



# Czy psychoterapia może pomóc w poszukiwaniu siebie? Perspektywa nurtu ericksonowskiego

KATARZYNA ZABORSKA  
UNIwersytet Łódzki

## Abstrakt

Artykuł podejmuje pytanie o rolę psychoterapii w procesie „poszukiwania siebie”, koncentrując się na perspektywie ericksonowskiej, gdzie sposób pracy z pacjentem pozostawia mu dużą samodzielność decydowania i odwołuje się do jego wewnętrznych sił, zakładając, że ma on w sobie wszystkie potrzebne umiejętności do rozwiązania swoich problemów. Przedstawiono kluczowe założenia podejścia: orientację na zasoby i ich celowe spożytkowanie, rozumienie objawu jako rozwiązania adaptacyjnego, zaufanie do nieświadomości, wykorzystanie hipnozy jako szczególnego rodzaju komunikacji oraz widzenie pacjenta w kontekście systemowym. W konsekwencji celem terapii jest poszerzenie samopoznania, co można uznać za podstawowy element leczenia. Tezę tę autorka popiera przykładem przypadku terapii w nurcie ericksonowskim, opisując wybrane elementy pracy takie jak: budowanie wizji pożądanej przyszłości, wprowadzenie techniki „szkatułki mocy” jako kotwicy dla doświadczeń i kompetencji oraz rekonstrukcję wspierających wspomnień rodzinnych. Zestawienie wniosków teoretycznych i materiału ilustracyjnego prowadzi do konkluzji, że ericksonowska praca na zasobach tworzy warunki do trwałej zmiany, w której poszukiwanie siebie jest niezbędne w procesie zdrowienia, a rola terapeuty polega na elastycznym i kreatywnym współtworzeniu z pacjentem ścieżki jego wewnętrznego rozwoju.

## Słowa kluczowe:

psychoterapia, terapia ericksonowska, poszukiwanie siebie, komunikacja metaforyczna, zasoby, spożytkowanie, nieświadomość.

<https://doi.org/10.18778/2300-1690.29.08>

*Motto: The universe buries strange jewels deep within us all, and then stands back to see if we can find them* (Gilbert, 2015, s. 8).

*Wszechświat ukrywa w nas, ludziach, niezwykłe klejnoty – a potem z boku obserwuje, czy zdołamy je odnaleźć.*

## I. Definiowanie psychoterapii: podejścia, cele, rozumienie zmiany

Postrzeganie psychoterapii zmienia się z czasem i różni w zależności od nurtu – w ciągu lat wykształciło się wiele podejść w obszarze pracy z psychiką ludzką. Psychoterapia jest metodą naukową, opartą zarówno na doświadczeniach klinicznych profesjonalistów, jak i na coraz bardziej zaawansowanych sposobach weryfikacji jej skuteczności. Należą do nich metody neuroobrazowania mózgu, narzędzia kwestionariuszowe, badania kliniczne, a także subiektywne oceny pacjentów oraz opisy przypadków prowadzonych przez terapeutów. Mimo rosnącej wiedzy na temat psychoterapii, wciąż pojawia się wiele wątpliwości i pytań, gdy rozważamy rozpoczęcie terapii lub gdy po pomoc sięga ktoś z naszych bliskich.

Zastanawiając się, jaka jest rola psychoterapii w poznawaniu/poszukiwaniu siebie, pojawiają się liczne pytania: czy jest ona metodą leczenia czy rozwoju, czy może wobec wyzwań, które stawia przed nami rzeczywistość, jest po prostu sposobem na zachowanie dobrostanu psychicznego? Czy rolę terapeuty można porównać bardziej do lekarza, do trenera personalnego, czy może do towarzysza wędrówki? Wątpliwości dotyczą również tego, jak bardzo terapia zmienia nas wewnętrznie, czy przejmujemy opinie i poglądy osoby prowadzącej leczenie, czy może jest to sposób na bycie „bardziej sobą”, oryginalnym i wyjątkowym, czy raczej celem

jest lepsze dopasowanie do norm i oczekiwań społecznych?

Współczesne badania nad efektywnością psychoterapii koncentrują się głównie na redukcji objawów i poprawie funkcjonowania (Lambert, 2013). Jednak już od dawna w literaturze pojawiają się głosy podkreślające znaczenie głębszych zmian dotyczących tożsamości, sensu życia i autentyczności (Yalom, 1980/2023; Rogers, 1961/2023). W takim ujęciu powstaje pytanie: na ile i w jaki sposób psychoterapia może sprzyjać „poszukiwaniu siebie”, rozumianemu jako odnajdywanie własnej indywidualności, tożsamości, sprawczości i sensu? Aby na nie odpowiedzieć, warto najpierw określić, czym właściwie jest psychoterapia.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) definiuje ją jako (...) *każdą usługę psychologiczną świadczoną przez wykwalifikowanego specjalistę, która wykorzystuje przede wszystkim formy komunikacji i interakcji do oceny, diagnozowania i leczenia dysfunkcyjnych reakcji emocjonalnych, sposobów myślenia oraz wzorców zachowania* (APA, n.d.). W polskiej literaturze przedmiotu Lidia Cierpiąłkowska i Jan Czesław Czabała (2005) doprecyzowują, że psychoterapia to zamierzone i planowane działanie, prowadzone przez odpowiednio wyszkolonych profesjonalistów wobec osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi czy problemami zdrowotnymi, mające na celu zmianę wzorców zachowania. Sama nazwa „psychoterapia” (od gr. *psyche* – „dusza/umysł” i *therapeia* – „leczenie/opieka”) wskazuje, że człowiek może aktywnie wpływać na swoją sytuację poprzez udział w procesie zmiany – nie jest to bierne „poddanie się leczeniu”, lecz intencjonalne współtworzenie terapii (Czabała, 2016; Aleksandrowicz, 2004).

Sięgając do historii, Jean-Martin Charcot (1825–1893) jako pierwszy wprowadził koncepcję terapii poprzez słowo (franc. *cure par la parole*), uznając moc rozmowy jako narzędzie

uzdrowienia. Wczesne szkoły psychoterapii, szczególnie psychoanaliza Zygmunta Freuda (1856–1939), były osadzone w paradygmacie determinizmu, zakładając, że zachowanie jednostki jest przesądzone przez nieuświadomione siły i dziecięce doświadczenia. Wraz z rozwojem psychologii humanistycznej nastąpiło istotne przesunięcie akcentu w stronę ludzkiej sprawczości. Już Carl Gustav Jung (1875–1961), początkowo uczeń Freuda, kwestionował ścisłą przyczynowość psychoanalizy, twierdząc, że przeszłość i wczesne doświadczenia nie definiują całkowicie naszego losu. Jung wprowadził koncepcję nieświadomości zbiorowej – uniwersalnej warstwy psychiki, w której ukryte są archetypy, czyli pierwotne wzorce i symbole wspólne dla wszystkich kultur i epok (Jung, 1964/2018). W jego ujęciu zasadniczym celem rozwoju osobowości była indywiduacja, czyli proces stawiania się tym, kim naprawdę jesteśmy, poprzez integrację świadomych i nieświadomych aspektów własnego ja. Indywiduacja nie oznacza zamknięcia się w sobie, lecz odnalezienie autentycznej tożsamości poprzez konfrontację z własnymi cieniami, akceptację przeciwnych tendencji w psychice i ostatecznie – odkrycie unikalnej drogi życiowej zgodnej z wewnętrzną prawdą jednostki. W tym rozumieniu psychoterapia staje się przestrzenią umożliwiającą świadome dojrzewanie do pełni własnego potencjału. Kontynuatorzy tego nurtu, tacy jak Carl Rogers (1902–1987) czy Abraham Maslow (1908–1970), podkreślali wolność wyboru i zdolność do samorealizacji. W modelu humanistycznym zadaniem głównym człowieka jest rozwój i aktualizowanie swojego prawdziwego „ja”, a natura ludzka jawi się jako pozytywna w swojej istocie.

Obecnie funkcjonuje wiele szkół i nurtów psychoterapeutycznych – w Polsce oficjalnie wyróżnia się cztery główne orientacje: psychodynamiczną, poznawczo-behawioralną, humanistyczno-egzystencjalną i systemową.

Każda z nich inaczej rozumie zarówno naturę problemów psychicznych, jak i cele oraz metody terapeutyczne. Szkoła psychodynamiczna postrzega proces terapeutyczny jako drogę do uzyskania wglądu, czyli poznania nieuświadomionych treści i konfliktów determinujących nasze działanie i emocje. Nurty humanistyczne akcentują odkrywanie autentycznego „ja” ukrytego pod warstwami społecznego warunkowania. Podejścia poznawczo-behawioralne koncentrują się na zmianie dysfunkcyjnych schematów myślenia i zachowania ograniczających rozwój osobisty. Terapie systemowe i narracyjne podkreślają relacyjny i społeczno-kulturowy wymiar funkcjonowania człowieka (Grzesiuk i Jakubowska, 2005).

W dalszej części artykułu skupiono się na opisie przypadku prowadzonego w ujęciu ericksonowskim. Jeśli chodzi o przedstawiony powyżej podział, to terapia ta należy do szkoły systemowej i strategicznej, łącząc w sobie również podejście humanistyczne. Jej podstawowym założeniem jest wiara, że każdy człowiek posiada wewnętrzne siły i mądrość niezbędne do rozwiązania swoich problemów. Jest terapią strategiczną, polegającą na doładnie zaplanowanych interwencjach przygotowanych w oparciu o charakterystyczną dla tego nurtu diagnozę. Uwaga skupiona jest na pozytywnej przyszłości, zasobach i umiejętności spożytkowania ich w kierunku rozwiązania. W tym kontekście można zaklasyfikować ją do podejść krótkoterminowych. Przede wszystkim jednak teoretycy i praktycy tej metody określają ją jako systemową, ponieważ uwzględnia kontekst rodzinny i środowiskowy (Geary i Zeig, 2001).

## II. Podejście ericksonowskie

Milton H. Erickson (1901–1980), twórca powyższej szkoły, sam przeszedł drogę do zdrowienia, która ukształtowała założenia jego podejścia terapeutycznego. Przeżył dwukrotny rzut polio, za pierwszym razem ocierając

się o śmierć, kiedy w wieku 17 lat w szpitalu lekarze nie spodziewali się, że dożyje poranka. Nie poddał się chorobie, wyszedł z polio, przeżył 78 lat życia, niezmiennie zachowywał wiarę w przyszłość i ogromne poczucie humoru. W późniejszym okresie przeprowadził się do Arizony, gdzie suche powietrze było pomocne w jego licznych schorzeniach. Pomimo trudności z poruszaniem się i mówieniem, kontynuował pracę terapeutyczną i prowadził seminaria (Zeig i Munion, 2005). Jego osobista historia pokazuje to, w co sam głęboko wierzył: każdy człowiek posiada wewnętrzne zasoby i siły zdrowienia, które mogą być wykorzystane do przezwyciężenia nawet najtrudniejszych okoliczności. Jego własne doświadczenie powrotu do zdrowia nie było jedynie biograficznym epizodem, lecz stało się fundamentem filozofii terapeutycznej, w której cierpienie nie definiuje człowieka, a skierowanie uwagi na pozytywną przyszłość i wiarę w możliwości rozwoju stanowi punkt wyjścia do zmiany. Ulubione powiedzenie Ericksona: *Najlepszy jest ten czas, który mam przed sobą* (za: Zeig i Munion, 2005) stanowi doskonałą ilustrację jego podejścia.

## Koncepcja zasobów i ich spożytkowanie

Podstawowym zadaniem terapeuty jest dostrzeganie twórczych możliwości pacjenta i towarzyszenie mu w procesie odnajdywania sposobów, w jaki może ten potencjał wykorzystać. U podstaw leży przekonanie, że pacjent już posiada wszystko, czego potrzebuje do rozwiązania swoich trudności – kompetencje, zdolności i wewnętrzne zasoby. Terapia polega na tym, aby znaleźć drogę do zablokowanych z jakichś powodów umiejętności i sił zdrowienia. Zasoby rozumiane są jako zestaw cech lub doświadczeń pacjenta, na których terapeuta będzie budował strategię terapeutyczną i swoje interwencje. Mogą to być: pozytywny

wizerunek w obrazie „ja” pacjenta, dobre doświadczenia z terażniejszości lub przeszłości, własne cechy oceniane pozytywnie, doświadczenia wsparcia, troski i miłości ze strony innych, umiejętności pacjenta, dotychczasowe sposoby rozwiązywania kryzysów w systemie rodzinnym, zasoby odkryte w trakcie przetrwania trudnej sytuacji, marzenia i pragnienia odnoszące się do przyszłości, poruszające doznania emocjonalne czy doświadczenia powrotu do zdrowia (Zeig, 1997).

Proces pracy z zasobami wiąże się ściśle z koncepcją spożytkowania (ang. *utilization*), która stanowi gotowość terapeuty do strategicznego reagowania na wszystko, co wiąże się z pacjentem i jego środowiskiem. Erickson i Rossi (1979, w: Berg i Miller, 2000, ss. 29–30) ujmują spożytkowanie jako proces składający się z dwóch kluczowych etapów. W pierwszym terapeuta eksploruje indywidualność klienta, jego życiowe doświadczenia, nabyte umiejętności oraz zdolności poznawcze, aby zidentyfikować te elementy, które mogą stać się narzędziem w rozwiązywaniu problemu. Drugi etap polega na tym, by (...) *jedyne w swoim rodzaju, indywidualne reakcje wewnętrzne klienta* wykorzystać strategicznie dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów terapeutycznych.

Zeig i Munion (2005, s. 71) poszerzają to ujęcie, wskazując, że spożytkowanie wymaga od terapeuty otwartości i elastyczności w odpowiadaniu na wszelkie aspekty związane z pacjentem oraz jego otoczeniem. W tak rozumianej koncepcji mieszczą się: (...) *zarówno świadome, jak i nieświadome wypowiedzi, zasoby, mocne strony, doświadczenia, zdolności (lub słabości!), związki, problemy, objawy, braki, środowisko, powołanie, zamiłowania, awersje, emocje... Lista jest nieograniczona, ale idea prosta. Jeśli coś jest częścią życia pacjenta, może się przydać w osiągnięciu celu terapeutycznego, jeśli pacjent wnosi to do terapii, być może jest to cenniejsze niż cokolwiek, co może zaproponować terapeuta.*

## Rozumienie objawu i przewartościowanie

W nurcie ericksonowskim problemy, z jakimi zgłaszają się pacjenci, należy rozumieć nie jako patologię, ale jako wynik prób zaadaptowania się do zmieniających się wymogów życia (Haley, 2013). Symptom jest postrzegany jako najlepszy możliwy wybór w danym momencie – strategia, która w określonych okolicznościach pełniła funkcję adaptacyjną. Lankton podkreśla, że ludzie dokonują najlepszego dla siebie w danym momencie wyboru, kierując się swoją wewnętrzną mapą świata, a nie bezpośrednim zmysłowym doświadczeniem (Lankton, 1980).

Podejście to łączy się ściśle z techniką przewartościowania (ang. *reframing*), która (...) *polega na specyficznej transformacji: na skutek zmiany perspektywy to, co wydawało się złym balastem, staje się użytecznym narzędziem. Proces ten obserwuje się wtedy, gdy zmiana sposobu postrzegania pociąga za sobą odmienne reakcje i nową interpretację wydarzeń* (Yapko, 1996, s. 78). Kluczowe jest tutaj założenie, że nie zabiera się objawu w terapii, jeśli pacjent nie ma innych, zdrowszych strategii radzenia sobie. Dąży się natomiast do tego, aby sytuacja lub postrzeganie sytuacji przez pacjenta zmieniło się na tyle, żeby objaw przestał mieć rację bytu, przestał być służący – wtedy objaw sam zanika.

## Zaufaj nieświadomości

W przeciwieństwie do psychoanalizy freudowskiej, gdzie nieświadomość postrzegana jest jako dół góry lodowej złożony z wypartych treści i konfliktów, w podejściu ericksonowskim nieświadomość rozumiana jest jako część naszej wiedzy, doświadczeń i umiejętności, jakie mogą być pomocne w procesie znajdowania rozwiązań. Jest ogromną skarbnicą pełną potencjału, siły i twórczości; odwoływanie się do niej daje dostęp do rozwiązań i nowych

zachowań, bez konieczności uzyskania wglądu w rozumieniu psychoanalitycznym. Stanowi ona ważne narzędzie w kierowaniu procesem terapeutycznym (Yapko, 2019).

## Hipnoza i trans jako narzędzia terapeutyczne

Hipnoza w ujęciu ericksonowskim jest szczególnym rodzajem komunikacji między dwójgim ludzi, a nie stanem jednej osoby. Zjawiska hipnotyczne są wynikiem interakcji, w której jedna osoba mówi coś w sposób, który pomaga doświadczać innej osobie czegoś płynącego z własnego wnętrza (Zaborska i Klajs, 2023).

Niedyrektywne sposoby komunikacji, takie jak rozmowa metaforyczna, bajki, anegdota i dowcipy, metafory, zadania domowe czy rytuały, służą dostosowaniu się do świata pacjenta i umożliwieniu mu dostępu do własnych zasobów w sposób pośredni, niewymagający świadomego wglądu (Szymańska i Zaborska, 2011).

## Perspektywa systemowa

Terapia ericksonowska, czerpiąc z teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy'ego (1901–1972) i koncepcji homeostazy Waltera Cannona (1871–1945), postrzega rodzinę jako dynamiczny system wzajemnych powiązań, posiadający własną strukturę, granice, homeostazę i prężność (Haley, 2021). Ujęcie systemowe polega nie tylko na preferencji zapraszania całej rodziny na terapię, z założeniem, że taka właśnie pomoc jest najbardziej skuteczna. Nawet gdy pacjent przychodzi indywidualnie, terapeuta ericksonowski nie zapomina, że jest on częścią szerszego środowiska i taką przyjmuje optykę widzenia jego sytuacji (Geary i Zeig, 2001).

Filozofia objawu w tym kontekście zakłada, że zadaniem rodziny, tak jak jednostki, jest pokonywanie kolejnych etapów rozwojowych.

Kiedy system zastyga i przestaje być elastyczny, jeden z członków rodziny – często najbardziej lojalna lub najbardziej kochająca osoba – produkuje objaw, aby utrzymać homeostazę, dostosować rodzinę do warunków zewnętrznych bądź utrzymać ją na poprzednim etapie, jeśli nie jest w stanie przejść na następny. W terapii rodzinnej stosuje się pozytywną konotację, w której (...) *objawy postrzega się jako pozytywne zjawisko, ponieważ pomagają zachować równowagę systemu oraz spójność i dobrostan rodziny* (Goldenberg i Goldenberg, 2006, s. 281).

Praca systemowa opiera się na aksjomatach komunikacji, wśród których główne znaczenie ma założenie, że ludzie pozostający w kontakcie nie mogą się nie komunikować, każdy komunikat pełni funkcję sprawozdawczą i relacyjną, a wzór porozumiewania między ludźmi ma charakter kołowy, nieliniowy (Satir, Bandler, Grinder, 1999).

### Wartości ericksonowskie

Terapia ericksonowska opiera się na wartościach takich jak: wiara w pozytywną naturę ludzką, optymizm, hedonizm, kreatywność, wolność, autonomia i pragmatyzm. Erickson nieodmiennie powtarzał swoim pacjentom i uczniom: (...) *jesteś kimś wyjątkowym. Jedyne, co musisz zrobić, to pozwolić innym zobaczyć, że taki jesteś* (za: Zeig i Munion, 2005).

Trwałe zmiany mogą następować (i często następują) w wyniku doświadczeń zebranych poza gabinetem terapeuty, w czasie pracy poza sesjami. Skuteczna terapia opiera się na spożytkowaniu wszystkich aspektów życia pacjenta, jego zachowania, sposobu myślenia i odbierania rzeczywistości, przy czym terapeuta może przyjmować w procesie terapeutycznym rolę aktywną i dyrektywną (Walker, 2001).

### Proces terapeutyczny jako ciągły cykl poznawania i spożytkowania

Jeffrey K. Zeig wyróżnia pięć kategorii diagnostycznych służących poznawaniu świata pacjenta: energia (pochłanianie/oddawanie), przetwarzanie (linearne/mozaikowe), uwaga (do środka/na zewnątrz), kontekst systemowy oraz wartości (Zeig, 1997). Jak podkreśla Virginia Satir (1916–1988), terapeuta może ofiarować pacjentowi swoją ludzką obecność, zdolność do tworzenia kontaktu, wiedzę wyniesioną ze specjalistycznych studiów, świadomość tego, co jest teraz, własne doświadczenia, twórcze podejście, przewodnictwo w procesie zmian, towarzyszenie w wysiłkach, może być wzorem, jak podejmować ryzyko w byciu z drugim człowiekiem. Przede wszystkim jednak terapeuta (...) *może cię widzieć i słyszeć z zewnątrz, ty możesz tylko od wewnątrz* (Satir i in., 1999).

Poznanie pacjenta ma charakter procesu a nie jednorazowego aktu. Krzysztof Klajs w książce *Poznanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej* celowo używa takiej formy czasownika, podkreślając ciągłość, otwartość i dynamikę tego działania (Klajs, 2017). Nie chodzi o klasyfikowanie czy etykietowanie, lecz o uważne towarzyszenie w odkrywaniu zasobów: sił, sposobów radzenia sobie, pozytywnych doświadczeń, a także trudności. Każdy element biografii, ale też teraźniejszości i wyobrażonej przyszłości, może stać się potencjałem, jeśli zostanie dostrzeżony i osadzony w świecie przeżyć pacjenta.

Terapia staje się zatem cyklem wzajemnej wymiany i współtworzenia: od uważnego poznawania, przez projektowanie strategii i dobór interwencji, po obserwację efektów, ich weryfikację i dalsze modyfikacje działań. To dynamiczny, nieprzerwany proces, w którym terapeuta i pacjent wspólnie budują drogę do zmiany, czerpiąc ze wszystkich dostępnych zasobów i możliwości.

### III. Fragment pracy terapeutycznej – ilustracja metody

Niniejszy opis przedstawia fragment pięcioletniej terapii. Pacjentka wyraziła zgodę na publikację, ale jej dane oraz charakterystyczne szczegóły zmieniono, aby uniemożliwić jej identyfikację. Nie przedstawiono całego procesu terapii, aby zachować anonimowość pacjentki oraz ze względu na to, że artykuł ma bardziej charakter poglądowy niż kliniczny. Skupiono się jedynie na wybranych przykładach ukazujących, w jaki sposób psychoterapia może wspierać proces odkrywania siebie oraz poszukiwania własnych zasobów w drodze do zdrowia i rozwoju osobistego.

Autorka zdecydowała się na przytoczenie fragmentów tej właśnie terapii, gdyż obfituje ona w odkrycia na poziomie wewnętrznego procesu zarówno ze strony pacjentki, jak i terapeutki, ilustruje dialog jaki przebiegał między nimi na poziomie świadomym i nieświadomym oraz poszukiwanie i odkrywanie tożsamości doświadczane przez pacjentkę. Metody użyte w pracy są charakterystyczne dla terapii ericksonowskiej, autorka uznała, że mogą posłużyć jako inspiracja do pracy oraz rozwoju własnego dla czytelników.

Należy też podkreślić, że terapia i jej skuteczność opierała się w głównej mierze nie na technikach, ale na długotrwałym procesie diagnozy i strategii oraz na relacji terapeutycznej. Praca terapeutyczna prowadzona była systematycznie, w odniesieniu do ustalonego wcześniej kontraktu, przebiegała zgodnie z zasadami etyki zawodowej psychoterapeuty oraz była poddawana regularnej superwizji.

Pacjentka w wieku powyżej 30 lat zgłosiła się z objawami depresji. Była wycofana, nie miała energii, trudno jej było się skoncentrować, wybudzała się w nocy. Spodziewane przyszłe niepowodzenia przerażały ją. Wcześniej była bardzo aktywna i dobrze radziła sobie

w pracy, później jednak zaczęła bać się wyzwań, doprowadzały ją one do łez i problemów jelitowych. Odczuwała niechęć na myśl o wyjściu z domu, gdy tylko mogła, preferowała pracę online. Zgłaszała myśli rezygnacyjne, trudności ze wstaniem z łóżka i wykonywaniem codziennych czynności.

Przeżywała rozstanie z długoletnim partnerem. Uważała, że nic na nią nie czeka, miała wątpliwości, czy dobrze podjęła decyzję o zakończeniu niesatysfakcjonującej relacji. Odczuwała obniżone poczucie własnej wartości, zgłaszała trudności w pracy oraz w życiu towarzyskim. Z historii dotyczących związku można było wnioskować, że doświadczała w nim przemocy emocjonalnej.

### Budowanie relacji i nadziei

Początkowy etap terapii polegał na nawiązaniu relacji i wzbudzaniu nadziei, z jednoczesnym przekierowaniem uwagi w stronę przyszłości, możliwości i zasobów pacjentki. Terapeutka dostosowywała się do tempa rozmowy, uczestniczyła i uważnie słuchała historii o trudnych doświadczeniach z przeszłości, nie komentując i nie udzielając rad. Na tym etapie pracy starała się bardziej towarzyszyć i poznać niż prowadzić.

Terapeutce udało się jednak przekazać pacjentce nadzieję poprzez odpowiedź na jej pytanie, czy wierzy w skuteczność psychoterapii. Korzystając ze swoich doświadczeń i przekonań, powiedziała, że tak – wierzy, gdyby nie ta wiara, nie zajmowałaby się tym zawodowo. Poprawiła jednak swoją wypowiedź, mówiąc, że w gruncie rzeczy nie „wierzy”, ale „widzi”, że terapia działa. Dało to możliwość powiedzenia nie wprost, że poprawa jest możliwa. Zostało to wzmocnione dzięki podkreśleniu różnicy między „wierzyć” a „widzieć”. Terapeutka dostroiła się do pacjentki, która wydawała się bardzo konkretna i zasadnicza; uściślenie wypowiedzi było również, na poziomie nieświadomym, nawiązaniem kontaktu i przekazaniem

informacji – „będziemy tutaj pracowały szczerze i precyzyjnie”.

## Poznanie i diagnozowanie w terapii

Od początku spotkań terapeutce towarzyszyło myślenie o diagnozowaniu, a raczej – poznawaniu osoby, która do niej przyszła. Ważne jest, aby interwencja była jak najbardziej dopasowana do pacjenta, przekazana w jego języku, odnosiła się do jego wartości oraz prowadziła do ustalonego wcześniej strategicznego celu. Terapeutka skupiała się na zasobach i motywacji, poszukując energii do zmiany po stronie pacjentki. W celu zaplanowania strategii odnosiła się do zjawisk transowych, czyli tendencji do postrzegania rzeczywistości i siebie w specyficzny dla jednostki sposób (Klajs, 2017), oraz do wymiarów Zeiga i refleksji systemowej (Geary i Zeig, 2001).

W omawianym przypadku terapeutka zauważyła u pacjentki dążenie do perfekcji, sumienność i konkretność, a z drugiej strony – dużą dozę twórczości i tendencję do mówienia w sposób metaforyczny. Pacjentka malowniczo opisywała rzeczywistość, umiała dobrać słowa, była estetką, ubierała się w niestandardowy sposób i lubiła eksperymentować. Miała dużą motywację do zmiany. Zasobowe były również jej wspomnienia siebie jako osoby zdecydowanej i pełnej energii. Pacjentka raczej pochłaniała energię, skupiała swoją uwagę na zewnątrz, w swoim myśleniu była mozaikowa, dysocjowała się od uczuć, żyła raczej w przeszłości, wydawało się, że jest zamrożona i trudno jej było zapoczątkować zmiany, co wskazywało na katalepsję (zatrzymanie) w życiu. Była jedynaczką, postrzegała siebie jako osobę, która zawsze musiała być silna i chciała sprostać oczekiwaniom rodziców. Rodzice dużo pracowali; w dzieciństwie spędzała większość czasu w towarzystwie ukochanej babci.

## „Jeszcze mogłabym być szczęśliwa” – odkrywanie możliwości

Pacjentka przynosiła na sesję notes z zapisanymi cytatami i przemyśleniami. Jednym z początkowych przełomów w wytyczaniu celu i myśleniu o pozytywnej przyszłości było zdanie: „Chyba jeszcze mogłabym być szczęśliwa”. Otworzyło ono przestrzeń do metaforycznej wymiany. Stwierdzenie, że terapia to sposób leczenia słowem, miało tutaj podwójny wymiar – uważne wsłuchiwanie się w język pacjentki dawało terapeutce możliwość poznania jej wrażliwości i sposobu przeżywania rzeczywistości, a używanie tych samych lub bardzo podobnych stwierdzeń pomagało dostroić się, aby poprowadzić pacjentkę w jej świecie, w stronę rozwiązań.

W prezentowanym przypadku rozmowa dotyczyła rozpoznania tego, co pacjentka rozumie przez słowa „chyba” i „jeszcze”, oraz zamiany słowa „mogłabym” na „mogę”. Rozważania dotyczące doboru słów w powyższym zdaniu zachodziły z uważnością na odczucia pacjentki, która sprawdzała, jak się czuje, mówiąc: „chyba jeszcze mogę być szczęśliwa”, „chyba mogę być szczęśliwa”, „jeszcze mogę być szczęśliwa”, „mogłabym być szczęśliwa”. Równocześnie zadawane były pytania o przyszłość – jak będzie wyglądała sytuacja, kiedy będzie mogła powiedzieć: „mogę być szczęśliwa”, a nawet „będę szczęśliwa” czy „jestem szczęśliwa”.

Terapeutka spożytkowała wniesione na sesję zdanie do zbudowania wizji pozytywnej przyszłości. Korzystała ze słów używanych przez pacjentkę, zmieniając je delikatnie, co wpływało na emocje i odczucia w ciele pacjentki, kiedy wyobrażała sobie przyszłość i szukała w niej swojej wersji siebie. Terapeutka skorzystała również z okazji, aby pomóc pacjentce skierować uwagę do wewnątrz, zasocjować się ze sobą, pytając cały czas o to, jak się czuje, dając możliwość jej odczuciom

oceniania tego, która przyszłość będzie szczęśliwsza, a która nie. Terapeutka nie „wiedziała lepiej”, lecz pytała o odczucia pacjentki, mówiąc, że są one najlepszym wskaźnikiem, do którego można się odnieść w procesie budowania swojej przyszłości. Uświadomienie sobie, że może zaufać samej sobie, było dla pacjentki nowym przeżyciem i zarazem realizowało założenia terapii ericksonowskiej: aranżowanie preferowanych sytuacji w trakcie sesji i dostarczanie nowych doświadczeń (powiedz mi, a zapomnę; daj mi przeżyć, a zapamiętam i będę to powtarzać), ukierunkowanie uwagi na pozytywną przyszłość oraz wzmacnianie wiary w zdolność wyboru właściwego dla siebie kierunku.

Przedstawione powyżej ćwiczenie dawało pacjentce możliwość symbolicznego znalezienia się w pozytywnej przyszłości. Doświadczenie takie wyzwalało poczucie sprawczości, nadziei i pozwalało być szczęśliwą, choć na chwilę – już teraz.

## Szkatułka z zasobami – praca z metaforą

Oprócz ogólnego założenia przyświecającego całemu procesowi terapii, zmierzającego do dostrzegania zasobów, zastosowano także ćwiczenia pomagające znaleźć zasoby zarówno w teraźniejszości, jak i w historii pacjentki.

Najpierw pojawiły się zasoby w teraźniejszości. Pacjentka przyszła na jedno ze spotkań w dniu zdanego egzaminu na prawo jazdy. Około 10 lat temu skończyła kurs, podeszła do egzaminu dwa razy, nie zdała go i poddała się. Później, po rozstaniu z partnerem, prawo jazdy byłoby dla niej bardzo przydatne. Otrzymała więc odpowiednią liczbę jazd pod okiem instruktora, aby przypomnieć sobie materiał i ponownie zaczęła podchodzić do egzaminu. Nie udało jej się jedenaście razy. Podczas całego procesu doświadczała załamania i wątpliwości. Pomimo tego, że miała jeszcze objawy depresji,

potrafiła się zorganizować, nie poddawać się i za każdym razem umawiać się na następny egzamin. Można zauważyć, że wyzwanie, które sobie postawiła, wzmacniało jej siły i dawało bliski do osiągnięcia cel, który stał się ćwiczeniem jej sił sprawczych. Dwunasty egzamin okazał się sukcesem.

Pacjentka doświadczała ogromnej radości, wiary w siebie i poczucia, że wytrwałością pokonała przeciwności losu. Terapeutka zakotwiczyła te zasoby w pacjentce, prosiła, by zapamiętała, co teraz widzi i czuje, by zostawiła to w swojej pamięci, aby kiedyś, gdy będzie potrzebne, mogła sięgnąć po te uczucia w sytuacji przyszłego wyzwania.

Powyższa sytuacja zainspirowała terapeutkę do stworzenia ćwiczenia, które nazwała „szkatułka mocy”. Przedstawiała je pacjentce, mówiąc, że to właśnie ostatnie spotkanie stało się powodem do zaproponowania i wymyślenia nowej techniki.

Po takim wstępie pacjentka z chęcią i zainteresowaniem przystąpiła do zadania. Miała wyobrazić sobie „szkatułkę mocy”. Była ona duża, wyłożona zielonym aksamitnym materiałem, a w środku miało być pełno skarbów na dobre, ale też na ciężkie chwile. Symbolicznie pacjentka wkładała do szkatułki symbole sytuacji, które chce zapamiętać i zachować. Były to:

- ▶ kartka z egzaminu na prawo jazdy, skojarzona z odczuciem siły, wytrwałości i zadowolenia z siebie;
- ▶ jesienny liść z czasu, gdy w przeszłości dostała się na studia i szła po pierwszym wykładzie przez park, mając poczucie dobrego wyboru i wiary w siebie;
- ▶ widok słońca wpadającego przez okno, gdy pierwszy raz powiedziała matce szczerze o swoich emocjach, przekonanie o tym, że jej uczucia są ważne, ale też o wsparciu kogoś bliskiego, który przyjmuje ją taką, jaka jest, nawet z trudnymi częściami;
- ▶ tablica korkowa wisząca na ścianie, z karteczkami zapisanymi projektami

i pomysłami, z których część została zrealizowana – sprawczość, ale też kreatywność i pomysłowość;

- ▶ zdjęcie od wizażystki – piękno, ale też odwaga, gdyż pacjentka poszła do salonu wizażu wbrew przekazom rodzinnym, że należy oszczędzać i że „za pięknem gonią tylko ludzie, którzy mają pusto w głowie”. Pomimo tego zawalczyła o siebie i wydała dużo pieniędzy, żeby poczuć się kobieco i atrakcyjnie.

Pacjentka w wyobraźni przeglądała swoją szkatułkę, układała w niej wartościowe dla niej przedmioty, asocjowała symbole z uczuciami. Dodatkowo terapeutka tworzyła na poziomie nieświadomym pomost do przyszłości poprzez zasiewanie sugestii, że pacjentka może do swojej szkatułki sięgać, kiedy tylko poczuje taką potrzebę.

Praca ta została wykorzystana w momencie, gdy pacjentka odstawiła środki farmakologiczne, obawiała się spadku formy i powrotu objawów. Zastanawiała się nad zabezpieczeniem się lekami doraźnymi. Posiadanie szkatułki wydawało się wtedy bardzo pomocne. Wykorzystano humor pacjentki, która mówiła, że będzie nosiła szkatułkę w torebce zamiast innych doraźnych środków; pojawiała się wtedy uczucie nadziei i lekkości.

### **„Nigdy nie jest za późno, żeby mieć szczęśliwe dzieciństwo” – rekonstrukcja narracji**

W poszukiwaniu zasobów w systemie rodzinnym wykorzystano powiedzenie często używane przez terapeutów ericksonowskich: „Nigdy nie jest za późno na szczęśliwe dzieciństwo”. Metafora ta niesie ze sobą co najmniej podwójne znaczenie – każdy może interpretować ją zgodnie z własnym doświadczeniem.

Pierwsze rozumienie dotyczy teraźniejszości: również w dorosłym życiu możemy

ofiarować sobie doświadczenia radości i bez troski, aby zapewnić sobie to, czego brakowało nam w latach młodości. Druga interpretacja odnosi się do pamięci – nigdy nie jest za późno, by świadomie wybrać z przeszłości wspomnienia pełne ciepła, nadziei i tego, czego aktualnie potrzebujemy. W omawianej terapii zastosowano tę drugą perspektywę.

Obok trudnych wspomnień – braku wsparcia w rozwijaniu talentów, chłodu emocjonalnego i nadmiernych wymagań – pacjentka przypomniała sobie doświadczenia ciepła ze strony babci i zaczęła świadomie z nich korzystać. Zapach szarlotki towarzyszący wizytom w domu babci skojarzył się jej ze spokojem i życzliwością. Podczas jednej z sesji, rozważając trudny wybór, wróciła w hipnozie do domu babci i zastanawiała się, co by od niej usłyszała. Było to: „Wierzę w ciebie, że decyzja, jaką podejmiesz, będzie najlepsza, bo ty najlepiej wiesz, co jest dla ciebie dobre”.

### **Refleksja nad procesem terapeutycznym**

Objawy opisane na początku ustępowały powoli. Praca pacjentki była żmudna, mierzyła się z symptomami, jednocześnie wykorzystując swoje mocne strony: systematyczność, dokładność i kreatywność. Wracła nie tylko do wcześniejszej formy, lecz budowała nową, pełniejszą i bardziej autentyczną, jak również szczęśliwszą wersję siebie.

Warto zaznaczyć, że w początkowej fazie terapii wykorzystano również leczenie farmakologiczne, które łagodziło symptomy i dostarczało energii niezbędnej do tak dużego wyzwania, jakim była dla pacjentki zmiana przekonań i dotychczasowych sposobów życia. Brak koncentracji na objawach powodował, że znikwały i, mówiąc słowami pacjentki, „opadały jak jesienne liście”, bez wyraźnego wysiłku z jej strony. Uwaga skupiała się na pozytywnej przyszłości i osiągnięciu wewnętrznego

dobrostanu, co prowadziło w kierunku satysfakcjonujących wyborów, podejmowania nowych zadań oraz adekwatnego obrazu siebie.

W podejściu ericksonowskim kreatywność i odkrywanie wewnętrznego potencjału stanowią najważniejszy aspekt terapii. Wpisuje się to w humanistyczne przekonanie o pozytywnej naturze ludzkiej, a głównym zadaniem jest rozpoznanie i realizacja własnych zasobów.

Spotkania miały dla obu stron wymiar bardzo indywidualny. Terapeutka korzystała z potencjału twórczego pacjentki, spożytkowywała historię rodzinne, doświadczenia wsparcia, ale również cierpienie i trudności, które udało się jej pokonać. Kreatywność i symboliczna, metaforyczna komunikacja owocowały pracą również na nieświadomym poziomie i przyspieszały proces zdrowienia.

Pacjentka na jednej z ostatnich sesji przytoczyła cytaty: (...) *The universe buries strange jewels deep within us all, and then stands back to see if we can find them* (Gilbert, 2015). W jej własnym tłumaczeniu: (...) *Wszechświat ukrywa w nas, ludziach, niezwykle klejnoty – a potem z boku obserwuje, czy zdołamy je odnaleźć*. Cytat ten ostatecznie stał się podsumowaniem efektów paroletniej pracy terapeutycznej. Powyższe stwierdzenie wskazuje również, że uwaga pacjentki, zwrócona wcześniej na zewnątrz, aby sprostać wymaganiom innych, skierowana została do środka, na jej wewnętrzne potrzeby i procesy. Cytat powyższy może posłużyć jako metafora istoty psychoterapii – wspierania pacjentów w odnajdowaniu ukrytych w nich możliwości i zdolności oraz tworzenia środowiska sprzyjającego wzrostowi indywidualności i, wynikającemu z niej, poznawaniu i odkrywaniu siebie.

Należy zaznaczyć, że podejście ericksonowskie podobnie jak każde inne podejście w psychoterapii nie może być stosowane bezkrytycznie i należy pamiętać o jego ograniczeniach.

Istnieje niebezpieczeństwo zbyt dużej koncentracji na sprawczości i mocnych strony pacjenta, co może dawać nierealistyczny obraz jego sił i stawiać przed nim wyzwania, które mogą go przeciążać. W przedstawionym przypadku pacjentka chciała tak dobrze współpracować z terapeutką, że nieświadomie pomijała trudności, starając się skupić tylko na pozytywach. Zaowocowało to pogorszeniem jej funkcjonowania i nawrotem depresji. Wnioski jakie terapeutka wyciągnęła z tego doświadczenia były takie, że należy być bardzo uważnym na sygnały od pacjenta, dostosowując tempo zmian do jego gotowości, pamiętając również, że korzystanie z zasobów nie polega na niedostrzeganiu trudności, a właśnie na włączaniu ich i spożytkowywaniu ich w procesie terapii. Praca na poziomie metaforycznym i nieświadomym wymaga regularnej superwizji, pomaga to terapeutce konfrontować się ze swoimi osobistymi emocjami i tendencjami oraz z wyzwaniami związanymi ze specyfiką stosowanej metody terapii. W szkole ericksonowskiej uwzględniany jest proces przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które to zjawiska również konieczne są do omówienia z osobą superwizora.

### **Wnioski – psychoterapia ericksonowska jako wsparcie w drodze do autentycznego siebie**

Psychoterapia ericksonowska nie traktuje poszukiwania siebie jako dodatkowego celu, który można realizować obok leczenia objawów, lecz jako podstawowy wymiar procesu zdrowienia. Odkrywanie własnych zasobów, rozpoznawanie wewnętrznych sił, uzyskiwanie dostępu do nieświadomej mądrości, rekonstrukcja własnej narracji życiowej – wszystkie te elementy pracy terapeutycznej służą odnalezieniu i aktualizacji autentycznego „ja”, dobrego w swojej naturze. Przedstawiony opis przypadku potwierdza tezę, że psychoterapia, w tym wypadku terapia prowadzona w nurcie

ericksonowskim, jest skuteczną metodą sprzyjającą poszukiwaniu i redefiniowaniu siebie.

Proces terapeutyczny jest dialogiem dwóch osób, z których każda wnosi swoją twórczą oryginalność. Warto tutaj podkreślić znaczenie autentyczności terapeuty i jego przekonania dotyczącego posiadanych przez pacjenta sił zdrowienia, których wzbudzenie zapoczątkowuje stan samoleczenia, ale też samorealizacji pacjenta. Towarzyszenie na tej drodze jest również dla terapeuty możliwością poznania siebie i ciągłego rozwoju nie tylko zawodowego, ale też duchowego i osobistego.

Powyższy sposób myślenia kwestionuje sztywny podział na „leczenie” i „rozwój”. Jak pokazuje opisany przypadek, proces wychodzenia z depresji nie polegał wyłącznie na redukcji objawów, lecz wiązał się z odkrywaniem zasobów, budowaniem wizji pozytywnej przyszłości i rekonstrukcją tożsamości. Pacjentka nie tylko „wracała do zdrowia”, ale stawała się „pełniejszą i bardziej autentyczną” wersją siebie. W tym ujęciu terapia jest jednocześnie leczeniem (zmniejsza cierpienie), rozwojem (aktualizuje potencjał) i sposobem na zachowanie dobrostanu (buduje wewnętrzne zasoby na przyszłość). 🗨️

**dr Katarzyna Zaborska** – adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Jej zainteresowania naukowe są powiązane z dwoma nurtami. Pierwszy obejmuje zagadnienia związane z psychologią środowiskową, badaniami dotyczącymi miasta, tożsamości lokalnej, dziedzictwa kulturowego. Drugim nurtem jest terapia systemowa rodzin i psychoterapia ericksonowska. Jest stałym współpracownikiem i nauczycielem w Polskim Instytucie Ericksonowskim.

#### Afiliacja

Instytut Psychologii

Wydział Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Łódzki

Aleja Rodziny Scheiblerów 2, 90-128 Łódź

katarzyna.zaborska@now.uni.lodz.pl

## Bibliografia

Aleksandrowicz, J. (2004). *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

American Psychological Association. (n.d.). *Psychotherapy*. Pobrano 2 października 2025, z <https://www.apa.org/topics/psychotherapy>

Berg, I. K., Miller, S. D. (2000). *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym* (M. Pawlikowska, tłum.). Łódź: Galaktyka.

Cierpiałkowska, L., Czabała, J. C. (2005). *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (ss. 269–298). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czabała, J. C. (2016). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Geary, B. B., Zeig, J. K. (red.). (2001). *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*. Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.

Gilbert, E. (2015). *Big magic: Creative living beyond fear*. New York, NY: Riverhead Books.

Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2006). *Terapia rodzin* (M. Łuczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk, tłum.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Grzesiuk, L., Jakubowska, U. (2005). Wprowadzenie. Klasyfikacja nurtów psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki* (ss. 25–30). Warszawa: Eneteia – Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Haley, J. (2013). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.: Changing individuals* (Vol. 1). Carmarthen, UK: Crown House Publishing.

Haley, J. (2021). *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona* (M. Majchrzak, M. Przyłipiak, tłum.; wyd. 2). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Jung, C. G. (2018). *Człowiek i jego symbole* (R. Palusiński, tłum.). Katowice: Wydawnictwo KOS.

Klajs, K. (2017). *Poznanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Zys i S-ka.

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., ss. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Lankton, S. R. (1980). *Practical magic: A translation of basic neuro-linguistic programming into clinical psychotherapy*. Cupertino, CA: Meta Publications.

Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa: podstawy teoretyczne i praktyka* (A. Ubertowska, tłum.). Gdańsk: GWP.

Rogers, C. R. (2023). *O stawianiu się osobą* (M. Karpiński, tłum.). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis. (Oryginał wydany w 1961 r.).

Satir, V., Bandler, R., Grinder, J. (1999). *Zmieniamy się wraz z rodzinami* (D. Golec, tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Szymańska, K., Zaborska, K. (2011). Wykorzystanie metafor w psychoterapii ericksonowskiej. W: L. Grzesiuk H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki* (ss. 523–538). Warszawa: Eneteia – Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Walker, W. (2001). *Przygoda z komunikacją* (przeł. J. Mańkowska). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Yalom, I. D. (2023). *Psychoterapia egzystencjalna* (A. Tanalska-Dulęba, tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca. (Oryginał wydany w 1980 r.).

Yapko, M. D. (2019). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis* (5th ed.). New York, NY: Routledge.

Zaborska, K., Klajs, K. (2023). *Współczesna hipnoza kliniczna* [List do redakcji]. *Psychoterapia*, 207(4), 5–7. <https://doi.org/10.12740/PT/187029>

Zeig, J. K. (1997). The evolution of psychotherapy — fundamental issues. W: J. K. Zeig (red.), *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference* (ss. 3–15). New York, NY: Brunner/Mazel. <https://doi.org/10.4324/9781315791906>

Zeig, J. K., Munion, W. M. (2005). *Milton H. Erickson* (J. Mikulska, I. Błaszczuk-Wiślińska, P. Wiśliński, tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

## Kwestie dotyczące etyki wydawniczej

Funding information: Not applicable

Conflict of interests: None

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

## **Can Psychotherapy Facilitate Self-Discovery? An Ericksonian Perspective**

### **Abstract**

The article examines the role of psychotherapy in the process of self-discovery, with a particular focus on the Ericksonian perspective, where the therapeutic approach grants patients considerable autonomy in decision-making and draws upon their internal resources, based on the assumption that they possess all the necessary skills to resolve their own problems. It outlines the core principles of this approach: a resource-oriented stance and the intentional use of client resources; the conceptualization of symptoms as adaptive solutions; trust in the unconscious; the use of hypnosis as a distinctive mode of communication; and the systemic understanding of the patient. Consequently, the aim of therapy is to expand the patient's self-knowledge, which can be considered a fundamental element of treatment. The author supports this thesis through a case study illustrating selected elements of Ericksonian work, including the construction of a vision of a desired future, the introduction of the "Inner Treasure Chest" technique as an anchor for experiences and competencies, and the reconstruction of supportive family memories. Integrating theoretical insights with illustrative material leads to the conclusion that Ericksonian, resource-oriented work fosters conditions for enduring change, in which self-discovery is essential to the healing process, and the therapist's role consists in the flexible and creative co-creation with the patient of their path of internal development.

**Keywords:** [psychotherapy](#), [Ericksonian therapy](#), [self-discovery](#), [metaphorical communication](#), [resources](#), [utilization](#), [the unconscious](#).



