

Edyta Łopacka-Sęczyk

e.seczyk@amu.edu.pl

Anita Machaj

anitamachaj@interia.pl

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

HIPNOZA ORAZ ZJAWISKA Z NIĄ ZWIĄZANE. UJĘCIE TEORETYCZNE.

Streszczenie

Hipnoza jest naturalnym zjawiskiem psychicznym i fizjologicznym, które prawdopodobnie dotyczy wszystkich ludzi. Podstawę artykułu stanowi problematyka tego zjawiska oraz zagadnień z nim związanych, takich jak: podatność hipnotyczna, głębokość i właściwości stanu hipnotycznego, a także praktyczne wykorzystanie hipnozy.

Słowa kluczowe: *hipnoza, trans hipnotyczny, podatność na stany hipnotyczne, głębokość stanu hipnotycznego, fenomeny hipnotyczne, skale do badania podatności stanu hipnotycznego, hipnoterapia*

HYPNOSIS AND RELATED PHENOMENNA. THEORETICAL APPROACH.

Abstract

The hypnosis is a natural psychic and physiological phenomenon, which, probably, concerning each and every human being. The basis of the article are the problems and issues related to this phenomenon such as hypnotic susceptibility, depth and specificity of hypnotic state and also practical application of the hypnosis.

Key words: *hypnosis, hypnotic trance, hypnotic susceptibility, depth of hypnotic state, hypnotic phenomena, hypnotic susceptibility scale, hypnotherapy*



Edyta Łopacka-Sęczyk

Anita Machaj

HIPNOZA ORAZ ZJAWISKA Z NIĄ ZWIĄZANE W UJĘCIU TEORETYCZNYM.

WPROWADZENIE

Stan hipnotyczny jest zjawiskiem psychicznym i fizjologicznym, które prawdopodobnie dotyczy wszystkich ludzi. Niewyjaśniona ostatecznie natura tego stanu prowokowała wiele sporów i dyskusji, także na tle praktycznego wykorzystania hipnozy w psychologii i psychoterapii. Ostatnie lata przyniosły wiele odpowiedzi i rozwiązań problemów związanych z hipnozą, przede wszystkim z powodu naukowego podejścia, które zaowocowało wieloma badaniami i eksperymentami z tego zakresu. Większe zainteresowanie transem hipnotycznym pozwoliło na poszerzenie możliwego wykorzystania tego narzędzia przez profesjonalnych psychologów.

Psychologowie ogólni i poznawczy skupiają się przede wszystkim na chęci poznania samej natury hipnozy oraz jej wpływu na myślenie, postrzeganie, zapamiętywanie czy uczenie się (Siuta, 2000). Badacze pracujący na polu psychologii społecznej koncentrują się na relacji, jaka tworzy się pomiędzy osobą hipnotyzującą a hipnotyzowaną (*ibidem*). Szczególnie interesującym wydaje się być zagadnienie oczekiwań pacjenta, jakie przypisuje on swojemu hipnotyzerowi oraz samemu zjawisku hipnozy, a następnie czy oczekiwania te wpływają na przebieg transu. Psychologia sądowa wskazuje na możliwe zastosowanie hipnozy odnośnie ofiar i świadków przestępstw. Psychologowie kliniczni szukają w hipnozie narzędzia terapeutycznego, które pozwoliłoby na skuteczną pracę z pacjentami. W istocie hipnoterapia wykorzystywana jest w terapii analitycznej, gestaltowskiej, krótkoterminowej czy eriksonowskiej, a także w medycynie w aspekcie analgetycznym. Relacja terapeutyczna, budowana między pacjentem, a terapeutą,

pozwała na wykorzystanie hipnozy jako skutecznego narzędzia terapeutycznego, jednak jednocześnie sytuacja ta rodzi wiele pytań natury etycznej.

RYS HISTORYCZNY ZJAWISKA

Sen i prawdopodobnie stan hipnotyczny znane były człowiekowi od niepamiętnych czasów. L. Gapik wskazuje na związki hipnozy z medycyną w wielu obszarach starożytnego świata (Gapik, 2000). Szamani w społecznościach prelogicznych wykorzystywali stan transu do obrzędów religijnych oraz do leczenia, kapłani egipscy i greccy wywoływali święty „twardy sen” o mocy leczniczej; także władcom świata starożytnego, takim jak Imhotep, Pyrrus czy Wespazjan, przypisywano umiejętność hipnotyzowania i uzdrawiania. Myśl chrześcijańska przedstawia nam prawdopodobne istnienie hipnozy w „Księdze Rodzaju”, a także sposoby leczenia wzorowane na działaniach Chrystusa.

Odlączenie medycyny od religii następowało stopniowo i na pewno dużą rolę odegrał w tym procesie Paracelsus (Gapik, 1990). Ten szwajcarski lekarz przedstawił koncepcję mówiącą o oddziaływaniu na człowieka fluidu magnetycznego pochodzącego z nieba i gwiazd niebieskich. Zaakceptowanie tej koncepcji otworzyło drogę uzdrawianiu za pomocą metod niekonwencjonalnych, a zwłaszcza dotyku. Koncepcja Szwajcara została prawdopodobnie zapomniana, gdyby nie działalność Franza Antona Mesmera, autora rozprawy pod tytułem *Disertatio phisico-medica de planetarium influxu*. Mesmer propagował tezę o leczniczym oddziaływaniu magnetyzmu zwierzęcego (za: Trilla, 1993). Uczniowie Mesmera działali jawnie aż do 1784 roku, kiedy to Ludwik XVI powołał Komisję Królewską, która ostatecznie orzekła, że nie ma dowodów na istnienie fluidu zwierzęcego. Komisja nie wzięła jednak pod uwagę obiektywnych wyleczeń, niezależnie od tego, co było ich przyczyną. Z tego właśnie powodu przypisuje się Mesmerowi tytuł prekursora psychoterapii i hipnoterapii (Gapik, 1990).

Kolejny przełom można łączyć z działalnością angielskiego lekarza Jamesa Braida, któremu zawdzięczamy wprowadzenie pojęcia „hipnoza” (Wolberg, 1975). Braid zwrócił uwagę na neurofizjologiczny mechanizm hipnozy oraz na podatność w przyjmowaniu sugestii przez osoby zahipnotyzowane, jednocześnie ostatecznie odrzucając pojęcie fluidu. Ponadto wskazał na powiązanie stanu

transowego z ośrodkowym układem nerwowym, przy czym uznawał stan hipnozy za naturalny i pozbawiony wszelkich nadprzyrodzonych aspektów. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że nazwa „hipnoza” została zastosowana niezbyt szczęśliwie (gr. hypnos = sen), bo dzisiaj już wiemy z badań neurofizjologicznych, że hipnoza nie jest snem, lecz stanem psychicznym odrębnym od czuwania i snu (Gapik, 2000).

W wieku XIX dynamicznej rozwijała się medycyna, a zwłaszcza w dziedzinie neurologii i psychiatrii. W dyskusję na temat hipnozy wkład wniósł J. M. Charcot, uznając ją za przejaw neuropatii. Dopiero jego uczeń P. Janet przyznał, że Charcot nigdy nie zahipnotyzował żadnego pacjenta, a swoje obserwacje oparł o kilka zaledwie przypadków (*op. cit.*). Poglądy Charcota, choć nietrafne, wprowadziły na dobre zagadnienie zjawisk hipnotycznych do szpitali i laboratoriów, gdzie przeprowadzano liczne badania. Dzięki temu fenomenem tego zjawiska zainteresował się Sigmund Freud. Pracował nad zagadnieniem hipnozy z Charcotem, Liebeaultem, Bernheimem i Breuerem. Freud ostatecznie stwierdził, że hipnoza nie jest przydatna do leczenia hysterii (Wolberg, 1975), co niemalże pogrzebało badania nad tym stanem na wiele lat. Nieliczni prowadzili badania i dociekania naukowe dotyczące hipnozy. Byli to między innymi P. Janet, M. Psince oraz B. Sidis (*ibidem*). Rozwijające się podejście psychodynamiczne w psychoterapii oraz intensywna krytyka środowiska medycznego, łącząca hipnozę z szarlatanerią spowodowała odejście od stosowania jej w szpitalach i gabinetach psychologicznych.

C. L. Hull starał się nadać zjawiskom hipnotycznym wartość naukową, wprowadzając definicję w swoim dziele „*Hipnoza i podatność na sugestię*”: hipnoza jest stanem zwiększonej podatności na sugestię, a różnica między stanem czuwania i stanem hipnozy ma charakter raczej ilościowy niż jakościowy (za: Siuta, 2000). Dalsze odrodzenie hipnozy dokonało się przy udziale ofiar wojennych, które zgłaszały problemy psychologiczne (trauma) oraz fizjonomiczne (kurcze mięśniowe, amnezje, porażenia). Niedostateczna liczba personelu medycznego oraz nacisk na znalezienie skutecznej i szybkiej metody terapeutycznej przywróciły hipnozę do łask, a zainteresowanie tym narzędziem nie zmniejszyło się do dziś (Wolberg, 1975). Praktyczne wykorzystanie hipnozy znalazło swoje zastosowanie w chirurgii bez użycia środków farmakologicznych w celu uzyskania analgezji lub anestezji hipnotycznej. Od roku 1958 do 1973 przeprowadzono zabiegi chirurgiczne przy



użyciu znieczulenia hipnotycznego m.in. usunięcia wyrostka robaczkowego, zeszczenia perforacji żołądka, amputacji piersi, wycięcia guza piersi, leczenia oparzeń (przeszczepów skóry, oczyszczanie rany), złamań, wycięcia prostaty, wycięcia jajnika, usunięcia tarczycy (Chertok, 1989).

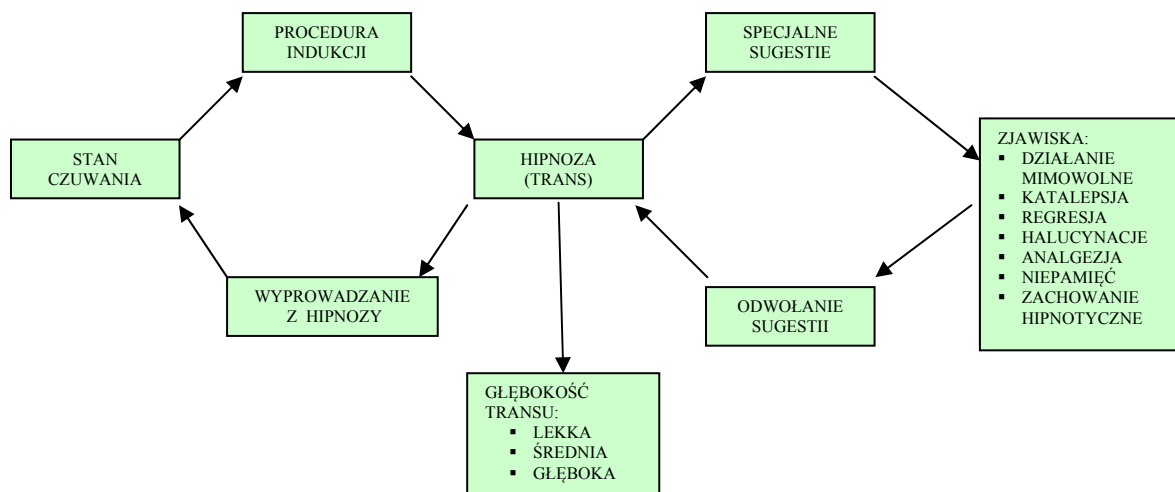
W 1955 roku hipnoza została formalnie uznana za uzasadnioną metodę leczenia przez Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne, a w 1958 roku za pełnoprawne narzędzie terapeutyczne przez Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne.

SPÓR O NATURE HIPNOZY

Współcześnie wyróżnia się dwa dominujące podejścia do hipnozy (Siuta, 2000): transowe, które interpretuje hipnozę jako stan zmienionej świadomości, różny od stanu czuwania i stanu snu oraz społeczno-psychologiczne, według którego do wyjaśnienia zjawiska hipnozy wystarczą pojęcia z zakresu psychologii ogólnej i społecznej (stanowisko nietransowe) (Siuta, 2000).

Stanowisko transowe, reprezentowane przez K.S. Bowersa, E. Fromma, czy M.T. Orne'a, ujmuje hipnozę jako stan mogący wystąpić spontanicznie, choć częściej wywoływany jest przez specjalną procedurę, nazywaną indukcją hipnotyczną, która zawiera sugestie rozluźnienia, odprężenia, senności (*op.cit*). Będąc w stanie transowym, osoba hipnotyzowana może przejawiać fenomeny hipnotyczne takie jak: regresja, halucynacje pozytywne, halucynacje negatywne, amnezja hipnotyczna oraz analgezja hipnotyczna w zależności od głębokości transu.

Rys. 1. Tradycyjny pogląd na hipnozę jako stan - podejście transowe (Fellows, 1998 str. 62)



Najpopularniejszą dziś teorią transową jest koncepcja neodysocjacyjna E. Hilgrada, zakładająca, że zjawiska hipnotyczne są formą dysocjacji (Siuta, 2000). E. Hilgard zainspirowany pracami Janeta założył istnienie hierarchii kontrolnych systemów działających jednocześnie w psychice człowieka. Hipnoza jest narzędziem, które umożliwia zmianę w porządku tych systemów – dokonuje rozszczepienia. W ujęciu E. Hilgarda zadania wykonane poza świadomością mogą wpływać na funkcjonowanie świadome. Fenomeny obecne w stanie hipnotycznym należy jego zdaniem tłumaczyć właśnie rozszczepieniem. Teoria neodysocjacyjna jest złotym środkiem między teoriami krańcowymi (transowymi i nietransowymi), ponieważ zakłada istnienie różnych stopni przeżycia rozszczepionego (Gheorghiu, 1985).

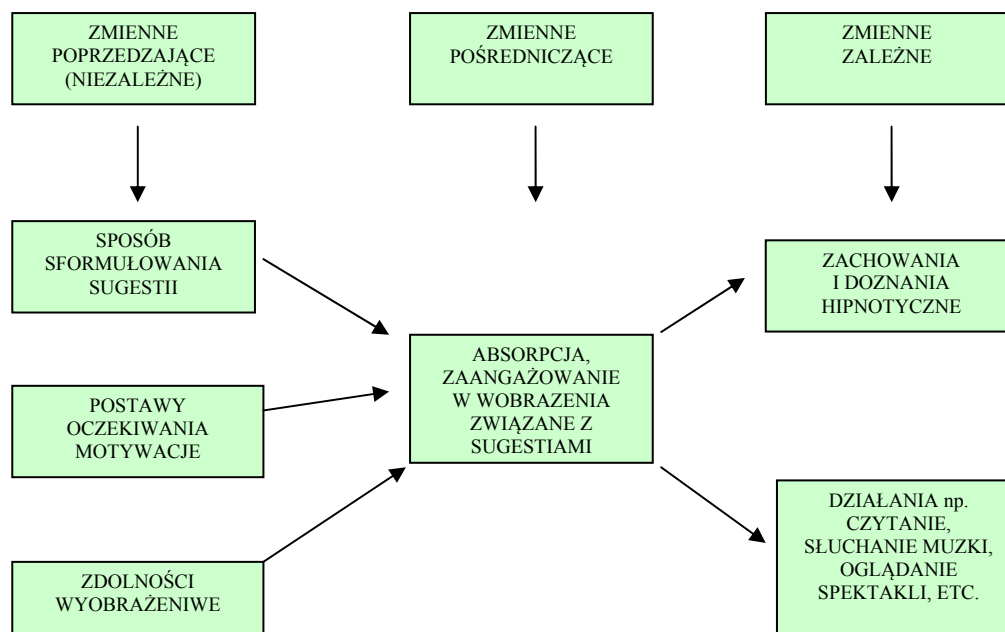
Podejście nietransowe reprezentowane głównie przez T.R. Sarbina, T.X. Barbera i J.R. Weekesa, zakłada, że należy się skupić na zdarzeniach obserwowalnych (behavior), zeznaniach słownych oraz na tym, co może na nie wpływać. T.R. Sarbin skoncentrował się na teorii ról społecznych, gdzie osoba badana stara się jak najlepiej odegrać rolę zahipnotyzowanej. Nie należy jednak sądzić, że całe zachowanie hipnotyczne jest symulowane, raczej twierdzi się, że osoba hipnotyzowana tak angażuje się w proces hipnozowania i własną w nim rolę, że akceptuje sugerowane zdarzenia tak, jakby były one realne (Fellows, 1998). W tym podejściu zjawisko zahipnotyzowania zależy od szeregu zmiennych takich jak:

- informacje, jakie posiada osoba hipnotyzowana o hipnozie,

- sposób, w jaki osoba zahipnotyzowana interpretuje sugestie podawane przez hipnotyzera,
- doznania i zachowania, jakie powinny wystąpić jej zdaniem w transie hipnotycznym,
- zdolności osoby poddawanej hipnozie wyobrażenia sobie tego, co stanowi treść sugestii,
- tego, czy zachowania oczekiwane od osoby poddawanej hipnozie są zgodne z jej obrazem siebie, oraz
- lęku osoby hipnotyzowanej przed zawiedzeniem hipnotyzera.

Pogląd T.X. Barbera można przedstawić na schemacie, który uwzględni czynniki związane z umiejętnościami i zdolnościami, które osoba badana „wnosi”, do sytuacji hipnotycznej. Jego centralnym pojęciem jest zaangażowanie w wyobrażenia związane z sugestiami, które zastępuje pojęcie transu (*ibidem*):

Rys. 2. Nietransowe podejście do hipnozy wg Barbera (Fellows, 1998; str. 62)



Inny podział koncepcji dotyczących hipnozy wskazuje na interpretacje fizjologiczne lub psychologiczne (Wolberg, 1975). Zwolennicy pierwszego podejścia

są zdania, że hipnoza jest zjawiskiem czysto fizjologicznym, które adekwatnie można wyjaśnić w terminach nie psychologicznych. Oczywiście w ramach tego sposobu myślenia istnieje wiele nurtów, ale wszystkie one umiejscawiają zachodzące zmiany podczas stanu hipnotycznego w ośrodkowym układzie nerwowym. Zawsze jednak odnoszą się do jednej z czterech kategorii (Gapik, 1990):

- 1) hipnoza jako specjalny rodzaj snu,
- 2) hipnoza jako dziedziczny mechanizm unieruchamiający,
- 3) hipnoza jako odszczepienie od aktywności nawykowych (dysocjacja np. obserwowana u lunatyków lub w zamroczeniu jasnym),
- 4) hipnoza jako kopia odruchu ustrojowego, zmienionego przez warunkowanie.

Podjęcie psychologiczne jest skłonne wyjaśnić zjawisko hipnozy za pomocą terminów *stricte* psychologicznych, natomiast wszystkie czynniki fizjologiczne uznaje jako wtórne względem podstawowych aspektów psychologicznych. Podstawowe podejścia psychologiczne to (Wolberg, 1975):

- 1) hipnoza jako forma sugestii - sugestia występuje także w innych formach zachowań pozahipnotycznych np. osoby bardzo religijne przestrzegają kodeksu moralnego, żołnierze wypełniają rozkazy bezrefleksyjnie, jednak istnieje wiele przykładów „nieposłuszeństwa” osób zahipnotyzowanych, gdy podawano sugestię, której nie akceptowali (Gapik, 1990),
- 2) hipnoza jako forma odgrywania roli - nie występuje w odosobnieniu, lecz w relacji interpersonalnej, bazuje na zależnościach międzyludzkich, duże znaczenie mają oczekiwania pacjenta co do hipnotycznego stanu pożądanego oraz chęć spełnienia oczekiwań hipnotyzera,
- 3) hipnoza jako przejaw regresji – hipnoza jako przejaw chęci przejęcia przez hipnotyzera kontroli nad wolą i działaniami pacjenta, była wczesną koncepcją psychoanalityczną, która tłumaczyła podatność pacjenta na hipnozę nieświadomymi pragnieniami zaspokojenia erotycznego. Ferenczi rozwinął tę myśl i tłumaczył hipnozę przejawami reaktywacji u pacjenta dziecięcej postawy ślepej wiary i absolutnego posłuszeństwa, wynikających z miłości do rodziców i lęku przed nimi (pacjent dostrzega autorytatywnego rodzica w hipnotyzerze) (za: Wolberg, 1975).

PODATNOŚĆ HIPNOTYCZNA

Hýpnos (gr.) znaczy sen; hypnōtikós (gr.) znaczy usypiający, nasenny. „Słownik Wyrazów Obcych” pod redakcją J. Tokarskiego zawiera także definicję tego słowa jako: „stan podobny do snu, wywołany sugestią, w którym wola usypianego jest podporządkowana woli usypiającego”. (1980, s. 280)

Hipnoza może być traktowana jako naturalny aspekt funkcjonowania ludzkiego umysłu i ciała, prawdopodobnie z tego powodu można spekulować, że wszyscy ludzie są podatni na stan hipnotyczny. Różnice indywidualne oscylują wokół podatności na sugestie hipnotyczne. Podejście psychoanalityczne tłumaczy jednoczesny lęk przez poddaniem się hipnozie i chęć posłuszeństwa oraz oddania kontroli hipnotyzerowi - przeniesieniem. Jednak aspekt poddania się innej osobie, przy dylematycznym stanie samoświadomości jest zawsze kwestią budzącą pytania o naturze etycznej. Niewątpliwie należy odpowiedzieć na pytanie, czy rzeczywiście podczas stanu transowego wywołanego kierowaną sugestią lub też indukcją hipnotyczną pacjent/osoba poddawana hipnozie jest pozbawiona kontroli i woli oraz podległa woli hipnotyzującego. Odpowiedź na to pytanie wymaga zdefiniowania pojęcia: podatność hipnotyczna.

Podatność hipnotyczna jest względnie stałą cechą jednostki, wyznaczającą, wraz ze zmiennymi o charakterze sytuacyjnym, poziom jej reaktywności na sugestie podawane po indukcji hipnotycznej (Siuta, 2000). W trakcie transu hipnotycznego osoba nie jest nieświadoma, może posiadać swoją inicjatywę i ją realizować, lecz zwykle nie ma na to ochoty. Podążanie za wskazówkami osoby hipnotyzującej nie jest przymusowe i nie dokonuje się wbrew woli osoby hipnotyzowanej (Gheorghiu, 1985). Należy też zaznaczyć, że osoba hipnotyzująca nie ma pełnej kontroli nad zachowaniem i reakcjami osoby zahipnotyzowanej, nie jest też w stanie wywołać zachowań sprzecznych z wartościami moralnymi osoby w transie (Nash, 2001).

Kolejne pytanie, jakie samo się nasuwa, to czy można każdego zahipnotyzować? Teoretycznie zdolność do poddania się hipnozie jest cechą normalną każdego człowieka, w praktyce jednak udaje się zahipnotyzować około 90% pacjentów (Wolberg, 1975). Najczęstsze przyczyny oporu przed hipnozą lub też niemożności uzyskania stanu hipnotycznego, to według Wolberga (1975, s.98):

- niestałość uwagi i rozproszenie, które uniemożliwiają skupienie się na sugestiach czy indukcji hipnotycznej,
- potrzeba przeciwstawienia się rozkazom, chęć rzucenia wyzwania hipnotyzującemu i pokonanie go,
- obawa przed ujawnieniem własnych tajemnic i skrytych popędów,
- strach przed utratą własnej woli i niezależności przy silnym pragnieniu zachowania nieustającej kontroli nad sobą, oraz
- lęk przed popełnieniem błędu wobec przekonania, że hipnoza jest próbą zdolności do wykonywania zadań.

Większość badaczy zgadza się z poglądem, że w jakimś stopniu można mówić o pewnych korelacjach cech ludzi z ich podatnością na stany hipnotyczne (*op. cit.*):

Tab. 1. Korelacje cech z podatnością na stany hipnotyczne

| | |
|--|---|
| PŁEĆ | Mężczyźni i kobiety są jednakowo podatni na hipnozę. |
| CECHY FIZYCZNE | Brak różnic wśród ludzi o różnej budowie ciała i o różnym wzroście. |
| WIEK | Małe dzieci (do około 12 roku życia) są znacznie bardziej podatne na hipnozę, zwykle bardziej niż ludzie dorośli. |
| INTELIGENCJA | Nie stwierdzono korelacji między wskaźnikiem inteligencji a podatnością na hipnozę. |
| POZIOM LĘKU | Im wyższy poziom lęku, im większa potrzeba otrzymania pomocy, tym większa podatność na hipnozę. |
| MOTYWACJA | Brak motywacji w kierunku hipnozy osłabia uwagę wobec sugestii hipnotycznych, a w następstwie – podatność na hipnozę. |
| RELIGIA | Ludzie, poddani w jakimś okresie życia ścisłym kodeksom religijnym, wykazują zwykle skłonność do łatwego poddawania się hipnozie. |
| CECHY OSOBOWOŚCI I ZESPOŁY NEUROTYCZNE | Brak korelacji. <u>Jednak zakłada się większą podatność ludzi:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wykonujących we śnie czynności automatyczne; ▪ posiadających nieoczekiwane luki pamięciowe; ▪ rozkoszujący się doznaniem zmysłowymi; ▪ obdarzonych zdolnością przyjmowania jakiejś roli (np. aktorzy są bardziej podatni na hipnozę); ▪ którzy w dzieciństwie mieli wyimaginowanych przyjaciół; |

| | |
|-----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ którzy dużo czytają; ▪ którzy mają skłonność do przygód; ▪ chłonących przyrodę. <p><u>Z obserwacji autora wynika, że mniej podatni są ludzie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ podejrzliwi; ▪ zachowujący rezerwę; ▪ wykazujący postawę wrogą. |
| PODATNOŚĆ NA SUGESTIĘ | Ludzie bardziej podatni na sugestię są bardziej podatni na hipnozę. |

GŁĘBOKOŚĆ STANU HIPNOTYCZNEGO

Podatność hipnotyczna łączy się nierozdzielnie z pojęciem głębokości stanu hipnotycznego, który jest jej wyznacznikiem. Można powiedzieć, że większa część ludzi wykazuje podatność hipnotyczną, a różnice indywidualne zaznaczają się w głębokości transu. By dobrze rozumieć to pojęcie należy zapoznać się z poziomami świadomości, które rozciągają się od stanu czuwania do stanu snu (Hadley, Staudacher, 1997).

Tab. 2. Poziomy świadomości (Hadley, Staudacher, 1997, str. 11)

| Poziom Świadomości | Cechy umysłowe i fizyczne | Przykłady czynności |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Czuwanie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ normalna aktywność umysłowa; ▪ normalne odruchy i reakcje motoryczne; | Gra w tenisa Czytanie książki |
| Fantazjowanie: Lekki trans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ odprężenie ciała; ▪ zwolniony oddech i puls; ▪ wycofanie uwagi do wewnątrz; ▪ skierowanie uwagi na wyobrażoną czynność, rozmowę czy wydarzenie | Leniwe myślenie o grze w tenisa |
| Umiarkowany trans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ograniczenie odbierania bodźców zewnętrznych; ▪ zamknięte oczy; ▪ zwiększona percepcja funkcji wewnętrznych, takich jak bicie serca czy oddychanie; ▪ zwiększenie ilości bodźców odbieranych przez zmysły; ▪ aktywizacja fantazjowania; ▪ dosłowne rozumienie słów; | Wyobrażasz sobie, że grasz w tenisa |
| Głęboki trans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ dalsze zmniejszenie aktywności i energii; | Fizyczne odczucie, że gra |

| | | |
|------------|--|--------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwiotczenie lub zeszywnienie kończyn; ▪ zawężanie pola uwagi; ▪ zwiększenie podatności na sugestię; ▪ możliwość wystąpienia halucynacji; ▪ brak reakcji na bodźce zewnętrzne; ▪ aktywizacja procesów twórczych; | się w tenisa |
| Sen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ zawieszenie działania z własnej woli; ▪ znaczna redukcja lub nieobecność świadomego myślenia. | Sen o tym, że gra się w tenisa |

Pionierzy próbujący oszacować głębokość stanu hipnotycznego badali amnezję hipnotyczną. Brak amnezji wskazywał na lekką podatność hipnotyczną, częściowa amnezja – na średnią, a pełna amnezja – na głęboką podatność hipnotyczną (Gheorghiu, 1985). Obecnie istnieją stosowne skale pomiaru podatności hipnotycznej, które głównie polegają na obserwacji zachowania osoby hipnotyzowanej oraz zwerbalizowanych doznaniach post fatum, a także zawierają spis fenomenów występujących w stanie transu. Można wyróżnić skale wyznaczające głębokość stanu hipnotycznego takie, jak:

- skala Lébeault z 1889 roku – kryterium głębokości stanu hipnotycznego stanowi sen, zgodnie z tym kryterium można wyróżnić trzy poziomy głębokości transu (Kratochvil, 2003):
 - a) senność – stadium somnolencji,
 - b) sen lekki – stadium hipotaktyczne,
 - c) sen głęboki – stadium somnambuliczne;
- SHSS-Stanfordzka Skala Podatności Hipnotycznej skonstruowana przez A.M. Weitzenhoffer i E.R. Hilgarda w 1962 roku (Stanford Hypnotic Susceptibility Scale);
- SSB-Skala Sugestywności Barbera – wyniki uzyskiwane za pomocą skali SHSS i SSB są do siebie zbliżone;
- skale bazujące na subiektywnym szacowaniu własnego stanu przez osobę, która przebywała w stanie hipnotycznym;
- ćwiczenia diagnozujące podatność hipnotyczną takie jak ćwiczenie sztywnej ręki, ćwiczenie z wiadrami, ćwiczenie uścisku dłoni (Hardley, Staudacher, 1997).

Zdaniem niektórych badaczy, możliwe jest wyróżnienie czynników, które pozwalają w przybliżeniu określić podatność na trans hipnotyczny. Poniżej znajdują się przykłady skal podatności na stan hipnotyczny: SHSS autorstwa A.M. Weitzenhoffer'a i E.R. Hilgarda oraz skala punktowa podatności na hipnozę L. Gapika (Gapik, 2000). SHSS została opracowana w trzech wariantach (Form A, B i C – najczęściej używana), obecnie jest nadal wykorzystywana na Uniwersytecie Stanfordzkim po modyfikacjach dokonanych przez J.F. Kihlstroma. Testu dokonuje się po zakończeniu przekazywania indukcji hipnotycznej na osobie znajdującej się już w transie. W ten sposób unika się dylematów związanych z rodzajem indukcji i sposobem jej przekazania. Skala składa się z 12 zadań o wzrastającym stopniu trudności obejmując reakcje ruchowe, czuciowe, pamięciowe, procesy świadomości i zjawiska regresji. Większość osób badanych tą skalą jest w stanie wykonać 4-5 zadań, co wskazuje na niski stopień podatności hipnotycznej (Gheorghiu, 1985).

Tab. 3. Stanfordzka Skala Podatności Hipnotycznej, Zadania z bloku C (Gheorghiu, 1985, str. 54)

| Nr | Zadanie | Kryterium zaliczenia |
|----|--|---|
| 1 | Opuszczanie prawej ręki | Opadnięcie ręki co najmniej o 15 cm w ciągu 10 s |
| 2 | Odpychanie rąk | Odepchnięcie rąk co najmniej o 15 cm w ciągu 10 s |
| 3 | Halucynacja – komar | Wyraźne oznaki pozwalające na wydedukowanie z zachowania osoby badanej, że widzi komara |
| 4 | Halucynacja smaku – słodycz, gorycz | Uzyskanie obu efektów lub przynajmniej jednego, lecz w sposób przekonywający |
| 5 | Usztywnienie prawej ręki | Zgięcie mniejsze niż 5 cm w ciągu 10 s |
| 6 | Marzenie senne | Wyraźny sen; przeżycie podobne do snu prawdziwego |
| 7 | Regresja wieku | Wyraźna zmiana w sposobie pisania |
| 8 | Unieruchomienie lewej ręki | Ręka podnosi się najwyżej o 2,5 cm w ciągu 10 s |
| 9 | Zanik wrażliwości węchowej (anosmnia) | Negowanie woni amoniaku i brak zewnętrznych oznak jej odczuwania |
| 10 | Halucynacja słuchowa – „słyszenie” głosu, którego nie ma | Osoba badana przynajmniej raz odpowiada na „pytanie”, które rzekomo jej zadano |
| 11 | Halucynacja wzrokowa negatywna | Osoba badana stwierdza, że widzi tylko dwa pudełka (w rzeczywistości są trzy) |



| | | |
|----|---------------------|--|
| 12 | Amnezja hipnotyczna | Osoba badana przypomina sobie najwyżej trzy zadania, które miała wykonać podczas hipnozy, dopóki nie poleci się jej, że „teraz można wszystko sobie przypomnieć” |
|----|---------------------|--|

Druga z przedstawionych skal, zawiera zestawienie cech, które predestynują do łatwego osiągnięcia stanu hipnotycznego. Praktycznie może ona zostać wykorzystana przez terapeutę w wywiadzie wstępnym. Na podstawie zachowań z życia codziennego przedstawionych w tabeli nr 4 każdy może wstępnie oszacować swoją podatność na stan hipnotyczny umiejscawiając uzyskaną przez siebie liczbę punktów w odpowiednich przedziałach podanych poniżej:

- **40 punktów i więcej** – wskazuje na prawdopodobną dużą podatność na hipnozę (możliwość uzyskania hipnozy głębokiej);
- **25-40 punktów** – wskazuje na dobrą podatność na hipnozę (średni stopień głębokości);
- **10-25 punktów** – warto próbować zastosowania hipnozy;
- **poniżej 10 punktów** – trudności w uzyskaniu stanu hipnotycznego.

Tab. 4. Skala punktowa podatności na hipnozę L. Gapika

| Charakterystyka zachowania | Punkty |
|--|--------|
| 1. wielokrotne epizody somnambuliczne | 20 |
| 2. sporadyczne epizody somnambuliczne | 10 |
| 3. wyraźne mówienie przez sen | 5 |
| 4. upodobanie do snu powyżej 9 godzin | 5 |
| 5. łatwość zasypiania w obecności osób trzecich (np. w podróży) | 5 |
| 6. skłonność do marzeń i wyrazistego fantazjowania lub duże upodobanie do książek przygodowych | 5 |
| 7. brak tendencji do krzyżowania rąk i nóg | 5 |
| 8. łatwość ulegania nastrojom otoczenia (indukcja emocjonalna) | 5 |
| 9. tendencja do mimowolnego kierowania gałek ocznych w lewo | 5 |
| 10. brak lęków społecznych | 3 |
| 11. zdolność koncentracji uwagi | 3 |
| 12. wcześniejsza obserwacja osób zahipnotyzowanych | 3 |

WŁAŚCIWOŚCI STANU HIPNOTYCZNEGO

Stan hipnotyczny potencjalnie możliwy do osiągnięcia przez większość ludzi jest indywidualnie zróżnicowany w zależności od hipnotyzowanej osoby. Różnice indywidualne zaznaczają się już w podatności i głębokości stanu hipnotycznego oraz w obserwowanych fenomenach transowych na co jasno wskazuje np. SHSS.

Stan hipnotyczny jest najczęściej charakteryzowany poprzez właściwości czy też fenomeny transowe/hipnotyczne, które jednocześnie wskazują na podatność i głębokość stanu hipnotycznego.

Przedstawione poniżej właściwości zostały wyróżnione zgodnie z ujęciem stanu hipnotycznego według E. Hilgarda (za: Gheorghiu, 1985):

- osłabienie motywacji – osoba zahipnotyzowana postępuje zgodnie ze wskazówkami hipnotyzującego, nie oznacza to że nie może podjąć działania, jest zdolna do realizacji własnych zamiarów, ale nie odczuwa takiej potrzeby i biernie podąża za wskazówkami osoby prowadzącej; charakterystyczna postawa pasywna;
- redystrybucja uwagi – uwaga osoby zahipnotyzowanej jest wybiórcza i najczęściej zogniskowana wokół osoby prowadzącej, znaczenie bodźców zewnętrznych jest modyfikowane przez osobę hipnotyzującą;
- osłabienie rozpoznania rzeczywistości – znaczenie bodźcom zewnętrznym przypisuje osoba prowadząca, zatem pewne z nich mogą być przerysowane, inne niezauważone przez osobę w transie, która akceptuje te zniekształcenia bez oporu i zdziwienia, można powiedzieć, że mamy do czynienia z osłabionym krytycyzmem i aprobowaniem sytuacji nielogicznych co M.T. Orne nazwał logiką transu;
- zwiększenie podatności na sugestię – osoby w transie hipnotycznym są podatne na sugestie hipnotyczne (podawane podczas transu) oraz posthipnotyczne (podawane podczas transu, ale obejmujące swoim działaniem czas po zakończeniu transu);
- odgrywanie roli – zauważa się podczas stanu hipnotycznego zwiększoną podatność wyobrażeniową, naśladowczą i uczuciową, którą niektórzy badacze tłumaczą fenomen regresji;

-
- przeżycie hipnotyczne – stanom hipnotycznym towarzyszy nastawienie na doznania oraz skupienie na świecie wewnętrznym, co można powiązać z redystrybucją uwagi.

Właściwości stanu hipnotycznego opisują doświadczenie hipnozy w terminach ogólnych z uwzględnieniem procesów psychicznych, głównie poznawczych. W transie można się spotkać z szeregiem zjawisk psychofizycznych (fenomeny hipnotyczne). Oto najczęściej spotykane z nich:

- amnezja hipnotyczna – występuje spontanicznie lub pod wpływem sugestii, osoba w transie nie pamięta informacji, które w stanie normalnym są jej dostępne (*ibidem*);
- hipermnezja – rozumiana jako polepszenie pamięci w wyniku sugestii hipnotycznych, przypominanie zdarzeń przeszłych, do których osoba nie ma dostępu, także znoszenie amnezji pourazowych, ponarkotycznych np. po wypadku, po narkozie, po traumie (*op. cit.*);
- regresja – polega na wywołaniu zachowania czy reakcji charakterystycznych dla sugerowanego wieku, nie jest jednak jasne czy przejawy regresji wieku są wynikiem przeżywania siebie w sugerowanym wieku, czy też są formą odgrywania siebie zgodnie z wspomnieniami i wyobrażeniami na ten temat (Gapik, 1990);
- halucynacje – osobie w transie hipnotycznym sugeruje się stan sprzeczny z rzeczywistością za pomocą rekwizytów, dodatkowych wskazówek wspomagających i prowadzących lub przekonująco nakazując odczucia sprzeczne z realnymi; halucynacje mogą występować jako negatywne (np. widzenie czegoś czego nie ma) lub pozytywne (słyszenie czegoś czego nie słyhać) i mijają po ich odwołaniu lub po zakończeniu snu hipnotycznego w przeciwieństwie do halucynacji psychotycznych (*ibidem*);
- analgezia – stan hipnotyczny może zmieniać próg wrażliwości (Gheorghiu, 1985) w odczuwaniu bodźców termicznych, bólowych czy dotykowych, które w lekkim stanie hipnotycznym przybierają formę złudzeń, natomiast w głębokiej-pozytywnych lub negatywnych halucynacji czuciowych (Gapik, 1990);
- motoryka w hipnozie – stanom hipnotycznym towarzyszy ciężkość powiek, obniżenie napięcia mięśniowego (wyjąwszy hipnozę aktywną w hipotaksji



i somnambulizmie – głębokie stany transowe) oraz specyficzne reakcje mięśniowe jak „automatyczne pisanie” (samoczynne pisanie możliwe do wykorzystania w diagnostyce), „pismo lustrzane” (możliwe do odczytania po przyłożeniu lustra), „most kataleptyczny” (polegający na nienaturalnym usztywnieniu mięśni ciała i utrzymaniu takiej postawy przez dłuższy czas) (*op. cit.*);

PRAKTYCZNE WYKORZYSTANIE HIPNOZY: HIPNODIAGNOZA I HIPNOTERAPIA

Stan hipnotyczny nie jest narzędziem terapeutycznym lub diagnostycznym samym w sobie. Prawdą jest, że stanowi hipnotycznemu można przypisać działanie relaksacyjne - jeśli wziąć pod uwagę terapeutyczną siłę odprężenia, to hipnoza w tym rozumieniu oddziałuje leczniczo. Zasadniczo hipnoza jest specyficznym stanem psychofizycznym, który umożliwia pełniejsze rozumienie funkcjonowania organizmu i zachodzących w nim procesów oraz ingerowanie w jego działanie. Hipnodiagnoza polega na wykorzystaniu transu hipnotycznego w procesie diagnozowania na przykład poprzez wydobywanie odległych czy ukrytych wspomnień powstałych np. w wyniku traumy, a istotnych dla procesu leczenia na drodze regresji, prowadzenie wywiadu w stanie hipnotycznym (Gapik, 1990). Natomiast psychoterapia wykorzystująca zjawisko hipnozy (hipnoterapia) posługuje się tym stanem, by zwiększać dobrostan psychiczny lub fizyczny, zatem pomaga w odzyskaniu zdrowia psychicznego i/lub fizycznego (*ibidem*). Leczące działanie przypisuje się trzem głównym sposobom działania:

- 1) umożliwienie poprzez stan hipnotyczny odreagowania zalegających lub stłumionych emocji (często wykorzystywana przez psychoanalizę w leczeniu reakcji nerwicowych),
- 2) wprowadzanie sugestii hipnotycznej lub posthipnotycznej podczas snu hipnotycznego,
- 3) uczenie odpowiednich reakcji (hipnoterapia behawioralna).

Hipnoza jest niekiedy nadal stosowana w medycynie, głównie w chirurgii, stomatologii oraz położnictwie. Jej najcenniejszym wkładem jest działanie



zmniejszające odczuwanie bólu podczas operacji, zabiegów lub bolesnych badań, a także zwiększanie komfortu psychicznego, przywracanie spokoju oraz odprężenia. Do dziś przeprowadzono bardzo wiele operacji i zabiegów chirurgicznych oraz stomatologicznych przy znieczuleniu wywołanym hipnozą, było to jednak w większości w połowie XX wieku. (Chertok, 1989). Analgezję hipnotyczną wykorzystywano także w położnictwie w celu zmniejszenia bólów porodowych uzyskując różne stopnie znieczulenia. Jak podaje Chertok (*op. cit.*) kobiety rodzące mogły czuć skurcze macicy bez bólu, ból mógł być znacznie zmniejszony ale odczuwalny, nie wywierając wpływu na stan i zachowanie rodzącej. Nie jest prawdą, że najszerze zastosowanie znajduje hipnoza w psychiatrii, ponieważ osiągnięcie tego stanu jest znacznie utrudnione u osób chorych psychicznie oraz z uszkodzeniami OUN (Gapik, 1990). Do hipnoterapii jako metody głównej lub wspierającej (w zależności od problemów pacjenta) kwalifikują się osoby prowadzone przez psychologów klinicznych z takimi zaburzeniami, jak: nerwice, zaburzenia rozwoju osobowości, uzależnienia (od środków psychoaktywnych oraz emocjonalne), problemy przystosowawcze, fobie i lęki (np. przed ekspozycją społeczną lub przed kontaktem seksualnym), problemy osobiste, zaburzenia i choroby psychosomatyczne (*ibidem*). J. Hadley i C. Staudacher sugerują, że najczęstsze problemy, z którymi przychodzą pacjenci do gabinetów psychologicznych i względem których można stosować hipnoterapię to: problemy z nadwagą, chęć rzucenia palenia, chęć redukcji stresu, fobie i lęki społeczne, panowanie nad bólem, chęć łagodniejszego przeżycia porodu naturalnego przy jak najmniejszej ilości przyjętych środków farmakologicznych, umacnianie poczucia własnej wartości, zwiększanie motywacji, zwiększanie efektywności uczenia się, zwiększanie osiągnięć sportowych, pobudzanie kreatywności, zaburzenia snu, urazy z dzieciństwa, problemy zdrowotne oraz problemy ze stratą i żałobą, itp. (Hadley, Staudacher, 1997).

BIBLIOGRAFIA

- Chertok, L. (1989). Między wiedzą a niewiedzą. Studium hipnozy. Warszawa: „Książka i wiedza”.



- Erikson, M., Rossi, E.L. (1996). Lutowy człowiek. Rozwój świadomości i poczucia tożsamości w hipnoterapii. Gdańsk: GWP.
- Fellows, B.J. (1998). Pojęcie transu. (str.40-65). W: Situa, J. (red.). Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą. Warszawa: PWN.
- Gapik, L. (1990). Hipnoza i hipnoterapia. Wyd. II. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Gapik, L. (2000). Tajemnice hipnozy. (str. 54-66, 85-134) Poznań: Wydawnictwo P. W. Interfund.
- Gheorghiu, V.A. (1985). Hipnoza. Rzeczywistość i fikcja. Warszawa: Wiedza powszechna.
- Hadley, J., Staudacher, C. (1997). Hipnoza. Podręcznik sprawdzonych technik hipnotycznych. Gdańsk: GWP.
- Hilgard, E.R. (1998). Neodysocjacyjna interpretacja hipnozy. (s. 66-90). W: Situa, J. (red.). Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą. Warszawa: PWN.
- Kratochvil, S. (1984). Psychoterapia. Warszawa: PWN.
- Kratochvil, S. (2003). Podstawy psychoterapii. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Nash, M.R. (2001). Hipnoza-prawda i mity. (s. 27-33) Świat Nauki 09.2001.
- Sarbin, T.R. (1998). Teoretyczne interpretacje i reinterpretacje hipnozy. (str. 132-156). W: Situa, J. (red.). Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą. Warszawa: PWN.
- Siuta, J. Hipnoza. (s.511-520). W: Strelau, J. (red.) (2000). Psychologia. Podręcznik Akademicki. Gdańsk: GWP.
- Orne, M.T. (1998). Implikacje definicji terminu „hipnoza” dla badań i praktyki. (s. 12-19) W: Situa, J. (red.). Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą. Warszawa: PWN.
- Tokarski, J. (red.) (1980). Słownik Wyrazów Obcych. (s. 280). Warszawa: PWN.
- Trillat, E. (1993). Historia hysterii. Wrocław: Ossolineum.



- Weitzenhoffer, M., Hilgard, E.R. (1962). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Stanford University. Form C modified by J.F. Kihlstrom.
- Wolberg, L.R. (1975). Hipnoza. (s.78-131, 249-302). Warszawa: PWN