

ARTIKLER

Hypnosedybdens betydning for det terapeutiske resultat

Jarle Eknes

Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål sykehus

The importance of hypnotic depth in hypnotherapy

Abstract.- The author presents a review of the literature about the importance of hypnotic depth in hypnotherapy. Deep hypnosis is of absolute importance when it comes to pain reduction during the hypnotic session, and probably it is of some importance regarding psychosomatic problems, like asthma and headache. When using hypnotherapy on cognitive, behavioural or emotional problems, most of the literature concludes that the therapeutic outcome is not dependent on the depth of hypnosis. The author suggest that the reason for this can be explained in a dissociation/game-play perspective. It is possible that instructions of amnesia can strengthen the effect of hypnotherapy in the instances clients retains the amnesia a long time after ending the hypnotic session; and if this is true, the depth of hypnosis will be more important than already known.

This should be an issue for further research, and it should also be identified why some people keep the amnesia for a long time after the hypnotic session, while some do not.

Innledning

Hypnose er et fascinerende fenomen, enten det brukes i underholdningssammenheng eller for terapeutiske formål. Nylig har engelske hypnoseshow på TV fascinert, forbløffet og underholdt også oss nordmenn i beste sendetid, og mange har lurt på om det som vises i disse programmene virkelig er hypnotiske

effekter eller om det bare er juks. Til det er å si at fenomenene og effektene som demonstreres i f.eks. Paul McKennas underholdningsprogram godt kan være reelle i den sosiale sammenheng de fremvises i. Blant forutsetningene er at personene som opptrer lar seg bringe inn i en relativt dyp hypnotisk tilstand, og er villige til å spille rollen som "dypt hypnotisert". Det første er en fordel, mens det siste er en nødvendighet. Den terapeutiske settingen vi som psykologer opererer i skiller seg imidlertid vesentlig fra showbusiness, og både atferden under hypnosen og hypnosedybdens betydning blir en helt annen. Induksjoner om å opptre som klovner virker meningsfull på en scene, hvor hensikten er å underholde, mens det samme virker meningsløst og truende i en terapeutisk sammenheng hvor hensikten er å få hjelp med egne problemer. I en terapisisituasjon vil ikke folk finne seg i å opptre som klovner, like lite som de i en showbusiness sammenheng vil eksponere sine innerste hemmeligheter for et publikum, hvis eneste mål er å bli underholdt. Hypnotiserte personer har stor grad av kontroll under hypnosen, og kan avbryte tilstanden eller ignorere suggesjoner når de selv måtte ønske det (Uneståhl, 1982).

Hypnose er ikke et fenomen som tilsetter psykologiske mekanismer som er fremtredende i klinisk sammenheng. Den hypnotiske tilstanden har i seg selv liten terapeutisk verdi eller effekt, kanskje bortsett fra visse stresslidelser der avspenning i seg selv har en ønskelig effekt. Først og fremst er det brukt sammen med andre psykologiske intervensjoner, at hypnose fremstå som et virksomt tera-

apeutisk verktøy. Vi kan betrakte hypnose som en potensiell katalysator for psykologiske metoder og intervensjoner. Hypnosens fortrinn er at den gjør interaksjonen mellom klient og terapeut mer konsentrert og spesifikk, og effekten av en intervensjon vil derfor fremstå klarere og skje raskere (Hillestad og Wormnes, 1990).

I noen tilfeller vil vi gjennom hypnose oppnå terapeutiske effekter uavhengig av om klientene lar seg bringe i dyp hypnose eller ikke (Hartland, 1981). Men i andre tilfeller kan hypnosedybden ha avgjørende betydning for det terapeutiske resultat. Dette vil jeg utdype i det følgende.

Historikk

Hypnosebegrepet er kun ca. 150 år gammelt, men prinsippene har vært praktisert i langt lengre tid. Den moderne hypnosen startet med Frantz Anton Mesmer (1734-1815) selv om begrepet ikke var etablert på hans tid. Etter det vi kjenner, ble betegnelsen hypnose første gang brukt av James Braid i 1842 (Tinterow, 1993). Braid gjorde seg bemerket blant annet ved at han viste hvordan man kan fremkalle anestesi ved hjelp av hypnose (Hillestad og Wormnes, 1990). Mange ble i årene senere fascinert av hypnose, deriblant Sigmund Freud, som tidlig i sin karriere anvendte hypnose i terapeutisk arbeid. Resultatene han og andre demonstrerte ga store behandlingmessige vyer, men etterhvert ble Freud mer tvilende til verdien av hypnose. En særlig grunn til dette var at ikke alle mennesker lot seg bringe inn i den dype hypnotiske tilstanden som var nødvendig for å frembringe fenomenene, og ofte var resultatene kortvarige (Hartland, 1981). Senere ble det også en innvending at pasientene ikke bevisst nok kunne delta i behandlingen, og dermed heller ikke kunne arbeide med de grunnleggende overføringsfenomener. I 1898 forlot Freud hypnosen som metode, og hypnosen fikk, blant annet som en følge av dette, liten oppmerksomhet frem til 1940-tallet

(Uneståhl, 1986). Under 2. verdenskrig fikk den kliniske hypnosen et oppsving i forbindelse med behandling av krigsnevrosor og operasjoner uten bedøvelse. Igjen var det hovedsakelig fenomener knyttet til dyp hypnose man var opptatt av, noe som ga implikasjoner om hypnotisk behandling for kun en liten gruppe mennesker.

Men utviklingen etter dette har gått i retning av utvidet bruk av hypnose, både når det gjelder hvem som blir tilbudt hypnosebehandling og hvilke problemer som blir forsøkt behandlet. En viktig følge av og forutsetning for dette, er at det har blitt påvist at hypnosedybden er mindre essensiell enn man tidligere antok, når det gjelder bruk av hypnose i terapeutisk sammenheng.

Hvem kan hypnotiseres - og hvor dypt?

De aller fleste mennesker kan la seg hypnotisere, også mennesker med psykosor eller psykisk utviklingshemming (Biddle, 1967; Uneståhl, 1986). Uneståhl (1982), Hartland (1981) og Milton Erickson (Rosen, 1982) hevder at 90 % av befolkningen kan hypnotiseres med letthet, og at de resterende 10% også kan hypnotiseres dersom betingelsene gjøres optimale.

Når det gjelder hypnosedybde er det imidlertid store individuelle forskjeller. Etter de kriterier som benyttes på de mest kjente testene, kan vi slå fast at 90% relativt enkelt kan nå det letteste nivået, 70% av disse vil kunne nå en middelsdyp tilstand, mens det dype nivået kun kan nås av ca. 20% av disse igjen (Uneståhl, 1982).

Barn er mer hypnotiserbare enn voksne, men etter puberteten ser det ut til at evnen til å nå en viss hypnosedybde er relativt konstant (Uneståhl, 1986).

Smerte og psykosomatikk

Med henblikk på smertereduksjon, synes det klart at hypnosedybden er avgjørende for effekten av suggesjonene (Hartland, 1981; Uneståhl, 1986; Fromm, 1987). Hypnosedybdens

betydning for psykosomatisk problematikk, som f.eks. migrene og astma, er imidlertid ikke avklart i samme grad. Resultatene er sprikende, og det er mulig at hypnosedybdens betydning er avhengig av hvilken type hodepine eller astma det dreier seg om. Undersøkelsene som er rapportert har i for liten grad gjort rede for hvilken type astma eller hodepine personene i undersøkelsene har hatt.

Klinikere som arbeider med psykosomatisk problematikk tenderer like fullt til å mene at terapeutiske effekter ved både astma, hodepine og andre psykosomatiske plager er relatert til hypnosedybde (Hartland, 1981).

Kognisjon, følelser og atferd

For psykisk betingede problemer som i mindre grad inkluderer kroppslig smerte, ser det ut til at hypnosedybden er mindre avgjørende. En tid var det populært å benytte hypnose i røykeavvenningsterapi, og det eksisterer en rekke undersøkelser hvor man lovpriser hypnotisk behandling, og fremsetter påstander om positive sammenhenger mellom hypnosedybde og terapeutiske resultater. Wadden & Anderton (1982) har, foruten å gå igjennom en del av disse undersøkelsene, også foretatt egne og mer kontrollerte studier. Konklusjonene går i retning av at det ikke finnes grunnlag for å hevde at hypnosedybden har betydning for det terapeutiske resultat, særlig ikke hvis vi ser på langtidsforløpet. Forskere som Hartland (1981), Uneståhl (1986) og Fromm (1987) konkluderer med det samme, og hevder at dette også gjelder for terapeutisk arbeid med vektproblematikk.

Hypnosedybdens betydning i forhold til behandling av angst, depresjoner, aggresjoner, relasjonsproblemer osv. er i liten grad blitt systematisk utforsket. Det synes imidlertid klart at svært mange klinikerne ikke betrakter hypnosedybden som spesielt viktig (Fromm, 1987; Klufft, 1988). Hvilken vekt man tillegger hypnosedybden, vil imidlertid ha sammenheng med hvilken psykologisk tradisjon man arbeider innenfor.

Jeg-styrking

Før 1960 var det hovedsakelig tre forskjellige terapeutiske bruksmåter man var opptatt av: Symptomreduksjon, avslapping eller hypnose som hjelpemiddel i dynamisk psykoterapi (Fromm, 1987). I 1965 kunne John Hartland bidra med en supplerende tilnærming, som kombinerer mestringsteori og jeg-støttende teknikker (Hartland, 1981). Foruten at man metodisk legger vekt på blant annet rytme, repetisjon, strategiske pauser og vektlegging på bestemte, viktige ord, er det sentrale at suggesjonene er jeg-styrkende og gir klienten tro på seg selv og sine muligheter (Hartland, 1981). For denne typen terapi, mener Hartland at hypnosedybden som oftest ikke har avgjørende betydning, bortsett fra at resultatene vanligvis vil komme raskere jo dypere hypnotisert klienten er. Hartland mener at man på grunn av det siste bør hypnotisere klienten så dypt som mulig, men at hypnosedybden ikke er kritisk. Så langt jeg har erfart, har det imidlertid ikke blitt dokumentert at terapeutiske resultater skjer raskere jo dypere hypnotisert klientene er.

Ericksons hypnoterapi

Foruten bruk av historier og paradoksale teknikker, som var typiske for Milton Ericksons spesielle måte å arbeide på, drev han utstrakt bruk av hypnose i behandlingen. En grunnleggende antagelse i denne tilnærmingen er at vi i en trancetilstand ofte intuitivt vil forstå meningen med drømmer, symboler og i utgangspunktet ubevisste opplevelser, etter som vi er nærmere det Erickson kaller ubevisst læring og er mindre distraheret av trivielle tanker og innarbeidede systemer/måter å tenke på (Rosen, 1982). Til spørsmålet om hvor stor betydning hypnosedybden har, sier Erickson at et trancedyp som er tilstrekkelig for at klienten kan tillate det ubevisste å ta en "mental titt" på hva som foregår, er godt nok (Rosen, 1982). I suggesjonene til klienten pleide han å si:

«Verken du eller jeg vet hvor dyp hypnose du behøver, men jeg tror at du vil fortsette i så dyp trance som kreves for at du skal rette hele din oppmerksomhet omkring det du trenger».

Slik Erickson så det, trenger ikke hypnosedybden å være kritisk. Faktisk er det ikke en gang nødvendig å være hypnotisert under terapien; klienter som simulerer trance kan få like stort terapeutisk utbytte som de som faktisk opplever en trancetilstand.

Direkte symptombortfall

Suggesjoner til klienten om at symptomene/ problemer skal forsvinne, er i følge Brown og Fromm (1986) en metode som i den grad den er effektiv, mest effektiv for mennesker som lar seg bringe i moderat eller dyp hypnose. Imponerende har de mange historiene vært som beretter om hvordan problemene har forsvunnet, fordi man har gitt beskjed til klienten om at problemet skal forsvinne. Selv om det foreligger en del litteratur om enkelttilfeller hvor en slik fremgangsmåte har fungert godt, er det denne metoden som kommer dårligst ut m.h.t. terapeutisk effekt av de forskjellige kategoriene av tilnærminger, særlig når det gjelder langtidseffektene. Direkte suggesjoner om symptombortfall kan betraktes som den enkleste, men samtidig klinisk mest naive metode å benytte seg av (Nielsen, 1981).

Hypnoanalyse

Hypnoanalyse er psykoanalytisk orientert (Fromm, 1987), men skiller seg fra psykoanalysen blant annet ved at terapeuten er mer aktiv under terapien (Hartland, 1981). Teoretisk tar de hypnoanalytiske metodene utgangspunkt i at ubevisst materiale oftest er lettere tilgjengelig under hypnose, idét forsvar og motstand er mindre aktiv.

I motsetning til mange andre hypnoterapeutiske metoder er man imidlertid avhengig av relativt dyp hypnose for å benytte denne

teknikken (Hartland, 1981; Nielsen, 1981; Fromm, 1986), noe som naturligvis gjør anvendelsesområdet begrenset. Drømmeinduksjon, aldersregresjon, automatisk skrift, amnesi osv. anvendes gjerne innenfor denne tradisjonen, og er fenomener som forutsetter relativt dyp hypnose.

Hypnodynamisk terapi

I både hypnoanalyse og hypnodynamisk terapi legger man vekt på å avdekke ubevisste konflikter og motiver (Fromm, 1987). Men i hypnoanalytisk behandling er målet reorganisering av personligheten, mens hypnodynamisk orientert terapi er mer vinklet mot å løse mer avgrensede problemer. Det gjøres ikke utstrakt bruk av suggesjoner hvor klienten skal påvirkes til å føle eller mene noe. Det er vanligvis ingenting ved instruksjonene eller kommunikasjonen mellom terapeut og klient som tilsier at hypnosedyppet er kritisk.

Atferdsorienterte tilnærminger

Mange hypnoterapeuter er atferdsorienterte. Eksempelvis kan det brukes avslapningsuggesjoner og forestillingsbilder/fantasier under hypnose i et desensitiveringsopplegg. Andre muligheter er selvfølgelig å kombinere hypnose med metoder som forsøker å endre atferd gjennom direkte konsekvenser, slik som bio-feedback. Felles for disse retningene er at det ikke er noe i metode eller grunnleggende teori som skulle tilsi at hypnosedybden har vesentlig betydning. Noen klinikere innenfor disse tradisjonene mener likevel å ha erfart at hypnosedybden har betydning, mens andre tillegger dybden liten betydning.

Hypnosedybde og amnesi

Barett (1992) mener å ha identifisert to undergrupper av dypt hypnotiserbare personer. Den første gruppen omfatter mennesker

som går raskt inn i trance og opplever hypnosen som relativt lik det de ellers kan oppleve når de dagdrømmer. Den andre gruppen bruker lengre tid på å komme i trance, og beskriver opplevelsene under hypnosen som svært forskjellig fra opplevelser de ellers har hatt. Denne andre gruppen responderer lettere på suggesjoner om amnesi enn den første gruppen.

Amnesi og terapeutisk resultat

En mangel ved de fleste undersøkelsene er at de ikke gjør rede for om det er benyttet suggesjoner om amnesi (beskjed om at klienten ikke skal huske hva som har blitt sagt og gjort under hypnosen), og om klientene eventuelt beholdt amnesien etterpå. Viktigheten av dette fremkommer tydelig når vi ser på Van Denburg & Kurtz's (1989) undersøkelse hvor man forsøkte å endre oppfatninger av egen kropp ved hjelp av posthypnotiske suggesjoner. I studiet ble det benyttet 48 kvinnelige forsøkspersoner med gjennomsnittsalder på ca. 23 år, alle testet med hypnosetesten HGSHA:A på forhånd. Av 18 dypt hypnotiserbare som fikk suggesjoner om amnesi, var det bare 10 som beholdt amnesien etter tre dager. Resultatene viste at dypt hypnotiserbare forsøkspersoner som beholdt amnesi endret kroppoppfatning mest, mens dypt hypnotiserbare som først fikk suggerert inn amnesi, men siden mistet den, hadde dårligst resultater av alle, også lavere enn forsøkspersonene som simulerte hypnotisert.

Dersom det viser seg riktig at suggesjoner om amnesi gir muligheter for gode resultater hvis amnesi inntrer og opprettholdes, og dårlige resultater dersom amnesien brytes, kan det bety at hypnosedybden har større betydning enn mange av de tidligere undersøkelsene har gitt inntrykk av, ettersom vellykket amnesi er avhengig av dyp hypnose. Spanos (1986) hevder at personer som fremtrer som amnestiske, slik at de i overensstemmelse med amnesisuggesjonene hevder å ikke huske bestemte ting, likefullt har en viss kontroll over om de vil beholde amnesien eller

ikke. I eksperimentell sammenheng vil man kunne påvirke dette gjennom å stille eller ikke stille bestemte krav til forsøkspersonene. Radtke (1987) viser i en undersøkelse hvordan forsøkspersoner oppgir sin amnesi (begynner å huske igjen) når de føler seg presset til det.

I klinisk bruk bør vi forvise oss om at klienten er klar for amnesi-suggesjoner om bestemte personlige forhold, før slike suggesjoner tas i bruk. Med dette mener jeg at vi må forsikre oss om at klientene faktisk er motivert for den forandringen vi forsøker å skape, og at de ikke har et ambivalent forhold til om de vil/ikke-vil. Amnesien må ikke utgjøre en trussel mot deres selv-bilde.

Gitt at denne vurderingen er korrekt, kan vi videre slutte oss til at suggesjoner om amnesi ikke i seg selv er et verktøy som kan skape radikale forandringer, men at det ved riktig bruk kan inngå som et virkemiddel for å effektivisere eller fremskynde forandringsprosesser som allerede er i gang.

Dissosiasjon og rolle

Dissosiasjon blir av enkelte teoretikere regnet for å være den mest grunnleggende mekanisme eller forutsetning for å oppnå gode resultater med hypnose (Brown & Fromm, 1986). Men kanskje ligger også noen av begrensningene i denne dissosiasjonsmekanismen? Kanskje kan forhold ved dissosiasjonen forklare hvorfor de gode terapeutiske resultatene ofte uteblir til tross for dramatiske endringer i opplevelser og atferd under dyp hypnose.

Dissosiasjon kan sies å være mekanismen som gjør det mulig å sjalte ut deler av et menneskes sinn eller opplevelser. Brown & Fromm (1986) påpeker skillet mellom det opplevende og det observerende jeg som sentralt, og Erickson trekker frem hvordan det bevisste kan skilles fra det ubevisste ved hjelp av denne mekanismen (Røpke & Røpke, 1984).

Man antar at det er dissosiasjonsmekanismen som er i virksomhet når en person kan

være bevi
operert, u
blottlegge
bevisste g
indusert r

Det e
som kan
serte klien
tidspunk
liglivet ig
matisk. D
mange t
hypnoses
ken til de
en så ster
ver det l
som tilh
ha vært r
mende l
betingels
klare hvo
notiserba
smerte,
samme r
tilsier e
når vedl
ikke stor
de som
Smerter
tross alt
stand, o
eller atf

Det
kan hin
suggesjo
sen, er a
skjedd.
hypnos
bevisste
velsene
rende p

Konklu

Ut fra
det åpe
ning nå

være bevisst og se på mens armen hans blir operert, uten å føle smerte, eller når en klient blottlegger deler av det ubevisste uten at det bevisste griper inn, eller ved naturlig eller induisert multippel personlighet.

Det er altså ganske dramatiske effekter som kan observeres hos den dypt hypnotiserte klient. Men klienten må på et eller annet tidspunkt gå ut av hypnosen og fungere i dagliglivet igjen, og da vil ofte effektene avta dramatisk. De terapeutiske resultatene vedvarer i mange tilfeller ikke særlig lenge utenfor hypnosetilstanden. Det kan tenkes at årsaken til dette er at dyp hypnose gir mulighet til en så sterk dissosiasjon at klienten ikke opplever det han eller hun gjør under hypnosen som tilhørende seg selv, og i stedet oppfatter å ha vært med på å spille en rolle, som vedkommende kun vil spille under helt bestemte betingelser. Dette vil i så tilfelle kunne forklare hvorfor det er mulig å operere dypt hypnotiserbare personer uten at de opplever smerte, samtidig som vi finner at når de samme menneskene blir gitt suggesjoner som tilsier endring av atferd/kognisjoner/affekt når vedkommende ikke er hypnotisert, får vi ikke større varige virkninger hos disse enn hos de som kun er lettere hypnotiserbare. Smertereduksjon ved operasjoner foregår jo tross alt med pasienten i dyp hypnotisk tilstand, og fordrer ikke vedvarende holdnings- eller atferdsendringer hypnosetilstanden.

Det eneste som i ikke-hypnotisk tilstand kan hindre personene i å distansere seg fra suggesjonene og opplevelsene under hypnosen, er at de beholder amnesi for det som har skjedd. På denne måten kan erfaringene fra hypnosen integreres i personen, uten at det bevisste trer inn og rasjonaliserer vekk opplevelsene ved å definere dem som ikke-tilhørende personens egen virkelighet.

Konklusjon

Ut fra klinisk og eksperimentell forskning er det åpenbart at hypnosedybde har stor betydning når målvalget er smertereduksjon, i hvert

fall når det gjelder smertereduksjon som pågår når klienten er i den hypnotiske tilstanden. Psykosomatiske lidelser er det vanskeligere å si noe klart om, selv om det ser ut til at den terapeutiske effekten, ved i hvert fall noen psykosomatiske plager, har positiv sammenheng med hvor dypt klienten hypnotiseres. Det gjelder for hodepine- og astmaplager. Dessverre er det vanskelig å finne gode vitenskapelige undersøkelser som forsøker å kartlegge tilsvarende sammenhenger for andre psykosomatiske plager. Flere av de forskere som mener å kunne dokumentere hypnosedybdens betydning for hodepine- og astmapasienter hevder ut fra sin kliniske erfaring at dette også gjelder for andre psykosomatiske plager. Vitenskapelig evidens for denne påstanden foreligger imidlertid ikke, men påstanden er heller ikke motbevist.

Det finnes ikke noen overbevisende støtte i litteraturen for å hevde at psykologiske problemområder av mer kognitiv, atferdsmessig og emosjonell art har behandlingsmessige prognoser som har sammenheng med hypnosedybden. Imidlertid finnes det enkelte terapeutiske arbeidsmåter som forutsetter dyp hypnose for å kunne benyttes. Om vi tenker oss at valg av terapiform har visse kvalitative implikasjoner som ikke så lett lar seg operasjonalisere og måle, kan det likevel være slik at hypnosedybden kan ha en viss betydning også for denne type problemer.

Direkte symptombortfall er til en viss grad avhengig av moderat eller dyp hypnose hos klienten. Dyp hypnose vil også være en fordel ved hypnoanalyse. Tilnærminger og metoder hvor hypnosedybden er mindre essensiell er imidlertid, slik jeg kjenner feltet, det som hyppigst blir benyttet i klinisk praksis.

Mange av de vitenskapelige undersøkelsene har metodologiske svakheter som kan være avgjørende for bedømming av hypnosedybdens betydning. Særlig finner jeg grunn til å trekke frem at det nesten aldri blir nevnt om det er benyttet amnesi-suggesjoner, eller hvorvidt klientene/forsøkspersonene beholder amnesien etterpå. Jeg anser det for viktig i fremtiden å kontrollere for hvilken betyd-

ning amnesi og bortfall av amnesi har for resultatet, samt kartlegge hvilke betingelser som må være til stede for at klienten ikke skal miste amnesien.

At man i deler av smerteforskningen ikke har betraktet smerte som multidimensjonell og i astmaforskningen ikke alltid har skilt mellom endogen og eksogen astma har kanskje også vært kilde til feil i mange undersøkelser. Det er mulig at man her finner noe av forklaringen på at et mindretall av undersøkelser konkluderer med langt svakere sammenheng mellom resultat og hypnosedybde enn flertallet av godt kontrollerte undersøkelser gjør.

En feilkilde ved de undersøkelsene som konkluderer med positive sammenhenger kan være forskernes forventninger om gode resultater hos de som oppnår dyp hypnose. Det er vanskelig å si hvor mye dette spiller inn, men i de få tilfellene hvor også langtidseffektene er målt, vil sannsynligvis denne effekten være helt eller delvis utvisket.

Forklaringen på hvorfor hypnosedybden har liten betydning for problemer av emosjonell, kognitiv og atferdsmessig art, mens betydningen synes større for enkelte psykosomatiske plager, er uklar. Sammenhengen mellom hypnosedybde og smertereduksjon under operasjon kan forstås ut fra at klienten er hypnotisert idét operasjonen foregår, men også for bedringen til klienter med psykosomatiske lidelser som opprettholdes utenfor hypnosetilstanden ser det ut til at dypt hypnotiserbare personer kommer best fra det. Hvorfor det samme ikke er tilfellet for andre psykiske problemer, kan kanskje forklares i et dissosiasjon/rolleperspektiv. Under dyp hypnose skjer det en dissosiasjon, hvor personen opplever den hypnotiske tilstanden som vesentlig annerledes enn vanlig, våken tilstand. Det er mulig å oppleve seg selv i en rolle under hypnosen som oppfattes vesentlig annerledes enn de rollene en opptrer i når en ikke er hypnotisert. Når klienten etter hypnoseinduksjonene skal ut og takle hverdagen igjen, vil han/hun derfor ofte velge å ikke la seg styre av de hypnotiske suggestjonene og

opplevelsene. Amnesi for de hypnotiske suggestjonene vil imidlertid kunne medføre at suggestjonene virker i klientens bevissthet og underbevissthet, uten å relatere dem til noe utenfor seg selv. I så tilfelle vil amnesi kunne gi bedre terapeutisk resultat enn det vi ellers vil oppnå.

At hypnosedybden i mange tilfeller ikke har avgjørende betydning for det terapeutiske resultat, betyr også at det ikke er grunn til å betrakte hypnose som et eksklusivt terapeutisk verktøy. De fleste mennesker lar seg hypnotisere, og terapeutisk effekt er i det store og hele ikke forbeholdt det mindretallet som er i stand til å nå de dypeste stadiene. For å utnytte de fordelene dyp hypnose under enkelte betingelser byr på, finner jeg det likevel hensiktsmessig og viktig at det forskes videre på hypnosedybdens betydning, både i klinisk og i eksperimentell sammenheng. Dersom hypotesen om den terapeutiske effekten av amnesi viser seg fruktbar, blir det viktig å identifisere under hvilke betingelser klienten beholder amnesien.

Referanser

- Barrett, D. (1992). Fantasizers and dissociators: Data on two distinct subgroups of deep trance subjects. *Psychological Reports*, 71, 1011-1014.
- Biddle, W. (1967). *Hypnosis in the psychoses*. Springfield, Ill.: C. C. Thomas.
- Brown, D.P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalyses*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers.
- Fromm, E. (1987). Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 215-226.
- Hartland, J. (1981). *Klinisk hypnos*. Borås: Natur och Kultur.
- Hillestad, P.O. & Wormnes, B. (1990). *Hypnose*. Oslo: Tano.
- Kluft, R.P. (1988) Autohypnotic resolution of an incipient relapse in an integrated multi-

- ple personality disorder patient: A clinical note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 91-95.
- Van Denburg, E.J. & Kurtz, R.M. (1989). Changes in body attitude as a function of posthypnotic suggestion. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 15-27.
- Nielsen, G. (1981). Anvendelse av hypnose i korttidspsykoterapi. I E.Larsen & G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum-Norli.
- Radtke, H.L, Thompson, V.A. & Egger, L.A. (1987). Use of retrieval cues in breaching hypnotic amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 335-340.
- Rosen, S. (1982). *My voice will go with you. The teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton & Company.
- Røpke, M. & Røpke, P. (1984). *Den indirekte genvej. Korttidssterapi og klinisk hypnose. Introduksjon til Milton H. Erickson*. København: Borgen.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and «trance logic». *Behavioral and brain sciences*, 9, 449-467.
- Tinterow, M.M. (1993). Satanic agency and mesmerism reiewd - James Braid. *American journal of clinical hypnosis*, 36, 3-6.
- Uneståhl, L.E. (1982). *Hypnos i teori och praktik*. Örebro: Veje Förlag.
- Uneståhl, L.E. (1986). *Hypnos och självhypnos*. Örebro: Veje Förlag.
- Wadden, T.A. & Anderton, C.H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 215-243.

Spesialpsykolog Jarle Eknes

Medisinsk klinikk,

Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål sykehus. 0407 OSLO

Tlf: 22 11 91 44. Fax: 22 11 92 00