolnila (in ni mogla izpolniti) tega, kar je oznanjala, tako da je diskreditirala samo sebe in psihijiatrijo. Namesto tega, da bi psihoanalizo nadomestila s psihoterapijo, ki v središče ne bi postavljala teorije, in namesto tega, da bi se vrnila k praksi in konkretnim izkušnjam z uporabo klinične hipnoze, je psihijiatrija psihoanalizo nadomestila z »biološko farmakoterapijo«. Posledica je, da se zdaj bolj malo specializantov psihijatrije izobražuje iz psihoterapiji. Je ta trend mogoče spremeniti in se od tega, da psihijatri predpisujejo psihoaktivna zdravila, obrniti k zdravljenju pacientov skozi komunikacijo in uporabo hipnoze kot okoliščine za njihovo psihoterapijo? Če naj bi se psihijiatrija vrnila k psihoterapiji, bodo morali psihoterapeuti, ki so zavezani viabilnosti, učinkovitosti in bodočnosti psihoterapije, opraviti veliko dela. Malo verjetno je, da jim bo to uspelo s psihoterapijo, ki v središče postavlja teorijo, temveč bodo morali storiti nekaj drugega. Za začetek lahko odložijo na teorijo osredotočene psihoterapevtske pristope in prenehajo svoje teoretične konstrukte vsiljevati svojim klientom. Tako se bodo lahko vrnili k dialoški praksi in jo podprtli z raziskovanjem. Predpogoj za to pa je, da hipnoza postane okoliščina za psihoterapijo, ker izboljšuje komunikacijo in se ponuja tudi kot metoda za raziskovanje komunikacije in njenih izvodov.

Literatura

- Ashby, W. R. (1956). *An introduction to cybernetics*. London: Chapman & Hall.
- Barnes, G. (1994). *Justice, love and wisdom: Linking psychotherapy to second-order cybernetics*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- Barnes, G. (2001). Voices of sanity in the conversation of psychotherapy. *Hypnos*, 28(4), 174-185. (Skrajšana verzija iz *Kybernetes*, 30(5), 526-550)
- Barnes, G. (2002). *Psychopathology of psychotherapy: A cybernetic study of theory*. Unpublished doctoral dissertation, RMIT University, Melbourne.
- Bartlett, F. (1995). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press. (izvorno izdano leta 1932)
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. London: Wildwood House. Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press. (Originalno delo izdano 1972)
- Berger, M. (1978). *Beyond the double bind: Communication and family systems, theories, and techniques with schizophrenics*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Ellenberger, E. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erickson, M. H. (1980). Hypnosis: Its renaissance as a treatment modality. In: *Innovative Hypnotherapy. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. IV, 52-75) (E. L. Rossi, ur.). New York: Irvington Publishers. (Originalni delo izdano 1966).
- Gauld, A. (1992). *A history of hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gindes, B. (1951). *New concepts of hypnosis: As an adjunct to psychotherapy and medicine*. Hollywood: Wilshire Book Company. [ponatis, brez datuma]
- Gustin, J. (1953). Theodor Reik. V R. Lindner (ur.). *Explorations in psychoanalysis* (str. ix-xiii). New York: The Julian Press, Inc.
- Heims, S. J. (1991). *The cybernetics group*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton & Company. Lindner, R. (1944). *Rebel without a cause ... The hypnoanalysis of a criminal psychopath*. New York: Grove Press, Inc.
- Laing, R. D. (1972). *The politics of the family and other essays*. New York: Random House.
- Lindner, R. (1946). *Stone walls and men*. New York: Odyssey Press.
- Lindner, R. (1951). Introduction. In B. Gindes, *New concepts of hypnosis: As an adjunct to psychotherapy and medicine*, [5 strani, brez številk]. Hollywood: Wilshire Book Company. [ponatis, brez datuma]
- Lindner, R. (1952). *Prescription for rebellion*. New York: Rinehart & Co., Inc.
- Lindner, R. (1954). *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales*. New York: Dell Publishing.
- Lindner, R. (1956). *Must you conform?* New York: Rinehart & Company.
- McCulloch, W. (1989). *Collected works of Warren S. McCulloch* (R. McCulloch, ur.) (Vols. 1-4). Salinas: Intersystems Publications.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear. The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Garrar, Straus and Giroux.
- Ruesch, J. in Bateson, G. (1951). *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co.
- Shem, S. (1986). Introduction. V R. Lindner, *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales* (str. xi-xix). New York: Dell Publishing.
- Toulmin, S. (1990). *Cosmopolis. The hidden agenda of modernity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Von Foerster, H. (1950). *Cybernetics: Circular causal, and feedback mechanisms in biological and social systems* (Transactions of the Sixth Conference). New York: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.

Von Foerster, H. (1991). Through the eyes of the other. In F. Steir (Ed.), *Research and reflexivity* (str. 63-75). London: Sage.

Von Foerster, H. (2009). Etika in kibernetika drugega reda. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 3(1/2), 11-18.

Wiener, N. (1948). *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.

Wiener, N. (1985). *Collected works with commentaries* (Vol. 4) (P. Masani, Ed.). Cambridge, MA: The MIT Press.

Wolberg, L. R. (1964). *Hypnoanalysis* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton. (Prva izdaja leta 1945)

Hypnosis as a Condition for Psychotherapy



GRAHAM BARNES, PhD lives in Stockholm. Before arriving in Sweden (from the United States), he founded and led the Fellowship for Racial and Economic Equality, followed by several years as head of Southeast Institute. He was simultaneously adjunct lecturer in the Department of Psychiatry of the School of Medicine of the University of North Carolina at Chapel Hill. Teaching and supervising psychotherapists, he began regular commutes to Belgrade in 1979, continuing through 1984, and from 1984 through 1997 he commuted often from Stockholm to Zagreb. A guest lecturer in the Department of Psychiatry at the University of Zagreb, he also is adviser to Foundation 2020 which he helped political, civic and corporate leaders organize to promote democracy and globalization in Croatia. He is a licensed psychotherapist, a certified group psychotherapist (AGPA), and a consultant in Stockholm.

ABSTRACT

Reports on an ongoing cybernetic study of theory, on how theory-centered psychotherapy turns practices of everyday life into the psychopathologies proposed by psychotherapy. Makes a case for psychotherapy using the ideas of each patient, employing hypnosis as a condition for the practice of psychotherapy. Discusses three of the problems arising out of this cybernetic study of theory: (1) the workings of theory in theory-centered psychotherapy, (2) surmounting theory-centered psychotherapy, and (3) conceptualizing hypnosis as a condition for psychotherapy. Presents Robert Lindner's work as a case, showing how he was working to solve these problems through combining hypnosis and psychotherapy, and coupling both hypnosis and psychotherapy to cybernetics. His case of "the jet-propelled couch" provides the empirical material for studying how through utilizing the ideas of his patient he might have overcome theory-centered psychotherapy.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird berichtet über eine laufende kybernetische Studie der Theorie darüber, wie die Theorien-zentrierte Psychotherapie Handlungsweisen des täglichen Lebens in Psychopathologien verwandelt, so wie es von der Psychotherapie vorgeschlagen wird. Befürwortet wird eine Psychotherapie, die die Ideen eines jeden Patienten verwendet, wobei Hypnose als eine Art und Weise der Ausübung von Psychotherapie verstanden wird. Drei Probleme, die sich aus dieser kybernetischen Studie von Theorie ergeben, werden diskutiert: (1) die Auswirkungen von Theorie als solcher innerhalb der Theorien-zentrierten Psychotherapie, (2) die Überwindung der Theorien-zentrierten Psychotherapie, und (3) die Konzeptualisierung der Hypnose als eine Art der Psychotherapie. Robert Lindner's Arbeit wird als ein Fall präsentiert, der zeigt, wie er daran arbeitete, diese Probleme zu lösen, indem er Hypnose und Psychotherapie kombinierte und sowohl die Hypnose als auch die Psychotherapie mit der Kybernetik verband. Sein Fall der "jet-betriebenen Couch" liefert das empirische Material, um zu untersuchen, wie er es durch Utilisierung der Ideen seines Patienten fertig gebracht haben könnte, die Theorien-zentrierte Psychotherapie zu überwinden.

KEY WORDS: hypnosis, psychotherapy, psychopathology, psychoanalysis, theory, theory-centered psychotherapy, cybernetics, second-order cybernetics, Lindner.

SAMMANFATTNING

När man bedriver psykoterapi med hypnos är det viktigt att använda patientens egna teorier (idéer). Artikeln utgör en beskrivning av ett pågående studium av cybernetisk kunskapsbildning. Författaren diskuterar också hur den psykoterapeutiska teoricentreringen vänder vardagliga skeenden till psykoterapeutiska patologier. Tre problem diskuteras. Ett handlar om teorins logik. Ett annat handlar om att höja sig över teorins begränsningar. Det tredje problemet berör hypnos som begrepp i ämnet psykoterapi. Robert Lindners arbete får illustrera ett försök att lösa dessa problem genom att kombinera hypnos och psykoterapi samt koppla båda till cybernetiken. Hans exempel på "den jet-drivna dyschan" utgör artikelns empiriska material i diskussionen om att höja sig över teoretisk psykoterapi och använda patientens egen teori.

Correspondence Address:

Graham Barnes, Ph.D.
Drottninggatan 73c
SE-111 36 Stockholm, Sweden
Phone: +46 8 440 25 65
E-mail: graham.barnes@inform.se

This paper draws upon my cybernetic study of the role of theory in psychotherapy, exploring how theory-centered styles of psychotherapy turn practices of everyday life into the psychopathology of psychotherapy (Barnes, 2002). In this paper I introduce a theory of no psychotherapy theory. I make a case for hypnosis as a condition or climate for non-theory-centered psychotherapy. I claim that advances in science, hypnosis, and psychotherapy during the last half of the twentieth century add credibility to non-theory-centered psychotherapy approaches.

Cybernetics

An advance in science occurred with the development of cybernetics, defined as the science of communication in animals and machines (Wiener, 1948, 1985). Communication, which means to share, is a circular process. Circularity is what propagates all discourse. Cybernetics offers the promise of replacing the distortions of lineal thinking in hypnosis and psychotherapy, bringing back circularity into explanation and practice.

Cybernetics led to the understanding that the notion of circularity is necessary for explaining

communication, because without circularity there could be no communication. Before cybernetics the notion of circularity was not allowed in scientific discourse.

Cybernetics corrected Freud's use of quantitative metaphors to describe mental and communication activities. It drew a basic distinction between a theory of psychopathology and diagnosis, which is built on quantitative concepts of energy, and on the application of the theory in treatment, which is through communication (Ruesch and Bateson, 1951). Wiener was critical of the Freudian use of quantitative concepts, arguing that the more suitable basic concept for describing psychological events is "information" (von Foerster, 1950, pp. 101-102, 105-107; Heims, 1991, p. 146). Bateson suggested avoiding the fallacy of talking about "the number of pieces of information" (von Foerster, 1950, p. 57). McCulloch (1989) noted "that for problems of feedback, energy was the wrong thing to consider. The crucial variable was clearly information" (p. 842). For Ashby (1956) cybernetics studies "complexity" and its most fundamental concept is "difference." Bateson (1979, 2000) defined information as "news of a difference which makes a difference," noting that an idea is identical to information.

Cybernetic epistemology (how knowing is done), which is experimental and subject to empirical study, is a science of mind, defining mind as a collection of ideas, which is recognized experimentally and in everyday communication as patterns and as patterns which connect (Bateson, 1979). This epistemology cautions against turning ideas into "things," making ideas and mind concrete and giving them "simple location," which is also a caution against making mind a thing and locating it in a brain. Ideas are conceptualized as sensory experiences of differences. Information, like ideas, is not a thing. It has no essence or substance. Rather, it is about form or pattern. This epistemology is a recursive epistemology which accounts for the crucial processes of circularity and includes observers in their observations (and psychotherapists in the psychotherapy), making them and their systems of interaction "observing systems" (von Foerster, 1981). In circularity the argument, process or concept is turned on itself, or returns to itself. It is an epistemology of how we (observers) are to see (observe) and understand not things but processes – if they are recursive. They are recursive if they return repeatedly to bite their own tails (as did Ouroboros), controlling their own beginnings (see Bateson in Berger, 1978, p. 41). (The symbol of the circle is Ouroboros, which is the serpent devouring its tail. It has become the symbol in cybernetics of reflexivity.)

In previous papers in HYPNOS and elsewhere I have defined and discussed cybernetics, giving examples of its use. I have also discussed how cybernetics proposed changes in epistemology (Barnes, 1994, 1998, 2001). Cybernetics touches every field of communication, including physiology and neurophysiology, cognitive science and social science, studying, for example, hypnosis, play, schizophrenia and alcoholism. Bateson was the first to apply cybernetics to the study of psychotherapy (and hypnosis), showing that psychotherapy is answerable to the science that rigorously conceptualizes and studies communication (Ruesch and Bateson, 1951).

Non-Theory-Centered Psychotherapy

As in Toulmin's (1990) account of theory-centered styles of philosophy, I argue that theory-centered

styles of psychotherapy state problems and seek solutions in timeless, universal terms, replacing the concrete with the abstract and blurring the present with a reconstructed past. There seems to be a belief that practice can operate separately from theory within theory-centered psychotherapy. I claim that in theory-centered styles of psychotherapy the theory becomes inseparable from practice (Barnes, 2002, p. 9).

Beginning with Freud, psychotherapy became theory-centered, with theory setting forth the psychopathology for diagnosing and treating patients. Concentrating on the ideas and experiences of each patient, without filtering them through a psychotherapy theory (Kelly, 1955; Erickson, 1980), made a significant advance in psychotherapy, which was a change from the precedent set by Freud.

Hypnosis as a Condition for Psychotherapy

Erickson was the precursor par excellence of twentieth-century advances in hypnosis and psychotherapy. Advances in hypnosis which he pioneered include (1) working with each patient as an individual, giving priority to the concerns and experiences of each patient, (2) understanding that hypnosis works with ideas and utilizing each patient's ideas, (3) applying hypnosis as a condition or climate for psychotherapy, and (4) establishing research procedures and results for what hypnosis could and could not do, finding out what kinds of psycho-social problems or problems of communication hypnosis could solve.

Erickson's use of hypnosis was experimental, utilizing the resources of each individual patient. His psychotherapy was not theory-centered. He conceptualized hypnosis and psychotherapy as communication. Dismissing Freudian and other theory-centered psychotherapies, he invited psychotherapists to turn away from theory and to return to practice with a theory of no-theory, cautioning psychotherapists against putting people in theoretical frames of reference. He was abreast of the work in cybernetics, having been present in 1942 for the first of a series of conferences that worked out its logic and metaphors. He cooperated for decades with Margaret Mead and Gregory Bateson, both of whom were among the founders of cybernetics.

Erickson (1966/1980) classified hypnosis as “a science of intercommunication” (by which he meant communication between individuals, including, of course, communication within their individual bodies) (pp. 70, 74). Through hypnosis (1) communication can develop, (2) professionals (in all branches of medicine) can learn how to communicate with patients, and (3) patients can learn how to communicate (as “mental disease is the breaking down of communication between people”). Hypnosis can help us understand the functioning of the human body, how it can be influenced, and how to elicit and utilize the learnings acquired by the human body. Through hypnosis we can learn “how to talk to people, to understand them” (p. 75). Thus, hypnosis, working with empirical observations as well as with dialogue, becomes a tool for finding out about the physiological and psycho-social effects of applying (and interpreting) specific words, terms and sentences, including paralanguage (varying tempo, pauses, pitch contour, inflections), and other body expressions such as gesturing, breathing and gazing.

CONCEPTUAL MODEL

These advances in hypnosis, psychotherapy and cybernetics form the basis for my argument, the heart of which is that

(1) psychotherapy is a dialogical practice, working with ideas, and is within the scientific domain of cybernetics, specifically second-order cybernetics, (2) taking hypnosis as a condition for psychotherapy creates novelty in working with each patient as a unique individual and with the ideas of each individual patient, and

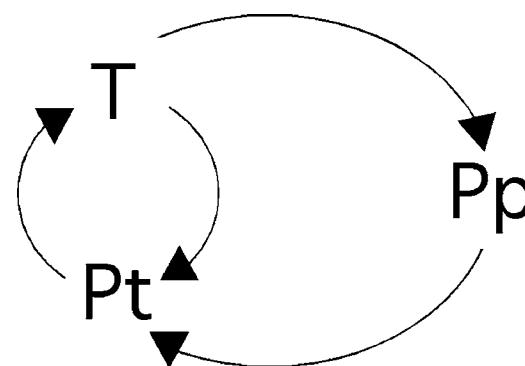
(3) a prerequisite for making hypnosis a condition for psychotherapy is to surmount theory-centered styles of psychotherapy, because each theory-centered psychotherapy proposes psychopathology and then plants the psychopathology on patients, a process that is incompatible with what I argue for in this paper which is for psychotherapy to use the ideas of each patient while employing hypnosis as a condition for psychotherapy.

My cybernetic study of psychotherapy probes the workings of the concept of psychopathology, exploring its origins and finding out how it performs in practice (Barnes, 2002). To study the role of psy-

chopathology in psychotherapy, I used cybernetics, especially second-order cybernetics which is the form of cybernetics that applies to the conversations of psychotherapy and hypnosis.

I have been studying how theory-centered psychotherapy turns practices of everyday life into the psychopathologies of psychotherapy. Using the circular logic cybernetics makes available, I turn psychotherapy back on itself, showing that there is no psychopathology until a psychotherapy is invented to generate it. The invention of a psychotherapy brings forth a psychopathology; and every theory-centered style of psychotherapy logically names its own psychopathologies, which in turn define their own worlds of psychotherapy.

Thus, psychotherapy proposes its psychopathology and brings it into play in terms defined by the logic of the theory. Each psychopathology is a logical consequence of a theory and becomes true as a consequence of the description and explanation of that theory's logic. Theorists and psychotherapists are changed by their theory, as are individual patients. By planting psychopathology on patients, the theory turns them into its subjects.



My argument is as follows: “Psychopathology is not found (i.e., a given), but, rather, is derived within the context of psychotherapy, through the application of the theory. The relationship between psychopathology and the theory of psychotherapy is circular, in strict contrast to the linear dependence of the received view. Thus, theory (T) creates psychotherapy (Pt) just as psychotherapy makes theory; psychotherapy-theory (Pt – T) brings forth psychopathology (Pp) just as psychopathology gives rise to psychotherapy-theory (Pt – T)” (Barnes, 2002, p. 12).

THE CASE OF LINDNER: AN ILLUSTRATION

Robert Lindner (1914-1956) – a clinical psychologist, psychoanalyst and psychotherapist – was to some extent an “outsider” to the psychiatric and psychoanalytic establishment. He could be characterized as a “rebel,” as he (1956) used the concept, being a “mature” person, “positive” rebel, and as such “essential to our society” (p. 189). His premature death at forty-one of a congenital heart defect left no one to promote or carry to fruition his innovative work.

Lindner combined hypnosis with psychoanalysis, distinguishing between two methods of hypnosis, opting for hypnosis as a condition rather than as a physical or suggestive method. His focus was on the uniqueness of each individual. He was one of the psychotherapists who understood that all dialogical practices would have to be linked to cybernetics, bringing cybernetics into his practice, although he was blocked from taking full advantage even of the rudimentary cybernetics of his time by his commitment to a theory-centered psychotherapy. Having presented many cases, including *Rebel Without A Cause* and *The Fifty Minute Hour*, where he (1944, 1954) demonstrated hypnosis as a condition for psychotherapy, he then presented a case, “The Jet-propelled Couch,” that shows how he might have replaced theory-centered psychotherapy with the theory of the patient, treating the patient as a unique individual. This case provides the empirical material for this paper.

Resolving Problems of Psychotherapy and Hypnosis

There are three problems that Lindner seems to have been on the way to resolving which are still current for theory-centered psychotherapists who want to learn hypnosis. These three problems also emerged from the study that is reported in this paper.

First, there emerged the problem of surmounting theory-centered psychotherapy by working with the theory (or ideas) and experience of each patient. How might psychotherapists, coming from a background in theory-centered psychotherapy, go about working with patients as unique individuals without applying the psychotherapy theory they have spent

years learning experientially? How might they stop diagnosing their patients according to the psychopathologies of their theory-centered psychotherapy? The second problem emerging from this study concerns the logic of theory in theory-centered psychotherapy. Working through the logic of a theory-centered psychotherapy makes it clear that each psychotherapy proposes psychopathology, meaning that there is no psychopathology until it emerges from a theory-centered psychotherapy, suggesting that the psychopathology is not in the patient but is the logical construct of the psychotherapy.

It may be assumed that a reason why hypnosis did not sustain itself as a viable way of working with patients was due to its method of use. How might hypnosis establish itself as communication, and thus as a circular activity, and become a condition for psychotherapy? This question deals with the third problem that emerged from the study reported in this paper, which is to conceptualize hypnosis as a condition for psychotherapy, making it the “climate” for psychotherapy and understanding, and practicing hypnosis as communication between two bodies and as communication within each of these bodies.

Briefly, the problems raised by these three questions concern (1) surmounting theory-centered psychotherapy to work with each individual as “that” unique individual, (2) understanding that a good reason for surmounting theory-centered psychotherapy is that it proposes psychopathology, and that it is not a good idea to use hypnosis to plant psychopathology upon patients, makes a case for surmounting theory-centered psychotherapy to create a place for hypnosis and psychotherapy in medicine and psychiatry, (3) conceptualizing hypnosis as a condition for psychotherapy.

First, following Reik (1948), with whom he trained in psychoanalysis, and Freud, Lindner insisted upon fitting psychoanalysis inside psychology, making psychology the larger frame for psychoanalysis. Not considering psychoanalysis a complete and closed theory, but one still in need of development, he joined with other psychoanalysts to combine psychoanalysis with hypnosis, calling their approach hypnoanalysis (Wolberg, 1945/1964). Thus, they created a place for hypnosis within psychoanalysis. Lindner, however, turned what they did upside down and inside out by placing psychotherapy inside hypnosis.

Second, Lindner's work in hypnosis drew a clear distinction between the notion that hypnosis is a manipulation of the body that does not involve communication, thought or mind, which came out of the notion that hypnosis is a suggestive (manipulative) method. He adopted the idea that "suggestion" occurs through communication and that communication occurs between bodies and within bodies, organizing and coordinating between the bodies and within the bodies.

Having returned psychotherapy to hypnosis, he faced the dilemma of overcoming theory-centered psychotherapy, finding ways to work with the experience and ideas of each patient without using theoretical constructs. In doing that he would have had to come to terms with the psychopathology engendered by psychoanalysis, his theory-centered psychotherapy.

Third, following the logic of the idea that hypnosis is communication, he came to the position that hypnosis is a condition for psychotherapy.

Living by Ideas

I do not consider Lindner an exemplar because of answers he gave to some of the questions he raised. In many cases it seems to me he just did not ask the right questions, although they were right questions for him when he was asking them. Nevertheless, I see him as an exemplar because I think his work is showing a way to break through theory-centered styles of psychotherapy, clearing a way to make hypnosis a condition for psychotherapy, utilizing the ideas of each patient, and identifying ideas as the basic components of hypnosis and psychotherapy. He deserves credit for calling for a novel and revolutionary approach to psychotherapy, identifying some of its novel ideas and concepts.

For Lindner (1952) the basic principle or belief organizing human life, including psychotherapy, hypnosis and cybernetics, is idea. Humans live by ideas, organizing "their lives around one or a collection" of what he termed "these indefinable formulations" (p. 9). He claimed that ideas make up what is mind, but "it is not necessary that they originate in the particular mind where they reside." Ideas are "transmitted by the available media of communication, passed from one mind to another

or from one generation of minds to the next." He maintained that "more than anything else in human experience ideas determine the course of the individual as well as the collective life." Ideas are both simple and complex, ordering human affairs and determining an individual's life (p. 10).

By describing instinct "as a guide to living" (p. 32), Lindner seems to be identifying instinct as an idea. Even so, I think his use of the idea of instinct was an unfortunate choice of terms. He used the notion of the "instinct to rebellion" to account for the ability of humans to change their world, to manipulate, control and master their environment, and to avoid extinction, believing that if psychology were to recognize "an instinct to rebellion" "the aim of domestication and adjustment would necessarily have to be abandoned" (pp. 35-36).

Lindner's (1956) theory developed a dialectic between instincts (biology) and society. The thesis of his dialectic is that the (biological) instincts have to be free to develop. Historical and social conditions (interpreted according to Freud's Oedipus theory) form the antithesis. If individuals have to conform to society then problems arise if conformity interferes with the instincts (as Freud claimed). The synthesis in Lindner's dialectic is that individuals have to resolve conflicts between instincts and society's demand for conformity. They do that through rebellion, which ironically Lindner also described as instinctual. If they "rebel without having a cause," their rebellion, according to Lindner, is negative because it does not contribute to bringing society in line with the instincts. Their "rebellion has a cause" when it contributes to bringing society more in line with the instincts. Here Lindner provides an example of how a theory-centered psychotherapy brings forth its own psychopathology, with his definition of neurosis as "a compromise formation between the imperatives of the society... and the instinctual demands of the person" (p. 88). This compromise is the basis of the psychopathology, but it's all created by the theory.

Lindner (1956) tried to account for how instincts are made, locating them "within the organism as energy." This energy he saw "directed toward an inherently determined goal," constituting "an internal stimulus to the mind." He was trying to explain Freud's definition of instinct as "a measure of the demand for work imposed upon the mind in consequence of its connection with the body" (p.

131), following Freud in using quantitative metaphors to account for mind, mental activity, and communication. The problem with this sort of argument is that it argues from quantities to quality, trying to go from one set of abstractions (energy, instinct, body) to another abstraction (mind). These abstractions are of different types but they are all concepts. So his proposed solution does not address the issue of the origin of ideas – of where they originate or how they originate. Lindner, like Freud, was trying to connect body and mind as if mind is a thing that had to be connected to a body. Cybernetics had to work out a solution to this problem in order to account for communication between humans, between humans and other animals, between humans and machines, and between machines, and the communication within bodies and within machines. Freud's kind of explanation just did not work. To cybernetics is due the understanding that what organizes animals and machines, thus making communication necessary, is differences, and differences require an end organ to sense that a difference has occurred. Thus, the cybernetic definition of information as news of a difference that makes a difference, meaning that information is an elementary idea.

To recognize that humans live by ideas, and that ideas are the basic elements of communication, settles the question of what hypnosis and psychotherapy work with. In both we are working with ideas, with the ideas we are aware of as well as ideas that are outside of our awareness, with the ideas that are being shared between psychotherapist and patient as well as ideas that are being shared within families and other groups and a society. We are also working with ideas that are affecting the body. Thus psychotherapy and hypnosis occur within communication and are healing through the ideas that are applied, interpreted and understood. Lindner demonstrated what can be done in psychotherapy by making hypnosis a condition and working with what Kelly (1955) called the patient's (proto-scientific) theory, which means working with the patient's ideas. Lindner saw what non-communication methods of treatment – lobotomies, electroconvulsive therapy, drugs – can do to people when used as a substitute for the kind of psychotherapy he was advocating.

Hypnosis – A Condition for Psychotherapy

In Lindner's (1951) formulation, hypnosis is "a condition under which therapy transpires with increased chances of success," suggesting the converse, that without hypnosis psychotherapy decreases its viability. It follows from his formulation that psychotherapy fits logically inside hypnosis and not hypnosis inside psychotherapy. Lindner's concept of hypnosis opens a way to overcome theory-centered psychotherapy. Hypnosis becomes a condition in which understanding takes place, improving communication and supplying a method for investigating communication.

In this paper I present Lindner as an exemplar in hypnosis and psychotherapy because his work furthered the development of his explicit conceptualization of hypnosis as a condition for psychotherapy. There seems to have been a simultaneous transformation underway in his psychotherapy, as it seems to have been changing from being centered in psychoanalytic theory to becoming centered in the ideas and experience of each patient.

Hypnosis functioned for Lindner (1944) as a therapeutic instrument and as a research tool (pp. 18-19). He defined "hypnoanalysis" as "a radically abbreviated method for the investigation of the personality and the treatment of psychogenic disorders and aberrations of behavior" (p. 287). He (1952) advocated eliminating "the directive [negative] influence of the unconscious by increasing the range of consciousness" (p. 254).

Lindner's introduction to Gindes (1951) credits Gindes with drawing an "implicit distinction" between hypnosis as a *method* and hypnosis as a *condition*. Lindner described suggestive method as introducing the hypnotic state and then exploiting it "for treatment purposes in the tacit expectation that the state itself would be the therapeutically effective factor." But its accomplishments were transient and it tolerated things that came to be deplored: "from the subversion of the patient's dignity to the open employment of the most fantastic tricks and devices to promote the trance state." It became necessary to abandon hypnosis as method and to develop hypnosis "for use as a condition." This use of hypnosis is founded upon the insight that the trance state should be "a carefully arranged and sensitively controlled psychological condition or 'cli-

mate' 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 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." By making explicit the distinction between "hypnosis as a method and hypnosis as a condition," using method to refer to "suggestive method," Lindner opened the way for further development of hypnosis as "a condition under which therapy transpires."

Proposing a New Psychotherapy

The approach developed by Lindner switched the emphasis from theory-centered psychotherapy to practice, from the psychoanalyst as spectator to the psychotherapist as agent, from the passive patient attempting to gain insight through self-observation, using Freud's theory, to the patient as agent, acting to change from negative rebellion to positive rebellion. Lindner reframed Freud's theory of instincts, naming rebellion as instinctual and describing rebellion in the individual as his or her attempt to avoid "adjustment" or conformity to a "maladjusted society," its sadism, repression and greed. Lindner (1956) envisaged the emergence of "a new body of theory, and a new method of practice" (p. 145).

Retaining Freud's theory of the instincts and the Oedipus tragedy as the mythological support for his theory-centered psychotherapy, Lindner (1956) set out openly to reinterpret psychoanalysis, calling for "a re-examination not only of our scientific and professional conceptions, but also our attitudes both social and specialized by the nature of our work." From this reevaluation, he believed there would "emerge a new orientation of the psychological sciences, a new body of theory, and a new method of practice" (p. 145).

Lindner (1952) defined psychotherapy as art and a vocation, as a "mutual" and "interactive" practice where things "are not done *to* but *with* a patient." It is educational and its practice rests upon psychology, (resting upon a biological psychology – not a

social psychology – which does not ape the physical sciences), and knowledge of the social sciences, religion, history and philosophy. Psychotherapy does not belong in the preserve of medical doctors, "for the conditions comprised" in psychotherapy "are not illnesses in the medical sense." Making these conditions illnesses "has blocked progress in psychopathology as a science and psychotherapy as a practice." Psychotherapy's goal is "to transform the negative protest and rebellion of the patient into positive expression of the rebellious urge" (pp. 139-143), replacing vicious circles of negative protest and rebellion (without a cause or purpose) with virtuous circles of rebellion (with a cause or purpose), bringing society more in line with the instincts.

A social contribution of psychotherapy is to increase "the number of rebellious adults" in society (p. 265). Lindner maintained "that adjustment-oriented therapy (which is to say all existing therapy) is no therapy but a sham of treatment that does no more than implement the forces making for conformity." There is no psychotherapy "unless the processes involved eventuate in the production of a rebellious person." One can call a psychotherapy genuine "only when it has somehow been brought about that the fundamental conflict between the rebellious instinct and the adjustment imperative has been solved." (Otherwise there is no reason "to speak of *treatment* for mental and emotional abnormalities and distress – for the neuroses, the psychopathies, the psychosomatic dysfunctions and aberrations, and the psychoses.") Through this discussion Lindner arrived at what he called the "real goal" of psychotherapy: "that of helping the individual to re-enter the evolutionary current," which will be done by "re-education of the disturbed person." Re-education "must be the business of a new psychotherapy" (pp. 270-271).

Lindner and Cybernetics

Lindner (1952, 1956) was among the first practitioners to attempt placing psychotherapy and hypnosis within cybernetics. It may be proposed that Lindner's understanding of cybernetics influenced his definition of hypnosis as "a condition under which therapy transpires with increased chances for success," setting the stage for lifting hypnosis out of the domain of suggestion and challenging the

conventional belief in the possibility of one-way or "unilateral" control, leading him to conceptualize hypnosis as unconscious communication between psychotherapist and patient. Cybernetics also changed the role of the psychotherapist from the observer or spectator to an active participant with the patient in the healing process (Ruesch and Bateson, 1951), increasing flexibility and acting to increase the number of choices (von Foerster, 1981). The scientists who worked out the logic of cybernetics recognized that they could not exclude circularity from communication, logic and science, leading to the conclusion that communication is always a circular process. The used of the notion of circularity by Gindes (1951) may account, in part, for what Linder wrote in his introduction to Gindes' book. For Gindes the procedure of hypnosis is based upon suggestion, meaning the alteration of actions through thoughts, objects and the spoken word (p. 175), and is based upon this fundamental axiom: "Suggestion creates the hypnotic phenomena, and in turn, the phenomena create heightened suggestibility" (p. 87), affirming the circularity of suggestion and suggestibility. Circularly is implicit in his explanation that "all suggestion is auto-suggestion; all hypnosis, auto-hypnosis." The psychotherapist selects the appropriate tools and instruction, providing "the patient with some attractive idea which will fire his imagination to such a degree that a physiological change takes place within his own body. This physiological change – caused by himself – is the actual hypnosis" (p. 159). Suggestion, then, as Gindes conceptualized it is the procedure that creates hypnosis.

From there Lindner draws the subtle distinction between hypnosis as "condition" and hypnosis as a "suggestive method." In distinguishing hypnosis as a condition for psychotherapy, Lindner seems to be fitting psychotherapy inside hypnosis. If he is doing that, he could be saying that hypnosis is not a bag of tricks that psychotherapists can use to do things to patients. Rather, hypnosis as a condition of psychotherapy is not itself the psychotherapy but it is a way to talk and interact with patients that becomes a context for the psychotherapy. The hypnosis itself is not the psychotherapy. The psychotherapy depends upon the ideas or concepts that are applied, what they mean to the patient, and how each patient interprets and enacts them. The notion of hypnosis as a condition of psychotherapy fits

with Lindner's idea of psychotherapy as re-education (placing psychotherapy in the context of learning and of what Bateson (2000) called "learning to learn").

Lindner (1956) credited cybernetics with explaining ideas. Recall that for him instinct is an idea, leading him, but not cybernetics, to define instinct "as built-in possibility or potentiality in the organism with the express function of transmitting information to the co-ordinating and executive centres of the brain." He described instinct in terms of the mechanism of circularity, the feeding back of information, communicating within the body and between bodies, and for this description he drew from the cybernetic concepts of circularity, complexity, and flexibility (pp. 136-137).

The possibilities, which are built into organisms, increase with the complexity of an evolved and evolving organism. Lindner (1952) stated a cybernetic truism: "the more complex the organism in question the greater the range of its possibilities." Thus, "the more developed the brain the more possibilities exist for the given animal – *possibilities which ... must be made good by learning.*" (p. 228).

To find out how some of these ideas were working out in Lindner's psychotherapy, I discuss his last published case, "The Jet-propelled Couch." This case – the one for which he is best known, a classic in the psychotherapy literature (Shem, 1986) – shows him coupling psychotherapy to cybernetics and attempting to solve the problem of theory in psychotherapy. (This case is not about hypnosis and thus does not illustrate hypnosis as a condition for psychotherapy. What it shows which has relevance in connection with hypnosis is how theory-centered psychotherapy has to overcome theory before hypnosis can legitimately become a condition for psychotherapy.)

Lindner's Case of Kirk Allen

Even if Lindner's case of Kirk Allen were fiction, even if the character Kirk Allen never existed, even if the case is a composite of stories or just the product of Lindner's imagination, it remains valid as a heuristic device. Of interest here is the understanding that can be gained from studying Lindner's construction of the narrative which does not depend directly upon the facts about Kirk Allen.

According to Lindner's account, Kirk Allen was in his thirties, a research physicist, who was working at a government installation in the Southwest, spending his free time using the research facility's computers to do calculations for trips into the future. He was so absorbed in his imaginary universe that it was reducing his efficiency at the government installation which was probably developing nuclear weapons of mass destruction. Since he was a high security risk for the government, his psychosis had to be treated. Treatment was not available at the installation, so the resident physician arranged to send him to Baltimore for treatment by Lindner.

As it turned out Kirk, as a boy, had started reading a series of books about a Superman-type character whose name was Kirk Allen. He concluded that the stories "were about me." Kirk told Lindner (1954): "I knew that what I was reading was my biography" (p. 179). Kirk became convinced "that somehow the author had obtained a knowledge of my life and had written its story. So the first thing I had to do was remember, and it seemed to me that I actually recalled everything he described," showing how easily "memory" may be constructed. He was in the curious position of "an adolescent boy remembering the adventures of himself as a grown man," convincing himself that "the books had been composed in the future." So he was able "to remember the future" (p. 181). He became the Kirk Allen of the future: "I actually live what the future Kirk Allen lives; and return here to amend or add to the biography..." (p. 184), acknowledging that spending more and more of his time as this "other Kirk Allen" was what got him into trouble; yet, "I don't think I can be blamed for this – his is such an exciting life compared with mine; but of course I have a job to do here" (p. 185).

Kirk's challenge for Lindner was that Kirk "regarded himself as completely normal, was thoroughly convinced of the reality of all that he experienced, and could not comprehend its significance in terms of his sanity." Kirk recognized that "his experiences were extraordinary," but they were no cause for alarm. His fantasies "were due to some unknown psychic quality or ability with which he had been somehow endowed" (p. 185).

Lindner concluded first, that Kirk was "mad" and, second, that his psychosis was life-sustaining, calling Kirk's "mental abnormality" madness because he could not comprehend, or admit to himself

that his experience was abnormal. Unlike most psychotic individuals who usually are aware of their disturbance, and who are aware because they are in pain, Kirk was convinced of his sanity, and saw no conflict between the world and his imagination. Lindner felt helpless to convince Kirk otherwise, nor did he try to prove to him that he was insane. Instead, he appealed to the scientific side of Kirk: "I set myself to capitalize on the one quality he had demonstrated throughout his life, the quality that had inspired his first attempts to deal with his loneliness, the quality that urged him toward a scientific career: his curiosity" (p. 189).

Lindner, true to psychoanalytic theory, traces Kirk's difficulties to one traumatic childhood event that would determine his future: it was when his family "abruptly severed his almost symbiotic relationship with" his Polynesian nurse. She had protected and nourished him and gratified his biological and emotional needs. For a period he was removed from her care so he could be "civilized," learning the language of whites and wearing clothes. Shortly after he was reunited with her, she died suddenly, leaving him, at age six years, to his imagination. He began to construct a world for himself and he never learned "to distinguish between the real world and that which was the product of his own mental functioning" (pp. 191-192).

For a year Kirk's psychotic condition did not improve, but Lindner believed he had kept him from slipping further into psychosis. Lindner knew if he failed with Kirk the alternative was likely to be "convulsive 'therapy' or the psychosurgical methods" (lobotomy), all of which Lindner disapproved. He believed "that they violate every progressive canon of therapy," and he was "convinced they do more harm than good" (p. 197). He wanted to protect Kirk from psychiatry's "new kind of vegetable kingdom": "His psychosis notwithstanding, he had a fine brain, a basically well-motivated personality, and showed promise of being – when freed from the debilitation of his disorder – one of those valuable persons on whom the future of our civilization depends" (p. 197). Although Lindner was a pioneer in the combination of hypnosis and psychoanalysis, he ruled out using hypnosis with Kirk, because he thought the boundary between reality and fantasy was too tenuous and he wanted to keep Kirk connected to "this world."

Lindner came to see "that in order to separate

Kirk from his madness it was necessary for me to enter his fantasy and, from that position, to pry him loose from the psychosis" (pp. 198, 203). Consequently, Lindner read 200 chapters of Kirk's "biography" and hundreds of pages of his notes, keeping detailed records, making maps, and performing complicated calculations. He did all this to keep up with Kirk, to find out about his world, making contact with him to bring him out of his madness. Lindner steeped himself in Kirk's documents to find possible errors in his mathematical calculations of his trips into the future: "What I did was confront him with an error in logic, a mistake in calculation, or a difference in description between one part of the 'record' and another, and demanded that he 'fix' it" (p. 198).

Lindner's persistence paid off. By finding calculations in Kirk's charts that Kirk could not fix, Lindner "forced a slight crack in the apparently unassailable fantasy. I knew that my participation in it, the evidence I had just given of total acceptance... had, for the first time, made him question it" (p. 201). Kirk kept putting off preparing new star maps Lindner was urging on him. Lindner was engaged "in the same behavior as the patient," expressing "the same ideas in the same language," projecting before his patient, as on a screen, "the patient's own image and activities" (p. 203). Lindner was helping his patient to see through the eyes of the psychotherapist, trying to get him "to take up a critical position vis-à-vis what he observes, i.e. his own behavior," compelling him "to adopt an attitude," which Lindner proposed to transform into a therapeutic tool with which to refashion his patient's "psychic structure" (p. 203). Lindner's direct involvement confronted Kirk "with his mirror image, and maneuvered him into the critical reality position," edging him out of his psychosis.

Lindner acknowledged that he was playing a dangerous game with signs of obsession, psychic distress, and pain (p. 207). Yet, he was enticed by the gratification of his curiosity and the creativity to give free play to his inventive whim. His "mental equilibrium" was disturbed by his participation in Kirk's psychosis, bringing him "within sight of psychological distress." He became obsessional about correcting errors and finding inconsistencies in Kirk's "records," falling "under the spell of Kirk's Utopian vision" and "succumbing to it" (p. 208). Lindner continued his "intense pursuit of error and

inconsistency" in Kirk's records, not as he had done previously to bring Kirk out of his psychosis, but now for the satisfaction of correcting them. Lindner became anxious when he unearthed errors: They "made me uncomfortable, and created moderately distressful symptoms which could be relieved only when the correction was made" (p. 208).

Lindner found himself, even when he was not with Kirk, "translating certain words, terms and names into [Kirk's] 'Olmayan' language" (p. 209). Lindner was later surprised to find out that no one around him noticed any outward change in his deportment during this period. He, however, became aware of psychic distress and the need to extricate himself from his predicament through self-analysis. Before he had succeeded, Kirk did something that "marked the successful conclusion of Kirk's treatment." Here is how Lindner introduced what occurred: "For it chanced that Kirk and I reversed roles and, in one of those startling denouements that make my work the unpredictable, wonderful and rewarding pursuit it is, the folly we shared collapsed" (p. 211). (With these words Lindner makes good on the epigraph of the chapter, a quote from Eddison, *The Worm Ouroboros*.) Moreover, the text shows that this is what the psychotherapy did for the psychotherapist as well as for the patient, and it becomes a metaphor for what Lindner's psychotherapy was doing in practice to his theory-centered psychotherapy.

One day Lindner noticed that Kirk's attitude and demeanor had changed. Lindner kept asking his patient what was wrong. Finally, Kirk told Lindner he had been deceiving him; he no longer believed in the theories, he had not believed his theories for some time. The visits to the future had all been hallucinated. Lindner was shocked; he first thought that the patient could not do that to him. Kirk had actually given up the psychosis some months earlier, acknowledging that he had been making the whole thing up: "I realized I was crazy. I realized I've been deluding myself for years; that there never have been any 'trips,' that it was all just – just insanity." Lindner asked, "why did you pretend?" "Because I felt I had to... I felt you wanted me to!" (p. 214). To experience what Lindner went through when he heard Kirk's words requires reading Lindner's account of the scene. Kirk, as it turns out, engaged in a pretense that he was still in a psychosis for the sake of his psychotherapist.

DISCUSSION

The case of Kirk Allen shows Lindner attempting to turn away from theory-centered psychotherapy to the “theory” of the patient as the basis for the psychotherapy, undermining indirectly the whole of theory-centered psychotherapy. The chapter title for this case, “The Jet-propelled Couch,” betrays that it is about the “Couch” as well as about the patient, Kirk. Lindner propelled the couch itself into the future. The subtext of the story is that psychotherapists are doing with their theories what Kirk was doing with his theory, creating an analogy between what Kirk’s theory had done to Kirk and what it was doing to Lindner, between what theory-centered psychotherapy does to the perception of the psychotherapist and the psychopathology it attributes to the patient.

After building up a description of Kirk’s biography, Lindner’s story oscillates between his comments on Kirk’s imaginative (“insane”) construction of theory and the imaginative construction of Freudian theory, with Lindner describing a parallel process where he, the therapist, is surmounting his theory-centered psychotherapy just as Kirk, the patient, is surmounting his “insane” theory. Lindner paints himself as working so thoroughly within Kirk’s theory that he came to “believe” it, leading one to wonder how this situation might be analogous to what happens to psychotherapists whose training immerses them into a theory-centered psychotherapy. It is at this point that Kirk, the patient, turns to deliver his psychotherapist from the patient’s theory. Just as Kirk does that for Lindner, Lindner seems to do something similar for his readers, proposing to jolt them from a theory-centered psychotherapy.

What Lindner was doing with Kirk serves as an analogy for what Lindner was doing to psychoanalytic theory, as he described it in *Prescription for Rebellion* (1952) and in his last book, *Must You Conform* (1956), leaving analogies to the reader between Kirk’s elaborate theory and memory of the future and the elaborate theory of psychoanalysis and constructed memories of the past. All Kirk had to do was read the texts, believing they were about his life, and they came to be about his life. His memory cooperated, allowing him to recall events he was reading about. This example serves as an analogy for the way theory is used in theory-centered styles of psychotherapy.

In summary, Lindner’s narrative tells us that Kirk turned the narrative about Kirk into a tale about himself, which is also a story about theory and what theory in theory-centered psychotherapy is likely to be doing to psychotherapists as well as to their patients. The transition came with Lindner’s admission that “strange things were happening to me, his psychoanalyst (or, better, his psychotherapist, since the method I was employing was no longer strictly that of psychoanalysis)” (p. 203), acknowledging implicitly his movement from theory-centered psychoanalysis to a psychotherapy using the patient’s theory, and giving another clue to what the subtext of Lindner’s story might be about. Having disclaimed using psychoanalysis at this point, he has now stepped outside the theory, or so it would seem. *Prescription for Rebellion* gives the background for what he might be doing in telling the story of Kirk; Lindner seems to be reinterpreting psychoanalysis and all psychotherapy. He started by isolating the ideas that were making a difference for the patient, the practice, or the society. His case description of Kirk is actually a commentary on psychoanalytic theory, and as such on all theory-centered psychotherapy, on psychotherapy proposing its own psychopathology, and the psychopathology supporting social imperatives to conform and leading to the social adjustment of the individual.

Here, then, is his confession: “I, the therapist, became quite involved in the psychosis of my patient and for a time and to some degree shared his obsession.” Lindner became fascinated with Kirk’s world as his “participation in the grandiose delusion increased... the sharply defined edges of reality began to fade and I entered part way into the incredible universe of Kirk’s design” (p. 206). Lindner’s entering into Kirk’s incredibly designed universe could serve as an analogy for psychotherapists entering (through training in theory-centered psychotherapies) into the incredible universe of the theory’s design. The trainee enters into the design of a theory-centered psychotherapy with commitment to make that his approach. Here Lindner describes what psychotherapists in training go through, which is the discomfort of the double bind required for learning to understand a theory so well that it becomes the way they think, see, diagnose and treat, supplying the procedures for their practice of psychotherapy.

In summary, Lindner’s narrative tells us that Kirk

entered the world of the texts he read, applying them as his life story. Lindner entered the world of Kirk as a way to bring Kirk out of his psychosis just as he had earlier entered the world of Freud’s texts and psychoanalysis, mastering them to become a psychoanalyst. By entering Kirk’s world, Lindner ventured outside the world of psychoanalytic theory. Having entered Kirk’s world, Lindner had to extricate himself from it, but he did not do it on his own just as he had not on his own extricated himself from theory-centered psychotherapy. It was Kirk who brought Lindner out of the world of Kirk’s theory. Just as Lindner had put his theory aside to work with Kirk’s theory, so Kirk, having put his theory aside, turned to bring his psychotherapist out of the patient’s theory. Lindner’s entering Kirk’s world enabled Kirk to see himself through the eyes of his psychotherapist, and become aware of his insanity. Kirk saw that his psychotherapist had entered the fantasy world of the patient’s theory so he turned to bring him out of that world. Lindner, following Kirk out of the world of Kirk’s theory, becomes an exemplar of surmounting theory-centered psychotherapy.

Lindner proposed to go into the world of the patient and live in that world and let the patient see how that world looks through seeing it through the eyes of the psychotherapist (see von Foerster, 1991). The process folds back on itself. Lindner here solved the problem of transference – the problem of the screen. The screen is to see the self through the eyes of the other, which is a reflexive process. The literature shows that many of Lindner’s contemporaries conceptualized the process as *imitative*: Patients take in and apply the theory of their psychotherapists and see through it, leading to the theory determining their self-observation as well as their way to see. Lindner is the exemplar of the psychotherapist learning the theory of the patient and becoming the mirror for the patient to see his or her theory through the psychotherapist’s eyes, conceptualizing the process as *constructive*. Kirk’s problem was a learning problem of the second order, learning how to see himself through the eyes of the other, rather than construing his experience through a theory. Having achieved what Bateson (2000) called “learning to learn” in the context of psychotherapy, Kirk, in overcoming his psychosis, also surmounted the double bind of the theory behind his psychosis.

Kirk, however, as Lindner tells the story, had climbed another step on the ladder of abstraction to the level of self-reference. Not only has Kirk achieved reflexivity, seeing through the eyes of the other, he has come to self-observation. He has come to self-observation not through free association or introspection, not through observing Lindner observing him. Self-observation occurs in instances when individuals become aware of their self-production: “I am causing myself.”

Lindner leaves it to the reader to draw the conclusion: Having undermined the foundation of his theory-centered psychotherapy and with it all psychotherapy theory of psychopathology, Lindner had a replacement for it, but he proceeded by in-direction to avoid premature exposure of what he was doing. As a young psychotherapist in his late twenties, he (1944) was already using hypnosis as an adjunct to free association. By 1951 he has advanced his thinking, reclaiming hypnosis by calling it a condition for psychotherapy, admitting that the only tool the psychotherapist has to use is the self. Thus the psychotherapist, like the observer in cybernetics (von Foerster, 1981, 1991), is included within the psychotherapy and the psychotherapy is understood to be part of the ongoing life story of both patient and psychotherapist (Ruesch and Bateson, 1951). Together they have come to see not the objects constructed by theory; they have come to see through the eyes of the other.

Postscript

Fifty years after Lindner coupled psychotherapy and hypnosis with cybernetics, redefined hypnosis as a condition for psychotherapy, and began a process pointing to how to overcome theory-centered psychotherapy, practice seems still to be lagging far behind.

Taking hypnosis as a condition for psychotherapy assumes that both hypnosis and psychotherapy are communicative acts by human agents, occurring through sharing ideas. Hypnosis is by design working with the ideas of the patient, providing the climate where patients can use their imagination, images and experiences in the “causing” or producing or constructing of a self – a journey that can be expected to continue for as long as an individual is organically and mentally alive. If we take hypnosis as a condition of psychotherapy, we have to be

clear about what kind of psychotherapy it is a condition for. It is a result of the study reported here that hypnosis is counter-indicated as a condition for theory-centered psychotherapy for the simple reason that theory-centered psychotherapy produces psychopathology, assuming that it already exists within individuals, and needing only to be diagnosed through using the psychotherapy theory. But the psychopathology found in the diagnosis will, upon examination, turn out to be the psychopathology constructed by the theory-centered psycho-

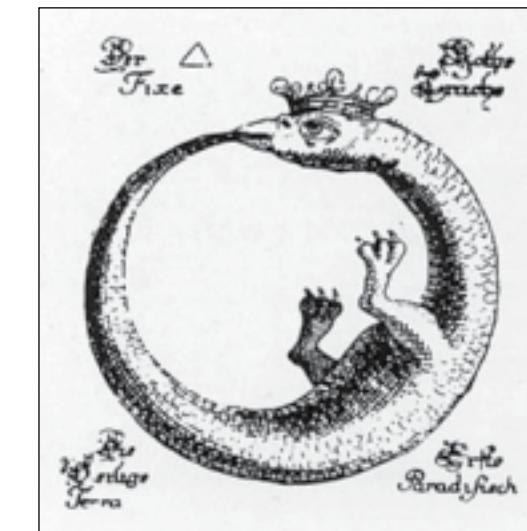
therapy. If hypnosis is used as a suggestive tool, manipulating patients to "find" or "locate" theoretical objects or constructs, patients can be expected to believe that they have found, not made, them, using them to shape their self-definition. If anything can be obtained from such a mutually deceptive process, it seems to me that approaches using hypnosis as a condition for a non-theory-centered psychotherapy can better utilize the ideas and competencies of patients to work out novel solutions to their problems.

References

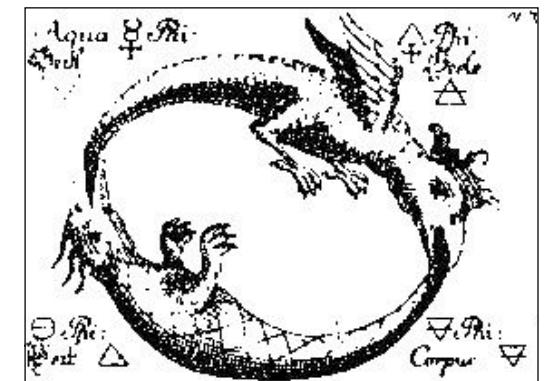
- ASHBY, W. R. (1956). *An introduction to cybernetics*. London: Chapman & Hall.
- BARNES, G. (1994). *Justice, love and wisdom: Linking psychotherapy to second-order cybernetics*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- BARNES, G. (2001). Voices of sanity in the conversation of psychotherapy. *Hypnos*, 28(4), 174-185. (Abridged reprint from *Kybernetes*, 30(5), 526-550)
- BARNES, G. (2002). *Psychopathology of psychotherapy: A cybernetic study of theory*. Unpublished doctoral dissertation, RMIT University, Melbourne.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. London: Wildwood House.
- BATESON, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1972)
- BERGER, M. (Ed.) (1978). *Beyond the double bind: Communication and family systems, theories, and techniques with schizophrenics*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- ERICKSON, M. H. (1980). Hypnosis: Its renascence as a treatment modality. In: *Innovative Hypnotherapy. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. IV, 52-75) (E. L. Rossi, Ed.). New York: Irvington Publishers. (Original work published 1966).
- GINDES, B. (1951). *New concepts of hypnosis: As an adjunct to psychotherapy and medicine*. Hollywood: Wilshire Book Company. [Reprint, no date]
- HEIMS, S. J. (1991). *The cybernetics group*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton & Company.
- LINDNER, R. (1944). *Rebel without a cause ... The hypnoanalysis of a criminal psychopath*. New York: Grove Press, Inc.
- LINDNER, R. (1946). *Stone walls and men*. New York: Odyssey Press.
- LINDNER, R. (1951). Introduction. In B. Gindes, *New concepts of hypnosis: As an adjunct to psychotherapy and medicine*, [5pp, pagination missing]. Hollywood: Wilshire Book Company. [Reprint, no date]
- LINDNER, R. (1952). *Prescription for rebellion*. New York: Rinehart & Co., Inc.
- LINDNER, R. (1954). *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales*. New York: Dell Publishing.
- LINDNER, R. (1956). *Must you conform?* New York: Rinehart & Company.
- McCULLOCH, W. (1989). *Collected works of Warren S. McCulloch* (R. McCulloch, Ed.) (Vols. 1-4). Salinas: Intersystems Publications.
- REIK, T. (1948). *Listening with the third ear. The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Garrar, Straus and Giroux.
- RUESCH, J. AND BATESON, G. (1951). *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co.

- SHEM, S. (1986). Introduction. In R. Lindner, *The fifty-minute hour. A collection of true psychoanalytic tales* (pp. xi-xix). New York: Dell Publishing.
- TOULMIN, S. (1990). *Cosmopolis. The hidden agenda of modernity*. Chicago: University of Chicago Press.
- VON FOERSTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- VON FOERSTER, H. (1991). Through the eyes of the other. In F. Steir (Ed.), *Research and reflexivity* (pp. 63-75). London: Sage.
- VON FOERSTER, H. (Ed.) (1950). *Cybernetics: Circular causal, and feedback mechanisms in biological and social systems* (Transactions of the Sixth Conference). New York: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- WIENER, N. (1948). *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
- WIENER, N. (1985). *Collected works with commentaries* (Vol. 4) (P. Masani, Ed.). Cambridge, MA: The MIT Press.
- WOLBERG, L. R. (1964). *Hypnoanalysis* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton. (First edition published 1945)

The Ouroboros circle is a snake biting its own tail, and each ending initiates a new beginning. Eating its own tail, the snake sustains its life.



In cybernetics the snake eating its own tail symbolizes the circularity of communication.



One snake eating the tail of the other as if it were its own is a symbol of the circularity of communication where one individual comes to understanding an idea through the understanding of the other.

HERMENEUTICS OF HYPNOSIS

This essay begins with a discussion of two hypnotherapists, Robert Lindner and Milton H. Erickson, whose work in the middle of this century defined hypnosis as communication. In their professional practice they lifted hypnosis out of the domain of suggestion and perfected its methodology as a science of communication between the unconscious of the therapist and the unconscious of the patient. Their communication with and understanding of the unconscious are basic for a hermeneutics of hypnosis. I mention a few elements of Lindner's¹ hermeneutics before turning to consider some distinctive features of Erickson's hermeneutics. To grasp the methodology of his hermeneutics seems to propose a shift in epistemology. To appreciate the legacy of his communicative competence seems almost to presuppose such a shift. Working with Erickson's corpus has altered my understanding of the hermeneutics of hypnosis. To illustrate an aspect of what I consider delicate and subtle in the hermeneutics of hypnosis, I present a case of a demonstration that calls for awareness of how words may engender emotions within the context of hypnosis. To overcome the dualism of conscious and unconscious, I propose five modes of interpretative activities that expand hermeneutics to include our ways of being in the world. The hermeneutics of hypnosis enhances sensitivity to each patient's vocabulary, including the private languages of patients. Indirection in the dialogue of hypnosis maintains respect for these private languages. Indirection proceeds on the assumption that an idea contains and is contained within an infinite number of ideas, that ideas generate their own opposites, and that from seemingly random elements a brain can put disparate elements together and build new structures of thought. It may be said that indirection in the dialogue of hypnosis permits inner transformations to occur. Such a psychotherapy conceives its interpretative and constructive activities as unpredictably generative of interpretations and constructions. Thus it is ironic. A case with follow up is presented to illustrate that indirection carries in itself unpredictability and an element of surprise—having as its core a concept of irony.

¹ Lindner's psychotherapy approach offered an alternative to what he called "domestication" by psychotherapy and psychiatry: "Treatment is to be an active agent by means of which there is deliberately manufactured the kind of human being for whom the model is the household pet." He opposed the goal of conformity and adjustment that he saw most psychotherapies and psychiatric treatments trying to attain. [Robert Lindner, *Prescription for Rebellion* (New York: Rinehart & Co., 1952); *Must You Conform?* (New York: Rinehart & Co., 1956). For a discussion of Lindner as a dissenting voice in psychotherapy and as a critic of conformist society, see Russell Jacoby, *The Repression of Psychoanalysis. Otto Fenichel and the Political Freudians* (Chicago: The University of Chicago Press, 1986).] Other books by Lindner include *Rebel Without a Cause ... The Hypnoanalysis of a Criminal Psychopath* (New York: Grove Press, Inc., 1944); *The Fifty-Minute Hour* (New York: A Delta Diamond, 1986).

Robert Lindner's hermeneutics represents one of the first efforts to link psychotherapy to cybernetics.² Analyst and hypnotherapist, he wrote a book that (one hears from the therapy underground) one should find and read.³ In this book, *The Fifty-Minute Hour*, are five case studies, each presented in a chapter.⁴ From the first to the last chapter, Lindner through indirection shows a turning in epistemology for psychotherapy and hypnosis. One may think that the author shows the difficulty of escaping the limitations of psychoanalytic theory, or he may be staying within the framework of the theory just enough to satisfy the guardians of psychoanalysis, or he may be showing some of both. Yet, he extends the boundary of the theory, and pushes it as far as he can. He tells the readers what psychotherapy is about. Unlike others in the early 1950s, he talks about psychotherapy as the "communication between one being and the next." It is "grounded in the laws of interpersonal communication." Psychotherapy defines and describes a relationship (through the concept of transference). More than theory, it is therapist and patient developing a self. Its hermeneutics is of the unconscious. "The only instrument with which the analyst works is his own unconscious. Through this, he comprehends the unconscious of his patient." The only instrument a therapist has is his or her own person. This "is the single instrument, the only tool, with which he performs. Only on himself, and on nothing else, does he depend."

Lindner begins with the story of a twenty-year old boy who had murdered a young woman. He shows that pathology is not located in the boy, but in the communication (sharing) in which the young man participated. This observation extends even to his conclusion about the therapy and to what happened to the boy. The larger circuits of the communication, including the penal institution and the psychotherapy profession, are part of the pathology in which the boy participated.

Lindner concludes with Kirk's story. Kirk was a physicist working on a weapons project in the American Southwest. During the nights he used the computers to take trips to another planet. Through his insanity he was perhaps showing more sanity than his colleagues who could sleep comfortably at night after working on their weapons of mass destruction during the day. Kirk escaped by going to another planet. Lindner entered Kirk's world by helping him with his calculations. His thorough check of Kirk's calculations turned up occasional errors. Eventually it was Kirk who had to tell Lindner that he no longer believed in the world he had made up. Lindner was not psychotic but he had accepted Kirk's theory. He was disappointed to hear that Kirk no longer believed in it.

² In *Prescription for Rebellion* he praised the work of Wiener and McCulloch—"who, in formulating their science of control and communication in the animal and the machine, have been able to shed new light on all phases of science. We owe to them a clearer understanding of how possibilities are literally built into organisms, and they have begun to describe for us in factual terms the statistics of increase of possibilities with the complexity of organisms along the biological continuum. The truism they arrive at can be stated very simply: the more complex the organism in question the greater the range of its possibilities. ...The more developed the brain the most possibilities exist for the given animal—possibilities which (in the words of Dr. Wiener) must be made good by learning" (pp. 227-28).

³ I find this book exceptional both in the presentation of cases and in the presentation itself. I think it is one of the best works on psychotherapy in this century. Not one of Lindner's other books can come close to it.

⁴ Lindner, *The Fifty-Minute Hour*.

Lindner concludes with the ouroboros, including a quotation from Eddison's *The Worm Ouroboros*. Ouroboros is the worm that bites its own tail. Psychotherapy is effective, perhaps valid, when it bites its own tail. It is a unit of recursiveness that understands the patient's world so effectively that the therapist communicates in the patient's theory or language. At some point, the patient turns to the therapist to say in effect, "I don't believe in that planet now. When I came in I was hallucinating but now I know the difference between the experience of my hallucination and the experience of explaining it to you as my hallucination." How many therapists can make such distinctions between their experiences?

One can detect a collaboration between Erickson and Lindner in the *Fifty Minute Hour*. Their work shows agreement with the premise that through hypnosis we can study the dialogue of one unconscious with that of another unconscious.

I believe that Erickson made one of his most significant contributions to contemporary thought, and especially to the science of communication, through collaboration with Mead and Bateson. He reviewed with them their field work film to detect if people were in trance as they moved about their daily activities. His contributions to the development of cybernetics are yet to be traced.⁵ The original paper on double bind theory, and publications by Haley, established Erickson's contributions to the Bateson Project on communication.⁶ Erickson saw hypnosis as a method of investigation of intercommunication. He called hypnosis a science of intercommunication. As I understand him, I think he used this term intercommunication to specify that the communication or sharing is *between* two people (at least two, perhaps more). Other animals as well as people and machines participate in communication, but through hypnosis the communication or sharing is "inter" (between) the so-called operator and subject and the subject's attention becomes more focused and specific.

Erickson's description of hypnosis as a tool and as a science of intercommunication contributed, I believe, to the development of cybernetics. I think his work demonstrates a turning point in epistemology. Erickson looked upon, and used, hypnosis as a procedure for the investigation of mental activity. He used it as a tool in therapy to establish, or to enhance, communication. Erickson's painstaking research established the basis for hypnosis as a science of intercommunication.

In one of Erickson's papers on the clinical use of hypnosis, he described his work with patients who were severely disturbed. One, Edward, through hypnosis learned "how to communicate."⁷ He concluded another case presentation with

⁵ Wiener mentioned in the preface to the first published book on cybernetics that Milton Erickson was present in 1942 at the first scientific meeting devoted to the subject of feedback. [Norbert Wiener, *Cybernetics* (New York: John Wiley & Sons, 1948), p.27.] Bateson expressed disappointment that the first meeting on cybernetics, called "Cerebral Inhibition," turned out to be a meeting on hypnosis. The only discussions he heard on "feedback" were over lunch. Mead was present at the meeting, but she disagreed with Bateson's assessment. She recalled that Erickson hypnotized a psychologist from Yale University. My guess is that Erickson's contribution was not merely a demonstration of hypnosis. I think he used hypnosis as a tool and demonstrated it as a science of communication to investigate and explore human behavior through participation in communication. Mead said that at the end of the New York Meeting they "had the design of what needed to be done." [Stewart Brand, "For God's Sake, Margaret: A Conversation with Gregory Bateson and Margaret Mead," in Art Kleiner & Stewart Brand (eds.), *News That Stayed News: Ten Years of CoEvolution Quarterly* (San Francisco: North Point Press, 1986), pp. 26-46.]

⁶ Jay Haley (ed.), *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, 3 volumes (New York: W. W. Norton & Co.).

⁷ Milton H. Erickson, *Innovative Hypnotherapy. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Volume IV*, edited by Ernest L. Rossi (New York: Irvington Publishers, 1980), IV, p. 66.

the observation: "To know how to communicate with patients is all-important in medicine, in all branches of life. Semantics are important, but communication is basic. Hypnosis needs to be recognized as a science of intercommunication."⁸ He finished his description of a third case as follows:

Hypnosis is not a cure. Neither is insulin in diabetes. The writer has used hypnosis on more than one psychotic patient to keep him a productive citizen. The above case history illustrates the value of intercommunication between people to establish good purposes. . . . How many more mentally ill patients, hopelessly sick, might be economically rehabilitated if physicians understood hypnosis as a modality of communication of ideas, understandings, and useful unrealized self-knowledge contained in what is popularly called the unconscious?⁹

Erickson concluded:

Mental disease is the breaking down of communication between people. Hypnosis permits a development of communication. . . . Any statesman can tell us that most of the world's troubles derive from a lack of intercommunication. So it is with matters of human illness and health. Hypnosis is not a simple matter. It is another important tool in exploring human behavior from a new and different approach—a tool that will lead to a definition of the still undefined "personality" and allows us to learn how the human body reacts to stimuli.¹⁰

Haley's explanation of how Erickson viewed the differences in conscious and unconscious communication deserves consideration:

I believe that Erickson in his set of premises has shifted the traditional view of the unconscious. He began by exploring unconscious ideation and the differences between conscious thought processes and unconscious thought processes. . . . He then went a step further to consider whether one person's unconscious could read and interpret the productions of another person's unconscious. With Lawrence Kubie, he wrote . . . commenting on the fact that one person could decipher accurately the automatic writing of another, "The observation stresses from a new angle a fact that has often been emphasized by those who have studied unconscious processes but which remains none the less mysterious—namely, that underneath the diversified nature of the consciously organized aspects of the personality, the unconscious talks in a language which has a remarkable uniformity; furthermore that that language has laws so constant that the unconscious of one individual is better equipped to understand the unconscious of another than the conscious aspect of the personality of either."¹¹

Haley expressed the belief that Erickson assumed that communication between people is unconscious as well as conscious. We communicate with a language that is conscious and with a language that is unconscious. The code of the language of the unconscious is different from the language code of the conscious.

⁸ *Ibid.*, p. 70.

⁹ *Ibid.*, p. 74.

¹⁰ *Ibid.*, p. 75.

¹¹ Jay Haley, "Commentary on the Writings of Milton H. Erickson, M.D.," *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected Papers of Milton H. Erickson*, edited by Jay Haley (New York: Grune & Stratton), p. 545.

The communication of the unconscious is in the movements of the body, voice intonation and it uses metaphors.

The skill of psychotherapy is in the ability to understand unconscious communication. Erickson did not try or even presuppose to translate the unconscious into conscious communication. For him conscious and unconscious were two orders of communication and he respected this order in his communication. Haley explained:

To have an interchange with another person through an "unconscious" means of communication, we must at some level be cognizant of what we are doing or we could not correct ourselves or receive the other person's communication and respond to it. Yet this process can go on without any conscious awareness of what we were doing. Therefore there must be, at least, two levels of "awareness" when we are interchanging two levels, at least, of communication. What is most distinctive about Erickson is his willingness to allow the separate existence of these levels without attempting to call the patient's attention to them. Erickson is willing to communicate in both codes and leave them both functioning separately in the interchange.¹²

Here it is suggestive to make a few observations of one of Erickson's hypnotherapy dialogues with a young photographer whose problem was stuttering. (This case is well documented and is available in publication and on audio recording.) Erickson began with the frame of the patient: The photographer tells him about photography and the world photography makes. Erickson makes allusions to the discussion of photography they had over breakfast earlier. He does so by drawing distinctions between conscious and unconscious mental activity. Consciously we experience "concrete reality"; in our mental life we can make an object a concrete reality as real as the object itself; the unconscious deals with ideas, and these ideas are as real as the object itself. Two of us may look at the same painting, but we see with different eyes and background, and we see a different painting. We may differ on meaning and values may differ. We agree in general terms. In addition to referring to perception and visual activity as constructive, Erickson noted that one may interpret a sound as a disturbance, a noise, or as harmonic. What is noise? Noise is an interpretation. This or that sound need not be interpreted as a disturbance. It becomes a disturbance through interpretation. And so with the sounds and sights of everyday experience. Erickson also demonstrated a practical application of how "wanting" can become recursive: A child wants a toy, but rejects every toy proffered. Parents who recognize that "the child didn't really want a toy. The child merely *wanted to want* a toy." Erickson explained: "And the child could only want to want a toy by stating that he wanted a toy, and then rejecting every one. But the child was seeking the experience of *wanting to want*. And the parent who understands this promptly meets the situation by letting the child want to want."¹³

My interpretation of Erickson's work is that it is recursive, reflective and reflexive. Recursion shows in his method of utilization. He showed skill in utilizing the theory of therapists and the beliefs of patients with whom he worked. For example, in working with psychoanalysts, he utilized their way of thinking and in working with Mormons he utilized their beliefs. In each relationship, he saw that he and the patient were embedded in the patient's world whether that world was a psychological theory or a religious faith so that he worked at that recursion rather than try to make the patient fit his or some artificial psychological theory. He let the patient's thought, expressed verbally in the language of the patient and non-verbally in gestures, posture and other bodily movement, interact with his own thought unconsciously. This created the context of the therapy. His ability to utilize the way of thinking of each patient suggests many possibilities for how to go on recursively in psychotherapy. The patient's thinking lies within the context of the patient's world. In the context of the therapy, as the therapist joins in thinking the patient's concept, the thinking lies within the context of the communication between therapist and patient. This attaches to the patient's ideas a regulation larger than the control that operated solely within the patient's thinking. Through the therapy the utilization may extend to include larger contexts in which the patient's thinking lies. Recursive thinking embeds patient's concepts in the conversation of therapy. It follows the patient's movements and gestures, methods of talking, and tone of voice and inflection, and it employs the patient's metaphors. One may, as Collingwood suggested, enact the other's concepts and think one's own thought at the same time.¹⁴ If someone has thought an idea, you can also think the same idea. The context created by that idea in your thinking is as relevant to the idea as the context created by their thinking the idea. You think the idea and it performs a constructive action. It thinks and constructs through you. In thinking through you, it shapes your thinking. In shaping your thinking it constructs a context. If you think the concept the other shares with you through the conversation, your thinking that concept and the other's thinking that concept creates a new context for the concept.

From my reading of Erickson, I also describe his way of talking as reflective. One form of reflective thinking is that while thinking the patient's concept, one also thinks unconsciously one's own thinking about the patient's concept. This reflection is unconscious more than conscious reflection. Erickson's distinction between conscious awareness and unconscious awareness shows a sensitivity to dimensions of awareness. Erickson described thinking in multiple dimensions unconscious thinking. He could say that "a person seeking therapy comes in and tells you one story that is believed fully at the conscious level and in non-verbal language can give you a story that is entirely different." I assume that Erickson could believe and reflect upon both stories without needing to expose the unconscious story to conscious reflection. He told Haley:

You accept whatever your patient brings you. ... Accept it and use it. ... I accept it completely, knowing that a minute later, or 10 seconds later, I'm going to reject it. Now I can pick this up (he gestures with an object) and really hold it up there knowing I'm going to put it down. But I am holding it there. But it's going to be in the future that I put it down. Therefore, I accept it completely, even though I know I am going to reject it later.

¹² *Ibid.*, pp. 545-546.

¹³ Milton H. Erickson, *Life Reframing in Hypnosis*, The Seminars, Workshops, and Lectures, Vol. II, edited by Ernest L. Rossi & Margaret O. Ryan (New York: Irvington Publishers, 1985), p. 270. (243-298)

¹⁴ R. G. Collingwood, *The Idea of History*, revised ed. (Oxford: Clarendon Press, 1993).

Further, I think Erickson also demonstrated through hypnosis the reflexive nature of the domain of what he called the unconscious. In the context of therapy, we see this in the work between therapist and patient. Both may be in trances (trainees observed that Erickson usually was), and through the cooperation between therapist and patient they both achieve some measure of reflexive activity unconsciously. The unconscious is reflective, as is even consciousness, and reflexive. Through the trance Erickson demonstrated that the unconscious may think and act reflexively, and for this reason it is not necessary to make the unconscious conscious to achieve either mental reflection or reflexivity. Erickson's work, covering a period of more than fifty years, attests to this remarkable and productive discovery.

In spite of Erickson's contributions that show how hypnosis is communication, we still find many references to hypnosis as suggestion, as one-way or unilateral action by an operator on a subject. Habermas' distinction between communicative and instrumental action is instructive as Habermas uses hypnosis as an example of instrumental action. The model of hypnosis which he uses is one in which the subject behaves as ordered by the operator. In instrumental action the other is an object of manipulation whereas in communicative action others are understood through language. When hypnosis is used by an operator to manipulate a passive subject, the activity is subject to the criticism offered by Habermas and provides a model for what he calls strategic action. Such a view presupposes hypnosis as a one-way operation. Yet, even in such use, hypnosis still qualifies as communication. Habermas relies upon an explanation of hypnosis that does not take into account alternatives to the received Freudian view.¹⁵ There is no disagreement between my basic position and the Habermas distinction between understanding others through their language and manipulating others through instrumental action.

This brings me to the assertion that Freud did not give up hypnosis; he merely turned hypnosis upside down. Of course, Freud and psychoanalysis date the beginning of psychoanalysis with Freud's rejection of hypnosis. My assertion is that he did not break with hypnosis but with direct suggestive methods¹⁶ and replaced them with free association and theoretical interpretations. By overtly abandoning hypnosis he removed from his future psychotherapy a science that could have become useful to investigate the communication between therapist and patient as well as unconsciousness. Erickson's paper on the paradigm investigation of a dual personality with the use of hypnosis, written with the leading American psychoanalyst at the time, demonstrates this point convincingly.¹⁷

It is outside the scope of this paper to examine the emotions that constitute relationship, including the relationship of patient and therapist in psychotherapy. Suffice to say that if Freud was wrong about the origin of emotional relations as the basis for transference, he was mistaken to think that dissolving the transference dissolves the emotions of the relationship. Are not all relationships trans-

¹⁵ Jürgen Habermas, *Knowledge and Human Interest*, translated by J. Shapiro (Cambridge: Polity Press, 1987).

¹⁶ Mikkel Borch-Jacobsen, *The Emotional Tie. Psychoanalysis, Mimesis, and Affect* (Stanford, Ca.: Stanford University Press, 1992).

¹⁷ Milton H. Erickson and Lawrence S. Kubie, "The Permanent Relief of an Obsessional Phobia by Means of Communication with an Unsuspected Dual Personality," *Psychoanalytic Quarterly* (1939), 8:471-509, reprinted in *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.*, edited by Jay Haley (New York: Grune & Stratton, 1967), pp. 340-363.

ferential? Can therapy clean away transference? Is analysis "terminable"? Can the "emotional tie" (*Gefühlsbindung*) to another person be untied?¹⁸ In Erickson's definition and description of hypnosis as a science of intercommunication the basis of the relationship in the communication need not be authority.

In what follows is a report from a demonstration of hypnosis before a professional meeting of psychotherapists. The report explicates the importance of the use of words during or following hypnosis, with implications for the use of words in all psychotherapy. Psychotherapists need to learn how to talk when people are working with hypnosis and they need to know how to talk with patients. I think many psychotherapists do not take their use of words seriously.¹⁹

I stop short of advocating that all therapists learn to use hypnosis with their patients, as I do not know if all are capable of learning and using hypnosis. I recommend, nevertheless, that all therapists incorporate it in their training to study and utilize their unconscious potential. There are, however, therapists who induce trances, often without knowledge that they are doing so. Two examples of this immediately suggest themselves. One is the skilled Gestalt therapist guiding a patient through a two-chair dialogue. The other is the circular question of Boscolo and Cecchin. All therapists need to know when and how their words invite trance. My observations lead me to conclude that the trance-inducing situation of psychotherapy is an everyday experience, a familiar pattern of communication into which therapists and patients slip. Therapists who have not studied video recordings of their psychotherapy sessions with an eye to trance phenomena may not even know that they may be inducing trances and when their patients are showing trance phenomena.

The operator for the hypnosis demonstration explained to her demonstration subject and the audience how she would work to demonstrate deepening the hypnotic condition through hand levitation. She obtained permission to touch his hand and arm. After the proper induction and achieving eye closure, she proceeded to lift his right arm. What follows is a paraphrase of his subsequent account of the experience:

Already I was beginning to wonder if she would take my right or left arm. I was aware that my right side had become quite heavy and cataleptic. When she lifted my right arm it was so heavy that she gently returned it to its former position. I continued to wonder would my right hand lift up or my left. There was the conflict of sorts of the sides, would it be the right or the left? I began to wonder, "What will happen now? Will my right hand become relaxed and eventually levitate? Or will my left hand become light and levitate?" As these questions about will it be the right hand or the left hand

¹⁸ Borch-Jacobsen, "Hypnosis in Psychoanalysis," *op. cit.*, pp. 39-61, answers these questions.

¹⁹ In the seminars of the School of Psychotherapy Cybernetics we have on occasions turned attention to explore how words motivate and engender actions. We have grappled with the question, Can words engender love? Through experimentation with hypnosis we have demonstrated that words can generate emotions. This opens a large field for investigation to explore the mechanisms by which words engender love, how words embody and convey ideas, how actions are extensions of ideas and how to study emotions as actions and, as such, extensions of ideas. See David G. Hays, "Language and Interpersonal Relationships," *Dædalus* (Summer 1973; 102:3), pp. 203-16. Hays proposed "an analysis of the mechanism of human affection, an analysis of the mechanism of speech, and a comparison of the two." He suggested going outside the laboratory, "and predict when conversation would lead to mutual love, when to hatred or some less powerful feeling. Plainly to do this would require a detailed understanding of mechanisms."

or nether hand, there were questions about the right side and the left side, and a number of contrasts and dualisms came to mind, many of them associated with the dichotomy of right and left, including light and dark, female and male, good and evil, dependence and independence.

During this period I was reviewing my first professional contact with hypnosis. Either through what I learned about and from a counselor or from my reading or both or even on my own, I developed a method of indirection. I wondered about the influence of Erickson on my approach even on my early professional development. Here I was working with someone who had been close to him and who had developed her own methods of hypnosis through her work with him.

In the middle of all these congeries of thoughts my left thumb began to quiver and I felt lightness in my left hand and arm and knew it was levitating. It did and she asked me to open briefly my eyes and look at it. I experienced wonderment within myself about which hand would levitate, and that there was a struggle or conflict of sorts between right and left. Awakening from the hypnotic condition was not easy and even after "awakening," I was still in hypnosis and I observed that others around me also were.

One of the observers, a psychotherapist who had known Erickson, commented on an aspect of his work, adding "that was his sinister side."²⁰ The demonstration subject reported later how he interpreted this comment:

The reference to Erickson's "sinister side" made a connection for me to my earlier reflections about my right and left sides and the other dichotomies. Since my left hand eventually levitated, and in view of my reflections about Erickson, was the comment, "that was his sinister side," referring to Erickson's or my sinister (left) side? Then I wondered exactly what about me was sinister.

How could the psychotherapist who raised the issue of Erickson's "sinister side" have known that the comment might become part of the subject's internal dialogue about right and left sides? This calls for skill in working with and learning to understand unconscious to unconscious communication. The most obvious cue was the demonstration itself that involved both the right and the left hands. My experience is that in the context of hypnosis we can find out about how the words we use can engender emotions and also induce the pathologies that we then proceed to treat as located within the patient rather than as element of the dialogue.

Erickson's definition of hypnosis as communication²¹ suggests that hypnosis is a circular activity. This differs from the conventional notion of hypnosis as an activity by which one person (a therapist or operator) does something to control another.²² All communication involves some element of agreement. When the

²⁰ It seems that unconsciously metaphors become real. Another way to say this is to say that primary process thinking is metaphoric. It also lacks negatives and tense and it shows no identification of linguistic mood. See Otto Fenichel (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: W. W. Norton & Co., 1972).

²¹ Milton H. Erickson, *Innovative Hypnotherapy, Collective Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, IV*, edited by Ernest L. Rossi (New York: Irvington Publishers, 1980), pp. 52-75.

²² For a comprehensive overview see André M. Weitzenhoffer, *The Practice of Hypnotism*, 2 volumes (New York: John Wiley & Sons, 1989); and Steven Jay Lynn & Judith W. Rhue (eds.), *Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives* (New York: The Guilford Press, 1991).

therapist and the patient are in hypnotic trances, they are in some sort of agreement. We may say that there is cooperation between them. Both achieve some measure of reflexive activity unconsciously.

Hypnosis opens the possibility for a change from the use of the language of consciousness to the interpretative work of the unconscious without the interference or interruption of conscious language or interpretation. Through hypnosis we can investigate and explore how words engender emotions and actions. We also can explore varieties of communicative actions. Hypnosis presents an experimental instrument to investigate multiple social and biological dimensions of communication. This we can do through monitoring various dimensions of conversation.

Dr. Mirjana Dabić-Jeftić and I think our investigations of cognitive electrophysiological answers obtained in deep hypnosis suggest "that a great number of neurons may be engaged in this cognitive process [P300] during deep hypnosis, and may be finishing this process in shorter time in comparison with other hypnotic conditions and the condition before entering hypnosis. Such a finding also suggests that in deep hypnosis the brain functions more coherently than in other conditions during the same cognitive process."²³ This leads us to the observation that bioelectric brain activity may be improved through communication in hypnosis. Our study shows that through the conversation of hypnosis, subjects may have an astute unconscious recognition of sounds or images. Their recognition shows a much higher degree of accuracy than that of conscious subjects presented with the same sensory phenomena.

What is called recognition or seeing or hearing something is already an interpretation of something as something. Such recognition or interpretation as can be monitored using EEG does not need to be conscious. By the time the interpretation becomes conscious we are getting, at a minimum, an interpretation of a different order. When subjects attempt to communicate consciously about what they have been doing during the experiment, their conscious interpretation of a deeper interpretation becomes a different interpretation entirely. Through conscious interpretation they seem to transform a deeper inaccessible-to-consciousness interpretation. From these experiments we conclude that the conscious interpretation is a new interpretation, not of a deeper unconscious interpretation but of the larger context of living in which consciousness performs its interpretations. Thus the conscious interpretation is not even an interpretation of the interpretative activity of the deep hypnotic experience. Is it possible that the languages of consciousness and unconsciousness are not only different recursions of language but also different orders of interpretation? If so, this explanation would fit with the observation that the activity of the brain at any given moment is too complex for consciousness to grasp and, therefore, is subject to limited conscious interpretation. Consciousness merely provides an interpretation within the total mental activity that embodies it and becomes another dimension of conversation to the conversation. This may explain what happens when we know the answer to the examination question but begin to question it. Through an inner dialogue about our answer, we may even convince ourselves that our original and often accurate answer was inaccurate. This leads to a kind of axiomatic

²³ Mirjana Dabić-Jeftić and Graham Barnes, "Event-Related Potentials (P300) During Cognitive Processes of Hypnotic and Non-Hypnotic Conditions," *Psychiatria Danubina* (section on *Cybernetic Review of Psychotherapy*), (5:1-2, January-July, 1993), pp. 47-61.

statement: What the deeper interpretative activity of the brain can do thoroughly and accurately does not need conscious meddlesome interpretation. Can we make our way around in the world any better by having conscious interpretation of what the unconscious understands or remembers? How can we know that conscious interpretations of memories are decisive in the experience of the living, meaning-giving, acting agent? This last question becomes of moment if we note that it follows from our claim that each conscious remembrance is itself an interpretation of an interpretation. We do so many things from memory that we think nothing about. We are not even aware that we are the agency acting. Activities such as swimming and running require no reflection by the experienced athlete. Cabinet making for skilled cabinet makers seems simple. Their memory is already there and it calls for no conscious interpretation or reflection. All the memory needs is the context appropriate for the performance of the skilled activity.

For example, we may ask subjects in deep hypnosis to solve certain problems. Later they may not remember consciously anything about being asked to do the task. They report their solutions, usually with a disclaimer that they do not know how or why they solved the problem. Typically, when they have solved the problem they can trace the process as an unconscious activity connected with the trance experience.

A critical issue in psychotherapy is how to encourage the richness of disclosure to develop or how to elicit random thinking (mental activity) that makes new neuronal connections that may produce novelty. Our experimentation with the conversation of hypnosis supports the belief that no conversation repeats itself. It follows that every conversation generates novelty that strict conscious explanations, including rational theories, do not account for.

I have been talking about conscious and unconscious activities; therefore, to overcome this dualism I propose to discuss recursively these nested interpretative activities of which there are an indefinite number of possible descriptive categories. Here I will suggest five modes of interpretation,²⁴ embedded one within the other like Russian dolls or Chinese boxes,²⁵ that operate within the dimension of meaning-making agents:

Mode 1 is Understanding. It is understanding of being in the world that does not separate the organism from the world since in this mode there is no distinction between a self and an environment. By understanding I refer to the totality of the interpretative activities of the human organism, including conception, cognition, emotion and perception. These activities are not bounded by the skin of the organism. Through its organs of sense it is connected to other beings

²⁴ The immediate utility of these modes in the context of psychotherapy is to aid the therapist to conceive of the psychotherapy situation as consisting of multiple interpretative contexts and of a variety of communication patterns. These interpretative activities are not only operations inside our heads but communicative actions within the life situation by which we are constituted. Neisser brings out the importance of these activities. "Perception and cognition are usually not just operations in the head, but transactions with the world. These transactions do not merely inform the perceiver, they also transform him. Each of us is created by the cognitive actions in which he engages." [Ulric Neisser, *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology* (New York: W. H. Freeman and Co., 1976), p. 11.]

²⁵ There is a difference: the nest of dolls has a smallest doll inside and the number of dolls containing dolls is limited, but there is no smallest interpretative mode. Further, interpretative modes are not so bounded and the number of modes is probably unknowable given the complexity that even one human organism generates.

and to the world. Thus the human organism is *in* understanding. All other modes of interpretation are nested within this mode.

Mode 2 is Immediate Awareness of Understanding. Awareness means immediacy. This mode keeps organism and world united. It does not operate through intuition or knowledge and does not separate subject and object. Immediate awareness is ontological awareness in that it is not mediated by inferential process. It is embedded in Mode 1 and its interpretative activity is of Mode 1 understanding. A person in a deep hypnotic condition may see and have immediate awareness of a flower in extraordinary detail without any recognition (Mode 3) that she sees the flower and without any conscious or reflective thought about the way and the how of her immediate awareness. I think the interpretative activities in this mode are rich and highly complex but logically they could not be as rich and complex as in Mode 1.

Mode 3 is Sense-Recognition of Immediate Awareness. I call it sense-recognition because, following Thomas Aquinas, "the cognition of our intellect starts with the senses." This is the basis for an empirical or sense-bound epistemology. In this mode empirical exploration begins with objects appearing as separate from the whole and as either concrete or abstract or both. The interpretative activity of Mode 3 is of Mode 2, in which it is embedded. As we propose logically that the interpretative activities of each mode self-organize the activities that make it a mode and that they do so by reducing the complexity of the mode in which it is embedded, in Mode 3 sense-recognition is a further reduction of the complexity of the interpretative activity of Mode 2.

Mode 4 is Mediate Awareness of Sense-Recognition. In this mode we get deliberation and mediation. This is the mode of purposive and intentional thinking, of causal and conscious thinking and of rationality. Conscious thought tends to appeal to some form of authority for its verification since it does not accept everyday life as given or the larger contexts in which it is embedded. In this mode the way to the other is not immediate but mediated, and it subjects its understanding of the other to conscious interpretation. The interpretations of this mode have reduced complexity further. This mode may take its own interpretations as objects of its reflection.

Mode 5 is the Discourse of Mediate Awareness. Conversation about conscious thinking may be trivial or profound, yet conversation with another is critical to the whole. This conversation takes at least two people for the interpretation of conscious thinking to succeed, one to interpret the experience and at least one to listen and receive the interpretation (and who through listening will be interpreting). It would seem to follow that only in some form of discourse are we able to draw distinctions between material objects, images, imagination, illusions, hallucinations and dreams. From the conversation we may also draw new distinctions that will subsequently enhance Understanding (Mode 1), and so forth.

The interpretative activity of Understanding (Mode 1) is beyond the fact of Immediate Awareness (Mode 2). Accordingly the interpretative activity of Mode 1 is self-contained as against Mode 2 and the interpretative activity of Immediate Awareness (Mode 2) is self-contained as against Sense-Recognition (Mode 3). Further, the interpretative activity of Sense-Recognition is self-contained as against Conscious Thought (Mode 4), and the interpretative activity of Conscious Thought is self-contained as against Conversation (Mode 5). To explain this self-containedness of interpretative activities, I employ the notion of closure. Each self-contained interpretative activity is a closed organization that is open to in-

formation ("news of a difference"). The closure of each of the modes means that understanding of being is interpretation in its full complexity. The mutual relations of all the activities are expressible as interpretation. The interpretative activities of Understanding are the basis for the interpretative activities of Immediate Awareness as the interpretative activities of Immediate Awareness are the basis for the interpretations of Sense-Recognition and so on recursively. No interpretative activity or mode is presumed to exist before a description of it.

There is a further distinction worthy of note in the interpretation activity that is returned to the original mode. The product of the interpretation (understanding) that is returned by the receiving mode to the sending mode, which is now a different interpretation, is not even in the form that it was originally sent. It is now in the form of its transmission to the mode which is nested within the original receiver. Thus the product of an interpretative activity flowing from Mode 1 to Mode 2 that undergoes interpretation in Mode 2 is returned to Mode 1 in the form in which it will flow from Mode 2 to Mode 3. This principle becomes easier to grasp experientially when it is applied to how the interpretation of social discourse is returned to conscious thought in the form in which it is spoken and not in the form of its conceptualization before being spoken. Interpretation is added to the complexity of understanding and to an enlargement of the self.²⁶

The results of several studies inform the formulation of these descriptions. From Neisser's reports, for example, I think we can assert that the flow of material from one mode to another is not determined by its quantity. The interpretative activity is selective and not acting as a filter. Its selective process is itself part of its interpretative activity (and may be primary). All the complexity of one mode available to another mode, which the receiving mode does not select, will not be part of its interpretative activities. The material is not passed on because it is not picked up. The principle of selectivity is as relevant here as it is for the interpretative activity we call visual sensory processing. Neisser holds that seeing is not determined by an impinging object. He treats seeing "as something we do rather than as something thrust upon us." Selectivity is inherent in sensory processing, and goes "beyond the information given" (Bruner). To explain the results of his selective looking experiments, Neisser presents a cyclic model: "Only the attended episode is involved in the cycle of anticipations, explorations, and information pickup; therefore, only it is seen. Attention is nothing but perception: we choose what we will see by anticipating the structured information it will provide." He goes on to say: "We choose what we will hear by actively engaging ourselves with it, not by shutting out its competitors. (This view is confirmed—or at least not contradicted—by recent work in sensory neurophysiology. Shifts of attention are not reflected in quantitative reductions of the inflow along certain nerves, as was once supposed, but by very general changes in cerebral activity.)"²⁷

Another example from hypnosis supports these claims. The unfolding of understanding in hypnosis shows in how we may look at flowers and see them through indication and pointing that directs attention to the flowers and to distinctions in shape, size and contrasts in shapes and sizes that language permits

²⁶ Ricoeur, *op. cit.*, p. 182.

²⁷ Ulric Neisser, *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology* (New York: W. H. Freeman and Co., 1976), p. 87.

us to draw. Participation in the conversation of hypnosis may enhance our perceiving colors and differences in colors. Facing the flower in bloom in this conversation is different from conscious talk about the flower and from having ideas about it or merely looking at it. In the conversation of hypnosis the flowers in bloom appear in their contrasts and ratios and shapes, as differences but not as things or objects. This interpretative activity is immediate (Mode 2) when there is no mediation, no reflection and no internal dialogue and it transcends conscious or purposive mentation. In this mode interpretation may be said to be rich and complex and attention is focused and concentrated. Heidegger's discussion of standing before a tree in bloom provides an instructive example. Heidegger prefaced his example of the experience of the tree by quoting Schopenhauer's axiom, "The world is my idea." He defined ideas as "to see, face, meet, be face-to-face." He continued, "When we think through what this is, that a tree in bloom presents itself to us so that we can come and stand face-to-face with it, the thing that matters first and foremost, and finally, is not to drop the tree in bloom, but for once let it stand where it stands. Why do we say 'finally'? Because to this day thought has never let the tree stand where it stands." Here Heidegger proposes that we let go of "thought," of what Bateson called conscious purpose or conscious "thought" to prepare ourselves to "let the tree stand where it stands."²⁸ The tree is not an object, a thing, or even the name "tree." It becomes for us a metaphor for the subject, the patient, for example, who participates with us in the conversation of psychotherapy. In the psychotherapy conversation, patients and therapists stand together, thrown into the world. A psychotherapy meeting is often an indication of what Heidegger called "breakdown." We do not know what the hammer does until it breaks.²⁹ Only then does it become an object. This suggests that psychotherapy restores the unity of the person and the hammer for hammering. For this therapy to occur, therapists will let go of conscious thought and the therapists will let their patients stand where they stand. Through the conversation the circularity returns.

The basic question that I am trying to answer is about conversation: How does one approach and converse with the other? Tillich traced two major answers to this question in Western Thought, one he calls cosmological and the other ontological. The cosmological answer proposes the other as a stranger, as totally different from the self, and the meeting is accidental and friendship at best is tentative and conjectural. The ontological answer proposes the other as the same and the meeting of the other is the discovery of the self. Thus the knowing of the other is immediate and there is no separation of subject and object. Logically the other is affirmed because even one's doubt of the other implies the being of the other. This helps us grasp Heidegger's idea that the other is not an object. The difference in these two answers is very clear in psychotherapy. The cosmological answer comes to us through the Thomistic method that affirms knowing through sense perception and abstraction.³⁰

I propose a few hermeneutic maxims to aid in our interpretations and understanding of the messages of others. The first from the stance of the speaker is due Wiener: "I never know what I say until I hear the response." This suggests

²⁸ Martin Heidegger, *What is Called Thinking?* (New York: Harper & Row, 1968), pp. 41-44.

²⁹ Martin Heidegger, *Being and Time*, translated by John Macquarrie & Edward Robinson (Oxford: Basil Blackwell, 1988), pp. 188-189.

³⁰ Paul Tillich, *Theology of Culture* (New York: Oxford University Press, 1964).

that your interpretation of what I said leads me to reflect upon what I said. The second, from the stance of the listener, is to paraphrase what the speaker said. The paraphrase is to satisfy the speaker that the listener heard what the speaker said. Circularity of question and answer is the third. This may take many forms. One was suggested by Bertrand Russell. Whatever expectations one has, ask what is the worst thing that could happen if the expected event occurs. Continue to ask what might happen if the next feared expectations occurred, until the questioning and answering returns to where it started with new insight. Another is the circular questioning of Cecchin and Boscolo.³¹

Collingwood introduced and developed yet another method.³² A concept, as a construction, when shared by one thinking subject with another can be rethought. The concept was thought in a context. The thinking of the concept is immediate for the person sharing it. The sharing of the concept itself creates a context. The concept rethought by the therapist also creates a context. The context in which the therapist rethinks it is as relevant as the context in which the patient originally rethought the concept or idea. The idea itself creates a new context. The new context created for the thought is not the same as the contextual experience of the person who thought it. The person rethinking it rethinks it through mediation. Her thinking interacts with the idea. This is the mediation of the concept through conversation. Note the circularity and the recursion. Every idea is thought in some context. The context that encloses an idea is relevant to that idea. Rethinking an idea also takes place in a context. That context also is relevant to the idea. Two different contexts in which the same idea is thought, yet both contexts are relevant to the idea. Now, note the recursion. The context in which the idea is thought, or the context in which the idea is rethought, contains the idea. The idea also contains the context the idea generated. Again, each context generated by the idea is relevant to the idea. For example, a therapist thinking an idea of a patient will think that idea in a context, and that idea will create a context in the therapist's thinking. To rethink a patient's concept is to construct it, but the concept constructs itself. By the act of thinking the concept, the concept makes its own context. Thus every context is as relevant to the idea as the original context in which it was thought. The idea is a construction; the idea also constructs a context. The context it makes is embedded in the idea. The idea is contained in the larger context of the conversation in which the idea was constructed.

To paraphrase Collingwood, the object to work with in psychotherapy is not an event, including an involuntary muscle movement, but the concept expressed through the event. (Cybernetically we understand not the event but the message we interpret from the event.) Collingwood points out, correctly I think, that this is not a psychological method. This method does not consider how an idea may be an expression of a child to a parent, or how it may express either transference or resistance. A psychological analysis of the idea obliterates the idea. It disappears through the analysis which is the product of another idea. In its disappearance there is a turn from hermeneutics to a psychological experience that interprets the patient's communication with some theory such as psychoanalysis.

³¹ Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Lynn Hoffman & Peggy Penn, *Milan Systemic Family Therapy. Conversations in Theory and Practice* (New York: Basic Books, Inc., 1987).

³² R. G. Collingwood, *op. cit.*; *An Autobiography* (Oxford: Clarendon Press, 1978).

I propose to define the hermeneutics of hypnosis as a scientific discipline of the therapist's interpretation of the patient's understanding that shows in their conversation. This discipline is linked to epistemology and ontology. The circular logic and observations of biological epistemology change our view of the ontology of living organisms. The basis of this ontology is that humans share the same physiology which permits us to explore the requirements for a being who can experience, who can know the experience and who can have the experience of reflecting upon experience. Hermeneutics explores how mammals of the same and different species can communicate through their organs of sense, and how humans share their experiences through their use of language. My description of the epistemology and ontology that lead us to hermeneutics is circular. The understanding of the circularity of the hermeneutic circle is indebted to the pioneering work of Dilthey on hermeneutics³³ and the more recent work on the circular logic of cybernetics.

Heidegger's hermeneutics replaced psychologism with ontology, the understanding of being and being in the world, and the relations between beings. For Heidegger understanding is no longer epistemological, a way of knowing, but ontological, a mode of being.³⁴ An application of Heidegger's ontology ("what is the mode of being of that being who exists only in understanding?") to our interpretative activity provides an ontological ground for psychotherapy. An interpretative act is an orientation to a situation. This interpretative activity is not oriented to an object; it is an interpretation of a difference. In distinguishing, it distinguishes being. "In interpretation, understanding does not become something different. It becomes itself. Such interpretation is grounded existentially in understanding; the latter does not arise from the former. Nor is interpretation the acquiring of information about what is understood; it is rather the working-out of possibilities projected in understanding."³⁵ The application of the hermeneutic circle to the being of psychotherapy, the interpretative action coming out of understanding, is the understanding that gives patients the ability to grasp their own possibilities for being, within the context of the whole in which they exist. This understanding is the basis of their interpretative activity. Interpretation explicates the understanding already embedded in the context.

Heidegger moves us away from psychotherapy theories to our experience of ourselves as we are in "average everydayness." Our being in the world discloses being. "We are what we do." Heidegger locates human existence, not in the mind, but in a person's narrative "that unfolds throughout a lifetime," according to Guignon's account.³⁶

³³ Wilhelm Dilthey, *Introduction to the Human Sciences*, edited by Rudolf A. Makkeel & Frithjof Rodi (Princeton: Princeton University Press, 1989), Selected Works, Volume I. See Rudolf A. Makkeel, *Dilthey. Philosopher of the Human Studies* (Princeton: Princeton University Press, 1975), citing Krausser's attempt to show that Dilthey's methodology anticipated cybernetics. Krausser takes the hermeneutic circle "as the prototype of the modern cybernetic theory of knowledge" (p. 333). See, however, Gadamer's critique of Krausser's cybernetic analysis of Dilthey: Hans-Georg Gadamer, *Truth and Method*, 2nd, revised ed., translated by Joel Weinsheimer & Donald G. Marshall (New York: Crossroad, 1990), p. 566.

³⁴ Paul Ricoeur, *Hermeneutics and the human sciences. Essays on language, action and interpretation*, translated by John B. Thompson (Cambridge: Cambridge University Press), pp. 3-59.

³⁵ Martin Heidegger, *Being and Time*, translated by John Macquarrie & Edward Robinson (Oxford: Basil Blackwell), pp. 188-189.

³⁶ Charles B. Guignon, "Authenticity, moral values, and psychotherapy," in Guignon (ed.), *The Cambridge Companion to Heidegger* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), pp. 215-239.

I propose a hermeneutic view of our being in the world, including our perception to solve the epistemological problems posed by notions of representation and theories of correspondence. Taylor describes two different orientations. One uses language as an instrument and understands the meaning of a word by its use to *depict* the world. This is the notion of representation. The contrasting view of hermeneutics is that language *constitutes* our reality.³⁷ Our linguistic resources constitute our ways of perceiving, feeling, relating, and being in the world. My claim is that the internal regulatory mechanisms of the human organism perform highly complex activities in the processes of perception. I base this claim on a set of assertions. There is a unity between what is internal to the organism and the multiple contexts in which the organism is embodied. Further, to see things clearly is not the basis for action. Conversely, action is the basis for seeing; it is an interpretative activity by what Taylor calls a "speaking agent." The agent is not absolutely autonomous in the larger context of language, social practices and a given way of living. Experiences of acting within a social world equip an agent with skills to differentiate objects and this differentiation also is an interpretation. Action participates in communication and the acting agent is communicating and cannot but communicate. Communicative action of the agent does not begin with internal representations of external objects, although conscious agents may and do experience themselves acting as if their perceptions are direct, open and clear representations. This is based on an assumption that leaves out the development of social, motor and other skills that make possible the interpretative action of perception. Perceptions are actions and are themselves products of interpretative activities. As speaking agents, hence agents participating in communication, we cannot step outside the hermeneutic circle.

We are puzzled by the interpretation and understanding of the communication pattern we call schizophrenia and other ways of being in the world, of communicative actions that do not fit our conventions, until we find their coherence. Here we may make a clear distinction between the object of psychotherapy, which is psychopathology, and the object of the science of hermeneutics, which is understanding. The object of the latter, in the words of Taylor, has three characteristics: "it must have a sense of coherence; this must be distinguishable from its expression, and this sense must be for a subject."³⁸

One of the many contributions to our understanding of human communication that came out of the Bateson Project was that most communication makes sense in some context. Surrounded with the results of that work, we may see how Taylor's characteristics apply to psychotherapy. If we accept the axiom that all behavior or action is communication, psychotherapists are to find out how an action makes sense to the patient. Therapists do not do this by trying to make sense of the action for themselves, finding out what it means using their theory to interpret and understand the patient's action, but to explore what this specific action means for this unique patient. We look for the coherence between the action of the patient and its meaning for the patient. Here the patient's self-definition becomes the basis for the therapist's acceptance of the patient as the patient is, at least in part, constituted by this understanding.

³⁷ Charles Taylor, *Human Agency and Language. Philosophical Papers*, I (Cambridge: Cambridge University Press, 1988).

³⁸ Charles Taylor, *Philosophy and the Human Sciences. Philosophical Papers*, 2 (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), p. 24, pp. 15-57.

This brings us to Taylor's second characteristic, that the meaning of the action must be distinguished from its embodiment. We are to make a distinction between meaning and substrate. An action occurs in a context and there is no meaning without a context. The same action may occur in another substrate or context, and have the same meaning. From this we conclude that this behavior of the patient may embody the same meaning for the patient in another substrate. That it embodies the same sense for the patient meets Taylor's third characteristic.

To employ the science of hermeneutics in psychotherapy requires sensitivity to the language or vocabulary of each patient. This includes attending to each patient's interpretation of how one makes one's way in the world. Erickson provides a range of examples of how he recognized and utilized the novelty in each patient's communication. These examples even include learning a patient's word salad vocabulary.³⁹ Not only in the extreme cases of a word salad but with many practices of our patients, our vocabulary does not permit us to describe or interpret their "social reality," their sense of being. To understand their practices we hear the language they use to describe their actions, to invoke them, to carry them out. We create a therapeutic situation, in Erickson's words, that permits "the patient to use his own thinking, his own understandings, his own emotions in the way that best fits him in his scheme of life."

To make psychotherapy explicitly hermeneutical is to change the therapist's interpretative process. This leads us to ask about the patient: How does psychotherapy create a context in which patients can engage in their own interpretative activities recursively? A context in which, without conscious interpretation, they can do *their* interpretative work with their own ideas, feelings, and actions? Erickson described what the results were with the case reports cited above: "They know primarily that in some peculiar way they began to unsnarl their lives in a fashion as inexplicable as was the fashion in which they had once snarled their thinking and their emotions."

Psychotherapists need to talk to patients in ways that open to patients many possibilities for translating the words and concepts they hear into their private languages and for understanding and actualizing them as befitting their proclivities. This makes the dialogue an interpretation and is a reason why I prefer to describe the dialogue of psychotherapy, especially in the use of hypnosis, as ironic.⁴⁰ Psychotherapists must prevent a direct relationship between their words and the patients thinking and implementation of that thinking. Indirection in the psychotherapy dialogue becomes of necessity ironic if it is to engender inner transformation by the patient.

As an instance of the transformation that may occur in hypnosis through words that possibly set in motion the random neuronal activity that could make objects and engender emotions, I will report on an experiment in hypnosis that

³⁹ Erickson, "The Use of Symptoms as an Integral Part of Hypnotherapy," *Collected Papers*, Volume IV, pp. 212-223.

⁴⁰ For Rorty an "ironist" fulfills three conditions: "(1) She has radical and continuing doubts about the final vocabulary she currently uses, because she has been impressed by other vocabularies, vocabularies taken as final by people or books she has encountered; (2) she realizes that argument phrased in her present vocabulary can neither underwrite nor dissolve these doubts; (3) insofar as she philosophizes about her situation, she does not think that her vocabulary is closer to reality than others, that it is in touch with a power not herself." Richard Rorty, *Contingency, Irony, and Solidarity* (Cambridge: Cambridge University Press, 1989), p. 73.

includes what seemed like a coincidental follow-up by the subject 13 years later. This case provides a practical explanation for the conceptualization of indirection as ironic.

I began experimental work with hypnosis as an undergraduate, working primarily with students to experiment with various hypnotic phenomena but also to help students improve their ability to concentrate and relax. (This experimental work continued for several years before I lost interest in hypnosis and turned to learning theoretical therapies. After an interim of 15 years I resumed the serious study, practice and investigation of hypnosis.)

During my second year in college I was invited to give a formal presentation of hypnosis at the college. At that time I was working with a group of young people most of whom had volunteered for various experiments. I told the group about the invitation to give a lecture on hypnosis and to make a formal demonstration. If anyone would be willing to be my experimental subject for the demonstration, I would use the occasion to help him or her with a real problem. I wanted someone to volunteer who had a serious problem and who would be willing to help me with the lecture and demonstration before a critical audience of college students and faculty. My volunteer was John, a 15-year-old with what he called a serious problem with remembering. He could not remember his assignments at school, and he could not memorize anything he tried to commit to memory. When studying at home, he would not be able to recall what he had learned earlier at school. He tried and failed to memorize poems. This put him at great disadvantage at school. He was sure he was stupid and wondered if he was capable of learning. John had participated in several experiments with hypnosis, and he had seen me work with others. (John was motivated to take part in the demonstration; he made arrangements for someone to drive him to the college, some distance from his home. This was not an easy task for him.)

As John sat among them, I explained his problem to the audience. All present knew that the boy about whom I was talking was sitting right there among them. He confirmed to the audience that his memory problem was even more severe than I had described it.

He was already prepared to enter into hypnosis. While still seated he developed a somnambulistic trance. I invited him to join me in front of the audience. He was able to talk with me about his memory problem. I asked him to tell me some favorite piece he would like to memorize. He identified it and we agreed on the number of lines he would read. I told him that he would be able to read these lines. Someone fetched the book with those lines and placed it in his hands. I told John that, as he held the book in his hands, he could feel the book, he could feel the floor supporting his feet, that he could read these lines aloud so the entire audience could hear him, that he could read the words easily, without strain, understandably, and that without trying and he would later discover, to his surprise, that he would always remember *it*, that any time he wanted to recall those lines he would be able to do so. Of course, he would not need to remember that he had stood before an audience and read those lines. He would not need to remember any of the circumstances around how he had demonstrated his superb memory ability. All he needed to do was hold the book in his hand, focus his eyes on the page, see the letters, the spaces between the letters, the words and the spaces between, and read. As he read the lines aloud he spoke clearly and distinctly. After he had read the lines to the audience, I told him he would return to his seat and then awaken from the trance. He would look around

at the others in the audience, get up from his seat, walk in front of everyone, go across the foyer to the front door of the building, open it, look outside, and then return to his seat. In doing so he would develop his own explanation for what he was doing.

He followed the instructions as if they were in keeping with his own goals. After he had opened the door, looked outside and returned to his seat, I asked him why he had done so. "I only wanted to see what was outside," was his reply.

A few moments of casual conversation followed with general questions from the audience. Someone in the audience asked if they could question John about his memory. John was asked if he knew or was familiar with the lines of a certain book. At first he looked a bit puzzled and then answered affirmatively. Would he recognize those lines if he heard them? Of course he would. How would he recognize those lines? He was asked if he could quote those lines. Immediately, he stood up and recited them verbatim, word-for-word just as he had read them earlier. Obviously amused at himself, he showed surprise that he had remembered those lines and that he had the ability to remember something he had read. He exclaimed to the audience, "I can remember!"

The drive was long so he arrived home late that night. He awoke his parents with the news that he could remember, that he was not stupid and that from now on he would be able to do his homework like the others. He demonstrated to them his ability to remember by reciting the lines he had read earlier that evening. At school the next day, he announced to his teacher in front of the whole class that he was not stupid and he proved it by standing and reciting the lines.

After my work with that youth group was completed that year I did not see John again until 13 years later. I had returned to my alma mater for an alumni meeting. As I was making my way through a crowd of several hundred people a tall young man walked up to me with the following greeting and question, "Hello Graham. Do you remember me?" "Yes. You are Bobby's son." "No," said he. "I'm John and I can't get *it* out of my mind." "Is *it* a problem?" I asked. "Oh! No. I like *it*."

John made it a point to look me up 13 years after the experiment to tell me about his success. When he approached me, I knew he was someone I should know but I did not recall his name. It was I who was not remembering. John did not permit me to identify him as the son of his father because that provided him the entrée to tell me about his memory. Our meeting was brief but, I think, it accomplished what John wanted from it.

I did not work with John on any problem except his ability to read a few lines and remember them. He did not need a set of commands for how he would study or learn. I surmised that he needed to have the experience that he could remember and that the context for the experience needed to be social. His demonstration to others that he had the ability to memorize also enhanced his self-esteem.⁴¹

Communication that is multi-dimensional seems to be specific. This means, for example, that one knows what is communicated in the condition of hypnosis

⁴¹ This experiment occurred before I read or heard a recording of Erickson's Ocean Monarch Lecture. See Milton H. Erickson and Ernest L. Rossi, *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States* (New York: Irvington Publishers, 1981), pp. 2-25.

I think this experiment illustrates what Bateson calls "learning-to-learn."

when in that condition but may not have access to and be able to communicate about that material when not in a hypnotic condition.

From this assertion it seems to follow that effective psychotherapy works through "indirect communication." And what I mean by indirection is to communicate multi-dimensionally, which means communicating in different dimensions simultaneously. (What I call dimensions some refer to as levels of communication.) But you may ask, Why work with indirect communication? Why employ indirect methods? My answer presumes that "indirect communication" speaks to the brain (body) without having to be subjected to and processed by conscious intention or purpose that isolates some part from the complexity of the whole. My reason for the use of indirect methods is to hinder cooperation "intentionally and complaisantly" and thus to block conscious effort from intercepting random and creative activities that seem requisite for getting desired psychotherapeutic results.

This approach to the conversation of psychotherapy is in a line of thought that goes back through Kierkegaard and Hegel to Socrates. Bergman finds Hegel and Kierkegaard in agreement that Athens was right to indict Socrates.⁴² By his appeal to the right of the individual consciousness, or conscience, Socrates introduced a new principle into human history—the principle of individual rights. This principle collided with the rules and customs of Athens. Socrates principle emancipated the individual from the chains of tradition, rules and customs. Socrates did this not by becoming a prophet or teacher, thereby bestowing new ideas with which to replace prevailing customs and opinions. His ironic negation was liberating. Socrates could not state the new positive principle and thus escape death; he had to live the principle and even die for it. Nor did he establish himself as the final authority. His is the principle that there is no final authority. No position is privileged, not even his. This was a turning point in history whereby the new forged ahead and displaced the old.⁴³ Kierkegaard followed Hegel in defining the ironic as "infinite absolute negativity." It is infinite in that it negates not one conscious purpose or phenomenon but everything. It is absolute in that the negation is a supreme principle, "a higher something that still is not. The irony establishes nothing, because that which is to be established lies behind it."⁴⁴ In psychotherapy the new principle is not apprehended or given positively. The positive principle that will emerge in the communication of the patient eludes the psychotherapist. Such psychotherapists are always interested in surprises by their patients.

Psychotherapy understands that both society and the individual are right, but it stands with the individual in defense of the principle of Socrates, the principle that emancipates the individual from the chains of tradition and customs which may have become unjust. It rejects ultimately Socrates solution by restoring an individual who can contribute to change the rules and customs of contemporary society. In this way irony does not promote lawlessness but contributes to a new lawfulness in a democratic context. For me, psychotherapy may promote change while working to alleviate pain, including both legal and illegal killing, both homicide and suicide.

⁴² Shmuel Hugo Bergman, *Dialogical Philosophy from Kierkegaard to Buber*, Arnold A. Gerstein, trans. (Albany: State University of New York Press), pp. 26-45.

⁴³ Søren Kierkegaard, *The Concept of Irony with Continual Reference to Socrates*, translated and edited by Howard V. Hong & Edna H. Hong (Princeton: Princeton University Press, 1992).

⁴⁴ *Ibid.*, p. 261.

Cooperation between patients and therapists needs to include the body as a complete physiological or neurophysiological unity, the whole personality, including unconscious processes and not only conscious efforts to cooperate easily and readily. Conversely, through cooperation that is basic to the body and the total personality as a unity, patients can also demonstrate their abilities not to go along with certain ideas.

What results do we want? Those that come about neurophysiologically without the conscious moving things along in compliance with what we say, or without our patients trying to interfere consciously and unnecessarily with efforts to help them resolve their problems.⁴⁵

Here the therapist needs to draw certain important distinctions:

(1) How to talk to patients so they can cooperate consciously to further their psychotherapy and

(2) How to use whatever outlook or attitude patients show, including a desire to please their therapist.

How may we proceed to get the results we want in psychotherapy? We begin with the method of question and answer. With each description the patient gives we continue to ask questions until we build up a comprehensive description. Through the questions we are establishing how they learn to do something as a basis for their "learning to learn." We continue with the question and answer method to build up a picture in great detail by first finding out how patients define experientially their situation. The picture becomes embellished through the sounds that go with it and through the various muscular and other physiological changes that accompany it.

This building up process proceeds in stages until a generalized pattern emerges as a basis for their new learning. For this to work we have to pay attention to subtle aspects of their functioning, to all the everyday movements and activities that we ordinarily take for granted. (We do not need to make patients aware of these activities, but we need to understand them as basic for the physiological, social and other changes that can be effected.) This building up of new patterns needs to be done in such a generalized way that patients can make their own application of these messages by translating them into their own personal and unique experiences. Thus the patient's inner transformation takes place in the guise of irony.

Milton H. Erickson

Hipnoza v psihiatriji in psihoterapiji: Ocean Monarch predavanje¹

V tem predavanju psihiatrom iz leta 1957 je Erickson na preprost in jasen način predstavil svoj pristop k hipnotični indukciji in hipnoterapiji. Znanje, ki ga je tu podal na vrhuncu svoje kariere, predstavlja pomemben premik od takrat ustaljenih avtoritativnih terapevtskih metod k permisivnejšemu in v opazovanje usmerjenemu pristopu, ki je v rabi še danes. Ta premik se odraža tudi v Ericksonovi uporabi nekaterih pojmov, ki so bili takrat ustaljeni in jim je poskušal dati nov pomen. Tako še vedno nemalokrat uporablja besede, kot so *tehnika* in *nadzor* ter enkrat celo *manipulacija* in *zavajanje*, vendar je iz širšega konteksta in natančnejšega poznavanja njegovega opusa jasno, da je bil pred svojim časom, saj je te pojme že razumel v skladu z razumevanjem sodobne psihoterapevtske znanosti. Tako je med terapevtskimi dejavniki, ki po njegovem mnenju ključno prispevajo k izidu psihoterapevtske obravnave, veliko bolj kot učinke tehnik izpostavljal vplive klientovih dejavnikov (glavni akter v terapiji je klient in ne terapeut), terapeutovih značilnosti (na primer terapeutove prožnosti, empatičnosti, avtentičnosti, prepričljivosti, usmerjenosti na vire idr.), terapevtskega delovnega odnosa med terapeutom in klientom ter upoštevanje klientove povratne informacije (učinkovit je le tisti terapeut, ki terapeutski proces usmerja na osnovi klientovih odzivov).

Paradigmatični premik je zajet v spoznanju, da je v terapevtski interakciji najpomembnejši klient in ne terapeut. To pomeni, da k terapevtskim spremembam najbolj prispevajo klientovi potenciali, nagibi, sposobnosti in zmožnosti in ne »moč« terapevta. Ta klientom ne ukazuje in odreja, kako naj ravnajo, temveč, kot pravi Erickson, »jim ponuja možnosti, s pomočjo katerih bodo prišli do zadovoljivih odgovorov na osnovi svojih idej«. To med drugim tudi pomeni, da (hipno)terapeut klientom omogoča širjenje in poglabljanje njihovih hipnotičnih izkušenj namesto izvajanja široke palete impozantnih hipnotičnih tehnik. Pojem *tehnika* nakazuje na mehanično in ponavljajočo uporabo določene vsebine na vedno enak način ne glede na različnost klientov, z osredotočenjem na spodbujanje že znanih in v naprej pričakovanih odgovorov. Pojem »pristop« pa se nanaša na terapeutovo čim bolj raznoliko odzivanje na potrebe in zmožnosti vsakega klienta, tako da do hipnotičnih pojavov in odzivov prihaja predvsem zaradi njegovih ali njenih lastnih sposobnosti in veščin.

Terapeut klientov ne »nadzoruje«, temveč jim pomaga, da se naučijo »utilizirati« lastne potenciale in zakladnico nezavednih sposobnosti za doseganje želenega terapevtskega izida. Ta nova usmeritev zahteva od (hipno)terapeutov razvijanje številnih opazovalnih in terapevtskih spremnosti, saj bodo le tako prepoznali in cenili individualnost vsakega klienta. Vsaka (hipno)terapevtska interakcija je pravzaprav ustvarjalna avantura, v kateri terapeut uporablja tudi tehnike in postopke, ki jih obvlada, vendar le tako, da jih stalno prilagaja klientovim sposobnostim in zmožnostim.

Na koncu naj poudarim še to, da je Erickson svoje poučevanje na predavanjih in seminarjih iz hipnoze izvajal po načelu – o hipnozi se lahko najbolje učimo v hipnotičnem stanju. V klasični način predavanja je zato stalno vpletal zgodbe in kup sugestij, s katerimi je občinstvu

¹ Transkript predavanja je bil objavljen v knjigi Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1981). *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered State* (str. 5-25). New York: Irvington. Prevod Zlatko Vršič in Miran Možina. Originalni naslov se glasi *Hipnoza v psihiatriji*, vendar sva dodala še v psihoterapiji, da bi poudarila, da je vse, o čemer je Erickson govoril v tem predavanju, možno uporabiti tudi v psihoterapiji.

omogočal razvijanje transa. V transkriptu njegovega predavanja so zato nekatera mesta, kjer je v ta namen še posebej spremenil intonacijo in ritem svojega govorjenja, označena z ležečim tiskom.

Zavestni in nezavedni um

Danes vam ne nameravam nujno demonstrirati hipnoze, temveč bolj razpravljati o njeni uporabi v psihiatriji, ki odpira možnosti za njeno uporabo tudi na drugih medicinskih področjih, kot so zozdravstvo, dermatologija itn. Prva stvar, ki jo želim tukaj iznesti, je eden od načinov kliničnega razmišljanja o vaših pacientih. Ta okvir je smiseln uporabiti zaradi preprostosti, s katero lahko ta koncept sooblikujemo s pacienti. Nanje rad gledam kot na osebe z zavestnim in nezavednim oziroma podzavestnim umom. Oba dela sta združena v eni osebi in v ordinaciji prisotna skupaj z mano. Ko nagovarjam osebo na zavestni ravni, verjamem, da me bo hkrati enako dobro slišal tako njen zavestni um kot tudi nezavedni um. Zato ne posvečam posebne pozornosti globini pacientevega transa, ker menim, da lahko pacienti v plitkem transu dosežejo prav takšne psihoterapevtske spremembe kot v srednjem globokem transu. Pomembno je le vedeti, kako nagovarjati paciente, da bi skupaj z njimi s čim večjo verjetnostjo dosegli dobre terapevtske izide.

Kako sem razvijal svojo metodo dajanja sugestij, tako da sem sledil pacientovemu vodenju

Naslednja stvar, ki jo želim poudariti, je, *kako velika potreba obstaja po tem, da bi vsak zdravnik sam razvil svojo metodo dajanja sugestij*. Ko sem dodeloval svoje tehnike, sem postopno razvil nekaj, kar se mi zdi dobra hipnotična metoda. Sprva sem na tridesetih tipkanih straneh z enovrstičnim razmikom napisal različne sugestije, ki so se mi zdele nujne za razvijanje globokega transa. Potem sem postopoma trideset tipkanih strani skrčil na petindvajset, nato na dvajset, petnajst, deset, pet in tako naprej. Lahko bi uporabil vseh trideset strani ali eno samo stran oziroma en odstavek. Iz tega sem se naučil, kako nadgrajevati sugestije in na kakšen način prehajati od ene k drugi. Ko počneš stvari na takšen način, *se naučiš slediti klientovemu vodenju*.

Uvajanje v trans: katalepsijska boljša odzivnost

Pri uvajanju vaših psihiatričnih oziroma katerikoli drugih pacientov v trans je pomemben način podajanja sugestij. Nekateri od vas ste na primer videli mojo demonstracijo, kako na pravilen način prijeti za pacientovo zapestje. Nemalokrat ga namreč zdravniki primejo in dvignejo preveč na silo. Ko sam dvigujem pacientovo roko, to počnem zelo nežno, tako da jim bolj sugeriram, naj dvignejo roko in poskusu premakniti jo v to ali drugo smer kot pa dejanskemu dvigovanju roke. In bolj kot bo vaš fizični premik pacienteve roke, ko mu jo v primeru kataleptične indukcije dvigujete v zrak, nežen, večji bo učinek. Vsako nasilno poseganje po pacientovi roki ima negativne učinke, saj deluje v nasprotju z našo željo po spodbujanju pacienteve občutljivosti in odzivnosti. Hipnoza je predvsem stanje, v katerem se pri pacientih povečuje odzivnost za sprejemanje najrazličnejših idej vseh vrst. Te odzivnosti pri pacientu pa ne spodbujamo na silo, temveč jo skušamo izvabiti na način, ki vključuje pacientevo sodelovanje.

In na podoben način ne odobravam, če rečemo pacientu: »Želim, da postaneš zaspan in utrujen ter še bolj zaspan in še bolj utrujen.« V tem primeru pacientu vsiljujemo naše želje, pacienta poskušamo nadvladati. Veliko bolje je sugerirati, da pacient *lahko* postane utrujen,

da *lahko* postane zaspan in da *lahko* gre v trans. Vedno jim torej *ponudim možnost, da se odzovejo na idejo*.

Pacientova svoboda odzivanja: pozitivne in negativne sugestije

Ugotovil sem, da si pacienti hipnozo pogosto predstavljajo kot močno orodje, ki jih lahko prisili, da bodo delovali v skladu z mojimi željami. K svojim pacientom - ne glede na to, ali so nevrotični, v čustvenih stiskah, predpsihotični ali celo psihotični - rad *pristopim* tako, da se v *svojem odzivanju počutijo svobodni in tolikšni meri, kolikor si želijo*. Pacientu nikoli ne rečem, naj gre v globok, malo plitkejši ali plitek trans. Predlagam tudi, naj mi nikoli ne pove več, kot pa mi resnično želi povedati. Običajno mu tudi rečem, da lahko *zadrži zase, karkoli želi* in naj bo prepričan v to, da lahko zadrži zase, karkoli želi. To poudarjam, ker vam želim pokazati na razliko med pozitivnimi in negativnimi sugestijami. Če rečemo pacientu, »zdaj mi povej vse«, je to bolj podobno grožnji. Taka zahteva je lahko celo nevarna. Namesto tega pacienta raje pripravite, da bo voljan povedati to, pa povedati ono, in medtem ko vam bo začel pripovedovati to in ono, *bo v njem začel rasti občutek zaupanja*.

Vzpostavljanje stika: utilizacija ambivalenc in naturalističnih načinov delovanja

Sem in tja boste srečali pacienta, s katerim boste lahko hitro vzpostavili odnos in potem se lahko postavite v dominantno držo. Vendar je potrebno biti previden. Z uporabo pozitivnih in negativnih sugestij namreč želimo pacientu predvsem omogočiti izražanje ambivalence tako v naše kot njegovo dobro. On si namreč vašo pomoč hkrati želi in zavrača, zato skušajte oblikovati situacije zanj na tak način, da bo lahko vašo pomoč v določeni situaciji sprejel, v drugi pa zavrnil. Tako bo pacient vse bolj pripravljen sodelovati z vami.

Pri hipnotiziranju psihiatričnih pacientov je po mojem mnenju ena od ključnih stvari, da vzpostavimo dober zavestni stik. Pacient naj se zaveda, da se zanimate zanj in njegove težave ter ste pripravljeni uporabiti hipnozo, v kolikor boste presodili, da mu lahko pomaga. Pogosto imam opravka s pacienti, ki že ob prihodu v ordinacijo želijo, da jih hipnotiziram. V tem primeru jih običajno najprej seznamim z mojim stališčem, da naj bo ta odločitev oziroma presoja bolj v rokah terapevta kot pa njih samih. Hkrati poudarim, da bom seveda hipnozo uporabil, če bom ocenil, da bi jim lahko koristila. In da bom pred tem prosil za njihovo dovoljenje za način uporabe, ki jim bo najbolj v pomoč.

In kaj sem pravzaprav sugeriral? To, da bom hipnozo uporabil na način, ki jim bo najbolj koristil. Običajno jim pred prvim uvajanjem v trans razložim, da bodo ohranili zavest, pri čemer lahko še vedno slišijo zvok stenske ure ali vidijo knjižno polico in hkrati zaznajo različne zvoke iz okolice, tudi moteče, vendar je vse to drugotnega pomena. Sploh ni nujno, da usmerijo pozornost name, temveč v prvi vrsti na svoje misli - posebno tiste, ki se pojavitvijo iznenada v obliki prebliskov. Prav tako je pomembno, da so pozorni na vrstni red in način pojavljanja misli. [Hipnotična sugestija vedno utilizira takšne naturalistične načine delovanja; pacientu nikoli ne vsiljuje ničesar tujega.]

Hipnoza nam torej omogoča utiliziranje osebnostnih značilnosti in različnih načinov delovanja. Pacienta lahko v stanju transa vprašamo, če se spominja določenih stvari iz preteklosti, ali če morda razmišlja o prihodnosti ali pa ga povabimo, da preklaplja med preteklostjo in prihodnostjo. Prepogosto se zgodi, da terapevti poskušajo dosledno slediti reševanju določenega problema še dolgo po tem, ko je pacient že postal preutrujen ali preveč čustveno vznemirjen, da bi temu lahko sledil. Pomembno je, da se zavedamo, da nam hipnoza

omogoča vračanje k določeni ideji, strahu ali anksioznosti, zato ni nikoli nujno, da pacienti doživijo preveč stiske ali čustvenega nelagodja naenkrat.

Vprašanja, ki olajšajo vzpostavljanje stika in zaupanja

Kateri nekateri načini uporabe hipnoze v psihiatriji? Osnovna uporaba je za razvijanje dobrega medosebnega odnosa s pacientom. Ko enkrat paciente hipnotizirate, bodo pogosto začutili, da vam lahko zaupajo. Pomembno jim je dati priložnost, da odkrijejo, da vam lahko zaupajo. Zato običajno pacientom v stanju hipnotičnega transa postavim določeno vprašanje, za katerega vem, da nanj ne bodo mogli takoj odgovoriti. Tako po zastavljenem vprašanju jim povem, da je to vprašanje, na katerega jim ni potrebno odgovoriti takoj in da lahko nanj odgovorijo šele takrat, ko bodo začutili, da je prišel pravi čas za odgovor. Potem jih prosim, naj razmislijo o tem, kar sem povedal. Tako ugotovijo, da lahko odgovarjajo na vprašanja bolj svobodno in lažje, ker niso pod pritiskom, da bi morali odgovoriti, preden napoči pravi trenutek. To jim dam jasno vedeti tako v budnem stanju kot tudi v stanju transa, ker se zavedam, da imam opraviti z osebo, ki ima tako zavestni kot tudi nezavedni um.

Integracija zavestnega in nezavednega učenja

Tako smo prispeli do naslednje pomembne točke o uporabi hipnoze. Ker vsaka oseba deluje tako na zavestni kot tudi nezavedni ravni, ko dosežemo dobre rezultate s pacienti v stanju globokega transa, to samo po sebi še ne pomeni, da bodo od njih imeli koristi tudi v običajnem budnem stanju. Zato je pomembno, da pride do integracije med naučenim na nezavedni in zavestni ravni. Če uporabljamo hipnozo pri psihiatričnih pacientih, moramo to nujno upoštevati. Med terapijo lahko ugotovite, da bi v stanju transa lahko razrešili določen konflikt, fobijo ali tesnobo, vendar če v zvezi s tem ničesar ne naredite tudi v stanju budnosti, bo pacient najverjetneje še naprej imel tesnobo ali fobijo. V stanju transa lahko na primer odpravite fobijo na določeno barvo, tako da se pacient začne odzivati normalno, vendar bo ohranil zavestni vzorec odzivanja na barvo, ki je prešel v navado. Zato je zelo pomembno, da poskrbimo za integracijo nezavednega in zavestnega učenja.

Neka moja pacientka je na osnovi podoživljanja travmatične izkušnje razvila strah pred modro barvo. Ko se je namreč njena sestra skoraj utopila, je izgledala popolnoma modra. Pacientka se ni osvobodila svojega strahu pred modro barvo, kljub temu da je v stanju transa brez težav lahko gledala v vse, kar je bilo modro, dokler ni v stanju budnosti ozavestila občutka ugodja ob stiku z modro obleko in drugimi stvarmi v najrazličnejših modrih odtenkih. Za njeno ozdravitev ni bilo potrebno, da bi dobila popoln uvid v to, kako se je sestra skoraj utopila, temveč le zavedanje, da je bila modra barva povezana z zelo neprijetnimi okoliščinami. Pri delu s pacienti se je torej potrebno odločiti, kako hitro in kako temeljito bodo sposobni integrirati tisto, kar so se naučili na nezavedni ravni, s tistim, kar so se na učili zavestno.

Ločevanje intelekta in čustev pri delu s tesnobo, fobijami in travmo

Hipnoza nam med drugim omogoča tudi cepitev pacientovih problemov. Če na primer pride k vam pacient zaradi pretekle travmatične izkušnje, katere posledica je fobična reakcija ali anksiozno stanje, ga lahko uvedete v globok trans s sugestijo, da pride v stik le s čustvenim vidikom te izkušnje. V preteklosti sem demonstriral ta fenomen z enim od prostovoljcev, ki se je smejal na račun neke šale, ne da bi se je sploh spomnil. In vendar se je na ves glas smejal in smejal ter se hkrati spraševal, kaj je sploh bila šala! Šele kasneje sem mu omogočil, da se je je

spomnil. Z drugimi besedami, možno je odcepiti razumski vidik določenega pacientovega problema in delati le s čustvenim vidikom. Določen pacient se lahko razjoče, ko pride v stik s čustvenim vidikom travmatične izkušnje, šele nato pa bo terapevt z njim predeloval boleče vsebine na racionalni ravni. Možno pa se je tega lotiti tudi po načelu cikcak, kar pomeni, da pacientu omogočimo predelavo travmatičnih izkušenj malo na racionalni, malo na čustveni ravni, pri čemer ni nujno potrebno, da ta dva vidika med seboj povežejo. Tako sem mlademu študentu medicine najprej pokazal vile, potem pa mu pomagal, da je občutil bolečino v zadnjicnem delu. Nato sem mu omogočil, da je videl zeleno barvo, potem pa, da je občutil sebe vsega togega in otrplega, in nazadnje, da je občutil vso grozo te svoje negibnosti in otrplosti. Različni delčki, ki sva jih sestavila na tak cikcak način, so pacientu omogočili, da je podoživel celotno pozabljeno travmatično izkušnjo iz otroštva [gangrena rane po naključnem ubodu z vilami], ki je močno vplivala na njegovo vedenje v času študija medicine in močno oteževala njegovo življenje.²

Podpora okrevanju od travmatičnih doživetij in priklic amnezije

To nam omogoča, da lahko sprožimo obujanje celega spomina na določeno travmatično izkušnjo in potem prikličemo amnezijo za ta spomin. Pogosto se dogaja, da prihajajo k nam pacienti, ki ne vedo, zakaj so nesrečni, pod stresom ali na razne načine zmedeni. Vse, kar nam vedo povedati, je, da so nesrečni, pri čemer nam za svoje slabo počutje ponudijo kopico možnih racionalnih razlogov. Povedo na primer, da stvari ne gredo tako, kot bi morale iti, da so pod pritiskom zaradi hipoteke, da je njihovo delo preobremenjujoče, da imajo težave zaradi nezavednega vpliva očeta ali matere še iz časa otroštva idr. Pacienta je možno dejansko popeljati v čas otroštva in mu pomagati, da lahko ponovno zagleda pozabljene dogodke iz preteklosti zelo jasno in podrobno. Ko pridemo do informacij, ki nam omogočijo, da pacienta bolje razumemo, ga lahko na koncu prebudimo in prikličemo popolno pozabo za vse, kar nam je povedal v stanju transa. Pacient ne ve, o čem nam govori, medtem ko mi to vemo in zato lahko usmerjamo njegovo razmišlanje in govorjenje vse bliže aktualnemu problemu. Lahko prepoznamo značilne besede, ki so v povezavi s travmatično izkušnjo, ki se je pacient ne zaveda in si na podlagi tega lahko ustvarimo globje razumevanje tega, o čemer govori. [Sčasoma se bo morda pacient sposoben zavestno soočiti s travmatično izkušnjo, vendar dokler je na zavestni ravni podoživljanje te izkušnje še preveč boleče, mu lahko pomagamo, da se s problemom sooča posredno ali s pomočjo metafore.]

Učenje posrednega pristopa

Pomembno je vaditi, kako paciente, ki se na hipnozo odzivajo na običajen način, spodbujati, da spregovorijo o preprostih, vsakdanjih stvareh, na primer o razsvetljavi v kotu sobe. Seveda razsvetljava v tem primeru ni pomembna, temveč je pomemben način, kako usmerjamo njihovo govorjenje. Kako lahko to naredimo? Potrebno je samo opazovati njihov običajen način izražanja in vsakdanji način govorjenja. Nato poudarimo, da so nenadoma izgovorili besedo *kot* in bi radi vedeli čemu. Prav kmalu bodo rekli, da je nekaj svetlo in hitro jih lahko pripravimo do tega, da spregovorijo o svetlobi v *kotu* sobe. To je način usmerjanja. Na podoben način, v kolikor kaj veste o pacientovih travmatičnih dogodkih iz preteklosti, lahko vsak naš komentar usmerjamo v to smer.

Psihološko preusmerjanje za razreševanje in odpravljanja odpornosti: spodbujanje z »da nisi«

² Za podrobnejšo razlagajo primerov glej Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.

Na kakšne ovire boste naleteli pri uporabi hipnoze? Psihiatrični pacienti so običajno zelo zahtevni. Kot prvo so zelo prestrašeni in v stiski. Ne vedo, kako naj ravnajo sami s seboj ali pa preprosto zavračajo zdravljenje. Uporabite lahko celo paleto najrazličnejših hipnotičnih pojavov. Spomnim se paciente, ki je prišel k meni tritat čas s pojasnjevanjem, da se z mano ne more pogovarjati. Ničesar mi ni imel za povedati in počutil se je tako slabo, da sploh ni mogel razmišljati. Odzval sem se tako, da sem ga uvedel v stanje plitkega transa, v katerem je doživel zanimive pojave, ki so mu bili v pomoč. Strinjal se je s tem, da rabi neko obliko pomoći, vendar ni vedel kakšno. In tako sem na videz naključno rekel, da bi lahko stol premaknil točno tja, kjer bi bil ravno enako oddaljen od knjižne omare, enako oddaljen vrat in enako oddaljen od moje pisalne mize, tako da bi bilo v njem zelo prijetno sedeti in govoriti. Pacient se je moral strinjati z mano, da v kolikor bi bil stol točno tam, bi bil enako oddaljen o knjižne omare, enako oddaljen od vrat in enako oddaljen od moje pisalne mize.

Na ta način sem od pacienta izvabil izvrstna strinjanja o treh stvareh, ki so naju pripeljala do ugotovitve, da v kolikor bi sedel na ta stol, ki je v takšnem in drugačnem odnosu do drugih predmetov v sobi, bi mu to lahko pomagalo, da spregovori o sebi. Seveda ni prav nič tvegal, ko je rekel, da bi mu lahko pomagalo, če bi sedel na tisti stol - ker tam stola sploh ni bilo! Nisem ga usmerjal v to, da bi stol haluciniral, temveč v to, da si ga preprosto predstavlja, tako kot to lahko naredi kdorkoli od nas. Kaj je pravzaprav počel pacient? Strinjal se je z mano, ne da bi vedel, da mu bo sedenje na drugem mestu v ordinaciji, pomagalo spregovoriti. Potem sem mu sugeriral, kako res ne bo zmogel govoriti na stolu, na katerem trenutno sedi, vendar je vse, kar je potrebno narediti, da bi lahko spregovoril, to, da prime stol, ga premakne tja, se usede in začne govoriti. Imel sem pacienta, ki je več kot enkrat dvignil stol in ga premaknil na drugo mesto v sobi in mi potem takoj začel govoriti o svojih problemih, tako da sem prišel do vseh informacij, ki sem jih potreboval. V bistvu se je na ta način izognil vsem oporom, ki so bili pogojeni s sedenjem na *tem* stolu. Ko pa se je usedel na *tisti* stol, ki ga je premaknil drugam, je lahko videl svojo popolnoma drugače.

Ugotovil sem, da pacientom vse, s čimer spremenimo njihovo orientacijo v ordinaciji, zelo pomaga pri komunikaciji z nami in pri raziskovanju njihovih problemov. [Fizično in prostorsko preusmerjanje pacientu pomaga tudi do preusmerjanja na psihološki ravni. Stol na starem mestu predstavlja paciente stare vzorce vedenja in mišljenja, medtem ko nova postavitev stola označuje pacientevo pripravljenost, da pogleda nase na drugačen način in mu ponuja drugačno, dobesedno in psihološko, perspektivo.] V globokem transu seveda paciente ni težko popolnoma preusmeriti, celo do doživetja depersonalizacije. Zato poudarjam, kako pomembno je, da ne glede na to, kateri veji medicine pripadate, delate z ljudmi, ki se v hipnozi odzivajo na običajen način. Že malo časa preživetega z njimi vam bo omogočilo spoznati raznolikost hipnotičnih pojavov.

Nesrečni Harvey: depersonalizacija in projekcija za osvobajanje intelekta za doseganje terapevtskih sprememb

Depersonalizacija in projekcija jaza sta naslednja zelo uporabna hipnotična pojava. Pacienta lahko naučite, da si predstavlja filmsko platno, na katerem vidi samega sebe. V nadaljevanju ga usmerjate, da pozabi svoje ime, lastno identiteto, da pozabi vse, kar je kdajkoli vedel o sebi – podobno kot se nam vsem zgodi v gledališču, ko spremljamo napeto predstavo ali v katerikoli druge situaciji, ko določeno dogajanje dobesedno posrka našo pozornost. Nato paciente usmerite, da gleda platno, in mu rečete, da bo lahko videl niz različnih dogodkov v obliki spremenjajočih ali mirujočih slik.

Spomnim se paciente, ki je prišel k meni kot kup nesreče, tako da sem se spraševal, ali ga je sploh mogoče izvleči iz vse te žalosti. To je bil zame velik izziv, tako da sem z njim delal psihoterapijo s pomočjo hipnoze kljub nasprotovanju psichoanalitikov in specializantov psihijatrije, ki so bili v psikoanalizi. Uporabil sem preprost postopek. Harvey je stalno doživel vse možne vrste bolečin in občutke manjvrednosti. Čeprav je bil inteligenten, tega nikoli ni pokazal. Bil je tudi bojaljiv. To je bilo vse, kar sem potreboval vedeti o njem, kajti ko sem ugotovil, da je inteligenten, sem vedel, da bi lahko razvil bogato domišljijo. In tako sem mu predlagal, da si lahko kot na filmskem platnu ali v kristalni krogli ogleda niz slik, ki so zanj zelo pomembne. Sugeriral sem mu, naj pozabi svoje ime, svojo identiteto, starost in celo to, da je oseba z imenom Harvey sploh kdaj obstajala. Od njega naj ostane le inteligensa, ki opazuje stvari, ki sem jih zanj raztresel po sobi. Zagledal je dečka na poti v šolo - večino tega, kar je videl, se je odvijalo kot v filmu v gibajočih slikah. Spremljal je tega dečka na poti v šolo. Tam ga je učitelj tepel po rokah in ga silil, da pri pisanku namesto levice uporablja desnico. Prav tako je videl, kako je učitelj tega dečka brutalno kaznoval. Nekega dne je videl dečka, kako odhaja domov zelo žalosten, nakar je Harvey pogledal in komentiral nepomembnost prizora. Videl je dečka, kako odhaja domov, prispe do svojega doma in pogleda na dvorišče čez ograjo, kjer je šerifov pomočnik s pištolem v roki pravkar ustrelil njegovega psa. In potem je videl dečka jokati.

Rekel sem mu, naj se od tega dogodka premakne za nekaj let naprej in skuša prepoznati, kdaj se je isti občutek ponovil. In zagledal je istega dečka starega nekaj čez deset let, kako se je na lovu skupaj z bratom, potem ko je ustrelil zajca, grozno počutil. Nato je zagledal fanta, starega petnajst let, kako leži na vrhu razdejanega jezu in razmišla o strahotah, ki lahko doletijo človeka. Potem je videl mlajšega moškega, starega okrog dvaindvajset let, ki se je počutil nesrečen in manjvreden, potem ko ga je pravkar zavrnilo dekle. Nato je zagledal istega mladega moškega v enako depresivnem čustvenem stanju, kako po razvezi zapušča sodišče in razmišla o samomoru. Potem je videl osemindvajsetletnega moškega, ki so ga pravkar odpustili iz službe, ki mu je bila všeč, in nato istega moškega starega trideset let, ki je bil ves nesrečen.

In potem sem zaprosil Harveyev intelekt, da ponovno pregleda vse te slike in mi razloži njihov pomen, kar je tudi storil. Potem sva spregovorila o vrstnem redu in ponavljanju travmatičnih izkušenj tekom življenja. Harvey se ni zavedal, da pravzaprav govorí o samem sebi in da lahko v vsem tem vidi sebe. Na moje vprašanje, kaj bi se s tem mladim moškim zgodilo v nadaljevanju, je odgovoril, da če bi ga doletela samo še ena nesreča, bi nedvomno iz obupa storil samomor. Ker je v življenju vselej vse naredil narobe, bi na koncu verige samih neuspehov storil samomor. Vendar kaj je pravzaprav hotel s tem povedati? [Erickson je pomagal Harveyu s pomočjo transa rešiti enega od njegovih problemov in sicer je namesto samoponiževalnega čečkanja vadił čitljivo in jasno pisanje. Na koncu je bil Harvey sposoben slediti pohipnotični sugestiji glede čitljivega pisanja tudi v stanju budnosti.] »To je čudovit marčevski dan,« je napisal na list papirja in ob pogledu na svoj izdelek skočil na noge rekoč: »Lahko pišem jasno! Lahko pišem čitljivo!« Šel je od zdravnika do zdravnika in hotel, da vsi poхvalijo njegovo pisavo. Bil je resnično navdušen mali deček. S svojim navdušenjem je prisotne spravil v zadrgo, vse dokler niso prepoznali, kako dragocena je ta njegova silovitost.

Harvey je hodil v drugorazredno službo, kjer ga je šef nenehno trpinčil. Potem ko je bil tako uspešen pri pisanku, se je še cel večer bahal na račun svoje odlične pisave. Sugeriral sem mu, naj v sebi ohrani ta občutek dovršenosti in osebnega ponosa, da ga bo lahko uporabil v situacijah, ki bodo zanj pomembne. Ko je naslednji dan spet šel v službo, je šefu prvič

ugovarjal, zahteval povišico plače in jo tudi dobil. Zahteval je tudi boljšo pisalno mizo. V službo se je vozil z avtomobilom. Na parkirišču je puščal avto na določenem mestu, kjer pa ga je vedno znova zaparkiral njegov sodelavec. Ker je ta zaključeval z delom pol ure kasneje kot Harvey, ga je moral čakati v avtu in se je nebogljenko jezil, dokler se sodelavec ni odpeljal. Tisti večer pa je Harvey stopil iz avta in mu rekel: »Poslušaj ti, veliki tepec! Ker si tako zlobno parkiral avto, bi te moral premlatiti. To počneš že dolgo, pa sem nekako prenašal. Lahko bi se stepla, pa te raje vabim na pivo, tako da se bova lahko v miru pogovorila.«

To je bilo zadnjič, da ga je sodelavec zaparkiral. Harvey je nato svoj avto prebarval in kupil nove prevleke. Ob tem je začutil zadovoljstvo, da ima avto. Slabšo restavracijo je zamenjal za boljšo, prav tako je najeto sobo v hiši zamenjal za boljšo. Občutek zadovoljstva, ko mu je uspelo čitljivo napisati svoje ime in potem še stavek: »To je lep marčevski dan,« mu je dal dovoljenje, da doživi ta velikanski val otroškega navdušenja, ki je bilo dovolj močno, da ga je poneslo naprej.

Mislim, da bi ravnal napačno, če bi mu naročil, naj v službi zahteva boljšo plačo ali pove sodelavcu, ki ga je vedno znova zaparkiral, kar mu gre. Ni potreboval navodil, kaj naj naredi, temveč motivacijo. In to je ena od ključnih stvari v psihoterapiji in v uporabi hipnoze - motivirati paciente, da izpeljejo določene stvari. Ne tistih, za katere mi menimo, da bi jih morali narediti, temveč stvari, za katere si sami kot osebnosti želijo, da jih izpeljejo. In najpogosteje začnejo s povsem preprostimi stvari, saj smo ljudje v osnovi preprosta bitja. Zato je potrebno začeti s preprostimi rečmi, ki jih pacienti potem nadgradijo v skladu s svojimi potrebami, ne glede na naše ideje, kaj bi bilo zanje koristno in uporabno. Vmes posežemo le, ko si strežejo po življenju.

Posredna sugestija in implikacija

Velik del hipnoze v psihoterapiji je možno izvesti posredno z uporabo pohipnotičnih sugestij, kot sem pokazal na primeru Harveya. Velikokrat pacientu sugeriram: »Pojdi domov in naj tvoj nezavedni um predela vse stvari, ki si jih tu izrekel in tudi tiste, o katerih si samo razmišljaj.« Spominim se ene od pacientov, ki je iz sebe naredila nevrotika, tako da se je izpostavljal soncu in potem dobila obsežne izpuščaje po rokah, vratu in obrazu. Potem se je vso noč praskala, dokler niso bile njene roke, vrat in obraz v obupnem stanju. K meni je prišla, potem ko so ji vsi dermatologi in zdravniki, s katerimi se je posvetovala, povedali, da so izpuščaji na koži posledica njene svojeglavosti. Zelo jasno je izjavila, da pričakuje, da bom tudi jaz imel tako mnenje. Povedal sem ji, da ni potrebno, da bi ji to rekel, saj mi je povedala že sama in njenim besedam verjamem, vendar pa si bom zadržal pravico, da o stvari razmišljjam po svoje. Na ta način sem sprejel to, kar mi je povedala, hkrati pa izrazil velik zadržek. Še vedno sem lahko razmišljal po svoje, kot je tudi ona lahko sledila svojemu pogledu.

Sugestija, ki sem ji jo dal, je bila precej preprosta, naj namreč uživa na soncu, kolikor želi in hoče. Potem sem dodal, naj gre domov (pacientka je bila v srednje globokem transu) in se za uro ali dve uleže ter prepusti nezavednemu umu, da premisli, kaj to pomeni. Odgovorila je, da ni potrebno, saj si je zavestno zapomnila, kar sem ji povedal. Nato se je odpravila domov, kjer je po enournem predahu odšla na vrt. Vendar si je nadela širok klobuk in obleko z dolgimi rokami. Urejala je rože in pri tem zelo uživala.

Pred mano so jo razumno nagovarjali, naj se izogiba soncu in se zadržuje v senci, da bi se na ta način zaščitila pred sončnimi žarki, medtem ko sem ji jaz predlagal obratno, naj na soncu

uživa. Kaj pravzaprav pomeni uživati na soncu? Pomeni prepustiti se situaciji, kjer se ni potrebno boriti proti okoliščinam ali se pred njimi braniti, temveč v njih uživati. Rada se je ukvarjala z rožami in ker so bile te zunaj na prostem, je lahko hkrati uživala tudi na soncu. Ali lahko vidite, kakšne so bile implikacije moje sugestije? Nisem ji rekel, naj se izogiba soncu niti naj se zaščiti pred njim, temveč naj zgolj uživa. In neno uživanje na soncu je vključevalo tudi uživanje po tem, ko ni bila več na soncu, torej tudi med spanjem, karor tudi naslednji dan. Z moje strani je bilo potrebno samo to, da sem pomagal prebuditi njen motivacijo za uživanje na soncu. Medtem ko je bila prej bolj sovražna in nasprotuoča oseba, se zaradi mojih sugestij ni imela več proti čemu boriti. Izpuščaji so kmalu izginili in njena edina pritožba je bila, da sem ji preveč zaračunal. V zvezi s tem sem ji rekel: »Ja, moj honorar je res visok, ampak vaš užitek je bil še veliko večji, torej mi lahko plačate za tisto malo, kar sem naredil.« Nato je nakazala znesek, ki je bil za deset mojih pacientov, čeprav je sprva nasprotovala moji postavki. Upošteval sem njen pritožbo in jo sprejel pod pogoji, ki so bili zanje sprejemljivejši. Z drugimi besedami, bistveno je, da sprejmem pacientove ideje ne glede na to, kakšne so, in jih nato poskušamo utilizirati.

Uporaba regresije in amnezije: vzpostavitev nadzora nad travmatičnimi izkušnjami, spomini in potlačenimi čustvi

Glede regresije naj najprej poudarim, da svoje paciente na začetku obravnave rad povabim, da regredirajo v nekaj prijaznega in prijetnega. Priznam jim, da izgubljamo čas, saj so prišli zato, da bi našli rešitev za neprijetne stvari. Vendar jim v stanju transa sugeriram, kako zelo je pomembno, da v njihovi preteklosti obstajajo tudi dobre stvari in kako je le na tem ozadju možna ocena aktualnih težav. S pomočjo srečnih spominov z njimi vadim, kako lahko okrevojo in predelajo travmatične izkušnje. Pomagam jim priklicati celotno travmatično izkušnjo in jo spet potlačiti, pa ponovno obuditi in potlačiti.

[Opis postopka je naslednji.] Pacient pride k vam s pozabljenimi, potlačenimi spomini. Če jih obudite in pacient pride z njimi v stik, si lahko nato spet pomaga s potlačevanjem in jih pozabi. Če pa sami aktivirate potlačevanje ali ustvarite amnezijo za te spomine, pacient nadzor nad temi travmatičnimi izkušnjami nehote prepusti vam. To pomeni, da lahko po svoji presoji pacientu pomagate s preklapljanjem med obujanjem in potlačevanjem, dokler ni sam dovolj močan za soočenje s katero koli vsebino. Ker hipnoza omogoča lahek dostop in nadzor tako nad obujanjem kot potlačevanjem travmatičnih vsebin, obstaja velika verjetnost, da nadzora nad situacijo ne bo prevzelo pacientovo potlačevanje.

Sugestija in usmerjanje odpora

Na to, kakšno vrsto sugestij posredujemo določenemu pacientu, vpliva predvsem njegov odnos do vas in terapevtskega procesa. Na podlagi svojih eksperimentalnih in kliničnih izkušenj pri delu z negativno nastrojenimi in sovražnimi pacienti sem odkril razne načine, kako delati s to vrsto odpora. Tako lahko na primer pride v mojo ordinacijo uporniško naravnani pacient, ki je trdno odločen, da bo preizkušal mojo potprežljivost in je popolnoma odločen, ne bo šel v trans. Spominim se zdravnika, ki je prišel k meni na terapijo. Pred prvim srečanjem mi je večkrat telefoniral in mi poslal nekaj pisem, tako da sem vedel, da gre za zelo antagonističnega človeka. V ordinacijo je vstopil z nazaj potegnjениmi rameni in naprej potisnjeno čeljustjo, se usedel na stol popolnoma vzravnani in rekel: »Doktor, zdaj lahko začnete s hipnozo.«

Rekel sem mu, da se mi zdi, da ima vse preveč odporov. Odgovoril je, da ga ti odpori ne zanimajo in da je moja naloga, da ga hipnotiziram, namesto da se opravičujem: »Ali ne bi, prosim, že začel!« Odgovoril sem pritrdilno in nadaljeval z uvajanjem v trans. Ker je gospod o hipnozi že nekaj vedel, sem uporabil direktivno metodo in že vnaprej vedel, da bo popolna polomija. Na ta način sem delal približno eno uro, uporabil najboljše direktivne tehnike, ki sem jih poznal, medtem ko se mi je on z nasmeškom na ustih uspešno upiral. Potem ko sem njegov odpor kar se da okreplil, sem iznenada rekel: »Oprostite mi za trenutek.« Na to sem se predhodno pripravil na podlagi njegovih pisem in njinih telefonskih razgovorov.

Odšel sem v drugo sobo po mlajšo kolegico, ki je bila študentka psihologije in s katero sem že delal s hipnozo. Ko sva se vrnila v ordinacijo, sem ji rekel: »Elsa, rad bi ti predstavil Dr. X-a, ki je prišel sem, da bi ga hipnotiziral. Elsa, ali lahko greš v globok trans prav ta trenutek?« Razvila je globok trans in na njej sem demonstriral nekaj hipnotičnih pojavov. Predno sem nato odšel iz sobe, sem ji naročil, naj uvede doktorja v trans ter me pokliče takoj, ko ji bo uspelo. Po petnajstih minutah je Elsa prišla k vratom in me poklicala.

Kaj sem dejansko naredil? Vse zdravnike odpore sem usmeril nase, tako da so z mojim odhodom iz ordinacije tudi ti odšli z menoj. Sicer pa, ali se je sploh možno upirati nekomu, ki je bil pred tem v transu in ki se samo odziva na hipnotične sugestije? Seveda je Elsa uporabila ustrezno hipnotično tehniko in je bila sposobna uvajanja v trans. Zelo pogosto uporabljam to tehniko, ko naletim na odpore tako pri študentih, ki jih učim hipnoze, kot tudi pri delu s pacienti. Eno je upirati se meni, popolnoma nekaj drugega pa je upirati se nekomu, ki je v transu in katerega edini cilj je, da vas uvede v trans brez kakršnihkoli drugih namenov. Temu se je zelo težko upreti.

Posredno vzpostavljanje odnosa s pacienti, ki so v odporu

V Phoenixu poznam dva zdravnika, s katerima bi lahko delali celo noč, ne da bi vam ju uspelo uvesti v trans. Oba sta izvrstna hipnotizerja in sta bila do mene zelo kritična, ker sem bil tako neuspešen pri svojih poskusih hipnoze z njima. Tako sem ju nekega večera zaprosil, da se usedeta drug nasproti drugemu in jima rekel: »Doktor, ti hipnotiziraj doktorja in ti, doktor, prav tako hipnotiziraj doktorja. In medtem ko bosta drug drugega hipnotizirala, pojdita vsak zase v trans in res pokažita drug drugemu, kako globoko želite, da bi drugi šel v trans.« Oba sta brez težav razvila globok hipnotičen trans. Seveda se je to zgodilo na podlagi moje sugestije. Potem ko sta oba razvila globok trans, sem prevzel nadzor nad nadaljnjjim vodenjem obeh. To je eden od pristopov, za katerega menim, da bi ga moral vsak od vas kdaj preizkusiti, ker bi se lahko veliko naučili o vzpostavljanju stika in razvijanju terapevtskega odnosa. Nobeden od obeh zdravnikov ni ugotovil, da sta bila na podlagi mojih napotkov v stiku z mano, potem ko sta drug drugega uvedla v trans. Velikokrat delam tako, da moje paciente uvede v globok trans nekdo drug, še posebno tiste, ki se upirajo in ne dovolijo, da bi jih hipnotiziral zdravnik. Običajno jih usmerim tako, da se upirajo meni in se čim več odpora osredotoči name, tako da ga ne ostane nič do druge osebe, s katero potem razvijejo trans brez težav.

Odpori in tehnika presenečenja

Naslednji način, s pomočjo katerega lahko ublažim močne odpore pri pacientih, je tehnika presenečenja. Dovolite mi, da vam to ponazorim na konkretnem primeru. Nek zdravnik je prepotoval več kot dvatisoč kilometrov, da je prišel do mene in me prosil, da ga uvedem v stanje transa. Vstopil je v mojo pisarno, položil ček na mizo in rekel: »To je nadomestilo za

vaš čas.« V ušesa mi je padla beseda *čas*. Ček naj bi torej poplačal porabo mojega časa. Očitno ček ni bil namenjen plačilu za hipnozo, temveč za moj porabljen čas. Tako sem lahko predvideval, kako se bo odzval. In res se je potem upiral tako elegantno, da kaj takega še nisem doživel, čeprav je na zavestni ravni menil, da z mano sodeluje. V dveh urah sem uporabil vse tehnike, kar jih znam, da bi ga uvedel v trans, vendar sem bil popolnoma neuspešen, tako da sem se na koncu vdal: »Doktor, plačali ste moj čas in to je glede tega vse, kar vam lahko ponudim. Žal mi je, ker sem bil neuspešen, vendar preden odidete, bi vam rad v drugi sobi predstavil svojo ženo. Želela bi se srečati z vami.«

Odšla sva v drugo sobo, na kar sem poklical ženo in ji pojasnil, da je doktor Q tik pred odhodom domov in da se je pred tem še želel srečati z njo. Potem sem rekel: »Doktor, rad bi se rokoval z vami, preden se razideva.« Prijazno mi je podal roko, ki sem jo počasi dvignil in ga induciral v globok trans, ga odpeljal nazaj v ordinacijo in dokončal delo, ki ga je želel, da ga opraviva.

Seveda ni pričakoval, da ga bom hipnotiziral po tem, ko sva se poslovila. Bil je brez obramb, ni se več ščitil. Ko sem se z njim ob slovesu rokoval, sem počasi, nežno, sugestibilno dvignil njegovo roko in induciral katalepsijo, pri čemer so začele učinkovati tudi vse sugestije, ki sem mu jih dal prej. Potem sem ga pospremil nazaj v ordinacijo in delal z njim še nekaj ur, tako da sva rešila nekatere težave, zaradi katerih si več kot petnajst let ni mogel pomagati s hipnozo. Svojo zdravniško prakso je začel z uporabo hipnoze, vendar so se mu ob tem prebudili travmatični spomini. Tako ni več mogel uporabljati hipnoze in je celo razvil strah pred njo. Ko pa mi ga je uspelo presenetiti in opraviti delo v hipnozi, jo je spet začel na široko uporabljati s svojimi pacienti.

Utilizacijski pristop k hipnotični indukciji: prilagajanje hipnotične indukcije pacientovemu vedenju

Omenil sem že tehniko presenečenja. Vedno skušam izkoristiti vse, s čimer pacienti pridejo v terapijo. Če vstopijo z odpori, bodite zanje hvaležni. Zbirajte jih na kup na kakršenkoli način si želijo – res jih kopite in ne postanite nejewoljni zaradi njihove intenzitete ali trdovratnosti. Prej omenjeni zdravnik je imel kup nezavednih odporov, ko sem dve uri poskušal vse, kar je bilo v moji moći, da bi ga uvedel v trans. In ko sem ga pospremil v drugo sobo, da bi ga predstavil gospe Erickson, so njegovi odpori ostali nakopičeni v ordinaciji. Pomembno je, da to razumemo.

Morda izgleda, kot da uporabljam antropomorfno razmišljanje, vendar je to najlažji način, kako konceptualizirati te reči. *Vse, s čimer pacient pride v ordinacijo, res morate uporabiti. Če vam z vzduhovanjem ali hihitanjem ali z vrtenjem na stolu ali s takim in drugačnim vedenjem preprečujejo, da bi jih hipnotizirali, čemu ne bi tega utilizirali!*

Eden od mojih pacientov je želel, da ga hipnotiziram, s čimer sem se strinjal. Vztrajno je ritmično udarjal ob tla najprej z desno in nato še z levo nogo. Potem si je začel dajati ritem z desno in levo roko, nakar se je vstal, se pretegnil in se poskušal še bolj udobno namestiti na stol. To sem izkoristil za hipnotiziranje, tako da sem bil pozoren, kdaj je nehal tapkati z desno nogo, da bi lahko začel z levo, in sem mu tik pred to menjavo dal sugestijo, da bo tapkanje prenesel iz desne na levo nogo. In ko je nehal tapkati z levo roko, da bi začel z desno, sem to opazil, tik preden je to storil, in sem mu sugeriral, da lahko v tem trenutku uporabi desno in nato še levo roko. Ko sem opazil, da je tik pred tem, da se bo pretegnil, sem mu dal sugestijo, da je zdaj pravi čas, da vstane in se pretegne. Kakšen smisel bi imelo delati indukcijo s

pomočjo levitacije roke z gibanjem vstran, gor ali dol, ko pa si je pacient hotel dajati ritem z nogami ali rokami ter je vstajal in se pretegoval? Če se je hotel tako vesti, pa naj se. *Vendar moram biti zares pripravljen na utilizacijo.* Če bi se smejal na račun moje tehnike ali sugestij, bi ga spodbujal k smehu in nežno predlagal: »Tukaj je še ena sugestija, ki se ti bo verjetno zdela zelo, zelo smešna. Ampak morda se motim in se ti ne sploh ne bo zdela smešna. Res ne vem.« Na tak način upoštevam možnosti. Morda mu bo smešno ali pa sploh ne, česar res ne morem vedeti. Moral mi bo pokazati, ali mu je smešno ali ne, vendar ob tem ne bo opazil, da sledi mojim sugestijam, da bo pokazal, ali mu je smešno ali ne.

Utiliziranje običajnega vedenja in odporov

Pomembno je, da opazujete običajno vedenje in ste ga pripravljeni uporabiti. Imel sem paciente, ki so me kritizirali: »Ti misliš, da si takšen in takšen hipnoterapevt.« Odgovoril sem jim: »To je točno. Res mislim, da sem takšen in takšen hipnoterapevt. In tu je še nekaj besed, ki bi jih lahko dodali, da bi zvenelo bolj empatično.« Predlagam torej še bolj kritične besede, ki jih lahko sprejmejo. In prva stvar, ki jo ugotovijo, je ta, da so sledili mojim besedam in sugestijam. Na ta način se lahko z njimi lažje srečam na njihovi ravni. [Ne upirajo se mojim sugestijam, ker le te sprejemajo, krepijo in utilizirajo njihov odpor.]

Terapevti pogosto mislijo, da morajo nemudoma izboljšati pacientovo vedenje. Tak pristop ni potreben. Bolje je delati na osnovi predpostavke, da je pacient prišel zato, da bi mu bilo bolje *sčasoma* - morda po enem dnevu, več dneh, tednu, mesecu, šestih mesecev, vendar v okviru nekega razumnega obdobja - *ne pa v tem trenutku*. Moramo se izogibati poskusom izboljševanja trenutnega vedenja, ker je zelo pomembno, da ga ima pacient možnost izraziti.

Utiliziranje tišine: spodbujanje nezavednih procesov preko zavestno-nezavedne dvojne vezi

Potem so tukaj še pacienti, ki po telefonu prosijo za nujno srečanje, nakar potem v ordinaciji molče obsedijo. V takem primeru se vam kaj lahko zgodi, da bi jim radi rekli, da takega vedenja ne razumete. Vendar jim jaz rečem, da ne glede na to, kako dolgo bodo še molčali, je njihov nezavedni um začel razmišljati, začel razumeti, tako da jim na zavestni ravni ni potrebno vedeti, kaj počne njihov nezavedni um. Kaj je bistvo tega sporočila? To, da lahko *njihov nezavedni um vsak trenutek deluje, deluje naskrivaj, ne da bi zavestni um za to vedel.* Na ta način uporabite njihovo zavestni molk in jim omogočite, da razumejo, da ga sploh ni potrebno zavestno ubesediti. *Že zgolj njihova prisotnost v oddaljenosti, ki omogoča, da vas slišijo, njihovemu nezavednemu umu omogoča, da uspešno deluje.* Ne vidim razloga, zakaj bi jim zamerili, če sedijo v tišini tudi celo uro. Seveda pa je izguba časa, če tega ne uporabimo v dobro pacienta. Ni potrebno, da veliko govorite, lahko le preprosto rečete: »Pustite, da vaš nezavedni um deluje, medtem ko se z očmi sprehajate po ordinaciji, ko opazite naslov na tej ali oni knjigi, ko gledate v preprog, ko odvračate pogled od mene ali ko zaznate zunanje zvoke in šume.« Kaj se zgodi? Pacientov nezavedni um začne odgovarjati na vaše sugestije in tako odkrijete, da je bila ura zavestne tišine odlična priprava na to, da bo pacient v prihodnosti izkusil hipnotični trans - morda celo že na naslednjem seansi.

Vprašanja in odgovori: trajanje seanse

V: Koliko časa običajno porabite za eno seanso? Kolikšen del seanse običajno namenite delu s pacientom v hipnotičnem stanju? Koliko časa porabite za pacienta izven transa za pogovor na zavestni ravni o tem, kaj se je dogajalo med hipnozo?

O: Dolžino seanse prilagodom pacientovim potrebam, pri čemer sem pozoren predvsem na to, koliko lahko prenese. Lahko na primer delam tudi po več ur hkrati, največ do zdaj sem delal šestnajst ur v enem kosu. Tako sem imel pacienta, ki je haluciniral obroke, vendar sem med seanso jaz postal lačen! Imel sem seanse po dvanaest, osem ur, štiri ure in pogosto po dve ali tri ure, odvisno pač od pacientovega problema in stopnje nujnosti. Običajno najraje delam eno uro - prvi del srečanja namenim hipnozi in naslednjo polovico pogovoru o tem. Ali pa pacientu med transom povem, da bo določena tema zrela za pogovor v bližnji prihodnosti in da se lahko do takrat glede te vsebine počuti prijetno. Z drugimi besedami, s pomočjo hipnoze oblikujem način, na katerega pacientu predstavim določene vsebine. S pacienti, ki so se sposobni učiti in prilagajati hitro, se srečam štiri, pet, šest, včasih sedemkrat na teden. Spet drugi niso sposobni integrirati vsebin hitreje kot v enem tednu. Tu in tam sem delal tudi z ljudmi, ki niso prenesli več kot eno srečanje na mesec. Namesto določene rutine ali šablone frekvenco srečanj načrtujem sproti v dogovoru s pacienti. Lahko na primer iz enega srečanja na mesec preklopiva na sedem srečanj po dve uri v enem tednu, ali pa iz štirih ur vsak dan na enkrat tedensko, glede na to, koliko pacient uspe predelati vsebine, ki se odprejo v terapevtskem procesu.

Preseganje vpliva predhodnih hipnotičnih izkušenj

V: Kako bi vzpostavili stik s posameznikom, ki je že imel izkušnjo hipnoze bodisi redno bodisi naključno in se je v obeh primerih ni sposoben spomniti? [Kako pri posamezniku odkrijete takšno nezavedno hipnotično stanje in katere tehnike uporabite, da preprečite sugestije iz predhodnih, amnestičnih hipnotičnih izkušenj, ki bi lahko ovirale vaše delo?]

O: Velikokrat se zgodi, da pacient razvije avtohipnotični trans, da se umakne od vas. Predvsem pacienti, ki imajo diagnozo shizofrenija ali so na tem, da bodo razvili katatonijo, so mojstri v tem, da razvijejo avtohipnotični trans in vam na ta način onemogočijo, da bi lahko kakorkoli psihološko vplivali nanje. Občasno boste srečali ljudi, ki so že imeli izkušnjo s hipnozo in vam bodo rekli, da jih nikoli, prav nikoli ne smete spet hipnotizirati. Če boste vseeno poskušali, vam ne bo uspelo.

Nedavno sem vodil seminar v Phoenixu, kjer sta dva zobozdravnika povedala, da sta s seboj pripeljala pacientko, ki pa je novinka in bi zato želela, da ji pomagam razviti sposobnost za hipnoterapevtsko delo. Ne da bi mi povedala, pa sta ji pred tem še posebej naročila, da se mi nikakor ne sme pustiti hipnotizirati. Ko sem jo poskušal uvesti v trans, mi je padlo v oči, da je bila zelo prijazna, zelo sodelujoča in da je pretirano poudarjala vse, kar mi je rekla: »Doktor, zares ne verjamem, da me lahko hipnotizirate. Zares ne!« Ko sem vse to poslušal, sem ugotovil, da ne gre za izjave osebe, ki bi resnično verjela v to, da je ni mogoče hipnotizirati, temveč da preveč empatično izraža svoje prepričanje, ki ji je bilo tuje. Zato sem jo vprašal, katere člane skupine pozna in seveda je hitro odgovorila, da pozna Meyerja in Billa ter še nekaj drugih, pri čemer sta bili Meyer in Bill prvi imeni, ki ju je omenila. Ko sem jo vprašal, kako bi se odzvala na njune hipnotične sugestije, je odgovorila, da bi jim najverjetnejše sledila. Nakar sem jo vprašal, ali je moja tehnika kakorkoli podobna njuni. Pritisnila je, da je temu tako, odkar sem ju učil. Ali vidite, kaj se ji je zgodilo? Potem sem jo vprašal, ali bi njeni roki postali težji, če bi ji Bill rekel, naj postaneta težji. In ali bi njeni roki postajali vse težji in težji, če bi ji Meyer rekel, naj postajata vse težji in težji. Seveda sta začeli postajati vse težji. Najpomembnejše je torej bilo, da sem ugotovil, kako je nanjo vplivala predhodna hipnotična izkušnja. Predvideval sem, kdo je za to odgovoren in se skušal v njenem umu z njima poistovetiti. V tem primeru sta bila Meyer in Bill tista, ki sta ji dala predhodne sugestije.

V drugem primeru je pacientka sama od sebe povedala: »Že več zdravnikov me je skušalo hipnotizirati, vendar jim ni uspelo.« Vprašal sem jo, kdo so bili hipnotizerji in kdaj so poskušali: »To je bil odrski hipnotizer, ki mi je rekел, da nikoli več ne bom mogla razviti transa in tako vedno, ko si to želim, ne gre.«

Zgodilo se je pred približno petimi do sedmimi leti v Chicagu. Potem sem ji postavil kup vprašanj: »Ali se spominjate imena gledališča? Koliko ljudi je bilo poleg vas še na odru? Koga se še spominjate? Ali se spominjate še katerih drugih okoliščin? Ste šli tja s prijatelji? Ste po končani predstavi z njimi tudi odšli? Ste potem večerjali? Ste šli na pijačo? Kaj se je zgodilo, ko se vam je odrski hipnotizer približal? Ali vam je rekel, naj zaprete oči in postanete zaspani? Ali vam je rekel, da postanete zelo zaspani? Ali je bil njegov glas podoben mojemu? Ali pa je bil njegov glas bolj ukazovalen in dominanten? Ali vam je rekel, naj zaspite? Ali vam je rekel, da bodo vaše roke postale negibne?« Na ta način sem poskušal v njenem spominu prebuditi vse pozabljenе podrobnosti, ki so vplivale na njeno hipnotično izkušnjo, in se hkrati z odrskim hipnotizerjem poistovetiti.

Občasno boste srečali paciente, ki jim je kdo od vaših kolegov v transu sugeriral, naj ne dovolijo, da bi jih hipnotiziral še kdo drug. V takih primerih skušajmo z zanimanjem in razumevanjem poizvedeti za podrobnosti njihove izkušnje. Z obujanjem le teh se bodo začele kazati značilnosti hipnotičnega vedenja, povezanega s predhodno izkušnjo. In medtem ko bodo razvijali trans, nanj navežete sugestijo: »Da, rečeno vam je bilo, naj ne greste v trans, kot vam sedaj jaz govorim, naj več ne greste v trans v prihodnosti. Tako kot vam sedaj jaz govorim, naj ne greste v trans ponovno v prihodnosti.« Vendar preden lahko sprejmejo to sugestijo, naj v prihodnosti ne gredo več v trans, morajo razviti trans prav tukaj, da bi lahko to sugestijo sprejeli. To vrsto sugestije so upoštevali več let.

Potem bodo postopoma prešli v stanje transa, da bi to sugestijo še bolj utrdili. Ko pa so enkrat skupaj z vami v transu, lahko sugestijo dopolnite: »Nikoli več ne boste šli v trans, če ne boste imeli pametnih razlogov. Nikoli več ne boste v prihodnosti šli v trans, če vam to ne bo koristilo, če to za vas ne bo vredno ali če to za vas ne bo poučno.« [Z obujanjem spominov na predhodno hipnotično izkušnjo, ustvarjate pogoje za novo hipnotično doživetje. S sprejemanjem in utiliziranjem svarila, naj ne dovolijo, da bi jih hipnotiziral drug zdravnik, dejansko pustvarite predhodno izkušnjo in omogočite ponovno doživetje transa.]

To je nekaj, kar bi morali vaditi, tako da med seboj sodelujete. Povabite kakšno inteligentno in normalno osebo, ki jo potem eden od vas uvede v globok trans in ji sugerira, naj ne dovoli, da bi ga ta in ta uvedel v trans. Potem naj se ta in ta skuša domisliti, kaj bo govoril tej osebi, da bo popravil to sugestijo. Isto tehniko lahko kasneje uporabite tudi v psihoterapiji. Pacient vam reče: »Zadnjih sedem let nisem bil uspel sesti za mizo, ne da bi pred tem srebrno posodo in krožnike pomil vsaj sedemkrat.« V takem primeru me najprej zanima, kako je ta pacient sedel za mizo v času, ko še ni imel tega problema, torej pred več kot sedmimi leti. Če mi to lahko tudi pokaže, ga k temu spodbudim. Pacient namreč nikoli ne opazi, da ga uvajam v trans in vračam v obdobje izpred sedmih let.

Nekateri pacienti so mi povedali, da ne verjamejo, da jih lahko ivedem v trans. V takih primerih jih poskušam uvesti v trans in jim pustim, da mi pokažejo, kako tega ne zmorejo. Na tak način upoštevam njihove potrebe. Potem začнем z njimi obujati spomine na čas, ko so lahko razvili trans in to jim brez težav uspe [obujanje spominov na izkušnjo transa v preteklosti vzbudi novo doživetje transa]. V nadaljevanju jih v transu opozorim na to, kako sem pravzaprav uporabil trik in jim dam pohipnotično sugestijo, naj z mano več ne razvijejo

transa. Ali jim sugeriram, da bi si morda že leli razumeti, kako to, da so ponovno doživeli trans kljub nasprotnemu pričakovanju, da do tega ne bo prišlo. Na ta način lahko utilizirate njihove odpore do vas in jih hkrati spodkopljete, da lahko v psihoterapiji marsikaj dosežete. Ko uporabljate hipnozo, je pomembno, da o njej veste več kot vaši pacienti. Poznati jo morate tako temeljito, da se ne glede na to, kaj se v določeni situaciji zgodi, lahko česa domislite in izumite nekaj, kar bo zadovoljilo potrebe pacientov.

Utiliziranje spanja ali spontanega transa

[Nekdo iz občinstva je opazil, da je gospa z imenom Mary zaspala. To je sporočil Ericksonu, ki jo je nato nagovoril]: »Mary, ali bi se že lela pogovarjati z mano? Ali spiš ali si budna, Mary? Kakorkoli že, mi sedaj prisluhni. Želim, da še naprej spiš, če si tako želiš. In želim, da se prebudiš, če si tako želiš. Prav tako želim, da uživaš v mojem govorjenju in da uživaš v poslušanju tega, kar ti imam za povedati. Želim, da si zapomniš ter daš Glenu predlog in nasvet, ki ga bo potreboval. Prav tako želim, da si zapomniš stvari, ki jih bo on najverjetnejne pozabil. In naj te nihče ne vznemirja. Če te bo kdo skušal vznemirjati, ga prijetno zavrn.«

Hipnotiziranje občinstva

V: V enem od predhodnih seminarjev ste omenili, da je med poučevanjem o hipnozi priporočljivo občinstvo hipnotizirati. Sprašujem se, ali sem sedaj v transu, saj so se v moji roki razvili čudni občutki.

O: To je točno, doktor, med mojimi predavanji ste vedno razvili trans. Sedaj se udobno namestite na stolu, tako da se bodo vaša ramena in hrbet sprostili, vendar naj ostanejo dovolj trdni. Moje predavanje ste poslušali v transu in brez dvoma se vam bo tako bolje vtisnilo v spomin. Med občinstvom so tudi drugi, ki so razvili zelo prijeten hipnotični spanec.

Trajanje pohipnotične sugestije

V: Kako dolgo v povprečju traja pohipnotična sugestija?

O: To je odvisno od vrste pohipnotične sugestije. V zgodnjih tridesetih letih sem izvajal eksperiment z žensko ki je imela doktorat iz psihologije. Ko je za Harriet napočil čas selitve v drug del Združenih držav, sem jo vprašal, če bi bila pripravljena raziskati, kako dolgo lahko traja vpliv pohipnotične sugestije. Ker se je strinjala, sem ji povedal, da ne vem, kdaj se bova ponovno srečala: »Morda se bo to zgodilo v petih, desetih, petnajstih, dvajsetih ali petindvajsetih letih. Vendar ne glede na to, je to pohipnotična sugestija, ki vam jo želim dati. Ko se ponovno srečava in če bodo okoliščine in situacija primerne, boste potem, ko me boste pozdravili, razvili globok hipnotični trans.«

Petnajst let kasneje sem se udeležil srečanja Ameriškega psihološkega združenja. Bil sem v družbi antropologa Gregoryja Batesona. Skupaj sva šla v restavracijo na kosilo in tam iskala prosto mesto, kjer bi lahko v miru pojedla in se pogovarjala. Le eno mesto je bilo še prosto, vendar je tudi tam že sedela neka ženska. Gregory jo je vprašal, če lahko prisedeva. Ker sem bil sam še vedno na drugem koncu restavracije, me ni mogla videti. Strinjala se je in zatem je Gregory prišel do servirnega pulta po moj in svoj pladenj ter oba odnesel do prostega mesta.

Ko sem prišel do tja, sem prepoznal Harriet, s katero se nisva srečala že petnajst let. Harriet je pogledala najprej mene, nato pa še Gregoryja, ki sem ji ga predstavil. Pozdravila ga je,

prisluhnila moji predstavivti in potem razvila globok trans. Situacija in okoliščine so bile primerne. Sklepala je, da je Gregory moj priatelj. Vedela je tudi, da piše knjige s področja antropologije ter da ga verjetno zanima znanstveni vidik hipnoze. Ker smo za mizo sedeli sami, je Harriet na Gregoryjevo presenečenje razvila trans. Vprašal sem jo, kako ji kaj gre, kako je z njenim delom in potem sem jo prebudil. Njej se je na tej točki zdelo, ko da sem ravnokar zaključil s predstavljanjem Batesonu. Ni se zavedala, da je bila v transu. Brez dvoma se je pohipnotična sugestija obdržala celih petnajst let in povsem sem prepričan, da če bi se po daljšem času spet srečala in v kolikor bi okoliščine to dopušcale, bi ponovno razvila trans.

Podobno sem postopal s številnimi pacienti, ki jih nisem videl več let. Ko jih ponovno srečam, spet nemudoma razvijejo trans in na ta način izpolnijo pohipnotično sugestijo. Običajno pacientom podarim kakšno majhno stvar, dober občutek, povezan z mano in njimi. Ta trenutek sem se spomnil na patientko, s katero sem delal v Baltimoru. Ne morem si misliti, da bi se srečala, ne da bi si nadel vsaj svetlo vijolične kravate. K meni je namreč prišla zaradi bolestnega strahu pred rdečo barvo. Najino skupno delo je pripomoglo k temu, da so se ji v zvezi s to barvo začela pojavljati veliko prijetnejša občutja, tako da si vedno, ko srečam z njo, nadensem eno od mojih najsvetlejših vijoličnih kravat. S tem ji pokažem, da mi ta barva vzbuja prijetne občutke in da tudi ona lahko ob barvah uživa. To je pohipnotična sugestija, za katero upam, da jo bo obdržala do konca življenja.

Zakaj so posamezniki v občinstvu v transu?

V: Če ne neposredno nagovorite občinstva za uvajanje v trans, zakaj kljub temu nekateri posamezniki kažejo znake hipnotičnega vedenja? Ali ste z njimi kadarkoli prej že delali in so zato za razvijanje transa bolj dovetni?

O: Kolikor mi je znano, kar nekaj ljudi, ki so razvili trans, nisem poznal niti se ne spominjam, da bi jih kdajkoli prej videl, čeprav so bili nekateri na mojem zadnjem predavanju prejšnjo nedeljo.

V: Kakšna je razloga za indukcijo transa?

O: Indukcija transa je povezana s tem, da sem vam na začetku govoril o zavestnem in nezavednem umu. Njihov nezavedni um je poslušal in na nezavedni ravni so skušali razumeti moje ideje. Ali ste kdaj videli starša, kako tako zavzeto sprembla otrokovo žvečenje in požiranje hrane, da še sam nezavedno premika usta in požira? Kadarkoli si želi, da bi otrok odprl usta, jih tudi sam odpre v upanju, da ga bo otrok posnemal. Ugotovil sem, da ljudje, ki poslušajo predavanje o hipnozi, razvijejo trans zato, da bi lahko bolje slišali in bolje razumeli. Na primer dr. Rogers tukaj vedno razvije trans in si na ta način stvari veliko bolj zapomni, saj v tem stanju posluša skrajno intenzivno. Ko na primer po radiu poslušate določeno glasbo in želite izluščiti zvok določenega inštrumenta, ob tem verjetno ne gledate v svetlobo ali v prst, ki sprembla branje knjige, temveč zaprete oči ter svoje dominantno uho nezavedno usmerite v k zvoku in izključite vse vidne dražljaje. Ali pa če takrat držite v rokah hladen kozarec, ga odložite in s tem preprečite, da bi občutek hladu odvrnil vašo pozornosti od glasbe. Ob tem sploh ni nujno, saj vaše ravnanje usmerja vaše nezavedno, ki ve, kako lahko kar najbolje prisluhnete glasbi. Tudi pri poslušanju predavanj o hipnozi ljudje zaprejo svoj zavestni um, da lahko bolje prisluhnejo na nezavedni ravni.

V: Bodo posamezniki med občinstvom, ki so sedaj v transu, razumeli vaše opise vseh teh hipnotičnih pojavov na oseben način?

O: Zelo se zavedajo dejstva, da gre za podajanje predavanja, ki ni namenjeno osebno njim, in da je edini namen splošno razumevanje njegove vsebine.

Spodbujanje nezavednih procesov s pomočjo posrednih sugestij

Naj vam povem nekaj o posrednih sugestijah. Prav zdajle bom dal posredno sugestijo nekomu od tukaj prisotnih. Nekomu, s katerim sva se malo prej pogledala iz oči v oči in ki se tega zaveda. V umu te osebe je prišlo do prepoznavanja. In kaj so posredne sugestije? *Veliko stvari hočete dokončati. Vaš nezavedni um lahko na tem dela. In to zares dela.* [Ericksonov glas se je na tem mestu zmeħħal in njegovo govorjenje precej upočasnilo.] *Delajte na tem, kakor vam je prav in vztrajajte. [Pavza] In po treh, šestih, devetih mesecih boste že veliko dosegli. Vaš nezavedni um je zares sposoben izpeljati vse te stvari. [Pavza] Zares sposoben izpeljati. Veliko jih je, [pavza] in lahko jih uresničujete, kar velja za vse tu prisotne. Veliko je stvari, na katerih lahko delate in za katere se vaše nezavedno zanima. In zares lahko delate na njih v naslednjih nekaj mesecih, šestih, devetih ali dvanajstih mesecih, vse velik del ne bo opravljen. In upam, da boste vsi nezavedno zelo uživali pri tem, ko bo vaše nezavedno delalo za vas. Ker bo kmalu popoldan, se vsi začnite postopoma prebujsati.*

Milton H. Erickson in Ernest L. Rossi

Razrešitev travmatične izkušnje¹

Prvi del: somnambulni trening, avtohipnoza in hipnotična anestezija

Gospa F je prvega otroka rodila s kavdalno anestezijo, zato je lahko pri porodu sodelovala kar se da zavestno in aktivno. Vendar je vseeno čutila, da v procesu poroda ni doživela nečesa, kar je bilo zanjo pomembno. Marsičesa, kar se je ob porodu dogajalo, se ni mogla spomniti. Tri mesece po otrokovem rojstvu je prišla k Ericksonu in ga prosila, naj ji s hipnozo pomaga obuditi spomine na porod.

Na seansah z gospo F (F) sta bila poleg Ericksona (E) prisotna tudi Ernest Rossi (R) in dr. Moore (M). Ko je Erickson delal v transu, je upočasnil svoj način govora in dela drobne premore. Tako v transkriptu, ki sledi, posamezne vrstice kažejo, kje se je za nekaj trenutkov ustavljal. Daljši, več sekund trajajoči premori, pa so označeni z besedo premor v oklepaju.

Potem ko je Rossi napisal transkript seans, sta z Ericksonom dodala še podnaslove njihovih posameznih delov in komentarje, ki so dodani v poševnem tisku.

Sugestije za obujanje spominov s pomočjo splošno znanih dejstev o delovanju spomina, ki odpirajo številne možnosti klientkinih odzivov

E: Spomina na ta dogodek ne boš mogla obuditi naenkrat. Verjetno se bo zgodilo, da se boš spomnila majhnega delčka tu in naslednji teden majhnega delčka tam. Čez teden dni se boš spomnila še nekaj več o začetku. In naslednji teden se bo spomin postopno obujal naprej. In nato se bo nekega dne vse sestavilo.

R: Pogovor si začel z nizom truizmov, to je splošno znanih psiholoških dejstev, kako obujanje spominov poteka naravno, košček za koščkom, kot bi se oblikovala sestavljanca. Klientkinemu nezavednemu umu si s tem sugeriral, da se lahko odzove na različne načine, svobodno, kot bo zanjo najboljše.

F: Ali lahko na preprost način pojasniš, zakaj um deluje na takšen način?

E: To je podobno kot z drugimi procesi učenja. Zakaj ja tako, da se otroci najprej naučijo določenih besed in nato drugih besed v različnih zaporedjih? Iz lastne izkušnje veš, zakaj so v poglavju vedno določeni stavki, ki si jih jasno zapomniš že po prvem branju. Določene stvari izbereš. Ko poglavje bereš drugič, razumeš veliko več, prvo branje pa je zelo selektivno. Ne ti ne jaz ne moreva vedeti – nihče ne more – na kakšen način *se boš spomnila vsakega od njih*. [Erickson nato navede številne primere, ki pokažejo, kako ljudje v vsakdanjem življenju obujamo spomine na neurejen način. Potem to ponazoriti tako, da jo prosi, naj se spomni, kaj je prejšnji dan večerjala. Tako je lahko Ericksonovo trditev takoj preverila in spoznala, da je njen priklic tekel postopoma, po koščkih, brez upoštevanja dejanskega zaporedja dogodkov.]

¹ Transkript tega transa je bil objavljen v Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook* (str.282-313). New York: Irvington. Prevod Miran Možina.

E: Namesto da bi ji pustil, da obuja spomine na način, kot so jo učili, sem z izjavo, da ne ve niti ona niti jaz, poudaril njene naravne spominske vzorce. Hkrati sem uporabil sugestijo "se boš spomnila vsakega od njih" na posreden način, tako da je njen zavestni um ni mogel prepoznati, saj se je osredotočil na "na kakšen način", kar sem izrekel pred neposredno sugestijo "se boš spomnila".

Priprava na uvajanje v trans s pomočjo posrednega hipnotičnega komuniciranja

E: Dobro. Kako misliš, da te bom uvedel v trans?

F: Vem, da obstaja način s štetjem od ena do deset. O tem vem zelo malo.

R: Indukcijo v trans si začel na posreden način z vprašanjem, "kako misliš, da te bom uvedel v trans?" To vprašanje implicira, da jo boš uvedel v trans, odprtost ostaja le, **na kakšen način** se bo to zgodilo. Odpiraš prostor za njene izkušnje, njen razumevanje in izbiro. S tem povečuješ možnosti, da bo sprejela in sodelovala pri tem, kar sledi.

Uvajanje v trans s pomočjo sugestije, da klientki ni potrebno, da bi vedela ali karkoli naredila, ter z obujanjem spominov na zgodnje učenje in nezavednim pogojevanjem

E: Bi se, prosim, naslonila na stol tako, da se boš dotikala tal s celimi stopali in da bodo roke počivale na tvojih stegnih.

Roki naj se ne dotikata in ti samo glej v eno točko.

Ni ti treba govoriti,
ni se ti treba premikati.

Tudi mene ni treba poslušati.

Tvoje nezavedno je dovolj blizu mene, da me sliši.

In to je edino, kar je pomembno.

Zdaj se v tebi dogajajo
razne spremembe.

Tvoje srce bije v drugačnem ritmu.

Tvoje dihanje se je spremenilo.

Tvoji refleksi so postali drugačni.

In zdaj počneš enako,
kot takrat, ko si šla prvič v solo.

Gledala si črke

abecede.

Zdelo se ti je,

da se jih ni mogoče naučiti.

Vendar si se jih naučila.

In razvila si miselne podobe

črk

in številk.

In razvila si miselne podobe vsake od njih v različnih oblikah,
ki so ostale s teboj celo življenje.

V to točko si gledala dovolj dolgo, da imaš mentalno podobo
in ne veš, kje v tvojem umu se nahaja.

In lahko zapreš oči

ZDAJ ...

E: Ko je sledila mojemu povabilu, naj se nasloni na stol, tako da se bo s celimi stopali dotikala tal, je pokazala, da bo odšla v trans. S tem je sama sebi sugerirala, kar je veliko bolje, kot da bi bilo razvijanje transa odvisno samo od mene. Vedno je učinkovitejše, če klienti sugerirajo sami sebi.

R: Uporabil si način uvajanja v trans, ki ga imaš najraje, s pomočjo osredotočanja pogleda na eno točko in z nizom sugestij, o katerih ni potrebno razumsko razpravljanje. V trans si jo povabil s sugestijo, da ji ni potrebno govoriti, se premikati in poslušati. S tem si njenemu zavestnemu umu sporočil, da ni potrebno, da se vmešava in trudi. Na subtilen način si odprl možnost za disociacijo zavestnega in nezavednegauma, tako da si impliciral, naj njenozavezno prevzame vajeti v svoje roke.

E: Ko sem ji rekel, da ni potrebno, da me posluša, sem na posreden način poudaril, da je ključno njenodživiljanje in ne moje.

R: Nato si potrjeval njenodživiljanje transa kot spremenjenega stanja zavesti tako, da si opisoval fiziološke spremembe (glede bitja srca, dihanja in refleksov), do katerih je prišlo. Uvajanje v trans si zaključil z obujanjem spominov na zgodnje učenje v osnovni šoli, ki je v glavnem potekalo avtonomno in nezavedno. Aktiviranje teh zgodnjih vzorcev učenja olajša opuščanje nadzora volje in zavestnegauma ter s tem razvijanje transa tu in zdaj. Nato pa si uporabil neposredno sugestijo za zapiranje oči: »ZDAJ ...« To si izrekel počasi, z globljim tonom glasu, empatično in hkrati odločno. Ta poseben glasovni poudarek omogoča nezavedno pogojevanje. Ko boš naslednjic uporabil to globljo intonacijo glasu s podobnim poudarkom in odločnostjo, bo potem hitreje in laže razvila trans, ne da bi zavestno točno vedela zakaj. In če boš v nadaljevanju izrekel »zdaj« z višjo in glasnejšo intonacijo, hitro, svetlo in jasno, boš vzpostavil nezavedno pogojevanje za prebujanje iz transa.

Poglabljvanje transa z naključnimi sugestijami in uporaba premora kot posredne sugestije

E: In z vsakim vdihom in izdihom
se boš potopila
globlje in še bolj mirno in trdno...
v globok hipnotični spanec.

[premor]
Zdaj veš,
zakaj hočeš iti v trans.
Ne razumeš popolnoma,
zakaj si nekatere spomine izgubila.
[premor]

R: Uporabil si naključne sugestije, ko si povezal poglabljvanje transa z neizogibnim vedenjem – dihanjem.

E: Naredil sem droben premor, potem ko sem ji rekel, da se bo »potopila globlje in še bolj mirno in trdno...«, ker je za to potreben čas. Sam premor predstavlja posredno sugestijo, naj to naredi zdaj.

R: Nato jo še bolj motiviraš za poglabljvanje transa, ko jo spomniš, zakaj te je poiskala, da bi ji pomagal s hipnozo. Na ta način utiliziraš njenomotivacijo za poglabljvanje transa.

Razvijanje asociacijske mreže za spodbujanje nezavednega iskanja izgubljenih spominov

E: Toda mentalne podobe, ki si jih oblikovala v otroškem vrtcu ali šoli, so še vedno v tebi.

Stvari, ki si jih že zdavnaj pozabila, imajo v tebi še vedno svoje mentalne podobe.

Naučeno lahko izgubiš z izgubljanjem možganskih celic.

Toda nisi izgubila možganskih celic, ki so pomembne za tvoj priklic.
[premor]

In te mentalne podobe pripadajo tebi in lahko se veseliš, ko se ti vračajo.

In mislim, da je najboljši način, kako jih lahko ponovno prikličeš, ta, da obudiš majhen del spomina in si s tem popolnoma zadovoljna.

Ne zahtevaj več, le veseli se ugodja in zadovoljstva ob tem majhnem delčku spomina.

In ti veš, da bo naslednja stvar ta, da boš obudila še en majhen del spomina, ki ti bo prinesel veliko zadovoljstva in veselja.

In ko boš tako nadaljevala, boš razvijala svoje zadovoljstvo in udobje in olajšanje zelo hitro.

Ne hitro v času, temveč hitro v moči in jakosti.

In potem boš nekega dne spoznala, da si obudila celoten spomin.

In ko nekdo uporablja nezavedni um, to počne s hitrostjo, ki ustreza nezavednemu.

Tvoje nezavedno ve, kako hitro je sposobno delati, in s kakšno hitrostjo dela tvoj zavestni um.

In tvoje nezavedno bo vedelo, kako naj zate obudi ta spomin.

E: Ko omenjam, da so mentalne podobe še vedno v njej, navezujem na mojo prejšnjo izjavbo, da je »nekatere spomine izgubila«. S tem impliciram, da so izgubljeni spomini še vedno v njej in da so ji dostopni.

R; Gradiš asociacijsko mrežo, pri čemer utiliziraš zgodnji vzorec učenja, v katerem igra glavno vlogo njen nezavedni um, ki lahko prikliče izgubljene spomine, kakor ji najbolj ustrez - hitreje ali počasneje, v večjih ali manjših koščkih.

E: Priznam, da lahko pride do izgube spomina zaradi propada možganskih celic, vendar ne v njenem primeru.

R: Na ta način nagovoriš dvome, ki bi jih lahko imela o možnosti priklica spominov in jih zmanjšaš.

E: Ko poudarim, da »mentalne podobe pripadajo tebi in se lahko veseliš, ko se ti vračajo«, se navezujem na mojo prejšnjo izjavbo, kako jih je »izgubila« in impliciram, da si zaslubiš, da dobi nazaj, kar ji pripada. Potem poudarim veselje in zadovoljstvo, ki ji ga lahko vzbudi drobec spomina. Nato s stavkom »tvoje nezavedno ve« poudarim razliko med nezavednim in zavestnim procesiranjem.

R: To jo spodbuja v prizadevanju, da se ji bodo delčki spomina postopno sestavili v celovito podobo.

E: »In potem boš nekega dne spoznala, da si obudila celoten spomin« implicira nekrito sprejemanje vsakega drobca spomina, ki se bo obudil. Poskušam čim bolj zmanjšati njeno samokritičnost.

R: Ker samokritičnost zavestnega uma lahko ovira spontano ustvarjalnost nezavednega.

E: Da, rekel sem ji, naj proces obujanja spominov »ustreza nezavednemu« in ko sem rekel, da »nezavedno ve, kako hitro je sposobno delati«, sem razločil zavestno od nezavednega procesiranja.

R: Poudaril si razliko med zavestnim in nezavednim umom, da bi jo spodbudil, naj prepusti nezavednemu, da opravi, kar je potrebno in naj ne poskuša tega storiti zavestno, saj je sposobnost procesiranja zavestnega veliko manjša. To je temeljna predpostavka, na kateri gradiš svoj pristop.

E: Da. In razliko med zavestnim in nezavednim sem predstavil na tak način, da jo je lažje sprejela.

R: V hipnopsihoterapiji ne poskušamo programirati ljudi, da bi počeli stvari na en način. Ker umska aktivnost temelji na milijardah možganskih celic in njihovih še številnejših povezavah, bi bilo to domišljavo.

Presenečenje in ugodje za krepitev nezavednega delovanja: sugestije za varnost

E: V preteklosti si bila velikokrat presenečena.

In še preden si lahko pomisnila, kaj storiti, si že storila, kajti tvoje nezavedno je vedelo, preden si vedela ti.

[premor]

In to je zate situacija, ko si pripravljena prepustiti svojemu nezavednemu umu, da ti vrne ta spomin na način, za katerega ve, da je ustrezen.

Nikamor se ne mudi.

Čaka te nekaj prijetnega.

[premor]

R: Njene izkušnje s presenečenji uporabiš kot posredno sugestijo, s katero ponovno poudariš prednosti, ki jih ima nezavedno procesiranje pred zavestnim.

E: Ker obstaja možnost, da bi lahko prišlo do odporov ali aktivacije skritih travm, povezanih s spomini na porod, uvedem varovalo s tem, ko ji sugeriram, da ji bo njen nezavedno vrnilo spomin na ustrezni način. Nato pa v naslednji sugestiji uravnovesim negativno in pozitivno, ko rečem, da se ne mudi, hkrati pa jo čaka nekaj prijetnega. Z negativnim poudarim pozitivno.

Ločevanje zavestnih in nezavednih procesov, prebujanje iz transa in potrjevanje hipnotične izkušnje, vadenje pohipnotičnih sugestij

E: Za trenutek te bom prebudil,
da ti pokažem,
kako lahko uživaš v tem, kar lahko zate naredi nezavedno.

Ko te bom prebudil,
želim, da imaš občutek globokega udobja,
kot da bi spala osem ur.
Želim, da v tem uživaš.

[premor]

Sedaj lahko začneš razmišljati
o štetju nazaj od dvajset do ena
in se ob vsakem številu prebudiš za dvajsetino.
In lahko začneš šteti nazaj od dvajset do ena in se prebudiš
ob ena.

In začni šteti z d a j.

[Premor, medtem ko gospa F sama pri sebi tiho šteje in odpre oči ter se po okoli dvajsetih sekundah s pretegovanjem telesa ponovno orientira.]

E: Poudarim, da jo bom prebudil jaz, ker nočem, da bi jo prebudilo njen nezavedno. Naloga njenega nezavednega je, da obudi tiste spomine. Moja naloga pa je, da jo v sodelovanju z njenim zavestnim umom prebudim. Pazljivo ločujem njen zavestno in nezavedno ter to razločevanje tudi vzdržujem.

R: Uporabiš tudi pohipnotično sugestijo, ki jo bo z lakkoto sprejela. V dosedanjem poteku transa je namreč sama razvila udobje, zato ji rečeš, da se bo prebudila s takšnim prijetnim občutkom. Na ta način vadita, da bo sledila tvojim bodočim pohipnotičnim sugestijam. Prebudiš jo tako, da s sveljejšim in jasnejšim tonom glasu izgovoriš »zdaj«.

Pohipnotična sugestija za potrjevanje transa: ključnega pomena je klientkino doživljanje

F: Hej! Kako je bilo z menoj? Oh, počutim se, kot bi spala. Veš? Kot bi spala. Nenavadno je bilo.

E: Lepa demonstracija.

F: Sem odšla v trans, kot bi morala?

E: Kako se počutiš?

F: Bil je spanec pa tudi ni bil spanec. Bilo je, kot da sem na meji spanca.

E: Kako se zdaj počutiš v telesu?

F: Precej bolj sproščeno. Veliko bolj mirno. Čutim večji mir. Slišala sem tvoj glas, ki je postajal tišji, vendar je ostal tam nekje v ozadju.

M: Si slišala, kako sem vključil in izključil kasetofon?

F: Ne, ničesar drugega nisem slišala.

R: Njene prve besede po prebujanju so očiten odgovor na tvojo pohipnotično sugestijo, da se bo počutila, kot da bi spala osem ur. Doživetje transa potrjuje tudi s poročanjem o sproščenosti in miru ter spremembami slušnega zaznavanja, ko je tvoj glas slišala v ozadju.

E: Hočem, da moj glas ostaja v ozadju **njenega** doživljanja. Njeno doživljanje mora ostajati v središču njene in moje pozornosti.

R: Ključni terapevtski dejavnik je zate klientka sama in njen doživljanje, pri čemer ni potrebno, da bi slišala nepomembne stvari, kot je tvoj glas ter vključevanje in izključevanje kasetofona. V tem se razlikuješ od številnih terapeutov, ki hočejo, da se klienti osredotočajo na njihove besede in razumevanje.

E: Vprašal sem jo, kako se počuti, ker nisem hotel obračati pozornosti na njeni mišljenje. Vedno razlikujem med mišljenjem in čutenjem. Mišljenje je pomembno, vendar je omejeno, medtem ko lahko občutimo karkoli, pa čeprav je z razumskega vidika iluzorno.

Vadenje somnambulizma: posredna pohipnotična sugestija za indukcijo transa s pomočjo katalepsije

E: Želiš presenečenje?

F: Prav, kaj pa?

[Erickson se ji tiho približa in se dotakne njene desne roke ter jo z mehko kretnjo usmeri navzgor. Njena roka se dvigne, postane kataleptična ter obmiruje v zraku.]

E: Zapri oči in zaspni.

In zares lahko občutiš zadovoljstvo
in ugodje
in spočitost.

E: V prvem transu sem omenil, kako je bila v preteklosti velikokrat presenečena, ko je njen nezavedno nekaj opravilo zanjo. To je bila pohipnotična sugestija, ki je ni prepoznala, in sem jo zdaj uporabil za uvajanje v trans s pomočjo presenečenja.

R: Uvajanje v trans s pomočjo katalepsije je tudi način neverbalnega poglabljanja transa. Poglavljanje potem tudi dodatno spodbudiš z omenjanjem spanja. Začel si z vadenjem somnambulizma, tako da jo učiš, kako lahko vedno znova vstopa in izstopa iz transa. Na kakšne načine še spodbujaš somnambulno stanje?

E: Podobno kot se učimo karkoli drugega. Ko prvič bereš učbenik, ne razumeš veliko. Potem ko ga prebereš dvakrat ali trikrat, pa vse skupaj postane smiselno. Istočasno vadiš pohipnotično sugestijo, katalepsijo in druge hipnotične pojave, da bi postopno razvila somnambulno vedenje.

Prebujanje iz transa z odprto pohipnotično sugestijo

E: In če želiš,
lahko pustiš desno roko tam, kjer je,
potem ko se boš prebudila.

In lahko začneš šteti od dvajset do ena
in se pri ena prebudiš.

In začni šteti
zdaj!

[Gospa F se prebudi, njena roka pa ostane kataleptična in na pol dvignjena v zraku.]

R: Dal si ji odprto pohipnotično sugestijo, da lahko pusti roko v kataleptičnem položaju v zraku, v kolikor želi. Na ta način ji omogočaš, da uveljavlja svojo voljo in individualnost, ne da bi bilo lahko karkoli od tega, za kar se bo odločila, narobe. Hkrati preverjaš njeni pripravljenost za nadaljnje delo v hipnozi.

Potrjevanje transa na osnovi klientkine lastne izkušnje

F: Hmm. Kaj moja roka počne tam? Kaj je to? [Spusti roko iz kataleptične drže.]

Zakaj je bila v zraku?

E: Ali vidiš, da si se naučila razviti trans?

F: Razmišljala sem o tem in se spraševala, ali sem doumela dovolj, da bi to lahko naredila sama. Šla bom domov in poskušala to ponoviti, razen če bi raje videl, da ne.

E: Na njeno vprašanje ne odgovorim neposredno, temveč ji postavim vprašanje, ki spodbudi njeno lastno izkustveno učenje.

R: Tvoje vprašanje je posredna hipnotična sugestija, ki ji omogoča, da odgovor na to, kako je prišlo do katalepsije roke, poišče sama in s tem potrdi svojo izkušnjo transa.

Njena roka se običajno ne vede na tak način, zato to dokazuje, da je bila v transu. Ko pove, da bo poskušala to sama doma ponoviti, potrjuje, da je doživela trans.

Tretji trans: indukcija in pohipnotična sugestija za učenje

E: Nikoli ne zapravljal svojih dobrih sposobnosti za nepomembne reči. Izkoristi jih le za pomembne. Hipnotične anestezije ne boš uporabljala ob majhnih težavah, pač pa jo boš uporabila pri porodu, operaciji, ob bolečini zaradi zloma noge. Želiš sedaj videti, česa si se naučila?

[Erickson ponovno inducira katalepsijo roke tako, da jo z dotikom usmeri navzgor. Gospa F utripne z vekami, zapre oči in očitno potone v trans.]

In lahko pustiš roko tam in prepoznaš, kaj si se naučila, potem ko se boš prebudila.

In prebudiš se lahko, če začneš šteti zdaj.

[Gospa F se prebudi z roko, ki je še vedno kataleptična.]

F: To je....oh!

[Gospa F spusti roko.]

R: Zakaj si jo najprej opozoril, naj uporablja trans samo za pomembne stvari?

E: Odsvetoval sem ji nepomembno eksperimentiranje. Ključno je, da obudi spomine, ne pa da preizkuša levitacijo roke.

R: Potem ko si ponovno inducirala katalepsijo, si ji dal pomembno pohipnotično sugestijo, da lahko pusti roko v zraku in potem ko se prebudi, prepozna, kaj se je naučila. Dejansko se potem prebudi z roko v zraku in jo spusti šele potem, ko je nekaj prepoznala. Verjetno je odkrila povezavo med levitacijo roke in transom.

Četrti trans: avtohipnotični trening s pomočjo pričakovanja

E: Recimo, da sedaj roko dvigneš.

[Gospa F dviga roko, dokler ne obstane v uravnoteženem tonusu – katalepsiji. Zapre oči in očitno razvije trans.]

R: Ko si jo tokrat prosil, naj dvigne roko, ali si hotel, da razvije lastni nadzor nad uvajanjem v trans v okviru avtohipnotičnega treninga?

E: Nisem ji rekla, naj gre v trans. Ko nekomu rečeš, naj dvigne ali iztegne roko, to v njem ali nej vzбудi pričakovanje. Tako sem na tem mestu utiliziral držo pričakovanja, ki se je vsi naučimo v našem vsakdanjem življenju. Tega stanja nisem opredelil kot stanje transa. Pustil sem ji, da preko izkušnje pride do lastne definicije.

Implicitno navodilo za potrjevanje transa

E: In ko boš prepozna, da si v dobrem transu, si lahko rečeš, da se boš prebudila. [Po nekaj trenutkih se gospa F prebudi in se sama reorientira.]

F: Uh! Neverjetno! Ob vsem tem sem kar presenečena.

E: Prijetno presenečenje.

F: Človekov um je neverjeten organ, ali ne! To je čudovito.

E: Dobro. Sedaj veš, da lahko dvigneš roko in greš v trans. In ko boš dovolj dolgo v transu, ti bo nezavedni um povedal, kdaj naj se prebudiš.

Sedaj veš, da to lahko storиш. Pravkar si to doživila.

F: Da.

E: Ko je izrazila presenečenje, sem vedel, da je sledila moji pohipnotični sugestiji o presenečenju. S svojimi besedami je potrdila svojo izkušnjo, ko je rekla, da je um neverjeten organ. Njena izkušnja je čudovita, ne moja. Želim, da opaziš, kako je vse, kar govorim, med seboj povezano, kljub temu da gre za improvizacijo. Uporabljam jezik, ki sem se ga naučil z natančnim in skrbnim preučevanjem. Prebral sem veliko člankov o jeziku in poznam pomene vseh besed, ki jih uporabljam. Ker sem jih natančno preučeval, jih uporabljam z lahkoto.

R: Izgleda kot da besede uporabljaš naključno, vendar je to rezultat dolgega raziskovanja in vadbe.

Posploševanje uspešne hipnotične izkušnje za reševanje problemov

E: Sedaj veš tudi to, da lahko tvoje nezavedno naredi, kar je potrebno, da bi obudila tisti spomin. In lahko mu zaupaš, da bo to storilo na pravi način.

F: Da. Ali se lahko zgodi, da se človek ne more prebudit iz transa? Tako kot se zaprejo vrata in jih ne moreš več odpreti.

[Erickson opiše primere, ki ponazorijo, kako se posameznik v transu lahko prebudi takrat, ko ima za to kakršenkoli dober razlog.]

R: Z uvajanjem in prebujanjem iz transa si ji konkretno pokazal, kakšne sposobnosti ima njeno nezavedno in nato posplošil, da lahko te sposobnosti izkoristi tudi za obujanje spominov.

Nezavedno človeka ščiti

E: Tvoje nezavedno ve, kako naj te zaščiti.

F: Ali obstaja zaščita? Mislima sem, da je nezavedno popolnoma odprto. [Erickson navede primer, kako lahko nezavedno človeka ščiti.]

E: Tvoj nezavedni um ve, kaj je prav in kaj je dobro. Ko potrebuješ zaščito, te varuje.

R: Ena najpogostejših zmot o hipnozi je, da izgubiš nadzor in sposobnosti. Hipnoza je pravzaprav zelo selektivna oblika pozornosti.

R: V eni od svojih raziskav si pokazal, kako s pomočjo hipnoze ljudi ni možno prisiliti v destruktivno vedenje. Ali še vedno misliš tako? Ali nezavedno vedno ščiti posameznika?

E: Da, vendar to velikokrat počne na načine, ki jih zavestni um ne razume.

Posredne sugestije za obujanje izkušnje poroda in uporaba presenečenja za sprožanje kavdalne anestezije

[Na tem mestu se razvije splošna razprava o rojevanju s pomočjo hipnoze. Erickson nenadoma nepričakovano gospe F predlaga, naj doživi kavdalno anestezijo, kot sledi v nadaljevanju.]

E: Mimogrede, ali veš, da lahko razviješ svojo lastno kavdalno anestezijo prav ZDAJ ...
F: No, za to bi potrebovala precej več časa, ali ne?

R: Splošna razprava o rojevanju izgleda nedolžna, vendar si na ta način posredno začrtal okvir, znotraj katerega se je njeno nezavedno lahko začelo osredotočiti na njeno izkušnjo poroda s kavdalno anestezijo. Spodbudil si njeno iskanje na nezavedni ravni. Nato pa si jo nenadoma vprašal, če ve, da lahko to izkušnjo obudi brez anestetika.

E: Ja, s tem sem jo presenetil.

Presenečenje in uporaba glasovnega namiga za krepitev anestezije

E: Zdaj me pa dobro poslušaj, ker boš zelo presenečena, saj ne moreš vstati.

[Gospa F je videti nekoliko prestrašena in njeno telo ostane popolnoma negibno približno petnajst sekund, medtem ko Erickson nadaljuje.]

E: Ne veš, kako bi vstala, ali ne?

F: Hm, toda vedela sem, ko sem prišla sem.

E: Razvila si kavdalno anestezijo!

R: Ker je izrazila dvom, še bolj poudariš sugestijo, da bo presenečena ter z upočasnjenim načinom govora in nižjo intonacijo poskuša aktivirati njeno hipnotično odzivnost.

Prekinitev anestezije in potrditev hipnotičnega odgovora

[Premor, medtem ko gospa F ostane negibna nadaljnjih petnajst sekund, nato Erickson prekine kavdalno anestezijo, kot sledi.]

E: Sedaj se lahko premakneš!

F: [Pogleda nekoliko nezaupljivo in končno malo premakne spodnji del telesa.] Je to šala ali je res? Kajti ko sem dobila kavdalno anestezijo, je bil edini del, ki sem ga lahko premikala, palec na nogi.

E: Tako je. Vidiš, vem, kaj je kavdalna anestezija in ko dam hipnotično sugestijo, da ne moreš vstati, izgubiš sposobnost uporabljanja mišic svojih nog.

F: Vav! Kaj vse sem se danes naučila!

R: Za okoli osemnajst sekund si pustil, da je ostala negibna. Si prekinil zato, ker je izrazila dvome in si se bal, da bi prekinila trans, v kolikor bi jo predolgo preizkušal?

E: Z vajo in terapevtskimi izkušnjami razviješ občutek za takšne reči. Vem pa, da nisem hotel, da bi se zapletla v razpravo okoli palca na nogi.

Zaščita in nadaljnje potrjevanje hipnotične odzivnosti: neprepoznan pohipnotična sugestija s pomočjo posploševanja

E: Zdaj pa, nikar ne poskušaj svojega učenja komurkoli razlagati. Pripada tebi in je dragoceno. Ko bo tvoj otrok začel rasti in si bo morda ranil roko, se boš lahko spomnila, kar sem ti pravkar prijazno povedal: »Ne moreš vstat!« In res nisi mogla. Svojemu otroku lahko rečeš, da bo kmalu vse dobro. Rečeš in to tudi misliš. Zaradi tvoje odkritosrčnosti in vere v pozitivni razplet, bo otrok sprejel sugestijo in ga roka ne bo večbolela.

[Erickson nato pove zgodbo, kako je zdravnike učil uporabljati tehniko presenečenja za razvijanje anestezije.]

Neki kmet, ki se je hudo poškodoval, je vstopil v sobo za urgentno pomoč ter ves paničen vpil in vedno znova ponavljal: »Doktor, morate mi pomagati! Doktor, morate mi pomagati!« Sestra ga je poskušala pripraviti do tega, da bi sedel na stol, toda kar naprej je vstajal in korakal gor in dol po sobi ter vpil. Končno je zdravnik rekel: »Utihnite! Sedite! Nehajte vpit!« Zdravniku sem rekel, da lahko to storil in je to tudi poskusil. Običajno se s pacienti ne govori na tak način. Kmet je bil presenečen, tako da je sedel in nehal kričati. To je tehniko presenečenja.

R: Ali poskušaš zaščititi njeno učenje v hipnozi tako, da jo opozoriš, naj ne upošteva dvomov drugih ljudi?

E: Da. Ko sem njeno hipnotično učenje povezal z neizogibnimi stvarmi, ki se bodo pripetile njenemu otroku, sem ji dal pohipnotično sugestijo, ki je ni prepoznala, in s pomočjo katere sem njeno učenje raztegnil v prihodnost. Poleg tega sem njeno hipnotično učenje še bolj posplošil, ko sem povedal zgodbo o tem, kako sem zdravnike učil tehniko anesteziranja s pomočjo presenečenj.

Presenečenje, ki spodbudi novo nezavedno iskanje

M: Morda bi dodal še eno stvar k njenemu spominu, kar se ujema s to sliko. Doživila bo še nekaj, kar bo zanjo prijetno presenečenje, ko se je bo spomnila. To bo v zvezi z obračanjem otrokove glave med porodom. Toliko bi rekel za zdaj. To bo kot češnja na vrhu torte.

R: Sugestija dr. Moora, da bo doživila še eno prijetno presenečenje, še bolj spodbudi klientkino nezavedno iskanje spominov, ki jih želi obuditi. Kakšen učinek je imela ta sugestija, se bo pokazalo na naslednjem srečanju.

Zaključna navodila za nezavedno iskanje s fokusom na klientkini izkušnji

E: Še ena stvar. Tvoji spomini se bodo začeli vračati. Kdaj, si rekla, da je porodni mehur počil?

F: Okoli 6.40.

E: Spomini se bodo začeli vračati takrat, ko se bo nenadoma obudil spomin na ta trenutek, zelo intenzivno, in potem boš lahko nadaljevala še preostalo. Vidiš, nisi prosila, da bi se spomnila, kako je počil porodni mehur. Spraševala si se glede tistega, kar se je zgodilo šele nekaj ur kasneje. Tvoje nezavedno bo verjetno izbralо trenutek, ko je pred porodom začela odtekati voda in bo potem nadaljevalo preostalo.

F: Zato ker je bil to začetek dogodka?

E: Da.

F: Tega se zelo jasno spomnim.

[Gospa F opiše okoliščine, ko je počil porodni mehur in ko jo je otrokovo rojstvo presenetilo.]

E: Pravkar si obudila spomin, za katerega nisi niti vedela, da ga imaš. In odkrila boš tudi ostalo.

F: Spomin se bo vračal po delčkih?

E: Ne vem, kako boš to naredila. Lahko se bo naenkrat obudil v celoti, ali pa tako, da se bo začel obujati od zadaj naprej, dokler se ne bo obudil v celoti.

M: Lahko, da se boste naprej spomnili prijetnih reči.

E: V tem delu sem ustvaril podlago za njeno izkušnjo. Dobro si je zapomnila, da ji je porodni mehur počil okoli 6.40, in to lahko predstavlja osnovo za priklic drugih spominov. To je drobec, okoli katerega se lahko organizirajo ostali spomini. Ko je izgubila spomine, ni nikoli poizkušala strukturirati priklica na način, kot sem ji ga sugeriral tu. Ko je začela opisovati okoliščine, v katerih je prišlo do poka mehurja, je sledila moji implicitni sugestiji, ki sem ji jo stalno ponavljal - da gre za njeno izkušnjo, ki pripada njej. Jaz sem le ozadje, njena izkušnja pa je v ospredju.

Drugi del: reorganizacija travmatične izkušnje in obuditev spominov

Čez dva tedna je gospa F poročala takole:

F: V zvezi s porodom sta mi prišli na misel dve stvari. V tistem megleinem stanju, ko sem bila na pol budna in na pol speča, je ponovno oživel podroben, živ spomin, ki sem ga bila pozabila, da sem namreč bila v zdravniški ordinaciji. Ne morem ti razložiti, zakaj sem se tega spomnila, toda spomnila sem se. Skozi vrata je vstopil zdravnik in me vprašal: »Ste začutili življenje?« In odgovorila sem: »Da, od včeraj dalje.« Zdravnik je rek: »To je normalno, to je trenutek, ko naj bi začutili življenje!« Nato sem se zbudila in razmišljala, kako je čudno, da sem se tega spomnila. Kaže, da je moj um potegnil prav to iz svoje spominske banke.

[Gospa F je potem poročala, kako je imela čez nekaj dni še bolj žive spomine, ko je bila zopet v megleinem stanju med budnostjo in spancem. Spomnila se je, kako je bila v porodni sobi in kako si je njen zdravnik oblačil haljo, medtem ko se je pripravljal na porod njenega otroka. Nadaljevanje njene priповedi sledi.]

F: Vrnile so se mi vse podrobnosti teh pomembnih trenutkov. Počasi, to je bil, kot si napovedal, zelo počasen proces, ni se zgodilo čez noč. Zelo počasi se je celotno zaporedje dogodkov poroda vse bolj vračalo v mojo zavest. Zelo počasi, kar nekaj dni je trajalo.

Dogodki so postajali vse bolj jasni. In vse se je izrisalo v dveh dneh, ko se je moj um odločil, da bo na neki način izlučil določene spomine ali misli. Kako, tega ne vem. Bila sem presenečena. Še posebno nad tem, da sem se zelo jasno spomnila poroda. Vse je bilo povezano s priklicem tega predhodnega spomina o obisku v zdravniški ordinaciji, ko me je vprašal o čutenju življenja. To je tisto, kar je bilo za moj um pomembno.

Prav tako sem opazila, da lažje uredim stvari, ki si jih lahko prikličem. Lahko jih uredim, ne pa, da imam eno samo zmešnjavo, ko nič ne paše tja, kamor bi moral. To je prišlo na dan od takrat, ko sva se zadnjič videla.

E: Ali je bil kak trenutek ali več trenutkov poroda, ki so postali zelo živi?

F: Najbolj živ je bil spomin na zelena obuvala, ki jih je nosil zdravnik na nogah. Vem, da je moj um to malo napihnil. Bila so ogromna!

[E je nato postavil nekaj vprašanj, ki so sprožila niz asociacij, iz katerih je razvidno, da je spomin gospe F »o življenju« v zdravniški ordinaciji zanjo zelo pomemben in povezan z njenimi spomini na porodno sobo, kajti »življenje« je bila pomembna protiutež negativnim in strašljivim zgodbam o nevarnosti poroda, ki jih je slišala. Žal so se ta negativna pričakovanja okreplila prav pred porodom, saj je slišala boleč jok neke druge ženske, ki je pravkar rodila mrtvorojenega otroka. Gospa F je nato prizadeto nadaljevala naštevanje številnih »nenaravnih« postopkov, ki jih je bila deležna v porodnišnici, kot je na primer ta, ko so ji med porodom zvezali roke, kot bi bila »divja žival brez občutkov«, in ta, da je niso pripravili na

epiziotomijo. Bila je šokirana, ko je zaslišala »strig« zdravniškega instrumenta, ko so med epiziotomijo prerezali njeno tkivo.]

Spontano osebno zorenje z obujanjem spominov

E: Ali bi želeta ugotoviti, če se bolje kot v budnem stanju spominjaš v transu?

F: Mislim, da bi.

E: Ali si pri sebi opazila kakršnekoli spremembe, odkar smo se zadnjič videli?

F: Manj tesnobe v vsakem pogledu. Bolj ko si napet, slabše se spominjaš in to postane začaran krog.

E: Koliko starejšo se počutiš?

F: Počutim se svoje starosti. Včasih se počutim staro petdeset let, običajno pa se kar dobro počutim. To je nenavadno vprašanje, ali ne?

E: Ker zdaj deluješ rahlo starejša. Ne po videzu, pač pa po tonu govora in obnašanju. Tvoj način mišljenja je nekoliko zrelejši.

F: Kako to? Kako se lahko v tednu dni postaram?

E: Zato ker je bil ta spomin zate pomemben in bila si tako napeta, da vse od rojstva svojega otroka nisi mogla zoreti. Menim, da je to eden od razlogov tvoje tesnobe.

F: Oh, sedaj razumem.

R: Če imaš takšno amnezijo, lahko to zavre naravni proces zorenja. Nekaj znotraj nje je to razumelo in zato si je želeta čim jasnejše obudit te spomine, da bi spodbudila svoj naravni proces rasti.

E: (odgovori Rossiju) Njeno nezavedno je vedelo nekaj, o čemer ni mogla niti sanjati niti tega ozavestiti.

Zdaj vidiš, kaj mislim z modrostjo nezavednega?

F: Ali je bolj pametna zavest ali nezavedno?

E: Nezavedno je veliko pametnejše, modrejše in hitrejše. Bolje razume.

F: To je prav neverjetno, ali ne?

Telesna govorica in odpornost do transa

E: Kaj ti danes vzbuja odpornost, da ne želiš v trans?

[Erickson je opazil, da ima gospa F prekrizane noge.]

F: Sem ti to s čim pokazala? Nobenega odpora ne čutim.

E: Kažeš majhen odpor.

F: Ej, moraš pa res biti izjemen opazovalec. Nimam ga. Po čem sklepaš, da ga imam?

E: Ne bom prišepetal v tvojem zavestnemu umu. Raje upoštevam tisto, kar mi pove tvoje nezavedno.

F: Sploh ne zaznam nobenega odpora. Je to v načinu mojega govorjenja ali vedenja?

E: Ne poskušaj ugibati. Tvoje nezavedno opravlja čudovito delo. Dalo ti bo vedeti. ŽELIŠ DANES V TRANS ?

F: Da.

E: SEDAJ ...?

F: V redu.

E: [Se obrne proti Rossiju.] Si videl odgovor, kajne?

R: Ja, mislim, da sem.

E: Nisem rekel. (Proti gospe F) Prosim, položi obe nogi na tla. [Premor, medtem ko gospa F položi noge na tla in zavzame položaj telesa, ki je tipičen za indukcijo v trans. To je lep primer posrednega komuniciranja. Erickson se je najprej obrnil k Rossiju in ga vprašal, če je videl odgovor. Tudi njemu prekrizanih nog ni omenil. Nato je obrnjen proti Rossiju izrekel

negacijo, da »ni rekel«, s čimer je zamotil klientkin zavestni um, ki ni opazil neposredne sugestije »prosim, položi obe nogi na tla«. Samo s premikom glave je potem pokazal, da je ta sugestija namenjena neposredno njej.]
SEDAJ ...

[Premor, medtem ko gospa F zatrepeta z vekami in zapre oči.]

Potopi se v globok trans.

[Premor]

E: Ob koncu zadnjega srečanja je dr. Moore sugeriral, da se bo spomnila nečesa, kar bo kot češnja na vrhu torte, vendar tega v tem delu ne omenja. Ker ni poskušala ugotoviti, kaj bi lahko bila ta češnja na vrhu torte, sem sklepal, da se verjetno boji razviti trans, v katerem bi se lahko s tem soočila.

R: Opazil sem tudi, da je imela prekrižane noge, kar je obratno od tega, kar priporočaš za uvajanje v trans. Še vedno jih je imela prekrižane, ko si poskušal s pogojevanjem ZDAJ in ni razvila transa, dokler je nisi na posreden način prosil, naj nogi položi drugo ob drugo. Potem je tvoj ZDAJ učinkoval.

Poglabljanje transa z levitacijo roke

E: In sama pri sebi
na objektiven način
obnovi vse, kar si mi povedala
in kar si povedala vsem nam.
Obnovi to počasi, previdno, nepristransko.
In če opaziš kakšne majhne pomanjkljivosti,
je popolnoma v redu, če jih popraviš.
[Premor, medtem ko začne desna roka gospe F na komajda opazen način levitirati zelo počasi navzgor.]

Samozaščitni mehanizmi nezavednega

E: Vendar želim,
da ceniš sposobnost
svojega nezavednegauma,
da zaznava stvari.
In da jih razkrije zavestnemuumu
z vsemi podrobnostmi,
ki jih nezavedno oceni
najbolje.
[Premor]
In sedaj je tu vprašanje, ki sem ti ga postavil.
In poskusil bom sedaj dobiti odgovor.
Pred epiziotomijo,
morda po njej.
Vendar me zanima, če si imela pred epiziotomijo
v prsih kakšne občutke, ki si jih prezrla, pozabila.
Ni treba, da mi poveš o njih.
[Dolg premor, medtem ko njena roka zelo počasi levitira približno trinajst centimetrov visoko od naročja.]
Zdi se, da mi tvoje nezavedno

pripoveduje,
ne da bi ti vedela.
[Dolg premor, medtem ko roka počasi levitira naprej.]

E: Ko se približujeva strah vzbujajočim spominom, povezanim z epiziotomijo, se njena roka dviga, da bi se s poglabljanjem transa zaščitala.

R: To je nazoren primer samozaščitnega mehanizma nezavednega, o katerem pogosto govorиш. Nezavedni um poglablja trans, da bi zaščitil zavestni um pred informacijami, na katere še ni pripravljen.

E: Da.

Previdno odprto raziskovanje travmatičnih vidikov spomina

E: Predno si odšla v trans,
si je tvoje nezavedno prizadevalo,
da bi mi povedalo isto stvar.

[Dolg premor]

In kolikor lahko ocenim,
se tvoje nezavedno še ni odločilo,
ali naj bi ti to vedela ali ne.

[Premor]

Kot sem ti zadnjič povedal,
se zapis naredi v možganskih celicah.
Edini način, da se ti zapisi izgubljo, je,
da možganske celice propadejo.

In ni pomembno,
ali se boš vsega spomnila zdaj
ali pozneje.

Edino pomembno
za tvoje nezavedno je,
da vidi,
da ti je prijetno
ob vseh spominih, ki jih imaš.

[Premor, medtem ko se njena roka še naprej dviga, glava pa se spusti in telo usloči.]
Mislim, da si bila presenečena,

ko si odkrila,
da si upočasnila
dozorevanje
in zato razvila potrebo
po bolj jasnem spominu.

Tvoje nezavedno je opravilo krasno delo,
ko ti je omogočilo dozoreti.

[Premor, medtem ko se njena glava še naprej spušča in telo še bolj usloči.]
Zdaj pa počasi dvigni glavo.
Še više.

In počasi napni vratne mišice,
dokler ne boš sedela vzravnano.

[Premor, medtem ko počasi vzravnava svoje telo, roka levitira še više.]
Povsem v redu je, če ne veš
za tisto v svojih prsih.

Čisto v redu je tudi,
če boš to odkrila kasneje.
Zame je tudi čisto v redu, če se motim.
[Premor]

In lahko pogledaš
mirno
na ta
šok,
ki je povezan z epiziotomijo in kleščami.
Tega ti ni treba obžalovati.
Pravzaprav je razveseljivo vedeti,
da si lahko doživelva šok,
presenečenje
in prikrito jezo
v zvezi z rokami, ki so ti jih zvezali.

E: Tu poskušam ublažiti njeno negodovanje in jezo v zvezi z epiziotomijo, tako da te neprijetne občutke preusmerjam na roke, ki so jih ji zvezali.

R: Njenemu nezavednemu daješ niz previdnih, odprtih sugestij, da se lahko njeni spomini in razumevanje situacije razvijajo na njej lasten način in v njenem lastnem ritmu. Prav tako si jo zaščitil pred napačnim razumevanjem, ko si ji rekel, da se lahko motiš. Njej daješ avtoriteto, da presodi, kaj je pomembno zanjo.

Omogočanje novega razumevanja

E: In vedeti moraš,
da ne glede na to, kako so si drugi razlagali
tvoje vedenje,
ti veš, kaj je tvoje vedenje v resnici pomenilo.
In čeprav so si razlagali po svoje,
si se borila, da bi pobegnila,
psihološko spreminjaš
svoj psihosomatski položaj,
da bi lahko vključila škarje
in spremenila pogled
na epiziotomijo.
In tako prav imas, ko praviš,
da si slišala strig škarj.
Ko uporabljaš besedo »strig«,
ne ostani le pri tej besedi.
Slišala si rezanje,
kot se sliši rezanje blaga,
in to je zelo podoben zvok,
kot če režemo debelo blago z velikimi škarjami.

R: Do travmatične izkušnje je prišlo, ker ji niso povedali, da obstaja možnost epiziotomije in je nanjo niso čustveno pripravili. Dal si ji niz sugestij, kako lahko reorganizira svoje zaznave in razumevanje lastne izkušnje. Nisi ji povedal točno, kako lahko to storiti, temveč si pustil odprto, da bo sama razvila drugačen pogled na epiziotomijo. Ko je prvič izgovorila besedo »strig«, je zvenelo precej zastrašjujoče. Ko

pa si besedo povezal z izkušnjo rezanja blaga, ki je za večino žensk prijetna, si ji omogočil, da lahko razvije novo razumevanje in občutje »striga« v netravmatičnem okviru.

Senčenje nepomembnih podrobnosti za blažitev travmatične izkušnje

Zdaj lahko tvoje nezavedno
zbriše
vdor
glasov druge ženske.
In dovoli, da postanejo
ti glasovi oddaljeni,
ti spomini zasenčeni.
Tvoji spomini imajo to
prijetno in lepo živost,
ki pripada tebi.
In lahko sponaš,
da nas v vsaki novi situaciji,
nevednost
ščiti pred tem, da bi opazili,
pa čeprav si zapomnimo.
[Premor]

R: Ko si ji dal sugestijo, da lahko postajajo nepomembni glasovi druge ženske vse bolj oddaljeni in zasenčeni, si ji posredno nakazal, da se lahko zmanjšajo njeni strahovi v zvezi s porodom, ki imajo korenine v njenem otroštvu. Posredno si ji namignil, da lahko postajajo njeni otroški spomini vse manj pomembni, kar ji bo omogočilo vse bolj polno doživljanje odraslosti. Nato pa si nakazal eno od ključnih značilnost psihološke travme: ko doživimo nekaj novega, kar je preobremenjujoče, se v naš um vtisnejo zaznave, ki se ne morejo ustrezno organizirati.

E: Da.

Pazljivo prebujanje s pohipnotičnimi sugestijami za ugodje

E: Sedaj se še malo vzravnaj.
Še malo. Še malo.
Še malo. Še malo.
Celo še malo. Celo še malo.
Naj se tvoja glava počasi popolnoma dvigne.
In zdaj,
ko se počasi prebujaš,
želim,
da bi medtem,
ko se po malem prebujaš,
krepila,
čisto po malem,
občutek udobja
in zadovoljstva.
Uživaj življenje.
[Premor, njen glava pa se dvigne in telo reorientira.]

E: Cel ta postopek počasnega in temeljitega prebujanja sem izpeljal zato, da bi se čim bolj oddaljila od travmatičnih nezavednih spominov, na katere njen zavestni um še ni pripravljen.

R: Da. In zaščitil si jo tudi tako, da si ji dal pohipnotične sugestije za udobje, zadovoljstvo in uživanje življenja.

Reorganizacija travmatičnih izkušenj

F: Rekel si nekaj, kar res drži! Kako doživljamo, ko se v neki situaciji znajdemo prvič! Ker še nikoli prej nismo doživelji, ne vemo. Ker nam je nepoznano, pa čeprav se v našem umu nekaj zapiše, mi tega še vedno ne vemo. In nato se nam razkrije. In tako izgleda nek rahel šok – prvega neznanega doživetja. Ne vem zakaj. To res drži. To se je dejansko zgodilo prav na ta način. Ne vem, če si to hotel, toda videla sem koledar z vsemi pomembnimi datumimi, kako so se obračali nazaj in nazaj.

Res hitro so se zvrstili vsi dogodki enega dne doma. Kar nenadoma sem se znašla za mizo v dnevni sobi. In bilo je še več detajlov, ki so se zgodili. Veš, spomnila sem se drobnih reči, pogovorov. Še več stvari (pozabljenih spominov) je prišlo na dan.

E: To je dobro.

F: To je čudno. Zakaj se je to zgodilo?

E: Na srečo sem rekel prave besede, ki si jih lahko razumela, toda razumela na svoj način.

F: Pa tudi ves ta kaos – to je točno tisto, kar se je zgodilo, kaos. Ali si lahko predstavljaš, da je bila za cel porodniški oddelek na voljo le ena sestra? Morala je skrbeti zame, za mojega zdravnika in za sosednjimi vrati se je odvijala prava drama (mrtvorojenec). Sem in tja, ti pravim! Telefon zvonil! Popolni kaos! Zdaj je vse to motno, ves tisti trušč. Točno tako je bilo – trušč in hrup - in ne vem, kaj vse se je dogajalo za sosednjimi vrati. Zdaj je postalno zamegljeno. Pomaknilo se je v ozadje.

R: V ozadje twoje izkušnje.

F: Točno. In zavedanje o tem, kaj se je dogajalo z menoj, se je izostriло.

E: (se obrne k Rossiju) Sedaj vidiš, kajne?

R: Vav, to je fantastično. Je to značilno za tvoj pristop – pustiš, da se tisto, kar je manj pomembno, umakne v ozadje, relevantne stvari pa se izostrijo?

E: Tako je. In psihoterapija bi bila veliko učinkovitejša, če bi to spoznal vsak.

R: Glavna naloga psihoterapije je omogočiti nepomembnim rečem, da se umaknejo v ozadje, v ospredju pa ostanejo le relevantne. To, kar počne hipnoterapija *par excellence*.

E: Tako je. In nisem poudaril vseh teh reči iz ozadja.

R: Pustil si, da so ostale v ozadju.

E: Pustil sem *njej*, da jih je pomaknila v ozadje. Ni vedela, zakaj se je to zgodilo, vedela ja samo, da sem rekel nekaj, kar je *zares* pomembno.

R: Obstaja zavedanje, ki beleži in je neodvisno od vedenja in razumevanja.

E: Da.

R: Klientka zelo dobro opiše kaos, ki je vodil do travmatične izkušnje, in učinek tvojih sugestij za senčenje tega kaosa, tako da se lahko zdaj veliko bolje osredotoča na sedanje doživljanje. To je odličen prikaz tvoje temeljne predpostavke, da hipnopsihoterapija lahko vodi v resintezo ter reorganizacijo neljubih in travmatičnih življenjskih izkušenj.

Oseba in fiziološki procesi

F: Zanima me in poskušala sem sama nekaj analizirati. Kakšen pomen ima vprašanje o občutkih v mojih prsih?

E: Lepo bi bilo vedeti, kako si ti to razumela.

F: [Gospa F ponovno poudari travmatičnost tega, da je bila psihološko nepripravljena na epiziotomijo in klešče, tako da je potem, ko je bilo vsega konec, čutila, kako se vsa trese. Tresenje se je v resnici nadaljevalo kar nekaj ur, preden se je poleglo.]

E: Dr. Moore je to omenil. Ali želiš, da ti povem, kaj še pomeni to tresenje?

F: No, zdravnik je rekel, da je to normalno. Ne vem. Kar daj, povej.

E: Rekla si: »Ne vem. Ti mi povej.«

F: No, vem le to, kar mi je zdravnik povedal – da je normalno. Rekel je, da je to sproščanje celotnega živčnega sistema.

E: Ne ve zares! Ti si to dobro opisala, pa še vedela nisi, kaj opisuješ. Zelo sem vesel, da si podoživila tresenje. Zelo sem vesel, da si ga ponovila.

R: To je tisto, na kar je dr. Moore mislil ob koncu našega zadnjega srečanja, ko je omenil »češnjo na vrhu torte«.

E: Da.

F: V vse to je vpletен um!

[Gospa F poudari, kako je njen um (misli, občutki idr.) zelo povezan z doživetjem poroda. Čeprav je kavdalna anestezija odrezala določene občutke, je še vedno lahko čutila velik pritisk in ritmične kontrakcije. Posmehovala se je razlagam svojega zdravnika, češ da gre samo za fiziološki proces.]

E: Ena oseba je v vse to vpletena.

F: Točno! Osebnost, za katero mislim, da je z njo vse skupaj povezano. To vse skupaj pojasni.

E: Ali hočeš, da ti povem, kako je v vse to vključena oseba?

F: Da.

R: Klientkina izjava o pomenu osebe in celotne osebnosti je zelo pomembna, saj je to v moderni medicini velikokrat prezro.

E: Da, veliko zdravnikov to težko razume.

Orgazem v procesu rojevanja: individualni vzoreci vedenja in razreševanja travmatične izkušnje

E: Samo malo še enkrat pomisli. Prišla boš zelo blizu temu, o čemer je dr. Rossi prepričan, da je mislil dr. Moore s »češnjo na vrhu torte«.

F: [Gospa F prične sedaj govoriti še o drugih podrobnostih obujenih spominov, povezanih z dogajanjem med porodom. O tem, kako je zdravnik ravnal z otrokovim telesom, o bojazni in občutkih, ki jih je doživila idr. Nato takole opiše, kako se je otrok nenadoma rodil:] Ko je otrok prišel ven, je bilo kot eksplozija! Na to me niso pripravili. Enostavno nisem bila pripravljena! Bil je nenavaden občutek – kot eksplozija. Bila sem osupla! Bilo je resnično osupljivo! Zares, to vse razloži, bilo je osupljivo!

E: [Erickson pripoveduje zgodbo »o tresenju od veselja«, ki ga doživijo ljudje, ko dosežejo pomembeni cilji]. In najlepši *orgazem*, ki ga lahko doživi ženska, je ob rojstvu otroka.

F: To je to, kar sem mislila! To je točno to, na kar sem pomislila! Resnično! Podobno je, ne šalim se. Med obojim je velika podobnost, kot z roko v roki ... Otrokov jok je bil kot glasba... Bila sem osupla, nisem mogla verjeti. [Gospa F sedaj prikliče še več spominov, kako je morala »poučiti« svojega mladega zdravnika o negovanju dojenčka, kdaj bi morala biti kakšna stvar opravljena, koliko bi moral merititi, o spolu otroka in drugih dejavnikih, povezanih z rojstvom]. Vedno sem bila korak pred njim.

E: Nezavedni um je briljanten.

F: Ali je nezavedno tisto, ki mi je vse to povedalo?

E: Tako je. Nekatere ženske zares vedo vse te stvari, vključno s tem, katerega spola bo otrok.

F: Zakaj je tako? Ali je moje nezavedno bolj v stiku oziroma uglašeno ali kaj?

E: Očitno si bila vzgojena na način *bodi sama svoja*. Tvoja »vzgoja« ni nikoli omejevala tvojega vedenja.

F: Torej je to neke vrste prizemljjenost.

R: To omogoča tvojemu naravnemu jazu biti to, kar je.

F: Brez prevzetnosti, da bi se vtikala v naravni tok dogodkov.

E: Videti je, da se takšni ženski ni treba skrivati pred samo seboj. Tako pogosto slišiš ljudi reči: »Niti pomisliti si ne upam.« In si res ne upajo.

R: Taki ljudje so se naučili omejevati svojo zaznavo in razumevanje.

F: [Gospa F ponovno obudi spomin na to, kako je bila ogorčena, ko je želeta bolj naraven porod, pa so ji to z moderno tehnologijo bolnišničnega poroda preprečili. Seansa se je nato zaključila s splošno razpravo o zanimivih naravnih stopnjah otrokovega razvoja, ki se jih mati tako veseli.]

MILTON H. ERICKSON:**VIDEO TRANSKRIPT HIPNOTERAPIJE
s klientko Monde**

Erickson (E): Torej Monde (M), tokrat bi želet, da si vzameš čas, da razviješ trans.
 Ne želim, da greš prehitro v trans.
 In ti veš, kako je zate to preprosto.
 (E se obrne k Nicku)
 In ker je tu Nick, bi rad, da opazuješ Mondin obraz.
 In tvoje nezavedno se bo veliko naučilo.
 Obrni se in glej, tako da jo boš lahko videl.
 (E se obrne k Monde)
 Ne tako hitro, Monde.
 Najprej se malo pogovoriva, ker bom v transu želet, da boš naredila nekaj pomembnega zase.
 In samo zase.
 Še vedno čakam.
 In ti veš, na kaj čakam.
 Tako ja (Mondin obraz se poravna):
 Tako ja.
 Vse dokler se ne zaprejo (Mondine oči se zaprejo).
 Zdaj pojdi globoko v trans, tako da se bo tvoje nezavedno lahko ukvarjalo z neizmerno veliko shrambo tvojih spominov.
 In rad bi, da se počutiš udobno.
 In med tem ko si v transu, bi rad, da začutiš prijeten hlad, ne preveč, da bi ti bilo mraz, ampak samo prijeten hlad – dovolj hladu, da si boš zaželeta, da bi ti bilo malo topleje.
 Zdaj, ko greš globlje in globlje v ta trans, je to kot, da bi potovala po prometni cesti in bi se peljala mimo enega prizora in drugega prizora v svojem življenju.
 In morda boš priklicala nekaj zelo lepega, na kar se nisi spomnila že leta.
 In mislim, da bi bilo najbolj zanimivo, če bi poiskala otroški spomin, na katerega se že leta nisi spomnila – na primer čas, ko si odkrila, da lahko vstaneš in je ves svet nenadoma zgledal drugačen.
 Svet nenadoma zgleda čudovit, ko vstaneš in se nič več ne plaziš.
 In lahko si še starejša, tako da se lahko skloniš in pogledaš na svet med svojima nogama.
 Torej lahko imaš čisto drug pogled na svet, pogled, kot si ga gledala in ti je bil zanimiv.
 In rad bi, da izbereš eno stvar, o kateri mi boš lahko povedala, o kateri lahko govorиш s tujci, jo podeliš.
 Nekaj zelo prijetnega, mikavnega.
 In tako kot pustiš, da se širi občutek prijetnega hladu, se lahko širi tudi občutek toplote in udobja v tvojih izkušnjah, ker dejansko izzarevajo.
 Zdaj se spomni, kako si opazovala Nickove roke, ko so se dvigale.

Sprašujem se, ali veš, katera od tvojih rok se bo pomaknila navzgor k tvojemu obrazu.
 In dvomim, da se bo dvigala in premikala hitro, gor proti tvojemu obrazu.
 Zdaj se začenjaš zavedati, katera je ta roka, ker ne boš popolnoma sigurna, dokler se ne bo dvignila s tvojega stegna.
 Gor gre. Hitreje. In hitreje. (Mondina leva roka in podlaket se rahlo dvigneta). Zdaj veš in ugaja ti, da veš.

In to je podobno tistemu občutku – gor proti tvojemu obrazu – občutku, ko si enkrat v svojem otroštvu odkrila, da tvoja roka pripada tebi.

In to je dobro, ko se to naučiš – gor proti tvojemu obrazu.

In tvoje nezavedno kaže ta nestrenen premik, ker tvoje nezavedno dovoli tvojemu zavestnemu umu, da uporabi tekoč premik;

In tvoje nezavedno to naredi bolj ali manj refleksno. (Mondina leva roka in podlaket se počasi dvigata).

In prej ali slej, ne vem točno kdaj, se boš vprašala o nečem, kar bi rada videla.

Ne vem, ali lahko odpreš oči in to vidiš; morda boš videla z zaprtimi očmi.

Nekaj, kar že dolgo nisi videla in te je takrat veselilo in si na to pozabila.

Včeraj zvečer sem se pogovarjal z mlado žensko in ni vedela, kaj je bil ta dober občutek.

Ampak držala je svojega psa in to je bilo preden je šla v šolo.

In nekatera upanja, ki si jih imela (Erickson rahlo potisne Mondino desno zapestje navzgor) v svojem otroštvu (Mondina desna roka in podlaket se dvigata).

In se bo dotaknila tvojega obraza; in ko se bo dotaknila tvojega obraza, ne boš mogla zadržati svoje leve, desne roke v tem položaju.

Zdaj je ne moreš spustiti, tvoja leva roka se mora najprej dotakniti tvojega obraza... Premika se gor.

Zdaj sva lahko ti in jaz tukaj sama. Tako ja. In jaz lahko govorim s komerkoli želim.

In Nick, ne želim, da že greš v trans. Ampak tvoje nezavedno se zdaj veliko uči; samo da ti še ne veš, kaj je to učenje.

Povedal ti bom, kaj je ena od stvari, ki se jih učiš.

In to je, da se začenja tvoja leva roka dvigati, ne da bi ti to nameraval.

In zdaj tvoje veke kažejo tvojo težo in tvoj obraz se je poravnal. (obrne se k Mondu)

In med tem, ko jaz govorim nekam drugam, si ti, Monde, globlje in globlje zaspala.

In zdaj pusti levo roko do obraza, tako da se bo lahko tvoja desna roka spustila.

Bližje in bližje. Samo še sedem centimetrov; šest in pol centimetrov. (Monde se nasmehne)

Ja, tako ja, všeč ti je.

In lahko boš presenečena, ker tvoja desna roka ve pred teboj, kdaj se leva roka dotakne obraza.

Bližje in bližje.

In morda lahko malo pogoljufaš, samo da ne veš, na kaj mislim. Tako ja, zdaj začenjaš goljufati.

Samo da ne veš, na kaj mislim;

ampak tvoje nezavedno ve in jaz ti bom pomagal prepoznati, kaj je to.

Glavo rahlo premikaš navzdol, tako da bo srečala tvojo roko. (Monde se nasmehne)

In upam, da uživaš tako kot si jaz želim.

In verjetno boš uživala še bolj, kot lahko vem jaz.

Kako bo prišlo do viška: se bo tvoja glava premikala navzdol in se dotaknila roke, ali pa se bo tvoja roka premikala navzgor in se dotaknila obraza?

Tega res ne veš, ampak boš odkrila.

Katera od obeh možnosti se bo zgodila?

Zdaj si za hip pomislila, da bo to tvoja roka.

Še vedno misliš, da bo roka – in ko se bo dotaknila, se bo tvoja desna roka spustila. (Mondina leva roka in obraz se dotakneta, desna roka se vrne na stegno.)

In zelo globoko.

Zdaj boš nekje v preteklosti naletela na srečen prizor.

In želim, da ga vizualiziraš. Srečen prizor.

In ga zagledaš in vzameš in neseš naprej.

Ne potrebno, da vzameš vse, samo srečo.

Poglejmo, če lahko malo odpreš oči in si lahko sama z meno.

In kje sva, ni pomembno. (Monde delno odpre oči).

Se spomniš zadnjič – vedela si, da vidiš vse. In videla si video posnetek, prizor, ki se ga nisi spomnila –

Kako je Herb držal zame znak, da sem ga prebral; in ti ga nisi videla v celoti.

In želim, da si pozorna samo name, med tem ko občutiš in vidiš prizor iz preteklosti.

Tvoja glava se bo premaknila nazaj, tako da me boš lahko gledala. (Mondina glava se premakne navzgor in nazaj, oči se široko odprejo in strmijo v Ericksona in njena leva roka ostaja dvignjena blizu obraza).

In doživelva boš novo učenje in videla samo mene.

In to je vse. Slišiš moj glas. In zdaj se boš spomnila zelo lepega, veselega dogodka iz svojega otroštva.

In rekel ti bom, da ga opiši.

M: Škropljenje v vodi.

E: Škropljenje v vodi?

M: Jezero.

E: Povej mi kaj več o tem.

M: To počnem čisto brezskrbno.

E: Kaj počneš?

M: Igram se čisto brezskrbno.

E: Čista brezskrbnost. In kje je voda? Ali še ne veš točno kje je?

M: Jezero je, ne morje. In jaz sem zelo majhna.

E: Lahko rečeš, da si visoka petdeset centimetrov? Ali sploh ne veš, kaj pomeni petdeset centimetrov?

M: Stara sem približno dve leti.

E: Oh, dve leti. Se ima zdaj dveletna Mondi lepo? In zapomni si vse te prijetne občutke, ker jih je veliko.

To je učenje.

Tako kot je učenje abecede in kot je učenje prepoznavanja črk in številk osnova za celotno kasnejše učenje branja, pisanja, računanja,

tako so dobri občutki škropljenja s čisto brezskrbnostjo v vodi –

nekaj kar si se naučila in kar je in bo ostalo s teboj kasneje v življenu in kar si in boš lahko izkoristila na različne načine.

In zdaj bi rad videl, da se vidiš tam čez, (E kratko pokaže na Mondino levo; Monde pogleda v tej smeri) ko delaš nekaj drugega, zelo lepega....

zjasnilo se bo, videla boš jasno.

Povej mi, kaj je to.

M: Lovim race.

E: Loviš race?

M: Skupino rac.

E: Skupino rac. In kako ti je všeč pogled na malo Monde?

M: Zelo brezskrbno.

E: Zelo brezskrbno.

In to je nekaj, kar lahko mala Monde uporabi v letih, ki prihajajo, a ne? Potrebno je, da se nauči uživati v tem.

Ker so na življenjski poti različne stvari in potrebno je, da se jih naučiš, in kasneje odkriješ, kako lahko naučeno uporabiš. Saj te ne zebe?

M: Ne.

E: Ti je udobno?

M: Ja.

E: Prijetno je, če ti je udobno, kajne?

Zdaj pa se spomni nečesa slabega iz obdobja preden si bila stara šest let in se opazuj, kako si to počela. Ker preden je otrok star šest let, ne more narediti ničesar takega, kar bi bilo zares slabo.

M: Brčnila sem v okno.

E: Kaj si naredila?

M: Brčnila sem v okno.

E: Si uživala v brcanju okna?

M: Bila sem šokirana, ko se je razbilo.

E: Bila si šokirana, da se je razbilo.

Dobro se je naučiti, kaj je to šok, ali ne? (M se smeji)

In razumevanje odraslega temelji na razumevanjih, ki jih dobimo. Kako se počutiš, ko si tukaj in ko si tam? (M pogleda na levo in se potem zastrmi v E)

M: Normalno.

E: Čisto normalno. In kako visoka si tam? (E rahlo usmeri glavo proti Mondini levi; Monde pogleda v smeri svoje leve)... Kje je okno?

M: To je šolsko okno.

E: In kje je razbito steklo?

M: V restavraciji.

E: Je kdo zraven?

M: Premlada sem bila, da bi lahko tam jedla kosilo, ampak jedilnica je polna ljudi. In na sebi imam rdeči dežni plašč. In mama me pobere ob dvanajstih.

E: Si lačna?

M: In imela bom težave.

E: Si lačna?

M: Nisem. Strah me je.

E: Zelo strah. Prestrašena mala Monde.

M: Ja.

E: In ali ne zgleda strah malega otroka drugačen, kot se dejansko zdi otroku?

Otrok vidi nekaj zelo velikega, vendar se ti lahko temu nasmejiš.

No in sedaj pojdiva do kakšne veselje stvari, ko si bila stara okoli deset let – nekaj kar si pozabilo, daleč nazaj ... Mi boš povedala o tem?

M: Ujela sem svojo prvo ribo.

E: Kako velika je bila riba?

M: Majhna riba.

E: Majhna riba. Zakaj nisi pokazala, kako velika je bila?

Nekaj čudnega se pravkar dogaja s teboj, ali ne? Jaz lahko naredim to (E dvigne svoji roki rahlo narazen predse)

M: Ne čutim povezave z ostalim delom svojega telesa.

E: Ne počutiš se povezana s svojim telesom. (M pogleda v smeri E): Z drugimi besedami, ali bi rada videla svoje odraslo telo, kako sedi (E rahlo pokaže na Mondino levo; M pogleda proti levi) na tistem stolu tam? In tvoj nezavedni um tukaj, (E se rahlo obrne proti levi in še vedno kaže), ampak tvoje telo je tam? Povej mi, v kakšnem položaju sediš? (E rahlo obrne glavo v smeri Mondine leve).

M: Moje noge so na tleh.

E: Kaj se dogaja?

M: Moje noge so na tleh.

E: Tvoje noge so na tleh, ja.

M: Moji prsti na nogah so obrnjeni navznoter.

E: (E spet sklene svoji roki in jih položi v naročje.) Zdaj bi rad...

M: Nagibam se v levo.

E: Kaj se dogaja?

M: Nagibam se v levo.

E: Povedal ti bom še nekaj drugega, kar je zanimivo – ja?

M: Moja ruka je še vedno zgoraj.

E: Tvoja ruka je še vedno zgoraj; in zdaj veš, da je ne moreš spustiti (M se smeji).

Edini način, da jo boš lahko spustila, je tako, da se bo desna ruka dvignila z isto hitrostjo kot se bo leva spustila... Oh, lahko poskusiliš še močneje. (M gleda v smeri E in potem strmi v levo, potem se M smeji) – veliko močneje, želim akcijo.

M: Prelena sem.

E: Kaj se dogaja?

M: Mislim, da sem prelena.

E: Misliš, da si prelena?

M: Udobno mi je.

E: Udobno ti je, zelo udobno.

M: Ja...

E: To je položaj, v katerem ti je prijetno, zdaj, v prihodnosti. In v tem trenutku, čeprav lahko premikaš roke samo določen način, se počutiš udobno, ali ne?

M: Ja.

E: In lahko se počutiš udobno v gneči?...

Nekaj bi ti rad povedal. Vsak je kot njegov prstni odtis.

Vsak ima svojega. In nikoli ne bo nihče tak, kot si ti.

In pomembno je, da se veseliš – vedno, da si ti, enkratna.

In tega ne moreš spremeniti – tako kot se ne da spremeniti prstnih odtisov.

In želim, da imaš ta občutek varnosti, kot si ga imela, ko si škropila po vodi in ko si ujela svojo ribico.

Isti občutek varnosti, kot ga imaš celo sedaj, ko lahko premikaš roke samo v smeri, ki sem jo jaz določil.

In lahko se boš počutila prijetno, kadarkoli boš želeta. (M strmi v E)

Misliš, da ti moram to dokazati? V redu.

Takojo, ko boš zaprla oči, se boš začela počutiti neudobno (Mondine oči se zaprejo).

In počutila se boš udobno, takoj ko jih boš odprla, ampak ne boš jih mogla takoj odpreti. In počutila se boš res neprijetno – zelo. (M trzne) (M mežika z očmi)

Zdaj (Monde odpre oči in strmi v levo) veš, kaj naj narediš, da se boš počutila prijetno; (M gleda proti E) potem boš imela več poguma, ali ne? (M se smeji in gleda v smeri proti levi)

Počutila si se neprijetno, ali ne? (M pritrdilno prikima).

Kakšen (M gleda proti E) občutek je bil to?

M: Kot da bi pravkar morala (M zmahuje z glavo horizontalno, rahlo pripre oči in se nato zastrmi v E) premakniti svoje roke.

E: Kot če bi morala premakniti roke.

Kaj pa ko bi izbrala nekaj drugega, kar je še bolj neprijetno?

Nekaj najhujšega, kar se lahko spomniš.

Zapri oči in začuti to neugodje, s tem da hkrati veš, da to lahko obvladaš, tako da odpreš oči.

Zdaj najprej temeljito začuti, najbolj neprijeten občutek, ki si ga kdaj imela.

Zapri oči in ga občuti... (M zapira oči).

In lahko si privoščiš, da trpiš in se obupno počutiš, ker veš, da ko boš zares popolnoma začutila, lahko odpreš oči in ta občutek preženeš...

Ampak res razišči ta neprjetni občutek...

Ni tako grozen, kot si mislila...

Zdaj ga doživljaš...

Ali ga imaš dovolj? (M se smeji in pritrilno pokima)

Ti (M odpre oči in pogleda proti levi) veš, kaj naj narediš.

Zdaj želim, da pogledaš dveletno Monde ...

Kaj zdaj počne?

M: Teče.

E: Teče? Zdaj jo poglej, ko je z racami ... Kaj počne?

M: Daje jim drobtine.

E: Daje jim drobtine ... Kako jasno vidiš race?

M: Zelo so jasne.

E: Koliko jih je?

M: Približno dvanajst.

E: Rekla si približno dvanajst. Lahko šteješ do dvanajst?

M: (M se nasmehne) ... Lahko do deset.

E: Lahko do deset. Tako je ... Lahko poskušaš karkoli in to obvladaš ... In zdaj to razbito okno – te je mama udarila?

M: Ja.

E: Zapri...

M: Kaznovala me je za to.

E: Zapri oči.

M: Brez mojega dovoljenja.

E: Zapri oči, (M zapre oči) začuti te udarce zdaj. (M trzne) ... Začuti to zelo intenzivno.

To so bili močni udarci, ali ne? (M odpre oči, pogleda proti levi in potem proti E) ...

Kako se počutiš, ko si tepena? (M pogleda proti levi)

M: Huje je pred tem, kot med (M gleda proti E) ali po tem. (M za kratek čas zapre oči, se smehlja in gleda proti E)

E: In med tem, ko se dogaja, misliš, da tega ne boš prezivila, kajne? (M se nasmehne in pogleda proti levi) ... Ali ni tako z vsemi težavami?

M: Mhm ...

E: Ampak prezivila si te udarce ... In lahko preživiš (M gleda proti E) tudi ostale težave ...

Ali bi rada bila še tepena? (M gleda proti levi, se smehlja in odkimava)

V redu, boš dobila še ... (M pogleda proti E).

In to zelo močno. In to takoj, ko boš zaprla oči.

In želiš si, da se ne bi zaprle.

M: (M pogleda proti levi) Ne, hočem vedeti, kdo me bo udaril.

E: Vedeti hočeš?

Vedela boš, ko bodo tvoje oči zaprte ... To bodo močni udarci. (M pogleda proti E in potem proti levi)

In če se boš izogibala udarcem, se bodo oči zaprle in ostale zaprte. Veke se spuščajo zdaj (Mondine oči se zaprejo in ona trzne).

In v tebi bo sovraštvo, zaradi teh udarcev – sovraštvo in jeza in bolečina ...

Začuti vse ... (solzi se pojavitva v obeh Mondinih očesih).

In začutila boš nekaj kot »nikoli več« ...

In začutila boš »lahko preživim vse to in nikoli več ne bo teh udarcev in tega sovraštva in te jeze« ...

In naj te tvoja zadnjica še vedno boli, tudi po tem ko boš odprla oči ... (Mondine oči se odprejo).

In povej mi o (Mondine oči gledajo proti desni) teh bolečih občutkih. (Mondine oči gledajo proti levi) ...

Ni potrebno, da se spomniš dogodka, ampak lahko se spomniš občutkov. (M gleda proti E in potem proti levi) ...

Kako se počuti tvoja zadnjica? (M gleda v smeri E in potem proti levi)

M: Boli zaradi ščetke za lase.

E: Kot da jo je tepla ščetka za lase.

Ali je v redu (M pogleda proti E), da poveš meni in tujcem o dogodku? (M gleda proti levi) ...

Tvoje nezavedno ve vse (M pogleda proti E) o tem – verjetno več kot tvoje zavestno.

In tvoje nezavedno lahko prikrije tebi in tvojemu zavestnemu umu karkoli, za kar želi, da ostane nezavedno. In tako lahko zmanjšaš bolečino. Se strinjaš s tem?

(M prikima)

In ti lahko narediš tako v prihodnosti z mnogimi stvarmi ...

In zdaj dveletna Monde, Monde, ki razbije okno, in Monde, ki preganja race, in Monde, ki hrani race, zraste v odraslo Monde.

M: Ne še (M gleda proti levi).

E: In srečala bo mene.

Samo da me Monde, ki razbije okno, (M pogleda proti E) in Monde, ki preganja race, in Monde, ki škropi vodo, ne pozna ... Ampak odrasla Monde me pozna (ja) – tista, ki se počuti prijetno in varno.

Tista, ki ve, da ko te nekaj prizadene, lahko zapreš oči in jih potem odpreš.

In pokaži mi, kaj boš naredila, ko te bo nekaj prizadelo in se ne boš počutila varno ali boš negotova (Mondine oči pogledajo v levo, se počasi zaprejo, počasi odprejo in potem hitro zaprejo) ...

In potrebuješ ves ta čas, ali ne? (Mondine oči se odprejo in gleda proti levi) ...

Pokaži mi, kako hitro lahko zapreš (M pogleda proti E) oči in preženeš neudobje.

In ko jih odpreš, neprjetni občutki izginejo. (M pogleda proti levi in počasi pomežika)

Niti ni potrebno, da se spomniš, kaj so bili ti neprjetni občutki. (M pogleda proti E)

Mimogrede, ali ti je prijetno?

M: Ja.

E: Zdaj te bom za kratek čas prebudil.

In vprašal te bom nekaj, kar bo pri tebi povzročilo neugodje. Kratko. Ali bo to v redu?

M: Ja.

E: Vprašal te bom dve stvari o tebi, ali bo to v redu? (M prikima) ...

Po tem, ko te bom zbudil, bom hotel, da ugotoviš, kako strašno vroče je tukaj – in kako ne moreš premakniti svoje leve roke –

In če se boš želeta jeziti name, ker je tako vroče, ali boš to napravila?

M: Ja.

E: In jaz bom užival, ko se boš jezila. Zdaj zapri oči. (Mondine oči se zaprejo)

Tvoj nezavedni um se je veliko naučil. Ve, da lahko deluje sam zase.

Tvoj zavestni um se lahko uči od njega, lahko uporabi znanje, ki ga ima nezavedni um;

Tvoj nezavedni um tudi lahko poseže nazaj v preteklost in izbere eno, dve, tri stvari – celo dvanajst rac.

Dal sem ti nalogo. Dve nalogi. Neugodje in negibno roko.

Kaj misliš, katero hočeš najprej odstraniti? Neugodje ali roko?

In ne veš; ampak tvoj nezavedni um ti bo omogočil, da odkriješ.

Zdaj pa se počasi in sproščeno zbudi. (M odpre oči, se smehlja, se obrne na desno in gleda E)
Živjo Monde.

M: Oj ... (M gleda svojo desno roko, jo premakne in pogleda naokoli) Vroče je.

E: A je tam kaj zanimivega? (M pogleda E)

M: Hm?

E: Ali je tam kaj zanimivega?

M: Moja roka?

E: Mhm.

M: Poti se.

E: Poti se. (M pogleda svojo desno roko)

M: Ja, vroče je tukaj.

E: Vroče je. (M pogleda in premakne desno roko) ... Katera roka ima daljšo življensko črto?
(M obrne glavo v levo in desno, pogleda svojo desno dlan in se nasmehne)

M: Ne vem, druge ne morem pogledati (M premakne glavo navzdol)

E: Kako to misliš, da ne moreš pogledati druge? Poglej me v oči in mi povej (M premakne glavo navzgor in pogleda E), da ne moreš pogledati druge.

Ali pričakuješ, da ti bom to verjel?

**M: Ja, pričakujem, da ... To je zelo čuden občutek. Je tako, kot da druga roka ni moja,
tako lahka je. Kar visi tam, ni povezana z menoj.**

E: Ni povezana. Tvoja je, ali ne?

M: Mislim da (M pogleda svojo levo roko in potem navzdol).

E: Kaj misliš, kdaj jo boš lahko premaknila?

M: (M pogleda E) Ko bo postal neprijetno.

E: Ko bo postal neprijetno ... (E obrne glavo na njegovo desno, pogleda proti Mondini levi in pogleda M) Ali bi, prosim, porinila moj invalidski voziček tja?

**M: Porinila vaš voziček? (M z desno roko pokaže na svojo levo roko). Ali naj vstanem,
da ga premaknem?**

E: Ne poznam drugega načina.

M: (M vstane in njena leva roka pade dol) Pravkar sem premaknila mojo roko.

E: Lahko premikaš svoje roke. (M sede, sklene roki in pogleda E) Ali je to edini način, da ugotoviš, ali lahko premikaš svoje roke?

**M: Torej, ni se odzivala. Jaz - (M premakne obe roki) bilo je, kot, da ni del mene. Bilo je
zelo prijetno; bilo je prijetno pustiti jo samo.**

E: Kako zelo prijetno je bilo, če si jo pustila samo. Kako se tvoja roka počuti prav zdaj?

M: Normalno.

E: Normalno – ne utrujeno?

M: Ne.

E: Je tukaj še vedno vroče?

M: Ja, še vedno je zelo vroče. (M si obriše čelo z levo roko)

E: Ne skrbi. Hladen vetrič bo prišel. V redu.

Between hypnosis and psychoanalysis - the forgotten links

Med hipnozo in psihoanalizo - pozabljene povezave

ABSTRACT

The purpose of this article is to examine the connection between psychoanalysis and hypnosis, with particular emphasis on the concepts of transference and suggestion. This examination applies the hermeneutic method to the relevant texts of Freud, Ferenczi and many others. The main hypothesis is that psychoanalysts today still utilize Freud's hypnotic technique and its understanding of human communication, but use different professional jargon. This is a consequence of the repression within the analytic movement itself; this defense mechanism has its reasons that are discussed in the article. Freud painstakingly created deliberate boundaries between psychoanalysis and occult practices. However, he also acknowledged that psychoanalysis has inherited much of its practice and theory from hypnosis, which, in turn, connects with the transference phenomena. Over the last century, hypnosis has evolved in its role and position with regards to psychoanalysis. From Freud's acknowledgement above, it is evident that psychoanalysis is derived from hypnosis. Thus, one of the theoretical goals of this article is to investigate "the genealogical tree" of hypnosis to psychoanalysis with its "modern fruit". Freud and, later, his pupils, such as Jung, Ferenczi, and Stekel carried out a psychoanalytical dissection of the "older sister" hypnosis, illuminating the path for the generations of analysts to come. The results of the scientific research address two levels: the level of ideas and the level of personages; and the interrelationship between them.

Keywords: transference, suggestion, magnetism, psychoanalysis, hypnosis, group, crowd, history of psychotherapy

POVZETEK

Namen tega članka je s hermenevtično metodo v tekstih Freuda, Ferenczija in drugih avtorjev raziskati povezave med psihoanalizo in hipnozo, s posebnim poudarkom na konceptih transferja in sugestije. Glavna hipoteza je, da psihoanaliza danes še vedno uporablja Freudovo hipnotsko tehniko in njegovo razumevanje človeške komunikacije, vendar uporablja drugačen strokovni besednjak. To je posledica potlačevanja znotraj psihoanalitičnega gibanja; ta obrambni mehanizem ima razloge, o katerih je govora

¹ Mag. pth. Mariia Lenherr, MSc., Sigmund Freud University Vienna, contact@psychotherapeutin.work, +43 650 881 89 44

v članku. Freud je skrbno in premišljeno začrtal meje med psihoanalizo in okultnimi praksami. Vendar je hkrati priznal, da je psihoanaliza prevzela veliko iz prakse in teorije hipnoze, kar je povezano s fenomeni transferja. V zadnjih sto letih se je hipnoza v odnosu do psihoanalize razvila glede na svoj položaj in vlogo. Od Freudovega priznanja zgoraj je jasno, da psihoanaliza izvira iz hipnoze. Tako je eden od teoretičnih ciljev tega članka raziskati "rodonik", ki se razteza od hipnoze do psihoanalize kot "sodobnega sadeža". Freud in kasneje njegovi učenci, kot so bili Jung, Ferenczi, in Stekel, so izvedli psihoanalitično seciranje "starejše sestre" hipnoze in tako osvetlili pot generacijam psihoanalitikov, ki so sledile. Rezultati proučevanja v tem članku naslavljajo dve ravni: raven idej in raven osebnosti ter odnose med njimi.

Ključne besede: transfer, sugestija, magnetizem, psihoanaliza, hipnoza, skupina, množica, zgodovina psihoterapije

Introduction

The past is never dead. It's not even past.

Faulkner (1951)

This article aims to investigate the correlation between hypnotic suggestion and transference in psychoanalysis on two major levels: historical and theoretical. In the historical overview, the relationship between 'early' Freud and his first students is investigated, and how their relationships influenced their ideas and vice versa.

Neurotic conflict can be dealt with in two ways: by increasing or reducing the defense. The first approach can be represented by the old usage of hypnotic suggestion in which a doctor, using his or her authority, prohibits the production of symptoms. The second approach is psychoanalytic, where repression is reduced by means of interpretation (Fenichel, 1945: 556). These two ways might seem opposite but both use the transference phenomenon. Freud stated that the development and establishment of "the transference neurosis" is a necessary step in the therapy. This type of neurosis gives the patient a chance to experience a reincarnation of his / her early objects and a relation to them (benign or threatening) in the analytic situation (Fenichel, 1945: 559).

Early Freud and the story of Aesculapius

"... there was something seductive in working with hypnotism. For the first time there was a sense of having overcome one's helplessness; and it was highly flattering to enjoy the reputation of a miracle-worker."
(Freud, 1925: 17)

Medicine and magic are deeply interrelated. Man is bound by the belief that when there is a need for help, there is someone who can provide relief (Zilboorg & Henry, 1941). Yet, when the problem is solved and the wound is healed, how do we know for certain, what really worked - professional intervention or faith?

From the phenomena of 'a royal touch', a cure in the form of the laying on of hands on a person suffering from scrofula, performed by English and French monarchs (Bloch,

1924; Finley-Crosswhite, 2003) to the recent studies of a placebo effect that proved that patients' improvements are independent of their awareness of the placebo treatment, the power of a human's faith in the healer and a readiness to believe, which doubtless has an infantile basis, was and remains impressive (Kaptchuk, 2010; Peciña, 2015). This is also relevant for psychotherapy. As Fenichel justifiably writes: "The more a psychotherapist succeeds in giving the impression of having magical powers, of still being the representative of God as the priest-doctors once were, the more he meets the longing of his patients for magical help." (Fenichel, 1945: 562). In modern desecularized societies psychotherapists are not seen any more as possessing some super powers in a religious sense, but if we scrutinize religion in Freud's terms, to see god as a mighty father, then a modern psychotherapist still possesses the features of a 'soother-through-the-knowledge', as any suffering unavoidably facilitates psychic regression.

This inevitably invites other associative dichotomies: reality versus fantasy; inner world versus outer life; knowledge versus belief; science versus religion. They are like Siamese twins in the history of mankind, and it is worthwhile reflecting on some peculiar curvatures of time and geography to establish which is in favour now. It is probably a proper time and loci to remember a story, which is so old that it is impossible anymore to extricate truth from the myth, the story of medicine.

In ancient Greece, healing practices that later developed into the science of medicine were closely connected with the name of Aesculapius (Asclepius), the son of Apollo and the Nymph Koronis. He was a pupil of Chiron, in the arts of healing and hunting. All of these characters have their own fascinating stories, each worth separate scrutiny. It is remarkable, that Chiron was not just a healer and a teacher, but also a magnetiser and astrologist (Smith, 1870). Hence, the myth of medicine has magic in its origins. 'Magic', as described here and further in this article, is based on the definition from the Merriam Webster Dictionary, i.e., the use of means (such as charms or spells) believed to have supernatural powers over natural forces. After having finished his education, Aesculapius founded a chain of healing centres, temples (prototypes of modern hospitals), which were very popular and remained high in demand even after his death. The temples of Aesculapius were supposedly situated in places of natural beauty, which provided a psychotherapeutic atmosphere.

It is believed that priests and monks worked in these temples. To ascertain the right treatment, the patient had to spend the night in a sleeping room in the expectation that the god Aesculapius would appear in a dream and prescribe the cure. On the following day, the patient narrated his dream to the priest of Aesculapius and was given a treatment, according to the explanation in the dream. There is good evidence that in many cases the temple priests impersonated Aesculapius in describing the cure to the dormant patients (Veith, 1965). It is highly plausible that priests may have used hypnosis (Edelstein, 1945). Patients could also exercise in the nearby gymsnasiums and take baths in healing water. These procedures resemble the practices of treating hysterics just a few centuries ago - with suggestion, spooks and thermal baths. Glover once suggested that these prescriptions were an artificial external conversion, in a way - exaggerated expressions of the patient's conflicts (Glover in Fenichel 1945: 557). If one looks at the story of Aesculapius on the metaphorical, or symbolic level, one finds there all the attributes of the psychoanalytic method: the tranquil scenery, dreaming / dormant / trance-like / hypnotic state of mind, focus on the unconscious material (dreams), couch, which induces relaxation and

regression and the priest-interpreter, "the Big Knowing Other." Thus, the ball of threads known as psychoanalysis may be rolled far back in the timeline.

In his *Short Account of Psychoanalysis*, published in 1924, Freud explicitly stated that "although psychoanalysis is believed to be born in the 20th century, any history must begin with an account of influences which determined its origin and should not overlook the times and circumstances that preceded its creation" (Freud, 1924: 191). Apparently, that 'early Freud' was the Freud with a keen interest in hypnotism. Hypnotism is understood in this article as the art of inducing hypnosis, an altered state of mind, in comparison to (animal) magnetism, which did not use the second signal system (speech) that much, whereas in hypnosis the speech and persona of the hypnotizer were of the utmost importance. Very early in psychoanalytic history Freud (1893, 1895, 1901), a believer in ancient European civilizations and mythology, pointed out that (hysterical) symptoms, dreams and myths are organized by the same principles as in unconscious life. Modern researchers of the history of psychoanalysis state that "theories of animal magnetism and somnambulism proved to be the most significant antecedents of modern hypnosis research." (Gyimesi, 2017)

Freud (1925) asserted that from the very beginning of its history, the only aim of psychoanalysis was to understand so-called 'functional' nervous diseases, in order to overcome the professional impotence of classic medicine. At that time, psychology and psychic phenomena were outcast from the materialistically oriented health system, left to be a relative of art, philosophy and mysticism. Hysteria was the first riddle that proved that the health professionals could be helpless despite all the medical procedures deemed modern for that time.

In his Autobiographical study Freud (1925) explains that his therapeutic arsenal for treating nervous patients consisted of electrotherapy, which was totally worthless, as he found later, and hypnosis: "It thus came about, as a matter of course, that in the first years of my activity as a physician my principal instrument of work, apart from haphazard and unsystematic psychotherapeutic methods, was hypnotic suggestion." (Freud, 1925: 16-17). While in his student years Freud was already convinced by the phenomena he observed during public exhibitions given by Hansen, the 'magnetist', following which, he obtained further practical experience in Paris and Nancy. By all accounts, he was 'mesmerized' by hypnotic sessions, which fueled the further development of his ideas. He wrote: "I was a spectator of Bernheim's astonishing experiments upon his hospital patients, and I received the profoundest impression of the possibility that there could be powerful mental processes which nevertheless remained hidden from the consciousness of men." (Freud, 1985: 25).

It is common knowledge that many of Freud's ideas were moulded in his letters to Wilhelm Fliess. On December 28, 1887 he wrote: "I have thrown myself into hypnosis and have achieved all sorts of small but noteworthy successes." (Freud, 1985: 17). Nevertheless, for him, the foggy aura of suspense surrounding hypnotism, was irritating and intolerable. He wanted to explore its depths and to have a scientific explanation for what he had discovered. However, he did defend hypnotic-suggestive therapy, in his little-known unpublished article which was mentioned in the "*Internationale klinische Rundschau*" (6 (1892): 814-818). At that time hypnosis was criticized for being a purely symptomatic treatment. Freud argued that this definition would apply to most of the treatment methods. He was aiming to develop a causal therapy: "In hysteria, there is however a case in which

hypnosis enables us (to carry out) a real treatment, but the speaker does not wish to speak further of it at this time." Here we read another limitation of hypnosis - resistance in a post-hypnotic state observed in the patients, which resulted in Freud moving away from hypnosis. He carefully considered hypnosis and adapted its techniques for a 'young' psychoanalytic science. Strachey writes: "I have found a previously unnoticed source in "*Neue freie Presse*", 6 (1904):10. Th. Thomas, writing on 'magnetische Menschen', makes the following observation : "Professor Freud says: 'Mankind has always harboured the longing to be able to open all secrets with a single key. Such a "key-word" has always been magnetism. It was and remains a word of great suggestive meaning. And it is also understandable that the mysterious power of the magnet, which has distant effects, should also have an effect on our fantasies. A factual effect of the magnet on man, or of man on the magnet, is of course out of the question."

In *Group Psychology and the Analysis of the Ego* (1921: 26) Freud was impressed, though expressing his antipathy to suggestion: "Such, too, was the opinion of Bernheim, of whose astonishing arts I was a witness in the year 1889. But I can remember even then feeling a muffled hostility to this tyranny of suggestion. When a patient who showed himself unamenable was met with the shout: 'What are you doing', I said to myself that this was an evident injustice and an act of violence. For the man certainly had a right to counter-suggestions if people were trying to subdue him with suggestions." This statement could be interpreted as a 'reverse echo' to the 'active technique' of Ferenczi, which brought him to an uneasy estrangement from Freud.

As early as in *The studies of Hysteria* (1893) Freud began to look skeptically at the theory of hypnoid states. Finally, in his five lectures Freud writes: "Breuer's theory of hypnoid states turned out to be impending and unnecessary, and it has been dropped by psychoanalysis today." (Freud, 1985: 411). The first successful attempts to treat hysterics were undertaken by hypnotists, and as a consequence, doctors could no longer ignore hypnotic phenomena. The work of Bernheim and Heidenhain should also be mentioned. The crucial point here is that the phenomena of inner reality was recognized. Freud gives further credits to hypnotism in the next passage, which is worth quoting in full:

"Two fundamental and unforgettable lessons could not fail to be drawn from hypnotism. First, one was giving convincing proof that striking somatic changes could after all be brought about solely by mental influences, which in this case one had oneself set in motion. Secondly, one received the clearest impression - especially from the subject after hypnosis - of the existence of mental processes that one could only describe as 'unconscious'. The 'unconscious' had, it is true, long been under discussion among philosophers as a theoretical concept; but now for the first time, in the phenomena of hypnotism, it became something actual, tangible and subject to experiment. Apart from all this, hypnotic phenomena showed an unmistakable similarity to the manifestations of some neuroses." (Freud, 1924: 192)

Here Freud explicitly states that the unconscious was first shown and proved to exist during hypnotic séances. It is plausible that the history of psychoanalysis as we know it started when unconsciousness was determined as an inevitable part of the human psyche and as an object for scientific research. Along with a mechanism of repression, the invention of the concept of unconsciousness allowed Freud and his first followers to develop other crucial analytical concepts: psychic structure of the human mind, defense

mechanisms, transference. The latter, however, will be discussed later in this article.

Freud translated into German two books by Hippolyte Bernheim. His translation of *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, appeared in 1888 with a title in German *Die Suggestion und Ihre Heilwirkung*. The second book was *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: Études nouvelles*, with a preface by Bernheim dated Nancy, August 20, 1890. The book was published in German as *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie* and contains just one footnote by Freud, on page 121 of his translation. Commenting on Bernheim's phrase, "In short, the brain of the newborn is uncompleted anatomically as well as psychologically," Freud writes: "This section contains some statements which are not on the level of present-day science, although correcting them does not interfere with the author's reasoning. Numerous experiments, most recently by Exner and Paneth, prove that the cerebral cortex responds to stimulation even in the newborn animal. Whoever believes that the brain of the newborn 'barely contains a few rudimentary neural tubes' underestimates the structure of this organ to an extraordinary extent." It seems, that in this short footnote, is reflected the quintessence of why Freud, deeply versed in the scientific tradition of radical rationalism in which he had grown up, gradually lost interest in occult practices and abandoned hypnotism in the early years of psychoanalysis. Hypnotic method was not modern and scientific enough for Freud, which perfectly exemplifies Oedipal logic: to reach a father and to go beyond the father's capabilities, to strive for separation and individuation. This schemata was repeated later by Freud's disciples, when Freud himself played the role of the father.

Freud improvised with the technique himself and also learned a great deal from another medical doctor, who practiced hypnosis, Josef Breuer. At that time Breuer was treating Bertha Pappenheim, a young and intelligent Jewish woman, probably more known as Anna O. Freud intuitively felt that success and regression in Anna O.'s therapy depended strongly on the relationship between the doctor (Breuer) and the patient. In his essay, Freud asserted, "to cure the patient Breuer utilized the most intensive rapport which may serve as a prototype of that which we call "transference" (Freud, 1914: 5). Obviously, Breuer was overwhelmed by the intensity of the unconscious sexual component on both sides and terminated the treatment. Psychodynamically, Breuer took the place of Anna O.'s beloved and lost father, and the erotic transference that she developed towards her doctor was a poly-dimensional defense: against the acceptance of loss of her father and the guilt connected with his death; and as a resistance to analyze her unconscious aggressive impulses, both object-oriented and narcissistic in nature. Back then, the phenomena of transference and countertransference were still largely unknown.

Freud creatively used the knowledge he had gained from his respected and admired teachers, Bernheim and Breuer, but eventually he abandoned them and their ideas to 'make it his way.' It would not be an exaggeration to suggest that, today we use free association and interpretation tools, where hypnosis was once applied.

First generation researchers beyond Freud: Stekel, Jung and Ferenczi

A considerable number of the early pupils and followers of Freud were interested in and researched other topics besides psychoanalysis. Some fields were complementary to each other: telepathy and suggestibility, dreams and hypnosis. It is useful to mention here

Wilhelm Stekel, Sandor Ferenczi, and Carl Gustav Jung, among others. However, the topic of innovation in the inventive approach of psychoanalysis came to be very sensitive for Freud. Many splits occurred because of the topic of hypnotism. Freud, as a teacher was known to have imposed a choice between submission and rebellion on his scholars. It is a known fact, that after a schism took place, Freud would not shake hands or, even, notice, his ex-pupils (Rudnytsky, 2002: 111).

In 1913, Wilhelm Stekel, one of the earliest disciples of Freud, published an article on his research of telepathic dreams, which he collected during the Great War, where he 'had proved' the existence of telepathic dreams (Stekel, 1950). Indeed, dreaming and hypnosis could be seen as related, members of one phenomenological family. In both cases, the common denominator is an altered state of mind, regressive, when the material from the unconsciousness is accessible. The Merriam Webster Dictionary defines hypnosis as "a trancelike state that resembles sleep but is induced by a person whose suggestions are readily accepted by the subject." Stekel published his essay in the journal *Psychische Studien* dedicated to parapsychological issues, which was founded by the Russian spiritualist Alexander Aksakov in 1874 (Gyimesi, 2017: 41-68). Stekel was Freud's analysand for eight hours, before changing his role to become one of the Freud's first colleagues. They disagreed on the setting of psychoanalytic treatment, Stekel insisted that its duration should be much shorter and the position of the analyst should be much more active (Goddemeier, 2015: 318-319).

It is a known fact that another early disciple of Freud, and later dissident, Carl Gustav Jung was very much involved in spiritualism; several of his family members were practising spiritualists. In his dissertation, Jung examined a young woman, who was a medium and a member of his family. He combined his interest in parapsychology with his psychological interests, but he could not combine it with Freud and his psychoanalysis. Jung's taxonomy of archetypes, highly appreciated by many artists and writers, has indisputably inherited mystical traits, whereas Freud was engaged in what Max Weber has called 'the disenchantment of the world' (die Entzauberung der Welt) which he saw as a necessary step, for the individual and for humanity, in the development of greater maturity and necessary inhibition of drives, especially of the aggressive ones. In his work *Psychopathology of Everyday Life* Freud states: "I am sorry to confess that I belong to that class of unworthy individuals before whom the spirits cease their activities and the supernatural disappears so that I have never been in a position to experience anything personally that would stimulate belief in the miraculous." (Freud, 1901: 312). Jung, for his part, was in search of enchantment, a Holy Grail, a healing vision, fantasy or, even, illusion, which could undo or compensate for the ills of the world, for all the ugliness, misery, and triviality of human life and human weakness. (e. g. Jung, [1934-1954] 1967; 1948; 2009).

Sandor Ferenczi suggested many innovative ideas in understanding the theory and technique of psychoanalysis. Karen Horney later revived his feminist critique of "the master". Analysing his experience with both suggestion and psychoanalysis, Ferenczi presumed that hypnosis can operate because the hypnotizer awakens in the hypnotized subject the same feelings of love and fear she/he had for the parents of his/her childhood. A suggestion is, for Ferenczi, a form of transference. The medium feels for the hypnotizer the same unconscious love s/he had felt as a child for his parents. Ferenczi's paper (1952: 92-93) concludes: "...the application of suggestion and hypnosis consists in the deliberate

establishment of conditions under which the tendency to blind belief and uncritical obedience present in everyone, but usually repressed by the censor may unconsciously be transferred to the person hypnotising or suggesting." Unfortunately, Ferenczi's ideas cost him membership in the psychoanalytic society and Freud's favour.

We would have had a different psychoanalysis today if Freud could have let himself be more open with his followers. To be addressed was the fact that the experiments of the early psychoanalysts with suggestion and hypnotism constituted fruitful soil for exploration in the fields of transference and others. As André Haynal has pointed out, it was through the experiments of Freud and Ferenczi in the field of thought-transference that ideas on intersubjectivity, transference, countertransference, introjection, and projection emerged (Haynal and Falzeder, 2003: 467-478). In this sense, the interest of early psychoanalysts with the so-called 'occult' was an important component in the evolution of psychoanalysis. 'Occult' is understood here as a synonym to 'magic'.

Other psychoanalysts, like György Hidas also emphasized the intersubjective dimensions and the significance of Ferenczi's telepathy experiments in the development of his ideas on countertransference (Gyimesi, 2017). Hypnotism was a highly stimulating and controversial topic for psychoanalysts of the first generation. Dynamically it served as space for separation-individuation processes from 'the mighty father', Freud, and 'his' psychoanalysis, which was the psychoanalysis at the time. The topics of telepathy, occultism, and hypnosis were relatively soon used (and, probably, misused) by early psychoanalytic theoreticians as a litmus test for their interpersonal relationships, which bring us back once again to intersubjectivity. For example, Freud's paper *Psychopathology of everyday life* (1901) is full of references to examples and cases from Jung and Ferenczi.

In his later essay, Ferenczi suggests 'an anxiety-provoking idea', when he writes, "that the Father must die when the son grows up, explains (Freud's) fear of allowing any of his sons to become independent" (Ferenczi, 1985: 184-185).

The fields of interest of his pupils certainly influenced the direction of Freud's own scientific interests. But it was this circulation of reciprocal ideas which might have endangered the hierarchy in the early analytical 'family', where Freud needed to preserve his position at the top of the pyramid. Some researchers, like Gori (1996) have analyzed this situation in terms of the transference relationships between disciples and master. He explains Ferenczi and Jung's interest in thought transference as "acting out" towards Freud in the absence of a real didactic framework (Gori, 1996).

If we step out of the rigidity of historicism, we may think of the analytical constellation, psychoanalytically, as of a problem of borders. Magic and supernatural powers know no borders, and this, by and large, constitutes their dread and appeal. Whereas ghosts were often the guardians of the margins and boundaries, they had respect for structure. This brings us to the novel of "Vij" (1835), written by Ukrainian author Mykola Gogol, where, to protect himself from the dead witch, the main protagonist drew a white circle around himself, so the witch could not catch him, she could not get through the drawn, symbolic and yet, real, border.

Freud had a double mission: to differentiate the young psychoanalysis from parapsychology and to guard the hierarchy of the power dissemination within the institute of psychoanalysis, on both Oedipal and sibling levels. He himself had to become 'a Gargoyle' of Notre Dame de Psychoanalyse to protect his temple. But, without doubt, other gifted

individuals, who elaborated on both clinical and theoretical psychoanalysis, have the right to tell their stories.

By all accounts and in the long run, the hypnosis research of early psychoanalytic history has helped psychotherapy to accept ambiguity and embrace constructive pluralism. From the 'Nachträglichkeit' point of view, the vast parapsychological research conducted by the pioneers of psychoanalysis enriched both psychoanalysis and hypnosis.

Suggestion, transference and hypnosis

As was discussed in a previous section, a considerable number of early transference theoreticians were simultaneously researching hypnosis and suggestion. This section investigates the way in which the theoretical concept of transference evolved. It is significant that transference as a concept was not part of the psychoanalytic corpus of knowledge at its inception (Freud, 1893, 1905; Etchegoyen, 2005). It was long referred to as a suggestion or suggestibility. Having learnt the lessons of hypnosis, Freud gradually developed the free association method, which is still the main technique of psychoanalysis today. In his work *A Short Account of Psychoanalysis* Freud highlights "the great importance" of the patient's emotional transference towards the analyst. (Freud, 1924: 198).

It is axiomatic that the concept of transference together with the concept of resistance constitute two great pillars of psychoanalysis. But it was not always so. The idea of transference had undergone numerous transitions and metamorphoses. As early as 1895 in the Studies of Hysteria, Freud conclusively incorporates in his theory the idea of internal reality, which was of enormous importance for the coming theory of transference. He asserted that the essence of the transference (*Übertragung*) is an erroneous, false connection, which stems from the timeless unconscious to be actualized, repeated and as a resistance to genuine contact with the object here and now. The predecessor of transference can be called suggestion, although there are different views on their interdependence. Some scientists see transference as well as hypnosis as a derivative of suggestion (Ferenczi, 1952).

In some of his essays, Freud (1910, 1921, 1925) accepts, that psychoanalysis ultimately operates through suggestion if suggestion is meant as the influence of one human being on another by means of the transference. It is appropriate to mention here the work written by Ferenczi in 1909, where he scrutinizes the position of the transference in hypnosis and suggestion. He also supports the Bernheim theory that hypnosis is only a form of suggestion (Ferenczi, 1952: 92-93).

Remarkably, it was in the case of "Dora", written in 1901 and published in 1905, which was an example of the not-too-successful therapy process (and not before), where Freud's ideas crystallized into a comprehensive theory of transference. He suggested that during a successful course of psychoanalysis, new symptoms start to appear and proposed the following definition of transference: "... the productive powers of the neurosis are by no means extinguished; they are occupied in the creation of a special class of mental structures, for the most part unconscious, to which the name of '*transference*' may be given." (Freud, 1905e (1901: 116, my italics)). Further, in this essay, Freud places transference in a dialectical position as an obstacle and, simultaneously, as an agent of cure. Later, Ferenczi suggested that neurosis is defined as a passion for transference: the person flees from his/her suffering and, in a submission to the pleasure principle, transforms reality to satisfy his/ her desires (Ferenczi, 1952: 84). Thus, transference can be situated as contrasting

to genuine contact with another subject. By the same logic, one can regard the case of a "Ratman", in which Freud concluded that transference could be used as a defense against memory (Etchegoyen, 2005: 87).

After thirty years of psychoanalytic studies, Freud came back to his early interest in suggestion and hypnotism, when he made the phenomenon of hypnotism the object of psychoanalytic inspection. In his essay *Group Psychology and the Analysis of the Ego* (1921) Freud reflects on individual man as a member of a race, of a nation, of a caste, of a profession, of an institution, or as a component part of a crowd of people who have been organized into a group at some particular time for some definite purpose. Interestingly, the original title in German is *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (1921). The most precise English translation of the German word "Masse" is the English word "crowd". Stratchey's translation of the word Masse with the word group is misleading so the word crowd will be used here. After Le Bon, McDougall and Bernheim, Freud defines "suggestion (or more accurately - suggestibility) as actually an irreducible, primitive phenomenon, a fundamental fact of the mental life of man" (Freud, 1965: 88). In this paper, he introduced a special instinct that is not further reducible - the social instinct ('herd instinct', 'group mind'). He aptly scrutinizes the book of Le Bon on crowd psychology and highlights the special feature characterizing the crowd as contagion: "... It must be classed among those phenomena of a hypnotic order. In a crowd every sentiment and act is contagious, and contagious to such a degree that an individual readily sacrifices his personal interest to the collective interest. This is an aptitude very contrary to his nature, and of which a man is scarcely capable, except when he becomes part of a crowd." (Freud, 1965: 74).

Fenichel proposed that both under hypnosis and under the influence of group suggestion "the parasites of the superego" are created, which "usurp the functions of the superego" (1945: 109). The projection of the superego happens in many circumstances, especially where groups are involved and are evolving: many people simultaneously externalize their superego on the same person - the leader of the group, this mechanism undermines the group formation. Suggestibility is an expression of the patient's readiness and ability to reactivate and revive infantile types of object relations (Fenichel, 1945: 528).

Fenichel's criticism of hypnosis as a method presumes that hypnosis only has any success when the passive-dependant position of the patient towards the doctor is preserved, instead of enhancing the patient's gradual maturation. It can be argued that even today many professional situations still function with the same logic. If one zooms out, it is quite apparent that many large groups such as the army, church, some old-fashioned schools and radical parties are ruled analogously.

Another characteristic of the crowd that Freud (1965: 78, my italics) dissects from Le Bon's understanding is the special relationship of the crowd member towards the crowd leader. Le Bon admits the high suggestibility of a crowd member, which he explains as "*either in consequence of the magnetic influence given out by the crowd, or from some other cause of which we are ignorant—in a special state, which much resembles the state of 'fascination' in which the hypnotized individual finds himself in the hands of the hypnotizer.*"

Le Bon continues advocating that under the influence of a crowd, an individual becomes a kind of automaton, which is no longer guided by his/ her will, which is identical to hypnosis. Further, Freud (1965: 80) proceeds with his own ideas about crowd psychology

and claims that "... crowds have never thirsted after truth. They demand illusions and cannot do without them. They constantly give what is unreal precedence over what is real; they are almost as strongly influenced by what is untrue as by what is true." This corresponds to an early model of neurosis, in particular hysteria, where inner reality, or fantasy was predominant in constituting the symptoms.

Nevertheless, Freud admits that the group mind is capable of creative genius in the field of intelligence, as is shown above with language, as well as by folk-song, folklore and literature. It remains an open question, however, how much the individual thinker or writer owes to the stimulation of the group of which he is a part, and whether he does more than perfect the mental work of which others have had a simultaneous share.

The situation regarding suggestion can be summarized: The object has been put in the place of the Ego Ideal. Being in love is like the state of being under suggestion. The similarities between them are obvious. There is the same humble subjection, the same compliance, the same absence of criticism, towards the hypnotist as well as towards the loved object (Freud, 1965: 80-82, 112-113). Freud goes on further to compare being in love, being hypnotized and being in a group: "The hypnotic relation is the unlimited devotion of someone in love, but with sexual satisfaction excluded; (...) we may also say that the hypnotic relation is (if the expression is permissible) a group formation with two members." (Freud, 1965: 114). This connection is of the utmost importance for understanding the psychodynamics of any group, including a large one (e.g. nation). Identification with a leader, 'primal father' and regression are other significant traits of the functioning group.

Freud's germinal ideas about hypnosis were used and expanded by his early disciples. Ferenczi for instance elaborated on different types of hypnosis. He distinguished between "maternal" and "paternal" hypnosis, based on a soothing caring approach or fear and admiration respectfully. Ferenczi stated that the gender of the hypnotist was not that important, instead the transference link played and still plays the crucial role. Ferenczi shared Freud's view that the early libidinal cathexis was at the very root of hypnosis. Ferenczi was persuaded that hypnosis was essentially a transference phenomenon.

Some important features of suggestion and transference evolved from scrutinising the phenomenon of hypnosis with analytical tools, which also allow us to better understand today the nature of human relationships, and especially groups.

Concluding remarks

It is evident that throughout their history although the paths of hypnotism and psychoanalysis have been running mainly in parallel they have at times also crossed to enrich each other. In this article, it has been maintained that transference and suggestion despite their relatively rapid divergence in the early history of psychoanalysis, both maintain a close relation to each other. Psychoanalysis has learned a lot from the early hypnotists of the Fin de Siècle. Many of the 'first-wave' disciples of Freud were scientifically and personally interested in hypnotic processes. The fine line between medicine and the power of (self-) suggestion throughout the history of mankind has proved to be relative. It was sometimes the reason for radical divergences from psychoanalysis and 'its father' Freud struggled to differentiate psychoanalysis from the spooky, magic shows known as stage hypnosis.

On the level of personalities and subjective estimation of the theoretical insights, some

personal ambitions and Oedipal strivings often had decisive importance over the ideas. Traces of hypnosis can still be seen today in different therapeutic approaches (EMDR, systemic hypnotherapy, relaxation, meditation, concentration focused stress regulation, trauma release technique etc.) and altered consciousness states (daydreaming, trance, somnambulism, self hypnosis, autosuggestion, etc.).

At the beginning of the 20th century it was strategically important for Freud to make psychoanalysis a medically respected science. Technically, in his work he was disappointed with hypnosis. His free association method that followed, helped him to reach better treatment results.

It should not be forgotten that medicine also started with a mythos that included a great portion of magic. Furthermore it is precisely through hypnosis that Freud first witnessed the unknown power of the human psyche that he later called 'unconsciousness', notwithstanding the fact that suggestion and suggestibility used in hypnosis were the only successful tools in the early psychoanalytic technique. After thirty years Freud turned to hypnosis again, this time to scrutinize it under the bright light of analytic theory. He proved that it had the same organizing principles as in a functional neurosis, dreams, groups and love couples. Additionally, he identified major micromechanisms at work in suggestion - regression, identification and contagion, which were later used to expand our understanding of transference. These principles are still relevant in understanding how groups evolve, through the externalization of the superego on the group leader, which was called "parasite of the superego." This fascinating element can be traced back to the infantile sexuality phase, where merging with an 'omnipotent' parent of the pre-narcissistic phase is the aim of a regression. Freud postulated that this formula is the same in hypnosis, in the group, in love and in the dream, provoking further investigation.

The ideas of early transference researchers have caused a lot of scientific debate in both modern psychoanalysis and hypnosis. They continue to inspire researchers from different fields and this text is further proof of that. The enthusiastic work that took place over a hundred years ago is compared to what Rudnytsky called "to blaze the trails down which succeeding generations have travelled." (Rudnytsky, 2002:112)

Historically this article focuses mainly on the early Freudian epoch and the first pupils. Although psychoanalysis and hypnosis developed into two independent disciplines, their ways have continued to cross. For example, Wolberg and Lindner combined psychoanalysis and hypnosis in the clinical approach called hypnoanalysis (Lindner, 1951 and Wolberg, 1945/1964 in Barnes, 2002: 153).

A whole new era started for hypnosis with Milton H. Erickson. "His use of hypnosis was experimental, utilizing the resources of each individual patient. His psychotherapy was not theory-centered. He conceptualized hypnosis and psychotherapy as communication. Dismissing Freudian and other theory-centered psychotherapies, he invited psychotherapists to turn away from theory and to return to practice with a theory of no-theory, cautioning psychotherapists against putting people in theoretical frames of reference." (Barnes, 2002: 151) The common ground of psychoanalysis and hypnosis is that both occur within communication and are healing through the ideas that are applied, interpreted and understood (Barnes, 2002:155).

REFERENCES

- Barnes, G. (2002). Hypnosis as a Condition for Psychotherapy. *Hypnos*, Vol. XXIX, 4: 149-163.
- Bloch, M. (1924/1990). *Les Rois Thaumaturges*. Translated as *The Royal Touch: Monarchy and Miracles in France and England*. Doctoral dissertation. Paris: Librairie Istra.
- Edelstein, E. J. & Edelstein, L. (1945). *Asclepius: A Collection and Interpretation of the Testimonies*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Etchegoyen, H. R. (1951/2005). *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac.
- Faulkner, W. (1951). *Requiem for a Nun*. New York: Random House, .
- Ferenczi, S. (1952). Introjection and transference. In Ferenczi, S. *First Contributions to Psycho-Analysis*. London: Hogarth.
- Ferenczi, S. (1950). Introjection and transference. In Ferenczi, S. *Sex in psychoanalysis*. New York: Basic Books: 35-58.
- Ferenczi, S. (1985). *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Edited by Judith Dupont. Cambridge: Harvard University Press.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893). *Studies On Hysteria*. S. E. Vol. 2. London: Hogarth Press.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893). *On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena*. S. E. Vol. 2. London: Hogarth Press: 1-19.
- Freud, S. & Masson, J. M. (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Freud, S. & Jung, C.J. (2012). *Briefwechsel*. Edited by William McGuire and Wolfgang Sauerländer. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH.
- Freud, S. (1895). *A Project for a Scientific Psychology*. S.E. Vol. 1. London: Hogarth Press 283-295.
- Freud, S. (1924). *A Short Account of Psychoanalysis*. S.E. Vol. 19. London: Hogarth Press: 191-213.
- Freud, S. (1925). *An autobiographical study*. S.E. Vol. 20. London: Hogarth Press: 7-71.
- Freud, S. (1905 (1901)). *Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria*. S.E. Vol. 7. London: The Hogarth Press: 1-123.
- Freud, S. (1921). *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. S.E. Vol. 18. London: Hogarth Press: 65-145.
- Freud, S. (1925). *Mourning and Melancholia*. S.E. Vol. 14. London: The Hogarth Press: 23-258.
- Freud, S. (1895). *On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: Preliminary Communication*. S.E. Vol. 2. London: Hogarth Press: 3-17.
- Freud, S. (1901). *Psychopathology of everyday life*. S.E. Vol. 6. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1909). *Some general remarks on hysterical attacks*. S.E. Vol. 9. London: Hogarth Press: 227-235.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. S.E. Vol. 19. London: Hogarth Press, 1923: 1-66.
- Freud, S. (1914). *The History of the Psychoanalytic movement*. S.E. Vol. 14. London: Hogarth Press: 7-61.
- Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. S.E. Vol. 4. London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1921). *The Occult Significance of Dreams*. S.E. Vol.18. London: Hogarth Press: 173-194.
- Gay, P. (1988). *Freud: A Life for Our Time*. New York: Anchor Books.

- Goddemeier, C. (2015). "Wilhelm Stekel. Technik der "aktiven Psychoanalyse""", *Deutsche Ärzteblatt*, 7: 318-319.
- Gogol, M. (1835). *Vij. In Gogol, M. Mirgorod.* St. Petersburg.
- Gori, R. (1996). *Pensées de transfert ou transfert de pensée. La preuve par la parole: Sur la causalité en psychanalyse.* Paris: PUF: 51-73.
- Gruenwald, D. (1982). Psychoanalytic View of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24: 3; 185-190.
- Gyimesi, J. (2009). The Problem of Demarcation: Psychoanalysis and the Occult. *American Imago*, 66: 457-470.
- Gyimesi, J. (2017). From Spooks to Symbol-Formation: Early Viennese Psychoanalysis and the Occult. In Hödl, H. G. & Pokorny, L. (eds.). *Religion in Austria 3.* Wien: Praesens Verlag: 41-68.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation.* New York: International Universities Press.
- Haynal, A. & Falzeder, E. (2003). Ferenczi and Jung some parallel lines. *Journal of Analytical Psychology*, 48: 467-478.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art.* New York: International Universities Press.
- Kubie, L. S. & Margolin, S. (1944). "The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state." *American Journal of Psychiatry*, 100: 611-622.
- Luckhurst, R. (1999). Something Tremendous, Something Elemental: On the Ghostly Origins of Psychoanalysis. In Buse, P. & Stott, A. (Eds.). *Ghosts: Deconstruction, Psychoanalysis, History.* London: Macmillan Press Ltd.
- Pausanias (1918). *Description of Greece.* Cambrigde: Harvard University Press.
- Philostratus.(1910). *Life of Apollonius of Tyana.* Cambridge: Harvard University Press.
- Semkiv, R. (2016). *How did the classics write.* Kyiv: Pabulum.
- Rudnytsky, P. L. (2002). *Reading Psychoanalysis: Freud, Rank, Ferenczi, Groddeck.* London: Cornell University Press.
- Smith, W. (1870). *Dictionary of Greek and Roman biography and mythology.* Boston: Little.
- Stekel, W. (1950). *The Autobiography of Wilhelm Stekel.* New York: Liveright.
- Tylor, E. B. (1964). *Researches into the Early Development of Mankind and the Development of Civilization.* Chicago: University of Chicago Press.
- Veith, I. (1965). *Hysteria: The History of a Disease.* Chicago: University of Chicago Press.
- White, R. W. (1941). A preface to the theory of hypnotism. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, (36): 477-505.
- Zilboorg, G. & Henry, G.W. (1941). *A History of Medical Psychology.* Volume 1. New York: W.W. Norton.

INTERNET SOURCES:

- "Asclepius. The god of medicine." Accessed on September 27, 2017.
<http://www.greeka.com/greece-myths/asclepius.htm>.
- "Definition of Hypnosis". Merriam-Webster Dictionary. Accessed on October 28, 2017.
<https://www.merriam-webster.com/dictionary/hypnosis>.
- Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome
 Ted J. Kaptchuk, Elizabeth Friedlander, John M. Kelley, M. Norma Sanchez, Efi Kokkotou, Joyce P. Singer, Magda Kowalczykowski, Franklin G. Miller, Irving Kirsch, Anthony J. Lembo Kaptchuk PLOS ONE 2010 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015591>
- JAMA Psychiatry. 2015 Nov;72(11):1087-94. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1335.
- Association Between Placebo-Activated Neural Systems and Antidepressant Responses: Neurochemistry of Placebo Effects in Major Depression.
 Marta Peciña et al. Bohnert AS, Sikora M, Avery ET, Langenecker SA, Mickey BJ, Zubieta JK).

**Hipnoza ni nič magičnega ali nadnaravnega:
Intervju z Miranom Možino¹**

*Hypnosis is nothing magical or supernatural:
Interview with Miran Možina*

Ob besedi hipnoza pogosto pomislimo na odrsko hipnozo ali na odvajanje kajenja s pomočjo hipnoze in podobno, vendar se hipnoza uporablja mnogo širše.

Če hipnozo razumemo oziroma definiramo kot zmožnost poudarjene osredotočenosti in absorbcije pozornosti na eno stvar, npr. na eno idejo, eno zaznavo ali eno predstavo, lahko rečemo, da je hipnoza človekova naravna sposobnost. Zanimivo je, da je bilo škotskemu kirurgu Jamesu Braidi, ki je okoli leta 1841 uvedel pojmom hipnoza, kasneje žal, da se ni raje odločil za pojmom »monoideizem«. Tudi sam menim, da ta bolje ujame glavno značilnost hipnoze, saj »hypnos« v grščini pomeni spanje, hipnoza pa se zelo razlikuje od spanja.

Hipnotska stanja spadajo med neobičajna oz. posebna stanja zavesti, sposobnost zanje pa je v človeku v veliki meri vrojena in se lahko v različnih okoljih tako ali drugače razvija. Ena od takih okolij, kjer obstaja veliko možnosti za razvijanje te naravne danosti, je šolsko. Ko na primer učitelj pripoveduje zgodbo in pritegne pozornost otrok, se pri njih pokažejo številni hipnotski fenomeni. Otroci do desetega leta so že naravno v hipnotskem stanju, saj njihovi možgani na kognitivni ravni še niso zreli. Vse zelo neposredno doživljajo. Ko se razvijejo notranje predstave, se z njihovo pomočjo z lahkoto osredotočijo na eno stvar. Če opazujemo otroka, ki ima v rokah nek predmet, recimo žlico, lahko le ta nenadoma postane karkoli, na primer meč v rokah viteza. Otroci s svojimi predstavami spreminja realnost in v svoji domisljiji popolnoma osredotočeni in potopljeni v svoj svet preigravajo razne scenarije, kar je temeljna značilnost hipnoze. Vzgojitelji in učitelji lahko to seveda s pridom izkoristi, lahko pa po nepotrebni prebjajo otroke iz takih ustvarjalnih stanj oziroma jih motijo v njihovih hipnotskih svetovih.

Tudi pri odrski hipnozi gre za sugeriranje notranje predstave. Na primer nekdo drži v rokah čebulo, po hipnotizerjevi sugestiji, da je to sladko jabolko, pa zagrize vanjo z užitkom, ne da bi se mu zarosile oči, ampak je prepričan, da je zagrzel v nekaj prijetno sladkega. V hipnotskem stanju se zaradi poudarjene osredotočenosti na notranjo predstavo lahko popolnoma spremeni fiziologija telesa.

Če gledamo na ta način, vidimo, da je hipnoza vseprisotna, koliko se je ljudje zavedajo in jo prepoznavajo, pa je drugo vprašanje. V Sloveniji se je zelo prijela v vrhunskem športu, kjer jo je uveljavil Matej Tušak. Naši vrhunski športniki imajo ob pripravah na tekmovanja poleg treninga mišic tudi psihološko pripravo, ki vključuje uporabo hipnotskega transa. Predstavljajo si na primer, kako bo na tekmovanju in preigravajo vse možne situacije in tudi zaplete. Smučar vizualizira vožnjo mimo količkov, kajakaš skozi vratca. Ob tem uporabljajo biofeedback s pomočjo napravice, ki zaznava prevodnost kože. Na ta način se športniki naučijo sprostiti ter zavestno prepoznavati hipnotske fenomene, zato so posthipnotske sugestije lahko bolj učinkovite. Pri takem treningu hipnoze gre po eni strani za krepitev relaksacijskega odgovora, po drugi strani pa za večanje zaupanja v nezavedno.

Spomnim se tudi raziskave v zvezi z dirkači Formule 1, ki se par dni pred tekmo umaknejo v karanteno, v socialno izolacijo. Raziskovalci so ugotovili, da na ta način razvijejo hipnotsko stanje z visoko stopnjo osredotočenosti, s katero potem vstopijo v avto na pisti. Če bi namreč dirkači, ki vozijo z vrtoglavimi hitrostmi, v kateremkoli trenutku začeli razmišljati, kdaj bodo dali v drugo prestavo, dodali ali odvzeli gas, pritisnili na zavoro ali obrnili volan, bi jih vrglo iz vozišča na prvem ovinku. Varno lahko vozijo le, če zaupajo nezavednemu s čim manj zavestnega vpletanja, to pa je možno le v stanju hipnoze.

Gоворили сте о хипнози като начину спрощанja. В чем же хипноза отличается от других техник, например автогенного тренинга, йоги или медитации?

Težko je med njimi potegniti jasno ločnico. Pri vseh gre za komunikacijo med ljudmi, kjer nekdo nekoga povabi v fokusirano aktivnost in ta mu sledi, ker je motiviran. Ko mama reče otroku, da mu bo prebrala pravljico, otrok reče: „Ja, daj povej.“ Razširijo se mu oči od zanimanja, odprejo ušesa in ves je v pričakovanju pripovedi. Pripravljen je na to, da ob poslušanju pravljice razvije globok hipnotski trans, ker je za to motiviran, si želi. Zato se potem lahko popolnoma osredotoči na vsako besedo.

Pri avtogenem treningu imamo okoli deset glavnih sugestij, s katerimi povabimo osebo, da usmeri pozornost na občutke v telesu. Na primer s povabilom „vaša roka postaja vse težja in vse bolj topla“ usmerimo pozornost na roko in sugeriramo, da se občutki razvijajo v smeri teže ali topote. To bo delovalo samo v primeru, če si oseba želi sprostitev, če zaupa in verjame, da je to možno. Tisti, ki uči avtogeni trening, mora skupaj z učencem ustvariti kontekst zaupanja, varnosti, radovednosti, pripravljenosti na izkustveno učenje, tako da se oba odpreta novi izkušnji.

Tudi pri čuječnosti in jogi je podobno kot pri hipnozi in avtogenem treningu ključnega pomena ustvarjanje takega konteksta varnosti in radovednega pričakovanja. Večinoma se ne zavedamo, da dihamo, z vajami čuječnosti in joge pa postanemo pozorni na dih. Potem, recimo, izberemo eno od aktivnosti, ki poteka avtomatsko, in ji za tri minute posvetimo polno pozornost, na primer umivanju zob. Nekdo, ki je motiviran, se nauči fokusirano spremljati, kaj se dogaja med umivanjem zob, od položaja roke, pritiska zobne ščetke na zobe in dlesni do hitrosti gibov. V to avtomatizirano dejavnost in po istem principu v druge, kot so hoja, hranjenje, vožnja s kolesom itn. vnese element zavedanja in osredotočenosti, da bi nekaj novega izkusil. Da bi spoznal, da je imel grški modrec Heraklit prav, ko je rekel, da v isto reko ne moremo stopiti dvakrat. Vsak

trenutek življenja je neponovljiv, enkraten, vsak dih je drugačen od vseh dihov, ki so bili in bodo. Ta eksistencialna resnica pa se nam potrdi le, če razvijemo posebno stanje zavesti, pozornost, ki je po eni strani osredotočena in po drugi odprta.

Avtogeni trening, joga, čuječnost in hipnoza pa nam samo ponujajo različne sisteme vaj, ki nam olajšajo razvijanje take zavesti in pozornosti. Vse poti vodijo v Rim, to jim je skupno.

Какой же причиной хипноза стала более популярной, чем другие техники?

To smo se spraševali tudi strokovnjaki leta 2012 na svetovnem kongresu hipnoze v Bremnu. Udeležil sem se delavnice, ki jo je vodil eden najbolj znanih ameriških hipnoterapevtov Michael Yapko, avtor knjige Mindfulness and Hypnosis (Čuječnost in hipnoza), ki je poročilo o njegovih raziskavah, kjer primerja uporabo čuječnosti in hipnoze pri zdravljenju ljudi s telesnimi in duševnimi težavami. Dejal je, da si ne zna razložiti, zakaj hipnoza, ki se v kliničnem kontekstu uporablja že 250 let, ni niti približno doseglila takega razmaha, kot jo je od osemdesetih let prejšnjega stoletja v ZDA po kliničnih institucijah doseglila čuječnost. Yapko je namreč v raziskavi dokazal, da je pri uporabi čuječnosti in hipnoze v kliničnem kontekstu več kot 90 odstotkov prekrivanja. Analiziral je na primer, kaj je delal Jon Kabat – Zinn, ki se smatra za začetnika uporabe čuječnosti za zdravljenje, z vodstvenim kadrom Googla. Posnetek je vsem dostopen na internetu. Prepisal je vsako besedo, ki jo je izrekel Kabat – Zinn in dokazal, da je v okviru treninga čuječnosti uporabljal hipnozo, ne da bi se tega zavedal. Tako je na primer povabil udeležence treninga, da se osredotočijo na eno zadevo in doživijo drugačno, hipnotsko stanje zavesti. Sam je to imenoval čuječnostno procesiranje, lahko pa bi temu rekli tudi hipnotski trans.

Na vprašanje, zakaj hipnoza ni tako popularna, ni jasnega odgovora. Imamo pa hipoteze. Videti je, da je čuječnost v nekem trenutku kulturnega razvoja, predvsem v ZDA, nagovorila ljudi, ker predstavlja korekcijo iztirajajočega, preveč navzven in v učinkovitost usmerjenega življenja sodobnega Američana.

Strokovnjaki, ki se vse življenje ukvarjajo z meditacijo in raziskujejo čuječnost v izvorni obliki, torej kot dva tisoč let staro duhovno jogijsko in budistično prakso, npr. pri nas Tamara Ditrich, pravijo, da je zelo malo ostalo od tega, kar je bila čuječnost izvorno. Kabat – Zinn je naredil svojo priredbo čuječnosti in jo spremno prenesel iz duhovnega konteksta v klinični kontekst. Namerno je izločil vse budistične pojme in besede iz sanskrta ter jih nadomestil z zahodnjaku razumljivejšimi besedami. Integriral je tudi vaje iz joge, na primer asane in joga nidro, ki so stare dva tisoč let, v čuječ pregled telesa, v t. i. »body scan«. Čuječnost je tako uspel predstaviti kot enoznačno pozitivno, medtem ko ima hipnoza med ljudmi dvojni sloves, v veliki meri zaradi odrske hipnoze. Po eni strani je privlačna, po drugi strani vzbujajoča, saj ustvarja vtis, da je mogoče z ljudmi manipulirati proti njihovi volji.

На POP TV првкар потека ресничностни шов Hipnoza: добра забава ...

Pogledal sem si eno oddajo z Božidarjem Grilcem, ki je gotovo spreten hipnotizer, ob katerem si kaj lahko ustvarimo vtis, da je hipnoza nekaj posebnega, skrivnostnega, morda celo nadnaravnega. Tisto, kar gledalcem ostaja skrito, pa je ključno za demistifikacijo

hipnoze. Da bi Grilc dosegel šokantni učinek, se je namerno izognil temu, da bi pokazal, kako je po znanih hipnotskih procedurah iz večje skupine ljudi izbral najbolj motivirane in sugestibilne ter jih natreniral, da lahko na njegovo sugestijo v hipu dosežejo globoko hipnozo. Ko potem o hipnozi nepoučen gledalec spremlja oddajo, lahko dobi vtis, da hipnotizer, v tem primeru Grilc, upravlja s svojo »ekipo« kot z nemočnimi poskusnimi zajčki proti njihovi volji, da jih lahko programira za najbolj nenavadno vedenje. To zabava, hkrati pa ustvarja določen strah in prepričanje, da je hipnoza nekaj nenanavnega, magičnega. A če bi gledali postopke Grilca, kako je pripravil te ljudi, bi videli da ni nobene magije, da se hipnoze lahko nauči vsak, ki je dovolj motiviran in vztrajen.

Veliko bolj kvalitetno od tega, kar počne Grilc in kar je POP TV zapakiral v najbolj primitivno, tisočkrat video variacijo odrske hipnoze, ki se dela norca iz ljudi, so oddaje angleškega iluzionista Derrena Browna na BBC. Na internetu so vsakomur dostopne njegove odkrite in poštene razlage njegovih demonstracij odrske hipnoze, ki imajo popolnoma drugo sporočilo. Brown pokaže, da ne izvaja nobene magije, ampak da se sam čudi neskončnemu potencialu človeškega uma. Vsak se lahko prepriča, da je to, kar počne, posledica tankočutnega, dolgoletnega učenja o tem, kako ljudje komuniciramo med seboj in kako zavestno in nezavedno vplivamo drug na drugega. Brown pove, da je bil celo sam večkrat presenečen, kaj se je dogajalo na odru, s čimer gre v čisto drugo smer kot Grilc. Dih jemajoči eksperimenti s hipnozo mu uspevajo predvsem zato, ker je izjemno ustvarjalen in hkrati drzen raziskovalec medčloveške komunikacije, in zato, ker je razvil neverjetno diferencirano razumevanje konteksta, ki omogoča hipnotske fenomene. Odkrito pokaže, da nima nobene moči, da bi karkoli drugemu človeku naredil proti njegovi volji, če ni vzpostavljen kontakt, zaupanje in če hipnotski subjekt ni motiviran. Ko sem gledal oddajo Hipnoza: dobra zabava, sem videl, da je tudi Grilcu uspelo z ljudmi, ki nastopajo v oddaji, ustvariti odnos zaupanja, vendar režijski koncept POP TV to namerno postavi v ozadje. Nobeden od teh ljudi ne dela proti svoji volji, veseli so, da lahko sodelujejo z njim, vsi so radovedni, želijo doživeti nekaj novega in so hvaležni za nova spoznanja o sebi. Vsi so presenečeni, ko odkrivajo, kakšni potenciali so skriti v njihovih možganih.

Tudi naše televizijske postaje bi lahko prispevale k bolj realnemu in manj strahu vzbujajočemu prikazu hipnoze. Namesto zabave bi lahko širili vednost o terapevtski hipnozi, o tem, kako dragocena je hipnoza za zdravljenje in osebno rast. Bolj jasno bi lahko pokazali, da se hipnotsko stanje razvije tam, kjer se dogaja usmeritev in absorbcija pozornosti na eno zadevo v kontekstu človeško odprte in iskrene komunikacije, kjer je prisotna motivacija za razvijanje posebnih stanj zavesti. Seveda pa bi bilo to manj zabavno in bi se slabše prodajalo.

Pravite, da v hipnozi ni nič magičnega. A zgodijo se res impresivne stvari. Ena od največjih avtoritet na področju hipnoterapije v dvajsetem stoletju je ameriški psihiater in psihoterapeut Milton H. Erickson, ki ima pretresljivo življenjsko zgodbo. Ko je bil star sedemnajst let, je zbolel za otroško paralizo in bil na robu smrti, a se je sam, brez zdravljenja, ki ga takrat še ni bilo, rešil. Kako?

Ja, bil je popolnoma nepokreten, lahko je premikal le oči. V najbolj kritičnih urah bolezni je nekega večera v sosedni sobi slučajno slišal, kako so trije zdravniki povedali staršem, da bo njihov fant do naslednjega jutra mrtev. Zelo ga je razjezilo, kako si nekdo lahko dovoli reči materi, da bo njen sin umrl v noči do naslednjega jutra. Mati je nato

prišla v sobo z mirnim izrazom na obrazu, kolikor se je le zmogla pretvarjati. Milton jo je prosil, da premakne predalnik in ga porine k robu postelje. Ni razumela zakaj, mislila je, da se sinu blede. Zaradi paralize je zelo težko govoril, njegov govor je bil komaj razumljiv. Vendar je bilo na predalniku ogledalo in ko ga je mati premaknila bliže postelji, je s pomočjo ogledala lahko videl skozi hodnik okno v drugi sobi na vzhodni strani. Rekel si je, da naj bo preklet, če bo umrl, ne da bi videl še enega sončnega vzhoda. Močna jeza oz. trma, kljubovalnost do zdravnikov in njihove smrtnе napovedi in močna želja z notranjo predstavo, da BO dočakal še en sončni vzhod, sta mu pomagala, da je v najbolj kritičnem trenutku mobiliziral vse svoje preostale psihične in telesne vire in prebrodil smrtno nevarno krizo. Tako je dočakal sončni vzhod in nato za tri dni izgubil zavest. To doživetje je bilo prekretnica v njegovem zdravljenju. Namesto da bi umrl, se je potem njegovo zdravstveno stanje začelo izboljševati.

Ker v času, ko je zbolel, leta 1918, in na teksaškem podeželju, kjer so živelji njegovi starši, ni bilo nobene organizirane rehabilitacije za obolele za poliomielitisom, je zgodba o Miltonovem okrevanju gotovo ena najbolj fascinantnih zgodb o samopomoči, kar si jih lahko mislimo. Nekega dne so starši pozabili, da so ga pustili privezanega na gugalniku, iz katerega so naredili primitivno »kahlico«, tako da so na sredi stola izrezali luknjo, ko so z drugimi otroki odšli od doma. Gugalnik je bil nekje na sredi sobe in Milton se je poln hrepenenja oziral po oknu in si želel, da bi bil bližje, tako da bi vsaj lahko opazoval dogajanje na dvorišču kmetije. Ko je tam nemočno sedel in bil navidez popolnoma nepokreten, hkrati pa si intenzivno želel spremembe položaja, *se je nenadoma zavedel, da se je začel gugalnik rahlo zibati*. Kakšno pomembno odkritje! Je bilo naključno? Ali pa je njegova intenzivna želja po tem, da bi bil bližje oknu, dejansko vzbudila minimalne telesne premike, tako da se je gugalnik začel zibati?

Tako subtilnega dogajanja večina ljudi ne bi opazila, za sedemnajstletnega Miltona pa je bila to nova prekretnica, tako da je sledilo obdobje, okoli dve leti, intenzivnega samoraziskovanja in odkrivanja. Popolnoma sam je odkril temeljni, t. i. ideomotorni princip hipnoze, o katerem je prvič pisal Bernheim v 19. stoletju: *misel ali ideja o gibaju lahko pokrene avtomatske, avtonomne telesne gibe*.

V naslednjih tednih in mesecih je Milton brskal po svojih čutnih spominih in se poskušal znova naučiti gibati. Ure in ure je npr. strmel v svojo roko in se poskušal spomniti, kako je čutil, ko je z roko prijel za vilico. Postopno in zelo počasi so se v prstih najprej pojavili drobni, nekoordinirani trzaji. Vztrajal je, dokler gibi niso postali večji in dokler jih ni lahko spet zavestno nadzoroval. Nato se je poskušal spomniti, kako so njegove roke prijele za vejo na drevesu, kako se je premikal, ko je plezel po drevesu itn.

To niso bile le vaje v predstavljanju, ampak je uspel obuditi prave čutne (implicitne, proceduralne) spomine, ki so reaktivirali senzorno – motorično koordinacijo. Sam je takole komentiral: »Nisem si predstavljal, ampak sem se *intenzivno spominjal*. Npr. spomniš se okusa, rahlega skelenja peperminta na jeziku. Kot otrok sem zelo rad plezel po drevju v gozdu in kot opica skakal z enega drevesa na drugega. Obujal sem spomine na številne zasuke in obrate, da bi odkril, kako sem se gibal, ko so mišice delale s polno močjo. Pri osemnajstih letih sem obudil vse otroške gibe, da sem se ponovno naučil mišične koordinacije.«

Kasneje se je celo ponovno naučil hoditi. Poleg introspekcije pa si je pri tem pomagal tudi s pazljivim opazovanjem. Slučaj je namreč nanesel, da se je njegova mlajša sestrica ravno takrat učila hoditi. Pozorno je vsak dan opazoval njene (prevladujoče nezavedne) vzorce učenja hoje, tako da jih je potem lahko zavestno ponavljal in spodbujal svoje telo, da naredi isto. »Naučil sem se vstajati, tako da sem opazoval, kako vstaja sestrica: uporabila je obe roki za oporo spredaj, zravnala nogi, uporabila koleni za drugo oporo zadaj, povečala pritisk v eni roki in dlani, dokler se ni dvignila. Nihala je naprej in nazaj, da bi našla ravnotežje. Potem je vadila upogibanje kolena in pri tem poskušala ohraniti ravnotežje. Ko ga je našla, je začela premikati glavo. Potem je premikala roke in ramena in se učila ohranjati ravnotežje. In končno je prestavila eno stopalo pred drugo in pri tem iskala ravnotežje. Padla. Spet poskušala...« Po enajstih mesecih tega intenzivnega (samo)treninga je bil Milton še vedno na berglah, vendar se je hitro učil, kako vedno bolj ekonomično šepati, tako da je čim manj napenjal svoje telo.

»Eno mojih prvih odkritij je bilo, da sem s sproščanjem lahko povečeval moč svojih mišic. Med seboj sem povezal več gumijastih trakov, tako da sem lahko vlekel in premašoval njihov odpor. Te vaje (in še druge, kolikor sem le zmogel) sem delal vsak večer. Potem sem se naučil hoditi in ko sem postal utrujen, so bolečine v mišicah popustile. Nato pa sem odkril, da sem lahko dosegel *olajšanje bolečin tudi z obujanjem predstav o hoji in utrujenosti ter sprostitvi*.« Predstava o hoji, utrujenosti in sprostitvi je bila za lajšanje bolečin prav tako učinkovita kot dejanski fizični proces.

Na podlagi prikazanega koščka Ericksonove biografije lahko tudi lažje razumemo, da je v svojem terapevtskem pristopu stalno uporabljal in spodbujal lastne in klientove nezavedne vire, to je izkušnje, sposobnosti in znanje (pragmatične osebne teorije), še neizrabljene zmožnosti. To je pogosto počel tudi s priporočanjem zgodb o premaganih težavah in tako pri ljudeh spodbujal procese samozdravljenja. Šel je celo dlje in oblikoval terapevtski princip, ki mu v (hipno)psihoterapiji poskušamo vedno znova slediti tudi danes: v vire spreminjati tudi pomanjkljivosti, ovire. To je princip preokvirjanja problemov v rešitve.

Gоворите о осредotočjanju, а по други страни се зди, кот да се премик згodi мимо завести. Позитивно mišljenje najbrž ni dovolj ...

Ja, pozitivno mišljenje ni dovolj. Če potegneva paralelo z meditacijo, lahko vse metode meditacije razdelimo v dve veliki skupini. Ali je pozornost enotočkovna ali odprta, sprejemajoča. Pri zenovski meditaciji je točka, kamor usmerimo pozornost, dih. Lahko je tudi mantra, mandala, imaginacija, katerakoli notranja predstava, ki si jo čim bolj živo predstavljamo. Ko ti uspe osredotočiti pozornost na eno stvar, se nenadoma odpre za detajle in razsežnosti, ki jih prej nisi zaznal. Sam to doživljjam vsak dan, ko meditiram. Ko se povežem z dihom, na primer zaslism ptičje petje, ki ga prej nisem slišal. In ne le to, sredi ptičjega zpora lahko zaslism čivkanje posameznega vrabčka in mu sledim. To je paralela med hipnozo in meditacijo, po eni strani gre za osredotočanje, po drugi strani za odprtost, ki prinese presenetljive, prej prezrite nove zaznave.

Ali pa vzemimo drug primer, moje predavateljske izkušnje. Podobno kot vozniki formule 1 vozijo veliko bolje v transu, sem tudi sam ugotovil, da veliko bolje predavam v transu. V stanju hipnoze razvijem t. i. pozitivno disociacijo, tako da se čudim, kdo govori, ko se med predavanjem poslušam, od kod prihaja glas, od kod tako dobre misli.

Včasih se zavem, da ne vem, kako bom končal stavek. Zavestno se poskušam čim manj vpletati in samo z zanimanjem spremjam, kam me bo pripeljal nezavedni tok in sem navdušen. Kar se sklada s tem, kar so odkrili, ko so raziskovali, kako govorimo. Možgani ustvarjajo med govorjenjem, v vsakem trenutku so pripravljeni na novo, nepričakovano. Gre za nepredvidljiv proces. Na predavanje se sicer lahko pripravimo, a ko moramo odpredavati, pridejo nove asociacije, ki jih prej nismo imeli. Mnoge to straši, zaradi tesnobe se zato raje zaprejo v začaran krog ponavljanja prežvečenih tem. Z vadenjem meditacije, hipnoze ali čuječnosti pa lahko začneš pri sebi prepoznavati, kdaj si bolj trd, zakrčen in kdaj bolj sproščen, učiš se prepuščati in zaupati nezavednemu in tako vse lažje spodbujaš kreativni proces.

Hipnoza se v medicini uporablja celo za anestezijo ...

Hipnoza se na medicinskem področju uporablja za zmanjševanje bolečine med porodom, pri opeklkah, pri raznih kroničnih obolenjih, pri bolnikih z rakom, v anestezioligiji idr. Veliko se uporablja pri kroničnih bolečinah, kot so glavoboli, fantomska bolečina, revmatične bolečine itd. Impresiven je aplikativno raziskovalni projekt o uporabi hipnoze za kirurško anestezijo v Belgiji, ki ga že 15 let vodi anesteziloginja Marie Elisabeth Faymonville. Približujejo se številki deset tisoč pacientov, ki so bili operirani v hipnozi, tudi pri zelo zahtevnih in dolgih posegih. Raziskovali so, kaj se dogaja, če uporabljam samo hipnozo ali jo kombinirajo s kemično anestezijo. Ugotovili so, da je bilo po anesteziji s hipnozo manj pooperativnih zapletov, celjenje ran je bilo hitrejše, imunski odgovor boljši in nenazadnje je tudi precej cenejša od zdravil. To je celosten zdravilni učinek hipnoze. Očitno se zdravimo bolje, če smo v transu, kar se ujema tudi z mojo vsakdanjo izkušnjo.

Pri sebi na primer opažam, da ob prehladu ali gripi lahko preprečim razcvet okužbe, če se v začetni fazi še pravočasno ustavim, obmirujem, odložim vse delo in se osredotočim le na lastno dihanje in trenutna čutenja v telesu. Če se mi npr. že cedi iz nosu, se lahko v transu to v par minutah ustavi. Če zanemarim prve znake in se še naprej izpostavljam stresu, pa bolezen hitro napreduje. Stanje transa ima izjemen potencial v preventivni in kurativi telesnih in duševnih tegob, saj lahko z njim že v nekaj minutah vplivamo na imunski odgovor.

Drugo veliko področje, kjer se širi uporaba hipnoze, npr. še posebno v Nemčiji, je anestezija v zobozdravstvu. Iz svoje prakse se spomnim pacienta, ki je imel velik strah pred zobozdravnikom. Skrajno zoprnil mu je bil zvok svedra, ki je v njem lahko vzbudil pravo paniko. S pomočjo hipnoze se je lahko vživel v predstavo, da je na svojem vrtu in da je zaznava zvoka svedra preoblikoval v zvok kosilnice, s katero je kosil travo, kar je rad počel. Njegov zobozdravnik se je potem čudil, da je tako mirno sedel na stolu in da celo ni več želel injekcije.

Zakaj se hipnoza tudi pri nas ne uporablja za anestezijo v večjem obsegu?

Lahko samo ugibam. Morda zato, ker je tudi med medicinskim kadrom veliko predsodkov pred hipnozo in zato, ker je lažje dati injekcijo, kot se usposobiti za hipnozo. Razlika je tudi v tem, da injekcija anestetika prime v nekaj minutah, priprava za delo v hipnozi pa prvič traja vsaj 20 minut, pol ure. A potem se zasidra v spominu in gre hitreje. Če smo enkrat doživel globoko hipnotsko stanje, ki je učinkovito spremenilo

zaznavanje bolečine, ga lahko kasneje hitreje obudimo. Lahko celo v par sekundah, kot je to učinkovito pokazal Božidar Grilc v že omenjenih oddajah o odrski hipnozi. Svojim izbrancem reče samo: „*Ekipa, poglejte gor ... Zdaj pa zaspite ...*“ In v sekundi ali dveh obsedijo na stolih popolnoma sproščeni, kot da bi spali, čeprav dejansko ne spijo, ampak pristanejo v globokem transu. To zmorejo skrajno sugestibilni posamezniki, malo manj sugestibilni pa potrebujejo kakšno minuto več.

Na začetku ste omenili šolstvo. Koliko se uporablja v šolstvu?

V visokem šolstvu se na primer pogosto uporablja v skandinavskih deželah. Jaz se je redno poslužujem na naši fakulteti za psihoterapijo, ki jo vodim in kjer predavam, posebej na seminarjih. Te praktično vedno začнем tako, da študente najprej povabim za četrto pol ure v trans. Vidim, da potem proces komunikacije med njimi steče hitreje in laže, raven tesnobe v skupini upade, poveča se sproščenost.

Če imam bolj intelektualno zahtevno znanstveno predavanje, potem nočem, da gredo slušatelji v tovrstno obliko transa, ampak želim, da ostanejo bolj kognitivno osredotočeni in analitični, z odprtimi očmi osredotočeni na moje izvajanje. Želim, da ostanejo v stanju t. i. budne hipnoze.

Učitelji na vseh ravneh šolskega sistema hipnozo mnogokrat uporabljajo, ne da bi se tega zavedali. Včasih tudi v slabo smer. Na primer v osnovni šoli se spomnim profesorja, ki je imel zelo monoton glas in je bral iz učbenika, kar je bilo neznansko uspavajoče. Komaj smo držali odprte oči in se držali zravnano. Če si položil glavo na roke na klopi, pa mu ni bilo prav in te je lahko nenadoma poklical pred tablo. Zato sem se naučil, da sem pri njegovih urah razvil trans z odprtimi očmi. Navzven se je zdelo, kot da poslušam, a moja duša je odplavala daleč stran iz razreda. V hipnozi pravimo temu, da sem disociiral. Rezultat je bil ta, da sem se pri tem predmetu zelo malo naučil. Ta učitelj je bil sijajen hipnotizer, a tega ni uporabljal v pravo smer.

V predavalnici induciranja v trans verjetno ne počnete očitno. Kakšne tehnike uporabljate? Omenili ste, da je zelo važen glas. Kaj še ...

Ko se postavim pred študente, najprej sebe spravim v trans. To storim tako, da fiksiram pogled na eno točko, običajno predse na tleh, in se osredotočim na občutke v stopalih ter se z njimi povežem z dihanjem. Poskušam popolnoma izprazniti glavo raznih misli, pozabiti na vse, kar sem pripravil za predavanje. Učim že 35 let, zato si zaupam, da vem dovolj in da lahko zaupam nezavedni zakladnici znanja in izkušenj. Lahko se tudi poslužim t. i. defokusiranega pogleda, s katerim vidim celo skupino in s takim pogledom pomagam razviti posebno, hipnotsko stanje zavesti. Ko začнем, se čudim, kaj je prišlo iz mene, saj je to pogosto nekaj, česar nisem načrtoval.

Seveda je potrebno biti kompetenten na področju, ki ga predavaš. Tudi na izpitih je tako. Če se nisi učil matematike, ne moreš narediti izpita, ampak, če si se učil, boš izpit bolje opravil, ko se boš sprostil in boš v t. i. stanju „flowa“. To je tudi Erickson zelo poudarjal, ko so ga spraševali, kako bo izpeljal terapijo ali predavanje: »Zaupam v nezavedno.« Pozitivni učinki hipnoze izhajajo iz drugačnega razmerja med zavestnim in nezavednim. Hipnoza nam lahko pomaga, da nismo pretirano kontrolirajoči. Zato se obnese tudi za zdravljenje težav na področju spolnosti, ki se ne more razcveteti, če

poskušamo med spolnim odnosom preveč usmerjati, da bo na primer prišlo do erekcije ali orgazma točno po naši taktirki. Ko se pacienti in pacientke naučijo osredotočati na prijetne telesne občutke tu in zdaj ter opustijo skrbi, ali bo prišlo do erekcije ali orgazma, ko se uspejo prepustiti trenutku, se odprejo nove možnosti za razvijanje intimnosti in ljubljenja. Čim želimo s pretiranim vložkom volje in kontrole sebe ali drugega zadovoljiti, začne telo bojkotirati, in če tako siljenje telesa ponavljamo, lahko zaidemo v začaran krog, ki se navzven kaže v raznih oblikah spolnih motenj, npr. impotenci, prezgodnjem izlivu, anorgazmiji, dispareuniji, pomanjkanju želje po spolnosti idr.

Kakšna je „dodata vrednost“ hipnoze v psihoterapiji? Se hipnoze poslužujejo različni psihoterapevtski pristopi ali je hipnopsihoterapija lahko tudi poseben pristop?

O tem sva nedavno pisala s kolegom Alenom Latinijem v članku v Slovenski reviji za psihoterapijo Kairos, katere urednik sem, kjer govoriva o odnosu med hipnozo in psihoterapijo. Če pogledamo psihoterapijo na splošno, je potencial hipnoze še zelo neizkoriščen. Kot sem že prej omenil, je dobro, da s tem ko čuječnost v svoja izobraževanja integrirajo različne psihoterapevtske šole, hipnoza, sicer skrita pod drugim imenom, prihaja v psihoterapijo. Zanimivo je, da ne v večjem obsegu in bolj eksplicitno, glede na veliko število študij in eksperimentov, ki dokazujejo njeno učinkovitost.

Mogoče je razlog, da ima tudi večina psihoterapevtov napačne predstave o hipnozi. Od samega začetka psihoanalize, s Freudom na čelu, so imeli psihoanalitiki odpore do uporabe hipnoze na osnovi neutemeljenih predsodkov. V času med svetovnima vojnoma v 20. stoletju pa vse do danes, pa so številni psihoanalitiki kljub temu razvili t. i. hipnoanalizo, v kateri so plodno povezali psihoanalizo in hipnozo. Na očitek, da hipnoza pasivizira paciente, so odgovorili s prikazi kliničnih primerov, v katerih so pacienti aktivno sodelovali v terapevtskem procesu. Pokazali so, da je s hipnozo možno zmehčati odpore do razkrivanja nezavednih vsebin in da je možno analizirati pacientov transfer predno pride do potlačitve, da je torej analizo t. i. »prenosa« pomembnih čustvenih vsebin v odnosu do terapevta možno celo pospešiti.

Kako?

Odvisno, kako hipnozo definiramo. Če jo definiramo kot linearen proces, torej kot enosmerno upravljanje pacienta s strani terapevta s pomočjo sugestij, to seveda ni združljivo s predstavo terapevta in pacienta kot človeško enakovrednih partnerjev, ki soustvarjata terapevtski odnos in proces. Če pa gledamo na hipnozo kot na nekaj, kar bogati komunikacijo in je neizogibni del vsakega bližnjega, torej tudi terapevtskega odnosa, potem je to druga zgodba. V tem primeru se zavedamo, da hipnotski potencial nosimo v sebi vsi in da je le vprašanje, ali se ga naučimo koristno izrabljati za razvoj lastnih potencialov in odnosov ali ne.

V okviru hipnopsihoterapije lahko dela terapevt tudi s pomočjo globokega transa ...

Ja, to je zelo dragocena možnost, za katero pa je potrebno veliko vaditi. Prvi korak je, da sam prepoznavam hipnotske fenomene pri sebi in drugih ter temu opazovanju nameniš precej časa. Prej sem omenil Derrena Browna, ki dela z avditorijem, v katerem

je tudi po 100, 200 ljudi in je odličen opazovalec. Ko nekoga povabi na oder, nikoli ne pristopi k nekomu, ki ima prekrivane noge in je naslonjen nazaj, ampak k tistemu, ki je nagnjen naprej in ima odprtlo držo, vabeč pogled. Ključno izhodišče je torej, da opaziš, kdo je spontano pripravljen na uvajanje v trans in na njegovo poglabljanje. Pacienta lahko nato v globokem transu terapevt povabi, da regredira, to pomeni, da se vrne nazaj, v otroštvo, kjer je mogoče ostal nek neintegriran travmatski spomin. Prav tako lahko s pomočjo globokega transa terapevt pomaga pacientu bolj učinkovito in živo obuditi nek zgodnji vir, ga ojačati in ga investirati v doseganje za pacienta pomembnega cilja v prihodnosti.

Glede na to, da tak trans „rahinja“ odpore, se poslužuje regresije, verjetno obstaja nevarnost dekompenzacije, retravmatizacije?

V vsakem terapeutskem odnosu, kjer se vzpostavi zaupanje in občutek varnosti, lahko pride spontano, nenačrtovano do reaktivacije travmatskega spomina. To sem sam neštetokrat doživel, zato raje, če se le da, počakam, da boleči spomini sami priplavajo na površje, kot da bi to poskušal s kakšno tehniko na silo odpirati. Hipnoza tak terapeutski proces spremeni le v toliko, da kot terapevt bolj zaupam procesu, ki se večinoma sproži sam od sebe, ga bolje razumem oz. se bolj ugašeno odzivam.

Potrebo je obrniti perspektivo. Ni tehnika tista, ki nekaj sproži, ampak, ko se nekaj spontano sproži, si s tako ali drugačno tehniko in metodo pomagaš, da se v tem bolje znajdeš in situacijo bolje izkoristiš. Ko se nam nekdo odpre v svoji bolečini, se na to tako ali drugače odzivamo spontano. Trening, kako se odzivamo na lastne in tuje stiske, traja od zgodnjih otroških let. Sam sem se že zelo zgodaj senzibiliziral za bolečino svojih staršev. Oče mi je enkrat rekel, da sam ni mogel osrečiti moje mame in da je, ko sta se odločila za otroka, upal, da jo bom osrečil jaz. Tako sem imel že v zibelko položeno poslanstvo, da bom postal terapevt. Talent za terapevta sem potem razvijal v otroških in najstniških letih, ne da vedel, da to počнем. Ko sem se v času izobraževanja iz psihoterapije začel učiti hipnozo in druge tehnike, sem začasno izgubil nekaj spontanosti in s tem nekaj učinkovitosti. Pri edukantih pogosto opazim, da ko poskušajo tehniko pravilno izpeljati, izgubijo stik s pacienti, niso več ugašeni z njimi in zato manj učinkoviti. Ko se učimo novih postopkov, vedno plačamo ceno, za nekaj časa moramo žrtvovati spontanost na račun načrtnega vedenja. Seveda pa tudi naši spontani odzivi niso vedno koristni in uspešni, tako da prav ob učenju tehnik pilimo svoj terapeutski stil.

Eno je zamuditi trenutek, drugo je retravmatizacija ...

Izziv za terapevte katerekoli vrste je, kako se odzivamo na bolečino drugega. V zahtevnejših terapeutskih procesih se ne moremo izogniti bolečini. V terapijo pogosto pridejo ljudje v akutnih krizah, torej destabilizirani. Redki so tisti, ki poiščejo terapevta, ko se dobro počutijo in rečejo, da želijo delati na sebi preventivno. Navadno pridejo, ko so težavo poskušali rešiti že sami, a neuspešno.

Glavna napaka, ki jo terapeuti, ki so neizkušeni ali nekompetentni, naredijo, je, da se krvaveče rane, če se tudi za duševne težave poslužim fizične metafore, lotijo z obema rokama. A ravno tega ne bi smeli narediti. Večinoma ne. Najprej je potrebno človeku v akutni stiski, ki je destabiliziran, pomagati, da se odmakne od bolečine, da se stabilizira. Ko mu to uspe, počakamo na trenutek, ko bodo življenske okoliščine dovolj ugodne in tudi terapeutski odnos dovolj stabilen in varen, da gremo tja, kjer močno болi.

Pri hipnozi oz. v hipnopsihoterapiji ni nič drugače. Pri terapeutih, ki so hitri, je problem ta, da gredo direktno in preuranjeno tja, kjer boli. Če gre za izoliran dogodek, ki povzroči neko duševno motnjo, na primer enkraten napad psa fobijo pred psi, lahko po hipnotski predelavi travmatskega dogodka fobija izgine že po eni, dveh ali treh seansah. Veliko je tudi primerov, znotraj medicinske hipnoze, npr. pri dolgotrajnih kožnih boleznih, ko vseeno lahko pride do izjemno hitrega izboljšanja, če odkrijemo povezavo z izoliranim travmatskim dogodkom v preteklosti. Ampak pogosto ne gre za enkraten izoliran dogodek.

Hipnopsihoterapija zame pomeni, da je terapevt usposobljen za dolgotrajne procese ter zna dobro oceniti, kdaj je dobro stabilizirati in kdaj je čas za destabilizacijo, za spust v bolečino. Pri ljudeh, ki so globoko ranjeni in so imeli zelo škodljive odnose v otroštvu, so bili na primer fizično in/ali spolno zlorabljeni, je to izjemno težko spremenjati in gre počasi. Tem je potrebno pomagati, da se stabilizirajo, saj jih rane iz otroštva stalno pretresajo v vsakodnevnu življenju, burno in boleče lahko reagirajo že ob manjšem stresu. Pogosto teh povezav ne vidijo. Mislijo, da jih je s tira vrgel na primer neprijazen pogled šefa, nizek zračni pritisk, meglen dan, poraz ljubljenega nogometnega moštva itn., ampak so to bili samo sprožilci.

Kaj o hipnozi pravi nevroznanost?

Kognitivna nevroznanost kaže veliko zanimanja za raziskovanje hipnoze kot posebnega, spremenjenega stanja zavesti. Gre za integrativno raziskovalno paradigmo, ki ne črpa le iz nevrfizioloških, vedenjskih, doživljajskih, medosebnih, čustvenih in kognitivnih paradigm, 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 nevrfiziološkem poskusu so npr. odkrili, da možgani v globoki hipnozi delujejo bolj koherentno in heterarhično, da je desna hemisfera bolj aktivna, da se aktivira večilo 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 opravlja svoje delo najbolj ekonomično in hitro.

Nevroznanstvena odkritja so zmanjšala tudi nekatere predstavke in magične predstave v zvezi s hipnozo, saj so o mehanizmih delovanja in učinkih hipnoze prepričala tudi mnoge somatsko orientirane terapevte. Dokazano je, da hipnoza spreminja možganske povezave in vpliva na nevrogenezo, to je na rast novih živčnih celic v možganih.

Žal se ob novih odkritijih vedno pokaže težava prenosa teh novih spoznanj v praksu. Vedno znova se zgodi, da se številni strokovnjaki ukvarjajo z nekim področjem raziskovalno, pride do odličnih odkritij, a ne do aplikacije v praksi. Vedno znova se kaže zev med raziskovanjem in praksou.

Genetske raziskave o hipnozi kažejo, da imamo vrojeno sposobnost za razvijanje transa. Znotraj te sposobnosti bolje razumemo razne teorije učenja in razne postopke učenja, npr. učenje jezikov v alfa stanju. Hipnoza govori o tem, da je naše učenje lahko raznoliko in lahko izkorišča fantastične potenciale možganov.

Zanimiva je tudi socialna nevroznanost, kjer na fMRI napravah istočasno spremljajo delovanje možganov dveh oseb, ki med sabo komunicirata. Tu lahko veliko izvemo o hipnozi, ki je zelo intenzivna oblika komunikacije, širša od komuniciranja zgolj na verbalni, zavestni ravni. Erickson je govoril o bilingualnosti – učenju dvojnega jezika, zavestnega in nezavednega, pri čemer ne gre za to, da nezavedno za vsako ceno ozaveščamo, ampak mu vse bolj zaupamo. To pomeni, da ne stavimo glavnega poudarka na zavest, ki je seveda še kako dragocena, a v primerjavi z nezavednim je njena sposobnost procesiranja manjša, energetska poraba pa večja.

Opombe

¹ Intervju je bil objavljen na spletni strani Žurnala, 19. 2. 2017; <http://www.zurnal24.si/miran-mozina-hipnoza-in-hipnopsihoterapija-clanek-286090>

Mag. Miran Možina, psihijater in psihoterapevt, predavatelj na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, miranmozina.slo@gmail.com

**Hipnoza v terapevtskem delu z otroki in mladostniki ter
uporabnost hipnoze v osnovnih šolah:
Intervju s psihoterapeutom Miranom Možino v Ljubljani,
8. marca 2012a**

*Hypnosis in therapeutic work with children and
adolescents and the use of hypnosis in elementary
schools:
Interview with psychotherapist Miran Možina
in Ljubljana, 8th of March 2012*

Pogovor med Miranom Možino (M) in Barbaro Cvetko (B) je nastal med raziskovanjem teme diplomskega dela z naslovom Hipnoza in njena uporabnost na področju izobraževanja pri osnovnošolskih otrocih Barbare Cvetko.

B: Koliko časa se ukvarjate s hipnozo? Kje ste se prvič srečali z njo? Kje ste se je učili?

M: Začel sem leta 1985, učil pa sem se od ameriškega psihoterapevta in hipnoterapevta Grahama Barnesa. On je bil moj glavni učitelj, ki me je med drugim vpeljal v delo Miltona H. Ericksona. Leta 1988 sem se udeležil več seminarjev v Nemčiji v okviru Društva Miltona H. Ericksona. Tam sem spoznal tudi glavne avtoritete tega društva: Bernharda Trenkla, Burcharda Petra, Wilhelma Gerla, Guntherja Schmidta in druge. Glavni del hipnoterapije, ki sem se je naučil, je delo Miltona H. Ericksona.

B: Zdaj tudi pri svojem delu kot psihoterapeut uporabljate to tehniko?

M: Naj najprej opozorim, da hipnoza ni samo tehnika. Hipnoza je precej več kot tehnika oziroma metoda. Je poseben način komunikacije. S pomočjo hipnoze se nam razkrije neverjetna kompleksnost medčloveške komunikacije, saj lahko z njo postanemo bolj občutljivi za nezavedno. Zavemo se, da nezavedno ni le v nas, ampak tudi med nami. Milton H. Erickson je razvijal metodologijo hipnoze kot znanost o komunikaciji med nezavednim pacienta in nezavednim terapeutom.

B: Za kakšne težave uporabljate hipnozo?

M: Do zdaj nisem naletel na kakšne absolutne kontraindikacije. Delo v hipnozi uporabljam praktično za vse probleme, s katerimi se ljudje obračajo name. To morda zveni nenavadno, vendar je razumljivo, če hipnozo razumemo kot nujni sestavni del vsake medčloveške komunikacije. Ljudje med seboj ne moremo komunicirati, ne da bi drug drugega uvajali v trans. Moj način psihoterapevtskega dela pa ne temelji izključno na hipnozi, hipnoza je zame del psihoterapevtske obravnave. Zelo pomembno vpliva na to, kako komuniciram z ljudmi. Hipnozo v ožjem smislu, tisto, kar si predstavljam kot delo v globokem transu, pa uporabljam dosti bolj specifično in ciljno, ne z vsakim pacientom.

B: Za kakšne vrste težav uporabljate ciljno usmerjeno globoko hipnozo?

M: Najbolj pogosto jo uporabljam za anksiozno problematiko, za težave, povezane s tesnobo. Odlično se obnese tudi pri psihosomatskih težavah, pri raznih bolečinskih stanjih, motnjah vegetativnega ravnovesja in podobno.

Glede na najino temo pogovora je seveda koristna tudi pri delu z družinami in otroki oziroma mladostniki. V okviru sistemsko družinske terapije uporabljam metodo, ki jo imenujemo Reka življenja, in je v bistvu hipnoterapevtska metoda. Uporabljam metafore in razne pripomočke za vizualizacijo in eksternalizacijo problemov, na primer lutke, razne simbole. Ta metoda je v veliki meri prirejena prav za potrebe otrok in mladostnikov.

Hipnoza je po mojih izkušnjah koristna tudi pri hudih in dolgotrajnih duševnih motnjah, kot so osebnostne motnje ali psihoze, na primer za okrepitev pacientovega zaupanja in za stabiliziranje terapevtskega odnosa. Pri teh motnjah se praviloma ne izvaja destabilizirajočih, provokativnih postopkov, ampak bolj take, ki okrepijo terapevtsko vez s terapeutom, in tu je hipnoza lahko v veliko pomoč.

Uporabna je tudi pri depresivnih motnjah in pri težavah, ki jih imajo ljudje v raznih hudih življenjskih stiskah, in sicer kot del krizne intervencije, ker pomaga stabilizirati ljudi, da spet najdejo mir in ravnovesje v sebi.

B: Kot ste omenili, imate med svojimi pacienti tudi otroke. Kako dojemljivi so za hipnozo otroci?

M: Otroci so zelo v stiku s tem načinom doživljanja oziroma s stanjem zavesti, ki mu pravimo trans. Otroci so naravno v transu večji del časa, zato je to vredno izkoristiti za terapevtske namene in terapevtsko spremembo, ki je včasih potrebna. Otroci so glede hipnoze zelo hvaležni pacienti.

B: V kateri starosti ali od katere starosti naprej se lahko dela z njimi?

M: Če vzameš dojenčka, otroka, ki še ne more govorit, ugotoviš, da so to izjemno dobri hipnotizerji. Če hočeš navezati dober stik z dojenčkom in če se ukvarjaš s hipnozo, vidiš, da je to najlažje v stanju transa. S hipnozo pa je možno delati tudi z nosečnicami, na primer za izboljševanje stika med njimi in zarodom. Nosečnica bo lažje razvila stik z zarodom, če bo sama vstopila v trans. Trans zahteva upočasnjevanje, fokusiranje in tudi, da tisto, na kar se osredotočaš, vpija tvojo pozornost. Če na primer v običajnem stanju zavesti nosečnica ne sliši ali ne čuti

bitja srca svojega zarodka, bo to v transu veliko lažje. Če je nosečnica v stresu, je tudi zarodek v stresu, če je globoko sproščena, se podobno dogaja z zarodom. Torej je mogoče delati s hipnozo že z zarodki, prek nosečnice pa tudi z dojenčki. Ko otroci spregovorijo, se odprejo nove možnosti za hipnotsko komunikacijo.

B: Kakšne so posebnosti v metodah dela z otroki v primerjavi z odraslimi?

M: Otroci ne rabijo toliko formaliziranih postopkov, ker so že sami ves čas v naravnem stanju transa, in velikokrat je dovolj, da se jim le pridružimo v hipnotskem stanju, v katerem so. Odrasli smo večinoma zelo misleča bitja, zelo veliko mislimo in to nam velikokrat preprečuje neposreden stik ali pa neposredno doživljanje določenih čutnih zaznav, pa tudi stvari, ki se dogajajo tu in zdaj v odnosih z drugimi. Sam se na terapevtska srečanja pripravim tako, da se par minut pred srečanjem induciram v trans, kar mi pomaga, da lažje najdem stik z otroki. Bolj formalizirani hipnotski postopki seveda tudi pridejo v poštev, posebno, če delam v globokem transu. Večinoma pa moj način dela z otroki ni v globokem transu, ampak je bolj to, kar imenujemo »trans z odprtimi očmi«. Nekdo, ki hipnotskih fenomenov ne pozna in bi me opazoval pri delu, bi mislil, da je to pravzaprav običajna komunikacija, če pa se ukvarjaš s hipnozo, lahko vidiš, da ima komuniciranje z otroki, kadar imajo odprte oči, veliko značilnosti hipnotske komunikacije. Ena od stvari, ki spodbuja razvijanje hipnotskega transa, je priovedovanje zgodb. Otroci veliko bolj misljijo v podobah kot odrasli, tako da to veliko uporabljam. Tako večkrat s pomočjo lutk uprizorim zgodbo družine, ki se je name obrnila po pomoč, ali pa pripravim neko znano pravljico, v katero vnesem nekatere elemente aktualnega družinskega položaja. Včasih tudi samo priovedujem zgodbe o neki drugi družini, s katero sem delal na podobnem problemu, ali o drugih otrocih, ki so morda imeli podobne težave. Priovedovanje zgodb uporabljam torej kot hipnotski medij.

B: Če prav razumem, je hipnoza za vas način komunikacije. Kaj pa razumete pod globokim transom? Mislite na različne globine transa, ki jih vsak človek lahko doseže? Globoki trans je sposobna doseči manjšina ljudi, ali ne?

M: Mislim, da ne. Po mojih izkušnjah je večina pacientov, s katerimi sem delal, dosegla globoki trans. Ta je videti tako, kot bi človek spal. Tisto, kar je razlika med spanjem in globokim transom, je, da obstaja v stanju transa ves čas povezanost med subjektom, kot večkrat pravimo pacientu v hipnotskem besednjaku, in terapeutom. Notranje dogajanje človeka v globokem transu lahko spremlijamo z uporabo nehotnih gibov, na primer z levitacijo rok ali pa raznimi nehotnimi gibi prstov na rokah. Roke so zelo dobre zaradi drobnih, subtilnih gibov in fine motorike prstov, ki jo omogoča odlična oživčenost rok. Trzajo lahko prsti ali zapestje, lahko se aktivira biceps, ko se dviga podlaht, triceps, ko roka se izteguje. Te nehotne gibe se da povezati s procesom transa tako, da se psihološki proces ves čas zrcali na teh motoričnih spremembah, ki so nehotne, gibi v globokem transu so torej neprostovoljni. Vsak človek ima sposobnost za nehotne gibe, vsi imamo na primer izkušnjo, da preden zaspimo, trznemo. Te sposobnosti trzajočih gibov za delo v globokem transu zelo uporabljam. To mi omogoča, da neprestano vidim odzive in jih povežem s sugestijami za terapevtsko delo, ki ga človek opravi na mentalni ravni. Preko nehotnih gibov lahko ves čas preverjam, v kakšnem stiku sva s pacientom, koliko mi sledi. Če bi spremljali druge fiziološke parametre, kot so elektroenzefalogram, dihanje, bitje srca, krvni pritisk, upornost kože, razne funkcije notranjih organov, izločanje hormonov in neuropeptidov, bi videli, da se v globokem transu dogajajo posebni procesi.

B: Je tudi lahen nivo hipnoze primeren za terapevtske spremembe?

Miran MOŽINA

M: Prav gotovo. V tem načinu hipnoterapevtskega dela po Miltonu H. Ericksonu, ki ga sam uporabljam in tudi učim, pravimo, da terapevtska sprememba ni premo sorazmerna z globino transa, torej, da se lahko velike spremembe zgodijo v relativno lahnem transu, zato globoki trans ni nujen.

B: Katera so področja, kjer se lahko pri otrocih uporablja hipnozo? Omenil ste že anksionost, depresijo, kaj pa šolske obremenitve?

M: Hipnoza je vsekakor koristna za številne težave, povezane s šolo. Začniva pri težavah, ki so povezane s tremo, na primer pred nastopanjem pred skupino ali stiske otrok v zvezi s storilnimi zahtevami v šoli, kot so preizkusi znanja in podobno. Zelo pomembno področje so tudi strahovi pred bližino, stikom, področje tako imenovanega avtističnega sindroma. Vemo tudi, da se predvsem v najstniških letih mladi iščejo, da so negotovi glede lastne samopodobe in uveljavljanja v družbi sovrstnikov. Tem problemom pristop s pomočjo hipnoze lahko precej pomaga.

Otrok ali mladostnik si lahko v transu predstavlja neki položaj, ki mu bo izpostavljen v prihodnosti. Zelo velika vir in dragocenost transa sta ta, da si lahko poudarjeno, živo predstavljamo neko situacijo, bodisi v preteklosti, kjer pride do zelo živega obujanja spominov, ali pa gremo v prihodnost. Vživimo se, kot da bi res bili tam, na primer v nekem položaju v svojem razredu, med nastopanjem na odru in podobno. Tukaj ima hipnoza veliko moč, saj ne deluje na intelektualni ravni, ampak aktivira halucinatorno sposobnost človeka. V transu si lahko predstavljaš, podobno kot v sanjah, da si v najrazličnejših situacijah, zato se lahko na neki zahteven preizkus v prihodnosti pripraviš veliko bolj kakovostno, in to ne samo z razmišljjanjem, ampak lahko že danes celostno doživiš to, kar predvidevaš, da te čaka v prihodnosti. Tako sem s hipnozo večkrat pomagal ljudem, ki nastopajo. Ko glasbeniki opisujejo, kaj se jim dogaja na odru, velikokrat opisujejo fenomene transa. Mnogi na primer opisujejo fenomen disociacije, kjer je njihovo telo za ali z glasbilom, medtem ko imajo občutek, da njihov duh to spremi z drugega konca sobe. To je znak globokega transa in večinoma poročajo, da v takem stanju odlično igrajo. Nekaj igra, oni ne kontrolirajo več tega, neki drug »sistem« prevzame vajeti v svoje roke in izvedba je zelo kvalitetna. Priprava na zahtevne položaje v prihodnosti s pomočjo transa je lahko zelo koristna tudi za otroke in mladostnike.

Pojdiva naprej na probleme z agresivnostjo. Pri agresivnosti je tako, da s hipnozo lahko izboljšamo stik s tistim, čemur bi lahko rekel »avra«, to pomeni, da odkrijemo, kaj so tisti prvi znaki, ko se jeza in potem bes začneta. Če otrok ugotovi, kaj so prvi znaki, potem je stvar še obvladljiva, dokler se preveč ne razvname, ko izliva jeze ali besa ni več mogoče ustaviti. Zatem se ravnamo po sistemu odzivanja, praznjenja, šele potem pa se otrok lahko spet pomiri. Zelo koristno je lahko, da se z otroki trudimo doseči prepoznavanje teh zgodnih znakov iritacije. Prav tako lahko delamo na tem, čemur pravimo prepoznavanje »kontekstualnih ključev«. Vsa naša razpoloženja in čustva, bodisi pozitivna ali negativna, se aktivirajo v nekem kontekstu, okoliščinah, naj gre za žalost, jezo ali veselje, ki jih lahko prepoznamo. Velikokrat ne vemo, kaj nas je razčalostilo ali spravilo v dobro voljo, občutimo samo rezultat, ne pa, kaj se je točno zgodilo, kaj je bil sprožilec nekega razpoloženja. S pomočjo hipnoze je mogoče tudi v tem pomenu razkriti pojave, ki so bili sprožilci, zaradi česar lahko človek bolj obvladuje svoje odzive in je lahko bolj pozoren na stvari, ki ga hitro vznemirijo.

B: Kaj pa za razvijanje samozavesti in koncentracije? Bi se dalo otroke naučiti samohipnoze za izboljšanje koncentracije, da bi se uspeli bolje osredotočati, kar je velikokrat problem v šoli?

Hipnoza v terapevtskem delu z otroki in mladostniki v osnovnih šolah: Intervju

M: Po eni strani lahko vsekakor odgovorim z da. Kot sva že rekla, se trans razvije, če se koncentriраš in ohraniš pozornost dovolj dolgo na eni stvari. Torej s samohipnozo lahko otroci izboljšajo svojo koncentracijo. Seveda so pa stvari bolj zapletene, ker je, kot sem že prej omenil, vedenje, tako problemsko kot pozitivno, vedno tudi stvar konteksta. Če otrok, ki ima motnje koncentracije, odrašča v družini, kjer je problem odvisnost starša ali staršev od alkohola, kjer je zaradi tega veliko občutka nevarnosti, kjer je velikokrat čustveno in morda fizično zlorabljen, bomo s samohipnozo za izboljšanje koncentracije dosegli relativno malo. V disfunkcionalnih družinah je velikokrat problem, da odrasli nadleguje, kritizira, zbadá, priganja otroka, kadar je utrujen ali zmehčan, v stanju vsakdanjega transa pa zato pri učenju neučinkovit. Ali pa so odzivi starša nepredvidljivi, enkrat so empatični, drugič ne, zato otrok nikoli ne ve, na kaj bo naletel. Ravno takrat, ko bi potreboval mir in nežen, uglašen objem ali dotik, dobi bodico. Tako vzdušje stalno ponavljajočih se nesporazumov v odnosih, kjer se starši z otroki ne morejo uglastiti in jih negovati, podpirati, ampak se ves čas na neki način drgnejo drug ob drugega, morda celo ponižejo in zasmehujejo otroka, ko je ta bolj neučinkovit v stanjih vsakdanjega naravnega transa, je za otroka zelo škodljivo in se lahko kaže v učnih težavah, slab koncentraciji, motnjah pozornosti in podobno. Če bomo v takem primeru otroka učili (avto)hipnotske tehnike, hkrati pa ne bomo delali v družinskem kontekstu, v katerem se ni oblikovala varna navezanost, bodo učinki (avto)hipnoze zelo majhni.

Naslednji problem, povezan s kontekstom, je, da so v šolah razredi pogosto veliki in je prisotna velika stopnja nemira v celiem razredu. Tako je v takem primeru otrok z motnjami pozornosti izpostavljen množici dražljajev, ki to motnjo še povečujejo.

Raven motivacije za učenje je v celotnem razredu lahko tudi nizka. Spomnim se mladostnika, ki je, potem ko je bil v osnovni šoli v razredu visoko motiviranih sošolcev, prišel v srednji šoli v razred, ki je bil po kazalcih uspešnosti najslabši na šoli. Ko sem obiskal šolo in se pogovarjal z razrednica, mi je potožila, da je imelo veliko število učencev hude težave doma, nekateri so bili iz skoraj povsem razpadlih družin. Mladostnik, ki sem ga obravnaval in je bil do konca osnovne šole v elitnem okolju, je nenadoma prišel v nespodobudno okolje, zato je njegov uspeh drastično padel. Vedno je torej treba gledat otroka v okolju kot entoti obravnave, še posebno pri otrocih, kjer ne gre za samega otroka, ampak otroka v okolju. To je lahko otrok v družini ali otrok v šolski skupnosti, lahko pa tudi oboje.

B: Prebrala sem članek neke psihologinje v Avstriji, ki dela s problematičnimi otroki. Pokliče jih iz razreda in jim s hipnozo pomaga pri njihovih učnih težavah. Nekateri strokovnjaki pa predlagajo, da bi se hipnozo uvedlo v pouk, tako da bi se delalo s celim razredom ali na razrednih urah, ali da bi se jih pred uro umirilo, jim dalo neke pozitivne sugestije o uri, ki bo sledila. Kaj menite o teh dveh pristopih?

M: Mislim, da tukaj ni dvoma, ali je bolje eno ali drugo, zelo dobro je vsekakor oboje. Področje, ki ga še nisva omenila, so hiperaktivni otroci. Za njih je značilno, da težko razvijejo trans v mirovanju. Tukaj prideva na področje dela s hipnozo in transom, ki mu pravimo »dinamični trans«. Trans je lahko tudi v gibanju. Katera koli ponavljajoča aktivnost, kot sta tek ali hoja, lahko sama po sebi vzbudi trans. Ko si v nekem ponavljajočem ritmu, enakomerem gibanju, lahko pri sebi zaznaš spremembe, ki so tipične za hipnotski trans. Pri vseh rutinskih opravilih, ki jih obvladamo, kot so pomivanje posode, šivanje, likanje, umivanje zob, se lahko razvije trans. Pri delu s hiperaktivnimi otroki, s katerimi sem se veliko ukvarjal dvajset let v okviru projekta terapevtskega taborjenja oziroma tako imenovane miljejske terapije, smo se naučili, da je zelo pomembno skupno gibanje. Da prideš v isti ritem gibanja z otrokom in potem otroka na posreden

način postopno vodiš prek te uglašenosti gibanja v to, da se umiri. Imeli smo dobre izkušnje s tabornim ognjem, saj je ogenj izjemno dobro hipnotsko sredstvo, ker je po eni strani ves čas enak, po drugi pa ves čas drugačen, se stalno spreminja. Zato pritegne pozornost in jo lahko priklene nase. Imeli smo taborni ogenj na sredi tabora in zvečer, ko je padel mrak, okoli nas pa je bila le divjina, gozd, ki je postal z nočjo za otroke še bolj strašljiv, so otroci sami od sebe radi posedali ob ognju. Tam so se počutili bolj varne. Tudi hiperaktivni otroci so se tam umirili, zagledali so se v ogenj in se zmehčali, upočasnili. Ob ognju je bilo mogoče z njimi dobro delati s hipnozo. S pripovedovanjem zgodb in včasih tudi z nežnimi dotiki smo poglabljali njihov trans in v pogovorih so se večkrat odprle njihove travmatske izkušnje. Njihova napetost je popustila in lahko so se prepustili varnim trenutkom ob ognju. Velikokrat sem doživel, da so se zmehčali kot dojenčki in sem jih odnesel v šotor spat, ker tudi hoditi več niso mogli. Da smo lahko dosegli tako dragocene trenutke terapevtskih premikov pri posameznih otrocih, pa je bilo nujno, da se je vzdušje v celotni taborni skupnosti premaknilo v smer pozitivnega skupnega transa. Terapevtsko delo s posameznim otrokom poteka z roko v roki s terapevtskim delom s celotno skupino, katere del je.

Na osnovi svojih izkušenj z miljejsko terapijo jasno vidim, da so za delo s hipnozo zelo dobrti taki konteksti, kot so na primer šole v naravi. Tam bi se dalo veliko delati s hipnozo tako s posameznimi učenci kot s celimi razredi. Prej sva govorila o hipnotizirajočem učinku zgodb. Če na primer učitelj pripravi neko animacijo, ki otroke pritegne v smislu zgodbe, lahko je to dramška, glasbena ali plesna uprizoritev, pripovedovanje pravljic, so vse to naravnii hipnotski mediji. Hipnozo je mogoče razumeti kot določeno atmosfero, vzdušje, ki se razvije med ljudmi, med dvema, lahko pa seveda tudi v večji skupini, kot je razredna skupnost. Poglejva si primer hipnotskega vzdušja, ki ga vsi dobro poznamo: včeraj sem bil v gledališču, sedeli smo in čakali, da se predstava začne. In potem je prišel tisti čarobni trenutek, ko so se luči ugasnile, se prižgale odrške luči. Pogovori med gledalci so potihnili, nastala je tista prijetna tišina, polna pričakovanja: igralcev še ni, zdaj čakamo – vsi smo usmerjeni in vsi pričakujemo. In nato se predstava začne. Čeprav vemo, da ne gre za resnično življenje, nas dobra predstava vsrka vase. Pozabimo, da ne gre za resnično življenje in se vživimo, tako da nas predstava lahko globoko pretrese. Prinese nam lahko nove uvide, nam omogoči čustveno katarzo.

Kako nam lahko ta analogija z gledališčem pomaga k boljšemu razumevanju hipnoze? Tudi pri hipnozi je ključnega pomena, da pričakujemo, da se bo zgodilo nekaj prijetnega in da se bo težišče našega doživljjanja premaknilo v fantazijsko dogajanje, ki bo morda ravno zato, ker vemo, da je to fantazija, toliko bolj učinkovalo na nas. Hipnoza je velikokrat povezana z neko inscenacijo, ki nagovori našo domišljijo, našo desno hemisfero, naš svet notranjih predstav, slik. Posebno za otroke je pomembno, da se nekaj uprizarja, seveda lahko v tem aktivno sodelujejo tudi oni, in da obstaja pričakovanje, da bo to nekaj prijetnega, nekaj zanimivega, da se vzbudi njihova radovednost. Takrat se začnejo hipnotski procesi. Če me vprašaš, kako bi se dalo uporabljati hipnozo, je zame pomembno, da se hipnoza stalno že uporablja v šolah, samo da večina učiteljev ne ve, da se to dogaja. Ne vedo, da je, ko nekaj uprizarjajo in vzpostavijo osredotočenost cele skupine na neko dogajanje, to pravzaprav hipnoza v skupini. Seveda terapeut potem to še bolj zavestno izkoristi, to je morda edina razlika. Mislim pa, da so dobri učitelji dobri hipnotizerji. Dober učitelj zna vzbuditi zanimanje otrok in pritegniti pozornost otrok tako, da se za nekaj časa res osredotočijo na nekaj, kar vzbudi in spodbudi njihovo domišljijo, ustvarjalnost. Vse to pa so značilnosti hipnoze.

B: Vidite kakšne slabosti ali omejitve pri hipnozi?

M: Da, morda to, da je hipnoza izjemno občutljiva na kontekstualne dejavnike. Če v neki

razredni skupnosti delujejo stvari tako, da se otroci ne počutijo varne, da občutijo veliko stresa, bo zahtevno razviti pozitivno hipnotsko kulturo.

Pojdiva za trenutek stran od šole in si poglejva primer tako imenovanega negativnega transa. Takoj ko imamo množico ljudi, ki ima skupen fokus, se razvijejo hipnotski fenomeni v dobro, lahko pa žal tudi v slabo smer. Predstavlja si velik nogometni štadion, kjer je 50.000 ljudi in so vsi osredotočeni na žogo, ki jo brcajo igralci. Raziskovalci množič so odkrili, da se gledalci neverjetno uskladijo, sinhronizirajo se namreč na velikost stotink sekunde. Brez dirigenta prihaja do stotinke sekunde natančne uskladitev ritmov ploskanja, navijanja in celo dihanja.

Ko na primer žoga za las zgreši gol nasprotnika, vsi kot eden v istem trenutku vzdihnejo. Taki fenomeni sinhronizacije so mogoči, ker se razvije kolektivno stanje spremenjene zavesti, transa. Tako doživetje kolektivnega transa v množici je lahko dobro, saj deluje katarzično, še posebej, če tvoje moštvo zmaga. Takrat pozabiš na vse težave, se za dve uri in še kakšno uro prej in po tekmi preklopiš v drug svet.

Žal pa ima množica tudi drug obraz. Če se na primer spomnim bližnje jugoslovanske preteklosti, ko je Milošević s svojo ekipo organiziral velike mitinge, na katerih se je zbral skoraj milijon ljudi, in so tam razpihivali sovraštvo do Albancev na Kosovu, me je spreletaval srh, ko sem spremil televizijski prenos. Milijon ljudi se je usmerilo na nekaj besed in stavkov, ki so jih kot negativne sugestije ponavljali neverjetno usklajeno v kolektivnem transu in s tem spodbujali nestrnost, sovraštvo, razdiralnost. Hipnoza je torej lahko medij za strašne grozovitosti, ki jih ljudje v običajnem stanju zavesti ne bi naredili. Ko sem gledal Miloševića, sem se spomnil na množične nacistične in fašistične prireditve, kjer sta Hitler in Mussolini spremeno pomagala množicam, da so razvile kolektivni trans, v katerem so postale popolnoma nekritične in brez razuma. Hipnoza tako žal nima samo svojega pozitivnega obraza. Ljudje se lahko hipnotiziramo tudi zato, da počnemo grozovitosti, ki jih drugače ne bi. Mnogi se po tem, ko se prebudijo iz transa, velikokrat čudijo, kaj so počeli.

V negativni trans, v stanje zožene zavesti, se lahko na primer inducirajo tudi manjše skupine mladostnikov v tolpa. Poznamo zgodbe o mladih ljudeh, ki najdejo tarčo, recimo neko starejšo mamico, jo pretepejo in oropajo. Čudimo se, kako je to mogoče. Ampak ljudje, tudi otroci in mladostniki, se lahko na tak destruktiven način spodbujamo in se žal induciramo v destruktivno hipnotsko stanje.

S tega gledišča lahko vidiva stvari še bolj kompleksno. Probleme, ki nastanejo v razredih oziroma šolah, kjer je recimo več nasilja, lahko razumemo tudi z vidika kolektivnega negativnega transa. Lahko rečeva, da se v neki razredni ali šolski skupnosti učenci postopno inducirajo v posebno stanje zavesti, ki temelji na strahu in občutku nevarnosti. Ujamejo in spodbujajo se v uničujoč medsebojni ples. Ne gre samo za dejanja posameznikov, gre za kolektivni trans. Postopno se okrepijo kontekstualni dejavniki, ki vodijo v stopnjevanje nasilja. Zato so edini uspešni programi preprečevanja nasilja na šolah, kjer je to postal problem, taki, kjer poleg individualne obravnave z najbolj izstopajočimi posamezniki delajo s celotno šolsko skupnostjo. Z vidika hipnoze delajo na tem, da se kolektivni negativni trans spremeni v pozitivnega.

B: Če bi poskušali vpeljati hipnozo v šole ali v razrede, morda tudi kot neko dodatno fakultativno pomoč, kakšno bi bilo do tega stališče družbe? Mislite, da bi se pojavil kakšen problem? Je družba pripravljena na to ali bi se kdo upiral?

M: Mislim, da bi se pojavili odpori, gotovo, ker ima hipnoza med laiki podobo, ki je povezana z odrsko hipnozo, kjer se hipnotizerji norčujejo iz ljudi. Človek, ki je v stanju transa, ima res posebne sposobnosti, kar je lahko dobro gradivo za predstavo. Hipnotizerji na odru uprizarjajo smešne in večkrat bizarre situacije. Tipična demonstracija odrske hipnoze je, da hipnotizer da človeku čebulo in mu reče, da je to slastno sladko jabolko. Človek potem v stanju transa je čebulo pred gledalci, ki lahko pri njem opazijo vse značilnosti telesnega in psihičnega odziva, kot da bi jedel jabolko. Naša sposobnost žive notranje predstave in spremicanje te v transu res omogoča neverjetne stvari. V transu si lahko predstavljam oziroma haluciniram, da je v sobi, kjer se nahajam, pes, ki je nevaren, in se začnem obnašati, kot da me bo ugriznil, kar zgleda smešno, če te nekdo gleda, v prostoru pa ni nobenega psa. Skratka, med ljudmi je veliko predsodkov do hipnoze, kar opažam tudi sam, ko pridejo po pomoč k meni in se je treba skoraj z vsakim pogovarjati o tem, kakšno predstavo ima o hipnozi, ker imajo o njej predsodke in zmotne predstave. Hipnoza, ki jo uporabljamo v terapevtske namene, temelji na spoštovanju človekovega dostenjanstva, zaupnosti in ne dovoljuje nobenega norčevanja iz ljudi. Seveda bi bilo treba učiteljem in staršem, če bi uvajali hipnozo v šole, to povedati, jim pokazati, razložiti, potem pa bi jo morda sprejeli. Hipnoza ni nevtralen pojmom, pri večini ljudi namreč vzbudi ambivalentna občutja, ki so velikokrat celo negativna in odklonilna.