

Capitolul 37

Hipnoză, sugestibilitate și hipnoterapie

Ion Dafinoiu, Violeta Enea

„Hipnoza” este un cuvânt problematic și nu știm dacă ceea ce atrage este interesul de a-i descifra taina sau dorința de a te lăsa furat de ea (Gheorghiu, 1977). Abilitatea unei persoane de a trăi experiențe hipnotice poate fi inhibată de temeri și griji determinate de concepții greșite. Contrar descrierilor hipnozei din unele cărți, filme sau emisiuni de televiziune, oamenii care sunt hipnotizați nu-și pierd capacitatea de a-și controla propriul comportament. Ei rămân de obicei conștienți de ceea ce sunt și de locul în care se află și, cu excepția cazurilor în care amnezia a fost sugerată, își amintesc tot ceea ce s-a întâmplat în timpul hipnozei. Hipnoza le facilitează oamenilor trăirea sugestiilor, dar nu-i forțează să aibă aceste experiențe. Rădăcinile istorice ale hipnozei sunt un amalgam de misticism, magie și scamatorie (Barber, 2001).

37.1. Cum și de ce funcționează hipnoza

A încerca să definești hipnoza poate fi mult mai dificil decât ar putea părea la prima vedere și când subliniem acest aspect vizăm varietatea mare a concepțiilor, de la cea conform căreia hipnoza nu există, până la ideea că putem vorbi despre mai multe hipnoze. Oamenii răspund la hipnoză în diferite feluri. Unii își descriu experiența ca o stare modificată a conștiinței. Alții ca pe o stare normală de atenție concentrată în care se simt foarte calmi și relaxați. Indiferent de felul și de măsura în care răspund, cei mai mulți oameni își descriu experiența ca fiind foarte plăcută.

Yapko (2006) consideră că hipnoza este imposibil de încadrat într-o definiție precisă din cauza subiectivismului său, iar Bernheim (1916, p. 394) susținea că „...hipnoza nu există. Ceea ce există este interacțiunea între un context dat și aptitudinea subiectului de a reacționa față de acel context” (p 394). British Medical Association definește hipnoza în modul următor :

O situație temporară de alterare a atenției subiectului, care poate fi indusă de o altă persoană și în cursul căreia pot apărea o varietate de fenomene spontane, ca răspuns la stimuli verbali sau de altă natură. Acest fenomen include modificări ale conștiinței și memoriei,

creșterea susceptibilității la sugestie și producerea din partea subiectului a unor răspunsuri sau idei neobișnuite pentru el în condiții psihologice obișnuite. Diferite fenomene cum ar fi: anesteziei, paralizii și rigidități musculare, modificări vasomotorii pot fi produse, în cazul în care ele nu există, sau pot fi suprimate, în cazul în care ele există, în cursul unei stări de hipnoză.

Cu toate că nu există o definiție a hipnozei unanim acceptată, în prezent înțelegem acest fenomen mult mai bine decât în secolul al XVIII-lea, când Mesmer considera că vindecă bolnavii prin pase magnetice utilizând o baghetă metalică. Medicul Franz Anton Mesmer era de părere că aplica bolnavilor un tratament care implica transferul fluidului magnetic de la clinician la pacient. Teoria acțiunii emisă de el a fost greșită, dar a inițiat dezvoltarea a ceea ce a devenit domeniul hipnozei clinice.

Hipnoza necesită capacitate de concentrare, imaginație și este considerată o abilitate biopsihosocială pe care o posedă toți oamenii (Spiegel și Spiegel, 2004). Ea implică o creștere a concentrării atenției asupra unor aspecte, în timp ce concentrarea asupra altora scade, ceea ce conduce la modificări în procesele gândirii (Williamson, 2012). Schimbările în funcționarea cognitivă din timpul hipnozei au fost evidențiate prin studii care au utilizat mijloace imagistice moderne. Revoluția tehnologică din medicină a furnizat probe pentru terapiile *low tech*. Dezvoltarea PET (Positron Emission Tomography) și a FMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging) a permis vizualizarea și măsurarea activității creierului uman pe durata desfășurării unor procese mentale, a oferit posibilitatea de a monitoriza activitatea neuronilor în cadrul unor rețele neuronale complexe pe durata unor comportamente specifice. Astfel, a fost posibil să se observe pe înregistrările PET creșterea fluxului sanguin în zona sistemului limbic după psihoterapia interpersonală, ceea ce nu s-a întâmplat în urma administrării medicației antidepresive – venlafaxine (Martin *et al.*, 2001). Cercetarea din domeniul hipnozei a profitat din plin de pe urma acestor noi tehnologii pe măsură ce s-a descoperit în detaliu cum fiziologia creierului răspunde și se schimbă odată cu administrarea unor sugestii hipnotice diferite. Într-un studiu recent, propunându-și să răspundă la întrebarea dacă hipnoza este „reală”, după o analiză atentă a mai multor cercetări, J.H. Stewart (2005, p. 512) ajunge la concluzia că „hipnoza nu este un simplu proces de conformare la niște instrucțiuni, ci implică de fapt o schimbare în percepția creierului”.

În 1998, Gruzelier a evidențiat schimbările neurofiziologice din zonele laterală și frontală care au loc în timpul hipnozei. S-a constatat că în acel interval are loc o suspensie a gândirii critice, scăderea automonitorizării (Gruzelier, 2006) și pentru că funcția lobului parietal este diminuată, distincția dintre sine și alții este slăbită (Rainville *et al.*, 2002). În 2006, Gruzelier vine cu noi dovezi susținute prin studiul encefalogrammei (EEG), care dezvăluie importanța eficienței neuronale în structurile cingulumului anterior și ale celui frontal lateral stâng, precum și conexiunea dintre ele pentru distingerea între subiecții cu susceptibilitate hipnotică înaltă și slabă, atât în hipnoză, cât și în stările zilnice. La participanții cu hipnotizabilitate înaltă are loc inhibiția selectivă sau deconexiunea funcțiilor frontale de la funcțiile subcorticale și posterioare, conducând la renunțarea și plasarea funcțiilor executive și de planificare sub influența hipnozei, la suspendarea evaluării critice și testarea realității, precum și la modificări în controlul sistemului atențional de supraveghere (Gruzelier, 1998).

S-a pus întrebarea dacă efectele hipnozei, de exemplu în diminuarea durerii, nu sunt decât placebo. Ameliorarea durerii are loc ca urmare a eliberării de endorfine, iar

morfina are același efect de blocare a semnalelor neuronale ale durerii (Naish, 2012). În 1983, Spiegel și Albert au realizat un experiment în care au testat dacă ameliorarea durerii cronice prin hipnoză este mediată de endorfine, folosind naloxona. Aceasta este o substanță care previne acțiunea morfinei și permite durerii să reapară, astfel că administrarea acestui antagonist al morfinei subminează reducerea durerii datorată unui placebo (Naish, 2012). În studiu, pacienții cu dureri cronice au fost învățați să practice autohipnoza și concomitent li se administra injectabil naloxonă sau o soluție placebo. La intervale de 5 minute pe parcursul a patru ședințe de o oră se verifica măsura în care erau reduse senzația de durere și suferința asociată cu hipnoza. Rezultatele au indicat o reducere semnificativă a durerii prin hipnoză, în timp ce în condiția când se administra și naloxonă durerea nu se diminuea semnificativ. Acest studiu indică faptul că hipnoza este mai mult decât placebo.

37.2. Sugestibilitate și hipnotizabilitate

Unii oameni sunt mai responsivi la sugestiile hipnotice, alții sunt mai puțin responsivi. Sugestibilitatea este măsurată în stare de veghe, iar hipnotizabilitatea este măsurată după realizarea unei inducții hipnotice (Jensen, 2011). Se consideră că sugestibilitatea crește în hipnoză (Dienes *et al.*, 2009).

Cercetările au indicat că abilitatea hipnotică este o trăsătură genetică, dar poate fi și stimulată prin training (Gorassini și Spanos, 1999, *apud* Williamson, 2012). Fidelitatea test-retest arată că hipnotizabilitatea este constantă în timp (Nash și Barnier, 2008). Hipnotizabilitatea este o abilitate a individului de a răspunde la o mare varietate de sugestii hipnotice (Jensen, 2011). Sugestiile sunt comunicări verbale formulate de către hipnotizator și care diferă de anumite instrucțiuni din viața de zi cu zi prin aceea că răspunsul hipnotic este perceput de persoana hipnotizată ca având loc involuntar și fără efort (The British Psychological Society, 2001). Variabilitatea responsivității la sugestie urmează curba distribuției normale. Astfel, aproximativ 10% din populația generală are abilitatea de a experimenta hipnoza într-un mod profund, formând grupul participanților înalt hipnotizabili, marea majoritate a oamenilor pot experimenta hipnoza la un nivel mediu, iar alți 10% până la 15% din populația generală par să nu fie responsivi la hipnoză, fiind slab hipnotizabili (Hilgard, 1965).

Predictorii susceptibilității hipnotice sunt o atitudine pozitivă față de hipnoză și expectanța de a fi responsabil (Williamson, 2012). Persoana hipnotizată posedă, de fapt, mai mult sau mai puțin, o serie de trăsături de personalitate care sunt asociate cu abilitatea de a intra în transa hipnotică. Pe parcursul anilor s-a presupus că trăsăturile care ar determina hipnotizabilitatea ar putea fi *pasivitatea*, *voința slabă*, *personalitatea isterică*, *nevoia de a plăcea*, dar cercetările moderne nu au identificat nicio corelație cu acestea (Barrett, 2010). Trăsăturile care prezic răspunsul la inducția hipnotică sunt capacitatea de a bloca stimulii senzoriali reali și tendința de a visa cu ochii deschiși (Barrett, 2010). Barrett distinge între două tipuri de subiecți înalt hipnotizabili. Un tip care tinde să aibă un istoric în care părinții l-au încurajat să joace jocuri de imaginație și i-au citit multă ficțiune. Acesta este grupul celor care au fantezie. Celălalt grup are un istoric de traumatism sau izolare în care a învățat să se apere prin amnezie. Gruzelier și Phelan (1991) consideră că există două motive pentru ca subiecții să nu experimenteze hipnoza decât de suprafață, și anume: obișnuința de orientare a răspunsurilor spre stimuli irelevanți în hipnoză, care

este în concordanță cu atenția vigیلă sau distractibilitatea și anxietatea. Acești indivizi necesită reasigurări în legătură cu absența consecințelor nedorite în hipnoză, cum ar fi o pierdere a controlului sau eșecul de a ieși din hipnoză, aspecte care i-ar putea preocupa. „Răspunsul individual depinde de hipnotizabilitatea înnăscută a indivizilor și de context, pentru că, de exemplu, cineva ar putea fi în imposibilitatea de a demonstra analgezie hipnotică în context experimental, dar ar fi posibil să fie responsiv la aceste sugestii într-o situație de urgență dureroasă. Alți factori includ capacitatea terapeutului și a pacientului de a fi creativi, flexibili și acceptabilitatea sugestiilor oferite de terapeut.” (Williamson, 2012, p. 22)

37.3. Utilizarea hipnozei în medicină

Acceptarea hipnozei în medicină a fost un proces lent și puternic influențat de atitudinea bisericii față de acest fenomen. În 1847, Biserica Romano-Catolică a acceptat practicarea hipnozei în scopuri terapeutice, iar Papa Pius al XII-lea, în 1956, menționa utilizarea ei pentru facilitarea nașterii copiilor și recomanda prudență în folosirea ei și a altor terapii medicale. Cu unele excepții și nuanțe, și celelalte mari religii și-au manifestat acordul privind utilizarea hipnozei (Stewart, 2005). Instituții medicale de prestigiu precum British Medical Association în 1955, American Medical Association în 1958, American Psychiatric Association în 1961 au menționat utilizarea adecvată a hipnozei în diverse domenii ale medicinei și au recomandat dezvoltarea facilităților necesare formării în acest domeniu.

Interesant este că atitudinea rezervată a medicinei, psihologiei, stomatologiei și a altor domenii profesionale de a integra hipnoza în practica terapeutică se datorează în mică măsură eficienței acesteia. După cum menționa Upshaw (2006), efectele terapeutice ale hipnozei au fost de foarte puține ori subiect de dispută. Când profesioniștii din domeniul sănătății au respins hipnoza, aceasta s-a datorat mai degrabă caracterizărilor supranaturale sau religioase, explicațiilor neștiințifice, existenței unor alternative terapeutice viabile, reportajelor media negative sau temerilor cu privire la hipnoză (controlul total al terapeutului și posibilitatea de a vorbi despre experiențe intime în timpul transei).

În 1996, cu ocazia desfășurării Technology Assessment Conference National Institute of Health (SUA), a publicat un document oficial intitulat „Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia”, care cuprinde un raport pozitiv cu privire la utilizarea hipnozei în terapia durerilor cronice specifice cancerului și a altor dureri cronice (sindromul colonului iritabil, tulburări temporomandibulare, dureri de cap etc.) Acest fapt, precum și rezultatele altor cercetări au facilitat acceptarea hipnozei ca serviciu terapeutic de către un număr din ce în ce mai mare de pacienți asigurați (Weisberg, 2008).

Într-un amplu studiu asupra statusului hipnozei în medicină, J.H. Stewart (2005, p. 521) ajunge la concluzia că cercetările recenzate de el „au dovedit utilitatea și eficacitatea hipnozei pentru mai multe afecțiuni, fie singură, fie ca parte a tratamentului recomandat”. Această concluzie este confirmată și de D.M. Wark (2008), care afirmă că „în metaanalizele trecute în revistă sunt 32 de tulburări-țintă pentru care hipnoza este fie o alternativă posibilă, fie cel mai bun tratament”. În preambulul unui număr special al *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* dedicat evaluării eficienței hipnoterapiei în medicină, editorul acesteia nota că „hipnoza este poate una dintre cele mai complet cercetate forme de intervenție psihoterapeutică, cu peste 7.000 de publicații din 1966 în mai mult de 150 de reviste de medicină, psihologie și cu caracter interdisciplinar” (Nash, 2000, *apud* Hawkins, 2001, p. 47).

Hipnoza este utilizată (Williamson, 2012) în :

- managementul anxietății ;
- reducerea anxietății legate de evenimente stresante viitoare ;
- permițerea eliberării emoțiilor negative ;
- reducerea răspunsului la stres ;
- reducerea sau stoparea utilizării medicamentelor psihotrope ;
- tratamentul insomniei.

Ca modificări ale fiziologiei :

- reduce răspunsul inflamator în arsuri, eczeme și astmă ;
- reduce sângerarea ;
- optimizează răspunsul imun ;
- contribuie la reglarea hormonală, a ciclurilor neregulate și a dismenoreei ;
- reduce salivarea ;
- modifică tonusul muscular și tensiunea arterială ;
- optimizează tonusul musculaturii scheletice și în sportul de performanță.

Ca modificarea percepției :

- reduce durerea acută ;
- controlează și reduce intensitatea durerii cronice ;
- reduce problemele intervențiilor incomode, cum ar fi puncția venoasă ;
- în obstetrică, ajută în timpul travaliului ;
- poate fi de ajutor în tinitus.

Acestea sunt doar câteva dintre utilizările hipnozei, pe lângă managementul amintirilor traumatice, investigarea și tratamentul simptomelor psihosomatice.

Hipnoza este utilizată de mult timp ca tratament psihologic pentru durere, însă abia în ultimii zeci de ani s-au realizat numeroase studii clinice controlate și metaanalize care să-i ateste științific eficacitatea (Dillworth, 2010 ; Jensen *et al.*, 2008, Montgomery, DuHamel și Redd, 2000).

Cercetările care au vizat utilizarea hipnozei în tratamentul durerii cronice au indicat următoarele aspecte (Jensen, 2011) :

- a) hipnotizabilitatea globală joacă un rol important în rezultatele tratamentului, dar rolul acesteia pare a fi slab la persoanele cu durere cronică ;
- b) răspunsul la tratamentul prin hipnoză este variabil ;
- c) urmând tratamentul prin hipnoză, pacienții învață să reducă intensitatea durerii zilnice și își dezvoltă abilitatea de a utiliza autohipnoza ;
- d) efectele secundare ale hipnozei sunt doar pozitive.

În urma unei recenzii a literaturii de specialitate privind eficiența analgeziei hipnotice pentru durerea cronică și cea acută la adulți, Stoelb și colaboratorii săi (2009) au tras următoarele concluzii : analgezia hipnotică este mai eficientă comparativ cu tratamentul standard sau neaplicarea niciunui tratament ; hipnoza este frecvent mai eficientă în reducerea durerii comparativ cu intervențiile nonhipnotice (terapie suportivă) ; eficiența hipnozei în reducerea durerii este similară celei obținute prin intervenții care conțin

elemente hipnotice, precum relaxarea musculară progresivă. Cercetările au arătat că nivelul de hipnotizabilitate nu este relevant și nu are sens să fie măsurat pentru că nu reprezintă un predictor al eficienței tratamentului prin hipnoză la pacienții cu durere cronică. Astfel, indivizii care au un nivel scăzut de hipnotizabilitate pot beneficia de tratament prin hipnoză pentru durerile cronice, dar nivelul înalt de hipnotizabilitate nu garantează efecte pozitive ale intervenției (Jensen, 2011).

Recent, efectul hipnozei de diminuare a durerii a fost evaluat pentru numeroase condiții clinice (Enea *et al.*, 2014), precum: managementul durerii cronice la copiii bolnavi de cancer (Tomé-Pires și Miró, 2012); reducerea durerii postoperatorii și a efectelor secundare anesteziei (Lew *et al.*, 2011); reducerea durerii și anxietății privind nașterea (Dufresne *et al.*, 2009; Abbasi *et al.*, 2009); durerea cronică de spate (Tan *et al.*, 2009; Elkins, Jensen și Patterson, 2007).

Există mai multe modalități prin care hipnoza a fost combinată pentru sporirea eficienței tratamentului de combatere a durerii, spre exemplu, prin integrarea ei în terapia cognitiv-comportamentală (Schnur *et al.*, 2009) și prin combinarea cu realitatea virtuală.

Hipnoza prin realitate virtuală reprezintă o metodă modernă, care a fost utilizată în numeroase cercetări clinice, atât pentru a explora diminuarea durerii acute (Patterson *et al.*, 2010; Patterson *et al.*, 2006), cât și pentru diminuarea durerii cronice (Oneal *et al.*, 2008).

37.4. Hipnoza centrată pe soluții

Hipnoza nu este un tip de terapie precum psihanaliza sau terapia comportamentală, ci o procedură care poate fi utilizată pentru a facilita terapia. Pentru că nu este o terapie prin ea însăși, formarea în domeniul hipnozei nu este suficientă pentru a conduce o terapie. Hipnoza clinică trebuie să fie utilizată doar de profesioniști din domeniul sănătății, bine antrenați și acreditați (de pildă, psihologi clinicieni cu licență), care au fost formați și în utilizarea clinică a hipnozei și lucrează în domeniile lor de competență profesională.

Mulți clinicieni recunosc acum că felul în care clienții răspund la sugestia depinde mai puțin de natura și succesul unei anumite inducții decât de următoarele variabile (Lynn *et al.*, 1996):

- atitudinile, credințele, intențiile și așteptările prehipnotice ale clienților despre hipnoză;
- abilitățile acestora de a gândi, fantaza și a se lăsa absorbiți de sugestii;
- abilitatea de a dezvolta o relație bazată pe încredere cu terapeutul;
- abilitatea de a interpreta sugestiile în mod adecvat și de a vedea propriile răspunsuri ca răspunsuri de succes;
- abilitatea de a sesiza solicitările terapeutului și indicatorii furnizați de acesta;
- interacțiunea cu terapeutul, caracterul adecvat al metodelor terapeutice și al sugestiilor utilizate pentru tratarea problemei.

Terapia ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele și aptitudinile necesare rezolvării problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienților săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le știți, dar nu știți că le știți. Când veți ști ceea ce nu știți că știți, vă veți schimba”. Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuși resursele necesare schimbării așteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul știa deja.

Terapeutul – spune J. Zeig (2000, p. 144) – pornește de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcționări adecvate și eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-și propună să învețe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-și deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente – resurse care au rămas mult timp închise.

Hipnoza centrată pe soluții (O’Hanlon și Martin, 1992; O’Hanlon și Weiner-Davis, 1995) este o strategie care exprimă cel mai bine acest principiu ericksonian :

Obiectivul hipnozei centrate pe soluții nu este acela de a-i determina pe pacienți să-și exploreze partea refulată a memoriei, nici de a trata evenimentele traumatizante ale trecutului, nici de a-i programa cu credințe noi și pozitive. Dimpotrivă, obiectivul ei este de a stimula și utiliza procesele inconștiente, amintirile și experiențele, pentru a rezolva problema și a crea o așteptare a schimbării (O’Hanlon și Weiner-Davis, 1995, p. 172).

Modelul clasă de probleme/clasă de soluții (O’Hanlon și Martin, 1992) orientează foarte bine intervenția terapeutică. Terapeutul care alege această strategie trebuie să parcurgă următorii pași :

a) *Introducerea problemei pacientului într-o clasă de probleme.* Clasa de probleme este alcătuită din toate problemele potențiale care au la bază aceleași procese psihocomportamentale. Pentru identificarea ei terapeutul trebuie să-și pună următoarea întrebare : *Cum anume produce pacientul acel simptom (problemă) ?* Evident, întrebarea are un caracter oarecum paradoxal, deoarece simptomul este o manifestare inconștientă și involuntară, dar ea ne ajută să ne atingem obiectivul menționat. De exemplu, în cazul unui pacient cu tulburări de fluentă a vorbirii, răspunsul la întrebarea menționată ar putea fi : *Prin încercarea de a controla conștient un comportament care prin natura sa se desfășoară bine inconștient și involuntar.*

b) *Identificarea clasei de soluții.* Aceasta este alcătuită din totalitatea situațiilor, experiențelor în care pacientul dovedește că se comportă într-o manieră adaptativă neactivând procesele psihocomportamentale, identificate în etapa anterioară, care pot genera probleme. Întrebarea generală pe care trebuie să și-o pună terapeutul este : *În ce situații pacientul dovedește că are resursele necesare rezolvării problemei (simptomului) ?* Păstrând exemplul anterior, terapeutul se poate întreba : *În ce situații pacientul dovedește că produce comportamente eficiente fără un control conștient ?* Răspunsul la această întrebare ne orientează spre soluțiile sau resursele potențiale utile pentru rezolvarea problemei : mersul, legatul șireturilor la pantofi, deglutiția etc.

c) *Evocarea acestor resurse* utilizând întrebări directe, metafore, analogii, fenomene intrahipnotice etc. Continuând exemplul menționat, putem să întrebăm pacientul cum anume reușește să-și mențină echilibrul când merge sau în cazul în care este în pericol de a aluneca, cum reușește să-și coordoneze mușchii corpului pentru a înghiți alimentele introduse în gură sau să-l rugăm să ne descrie mișcările pe care le fac degetele pentru a lega la șireturile de la pantofi etc. Răspunsurile pacientului la aceste întrebări ar putea fi circumscrise următoarei formulări generale : *Nu știu cum, corpul meu știe singur.*

d) *Transferul acestor resurse la situația-problemă* pentru care pacientul solicită ajutorul. De cele mai multe ori acest transfer este realizat de către pacient în mod inconștient, deoarece are tendința inconștientă de a relaționa întregul comportament al

terapeutului, întrebările acestuia, cu problema sa. Transferul poate fi realizat și în timpul transei, prin utilizarea unor sugestii directe sau indirecte, ori în afara transei, cu ajutorul unor prescripții terapeutice.

În cazul în care nu identificăm în istoria recentă a pacientului experiențele, resursă care ar putea alcătui „clasa de soluții”, atunci putem apela la cea mai generală resursă umană – capacitatea de a învăța. Această strategie poate fi ilustrată de felul în care M. Erickson a abordat un copil cu enurezis : pornind de la ideea că enurezisul este determinat de incapacitatea *controlului automat al mușchilor vezicii urinare*, a stimulat această resursă prescriindu-i pacientului să-și exerseze scrisul până când a reușit să-și controleze mișcările fine ale degetelor necesare unui scris frumos. Aceeași strategie a fost utilizată și de O’Hanlon pentru terapia negilor unei paciente : a evocat resursele necesare (*controlul inconștient al circulației sangvine*) cu ajutorul unei metafore, după care a stimulat dezvoltarea acestei resurse și transferul ei cu ajutorul unor prescripții terapeutice și al transei hipnotice (O’Hanlon și Martin, 1992).

*

Legată de secole de diverse practice curative, hipnoza a generat, mai mult decât alte fenomene psihice sau medicale, o serie de credințe, mituri, speranțe, devenind în multe cazuri ultima salvare (Dafinoiu și Vargha, 2003). Și este de înțeles acest fapt, dacă avem în vedere că, în situații deosebit de grave, adevărul științific oferă doar certitudini seci, inflexibile, cu care bolnavul, în cazul în care-i sunt potrivnice, nu are ce face ; misterul, doar el, poate fundamenta speranțe, poate genera credințe. Din această perspectivă, hipnoza, ca realitate psihologică interpersonală, modifică speranțele și credințele oamenilor, vehiculate de mitul ce o însoțește, și mobilizează resurse și mecanisme, nu toate pe deplin cunoscute, cu efect sanogenetic (Dafinoiu și Vargha, 2003).

Referințe bibliografice

- Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikvatan, M., Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57 : 2, 174-183.
- Barber, J. (2001). Hypnosis. In J.D. Loeser (ed.). *Bonica’s Management of Pain* (pp. 1768-1778). Philadelphia : Lipincott Williams and Wilkins.
- Barrett, D. (2010). Dissociaters, fantasizers, and their relation to hypnotizability. In D. Barrett (ed.). *Hypnosis and Hypnotherapy* (pp. 15-36). New York : Praeger/Greenwood.
- Bernheim, H. (1916). *De la suggestion*. Paris : Albin Michel.
- 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*.
- Dafinoiu, I., Vargha, J.L. (2003). *Hipnoza clinică : tehnici de inducție, strategii terapeutice*, Iași : Editura Polirom.
- Dienes, Z., Brown, E., Hutton, S., Kirsch, I., Mazzoni, G., Wright, D.B. (2009), Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation : Consciousness and cognition. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 237-247.
- Dillworth, T.M. (2010). The role of suggestions in hypnosis for chronic pain : A review of the literature. *The Open Pain Journal*, 3, 39-51.
- Dufresne, A., Rainville, P., Dodin, S., Barré, P., Masse, B., Verreault, R., Marc, I. (2009). Hypnotizability and opinions about hypnosis in a clinical trial for the hypnotic control of pain

- and anxiety during pregnancy termination, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58 : 1, 82-101.
- Elkins, G., Jensen, M.P., Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 : 3, 275-287.
- Enea, V., Dafinoiu, I., Opreș, D., David, D. (2014, in press). Effects of hypnotic analgesia and virtual reality on the reduction of experimental pain among high and low hypnotizables, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.
- Gheorghiu, V.A. (1977). *Hipnoza – realitate și ficțiune*. București : Editura Științifică și Enciclopedică.
- Gorassini, D.R., Spanos, N.P. (1999). The Carleton skill training program for modifying hypnotic suggestibility : Original version and variations, in I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena- Buelna, S. Amigo (eds.) *Clinical Hypnosis and Self-Regulation*. Washington, DC : American Psychological Society.
- Gruzelier, J., Gray, M., Horn, P. (2006). The involvement of frontally modulated attention in hypnosis and hypnotic susceptibility : Cortical evoked potential evidence. *Contemporary Hypnosis*, 19 (4), 179-189.
- Gruzelier, J.H. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis : A review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 3-21.
- Gruzelier, J.H. (2006). Frontal functions, connectivity and neural efficiency underpinning hypnosis and hypnotic susceptibility, *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 15-32.
- Gruzelier, J.H., Phelan, M. (1991). Laterality-reversal in a lexical divided visual field task under stress. *International Journal of Psychophysiology*, 11, 267-276.
- Hawkins, R.M.F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New York : Harcourt, Brace & World.
- Jensen, M., Barber, J., Hanley, M.A., Engel, J.M., Romano, J.M., Cardenas, D.D., Kraft G.H., Hoffman, A.J., Patterson, D.R. (2008). Long-term outcome of hypnotic analgesia treatment for chronic pain in persons with disabilities. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 156-169.
- Jensen, M.P. (2011). *Hypnosis for Chronic Pain Management. Therapist Guide*, Oxford : University Press.
- Lew, M.W., Kravits, K., Garberoglio, C., Williams, A.C. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59 : 4, 406-423.
- Martin, S.D., Martin, E., Rai, S.S. Richardson, M.A., Royall, R. (2001). Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. Preliminary findings : *Archives of General Psychiatry*, 58, 641-648.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., Redd, W.H. (2000). A metaanalysis of hypnotically induced analgesia : how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 138-153.
- Naish, P. (2012). Hypnosis : The theory behind the therapy. In L. Brann, J. Owens, A. Williamson (eds.). *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis : Theory and Practice* (pp. 3-18) John Wiley & Sons, Ltd.
- Nash, M.R., Barnier, A.J. (eds.) (2008). *The Oxford Handbook of Hypnosis : Theory, Research and Practice*. New York : Oxford University Press.
- O'Hanlon, W.H., Martin, M. (1993). *Solution-Oriented Hypnosis : An Ericksonian Approach to Inner Healing*. New York : W.W. Norton & Company.
- O'Hanlon, W.H., Weiner-Davis, M. (1995). *L'Orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*. Bruxelles : Satas.
- O'Neal, B.J., Patterson, D.R., Soltani, M., Teeley, A., Jensen, M.P. (2008). Virtual reality hypnosis in the treatment of chronic neuropathic pain : a case report, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(4), 451-62.
- Patterson, D.R., Jensen, M.P., Wiechman, S.A., Sharar, S.R. (2010). Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 288-300.

- Patterson, D.R., Wiechman, S.A., Jensen, M., Sharar, S.R. (2006). Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain : A clinical case series. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54 (2), 130-142.
- Rainville, P., Hofbauer, R.K., Bushnell, M.C., Duncan, G.H., Price, D.D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(6) : 887-901.
- Rainville, P., Price, D.D. (2003), Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (2) 105-129.
- Rhue, J.W. (1996). Clinical hypnosis : assessment, applications, and treatment considerations. In S.J. Lynn, I. Kirsch, J.W. Rhue (eds.). *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : APA.
- Schnur, J.B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D.H., Montgomery, G.H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 443-455.
- Spiegel, D., Albert, L.H. (1983), Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain. *Psychopharmacology*, 81, 140-143.
- Spiegel, H., Spiegel, D. (2004), *Trance and Treatment : Clinical Uses of Hypnosis* (ed. a II-a). Washington, DC : APA Press.
- Stewart, J.H. (2005) Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(4), 511-524.
- Stoelb, B.L., Molton, I.R., Jensen, M.P., Patterson, D.R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults : a review of the literature, *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24-39.
- Tan, G., Fukui, T., Jensen, M.P., Thornby, J., Waldman, K.L. (2009). Hypnosis treatment for chronic low back pain, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58 : 1, 53-68.
- Tomé-Pires, C., Miró, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60 : 4, 432-457.
- Upshaw, W.N. (2006). Hypnosis : Medicine's dirty word. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(2), 113-122.
- Wark, D.M. (2008) What we can do with hypnosis : A brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 29-36.
- Weisberg, M.B. (2008). 50 years of hypnosis in medicine and clinical health psychology : A synthesis, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 13-27.
- Williamson, A. (2012). Hypnotic phenomena and hypnotizability. In L. Brann, J. Owens, A. Williamson (eds.). *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis : Theory and Practice* (pp. 19-30). Clichester : John Wiley & Sons, Ltd.
- Yapko, M.D. (2006). Some comments regarding the division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. vol. 48, nr. 2-3, 207-210.