

**SUGESTIA
MANIPULACJA
HIPNOZA**

Książkę tę dedykuję pamięci Beaty Niewiadomy, psychologa i mojej przyjaciółki. Była osobą, która wypełniając swe obowiązki zawodowe poprawiła jakość życia wielu osób, sama je jednak straciła nagle w tragicznym wypadku. W ten sposób pragnę przyczynić się do rozpowszechniania przestrogi, iż nie ma bezpiecznych przejść dla pieszych.

ANDRZEJ AUGUSTYNEK

SUGESTIA
MANIPULACJA
HIPNOZA

Difin

Copyright © by Centrum Doradztwa i Informacji
Difin sp. z o.o., Warszawa 2008

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy
bez zgody wydawcy zabronione.

Recenzent:

Prof. dr hab. Waldemar Tłokiński

Redaktor prowadząca:

Aneta Pietrzak

ISBN 978-83-7251-905-4

Printed in Poland

Difin SA

Warszawa 2008, dodruk 2010

00-768 Warszawa, ul. F. Kostrzewskiego 1

tel. 22 851 45 61, 22 851 45 62

fax 22 841 98 91

www.difin.pl

Skład i łamanie: Edit sp. z o.o.

Wydrukowano w Polsce

Spis treści

Wprowadzenie	9
 Rozdział I	
Sugestia, sugestywność, zastosowania	11
Opis testów sugestywności	24
 Rozdział II	
Sugestia podprogowa mitem, faktem czy artefaktem?	27
 Rozdział III	
Hipnoza – nie tylko definicja	35
 Rozdział IV	
Zjawiska występujące podczas trwania hipnozy	38
 Rozdział V	
Krótką historia hipnozy	49
Obrzędy starożytne i orientalne	49
Od Średniowiecza do czasów nowożytnych	53

Prekursorzy Mesmera	55
Franz Anton Mesmer. Ojciec hipnozy, psychoterapii i medycyny niekonwencjonalnej (bioenergioterapii)	56
Julian Ochorowicz. Prekursor polskiej psychologii klinicznej i hipnozy eksperymentalnej	68
Hipnoza w Polsce od XIX wieku do dziś	75
Początek naukowego poznawania hipnozy, czyli historia wielkiego sporu	80
Szarlatani i oszuści w szatach hipnotyzerów	93

Rozdział VI

Teorie hipnozy	96
Teorie transu hipnotycznego	97
Sceptyczne teorie hipnozy	108
Korelacyjne teorie hipnozy	116

Rozdział VII

Pomiar stopnia zahipnotyzowania	121
--	-----

Rozdział VIII

Hipermnezja i regresja hipnotyczna	142
---	-----

Rozdział IX

Hipnoza w świetle prawa	156
Prawnoetyczne aspekty stosowania hipnozy	156
Hipnoza w kryminalistyce	163
Czy zeznania uzyskane dzięki hipnozie są wiarygodne?	174
Kodeks Etyczny Międzynarodowego Towarzystwa Hipnotycznego (International Society of Hypnosis – ISH) zatwierdzony w sierpniu 1979 r.	176

Rozdział X

Hipnoza w medycynie	180
Hipnoterapia zespołu uzależnienia od alkoholu	180

Hipnoterapia narkomanii	188
Hipnoterapia innych uzależnień	193
Analiza przypadków osób uzależnionych od internetu	195
Hipnoza w walce z bólem	201
Zastosowanie hipnozy w terapii innych schorzeń	207

Rozdział XI

Zjawiska pokrewne hipnozie	212
Efekt placebo	213
Praktyki magiczne i irracjonalne	216
Relaksacja i techniki medytacyjne	218
Reklama	221
Sugestopedia	221
Deprywacja sensoryczna	223
Telepatia	227
Narkoanaliza	230
Hipnoza zwierząt	232

Rozdział XII

Manipulacja i obrona przed nią	234
Poziomy (cele) ingerencji poprzez manipulację psychikę ludzi	234
Reguły i sposoby manipulowania innymi	238
Obrona przed manipulacją	243

Zakończenie	245
--------------------------	------------

Bibliografia	256
---------------------------	------------

Indeks nazwisk	268
-----------------------------	------------

Indeks rzeczowy	273
------------------------------	------------

Słownik ważniejszych terminów	276
--	------------

Wprowadzenie

Potężny wpływ sugestii i hipnozy na psychikę człowieka nie jest mitem, lecz faktem naukowym. Po ponad dwudziestu pięciu latach ich stosowania jestem przekonany o ich wartości zarówno jako sposobu skutecznej terapii wielu schorzeń, jak i metody poznania naukowego. Podobnie jest z manipulacją. I właśnie ze względu na siłę działania należy używać ich ostrożnie, etycznie i przede wszystkim kompetentnie. A w historii było z tym bardzo różnie. Od znakomitych opracowań naukowych po prace, których nie można nawet umieszczać na rubieżach nauki. Od profesjonalnych zastosowań medycznych po estradowe popisy różnej maści szarlatanów.

O ile sugestia nie budzi zbyt wielu kontrowersji, o tyle manipulacja najczęściej uważana jest za formę działania o pejoratywnym znaczeniu. Absolutnie nie zgadzam się z takimi poglądami. Czy nauczyciel manipulując uczniami by ukształtować w nich akceptowane społecznie postawy robi coś nagannego? A terapeuta starając się uzyskać abstynencję u uzależnionego od alkoholu? Negatywny obraz manipulacji jest niewątpliwie efektem nieetycznych działań osób posługujących się tą metodą.

Mimo że od ponad stu lat hipnoza jest uznaną metodą badań klasycznej medycyny, kojarzy się ona nadal często z magią, okultyzmem, zjawiskami nadprzyrodzonymi, parapsychologią czy wreszcie oszustwem. Niestety, poglądy te tworzyli i tworzą różnego pokroju uzdrawiacze, parapsycholodzy czy okultyści. Jednak pamiętajmy, że nie jest to zarzut przeciw hipnozie, a przeciw ludziom nieetycznie czy nieumiejętnie ją wykorzystującym.

Z drugiej jednak strony wielu ludzi uważa hipnozę za niezwykle skuteczny środek terapeutyczny w leczeniu wielu schorzeń. Toteż do terapii hipnozą podchodzą

bezkrytycznie i w przypadku niepowodzenia tracą często wiarę w możliwość wyleczenia innymi sposobami.

Człowiek pod wpływem hipnozy może przeżywać i przejawiać jakościowo nowe dla niego formy zachowania. Doznawać może bogatych halucynacji płynących ze wszystkich zmysłów, nie odczuwać nawet bardzo silnych bodźców bólowych, przypominać sobie z niezwykłą dokładnością szczegóły minionych wydarzeń. Wpływ hipnozy nie zanika wraz z jej zakończeniem. Może on trwać przez wiele lat. Nawet tak spektakularne efekty hipnozy nie pozwoliły na jej pełne wyjaśnienie, ani nawet na jednoznaczne zdefiniowanie. Historia hipnozy to opis sporów nad każdym możliwym jej aspektem. Ostatnie lata nie przyniosły zmiany tej sytuacji. Nadal istnieją rozbieżności zarówno co do istoty samej hipnozy, jak i efektów możliwych do osiągnięcia podczas jej trwania. Brak jest prób unifikacji istniejących teorii. Nie udało się nawet badaczom uzgodnić opisowej charakterystyki tego zjawiska. W opracowaniu tym podjąłem próbę pokazania, czym jest sugestia, hipnoza i manipulacja w aspekcie historycznym, teoretycznym, badawczym i zastosowań praktycznych.

Andrzej Augustynek

Rozdział I

Sugestia, sugestywność, zastosowania

Na pierwszy rzut oka wiele funkcji wegetatywnych, takich jak trawienie, wydzielanie dokrewne, szybkość akcji serca itd., jest niezależnych od naszej woli. Jednak dzięki odpowiedniej sugestii (lub po specjalnym treningu mentalnym) można uzyskać kontrolę nad wieloma, wydawałoby się, zupełnie niezależnymi od naszej świadomości funkcjami organizmu.

Zimbardo i Ruch (1997) sugerowali badanym, że jedna ręka staje się chłodniejsza, a druga rozgrzewa się coraz bardziej. W ciągu kilkunastu minut osiągnęli u biorących udział w eksperymencie różnicę ciepłoty dochodzącą do 4° C.

Sugestie pozwalają zwolnić akcję serca do kilkunastu uderzeń na minutę, a w jednym udokumentowanym przypadku do 7 na minutę (Bilikiewicz 1979).

Wykorzystując sugestywność chorej osoby, nawet niewykwalifikowany człowiek może uzyskać sukces w leczeniu. Przy współczesnej odhumanizowanej medycynie wzrosła popularność bioenergoterapeutów. Skuteczność ich metod w dużej mierze składa się: z wytworzenia wiary w wyleczenie, poczucia bezpośredniego kontaktu psychicznego z terapeutą oraz zapewnienie samej metodzie odpowiedniej oprawy.

W ostatnich latach znaczenie bardzo popularnych na przełomie XIX i XX wieku pojęć sugestii, sugestywności i sugerowania wyraźnie zmalało. Tradycyjnie pojmowane nie pasują do nowoczesnych ujęć zagadnienia komunikacji interpersonalnej. Pojęcie sugestii występuje obecnie głównie przy omawianiu różnych metod propagandy, relaksacji, psychoterapii, analizie wielkości „efektu placebo” oraz przy wyjaśnianiu hipnozy.

W istniejącej literaturze można wyróżnić dwie podstawowe tendencje definiowania sugestii. Pierwsza wiąże sugestywność z zaburzeniami emocjonalnymi.

Druga traktuje sugestię jako pewien stan wewnętrzny, będący rezultatem sugerowania, a przejawiający się w zachowaniu.

Czołowym przedstawicielem pierwszej tendencji był Charcot (1886), który uważał, że sugestywność jest jednym z objawów hysterii. Skrajny pogląd w tym zakresie reprezentował nasz rodak Babiński (1910), sławny neurolog, odkrywca ważnego w diagnostyce neurologicznej odruchu. Twierdził, że najwyraźniejszą cechą osobowości histeryka jest jego nadmierna sugestywność.

Pogląd ten dominował na początku XX wieku. Jednym z pierwszych przedstawicieli tego nurtu był Binet, który w 1900 roku określił sugestię jako nieświadome akceptowanie czyjegoś polecenia. Jednak dopiero badania Browna (1916) i Bleulera (1925) wykazały, że sugestywność histeryków jest często bardzo niska. Od tego też czasu zaczęła przeważać druga tendencja w wyjaśnianiu sugestii.

Natomiast jedną z najciekawszych i zarazem najbardziej spójnych jest w tym zakresie teoria Eysencka (1971). Definiuje on sugestywność jako mechanizm gotowości i skłonności do zachowania zgodnego z poleceniem lub z kontekstem sytuacji. Nie istnieją, zdaniem Eysencka (1971), ogólne cechy sugestywności, lecz występują jej trzy odmienne typy.

- **sugestywność pierwotna** – dotyczy czynności motorycznych (ruchowych),
- **sugestywność wtórna** – ma charakter wyobraźniowo-sensoryczny (zmysłowy),
- **sugestywność prestiżu** – zachodzi w sytuacji społecznych interakcji.

Każdy z tych typów można badać przy pomocy odpowiednich testów (opis testów badających sugestywność zamieszczony jest w przypisie na końcu tego rozdziału). Najpopularniejszym testem tego typu jest „wahadełko Chevreuilla” (od nazwiska badacza, który zastosował je po raz pierwszy w 1854 roku). Podobnym był wprowadzony przez Hulla (1933) test długości linii. Eysenck i Furneaux w 1945 roku wprowadzili test „nacisku – rozluźnienia”.

Zdaniem Eysencka (1971), wysoko korelującą z podatnością na hipnozę sugestywność wtórną powinno się badać przy użyciu testów mierzących zmiany we wrażeniach zmysłowych. Jednym z najprostszych jest test linii i ciężarków wprowadzony przez Bineta w 1900 roku. W testach mierzących sugestywność wtórną używa się również plansz z bardzo jasnymi barwami, pomieszanych z planszami białymi; można używać także bardzo cichych dźwięków. Natomiast stopień sugestywności „prestiżu” określany jest przez wielkość zmian poglądów w zależności od poglądów reprezentowanych przez osoby lub instytucje, stanowiące dla badanego duży autorytet.

Eysenck w 1949 roku badał uczniów szkoły średniej kwestionariuszem postaw. Po jego wypełnieniu badani zapoznawali się z wynikami kolegów, a także z wynikami znanych sportowców, aktorów i polityków. Następnie uczniowie wypełniali

ponownie ten sam kwestionariusz. Miarą sugestywności była różnica pomiędzy pierwszym a drugim wypełnieniem kwestionariusza.

H. Eysencka interesował również problem, czy istnieje związek pomiędzy sugestywnością a inteligencją. Przeprowadził 865 mężczyzn i 324 kobiety, nie stwierdzając żadnej zależności w tym zakresie. Natomiast w ocenie sugestywności odmiennych płci należy brać pod uwagę wpływ badającego. W 1943 roku Eysenck przeprowadził badanie sugestywności w trzech 60-osobowych grupach (po 30 mężczyzn i 30 kobiet). Pierwsza z grup była badana przez kobietę, następna przez mężczyznę, trzecia wysłuchiwała sugestii z płyty gramofonowej. W grupie badanych przez mężczyznę uzyskano najwyższe rezultaty zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

Eysenck w następnych eksperymentach potwierdził także rezultaty innych badaczy stwierdzających, że nie ma korelacji sugestywności z cechami historycznymi, czy też innymi objawami zaburzeń psychicznych. Stwierdził natomiast, że najbardziej sugestywne są dzieci w wieku od 5 do 8 lat. Następnie sugestywność szybko maleje do około 15 roku życia. W następnych latach stabilizuje się i ponownie spada dopiero po przekroczeniu 50 lat.

Opierając się na istniejących poglądach i badaniach oraz wykorzystując własne wyniki, uważam, że **sugestię** można definiować jako **nakaz do działania zgodnego z treścią sugestii, która aktualizuje z doświadczenia osobniczego określone formy zachowania**. Realizacja sugestii możliwa jest na drodze alternatywnych zespołów czynności, których ilość określa bogactwo doświadczenia osobniczego. Tym samym istnieje pewna swoboda wyboru między możliwymi drogami prowadzącymi do zrealizowania sugestii. Zachodzi ścisły związek pomiędzy ilością informacji zawartej w sugestii a swobodą jej realizacji. Im więcej informacji, tym mniejsza swoboda wyboru. Np. sugestię – zdobądź dla mnie ciekawą książkę – można zrealizować różnorodnie. Można ją kupić, pożyczyć, dać własną. Może to być książka beletrystyczna, popularnonaukowa czy też inna. Natomiast sugestia – kup mi ciekawy kryminał – poprzez zwiększenie informacji w niej zawartej, ma znacznie ograniczone możliwości różnorodnego zrealizowania.

Treść sugestii jest zawsze zwerbalizowana. Najczęściej bywa przekazywana za pomocą słów. Może być także przekazywana w formie symbolicznej, np. znak drogowy. Jednak zawsze musi posiadać określoną zwerbalizowaną treść. Jeżeli osoba, do której sugestia została skierowana, nie zwerbalizuje jej treści, to ta nie stanie się sugestią. Sugestią nie jest oddziaływanie pozawerbalne. Nie są nią w związku z tym bodźce podprogowe, wykorzystywane niekiedy w reklamach filmowych lub telewizyjnych. Bodźce te kodowane są w pamięci z pominięciem świadomości. Tak powstałe engramy pewnych słów, wzorów, symboli mogą być aktywizowane

już w normalnych warunkach. Dochodzi do rozpoznania bodźca, jednak skąd on jest znany, dana osoba nie wie. Wywołuje to reakcję emocjonalną (np. zastanowienia). Zwiększa to oczywiście prawdopodobieństwo zakupu reklamowanego podprogowo towaru, mimo że nie ma to nic wspólnego z sugestią. Zagadnieniu temu poświęcono osobny rozdział tego opracowania.

W procesie komunikacji interpersonalnej sugestia przybiera wiele form: rozkazu, prośby, perswazji, dyrektywy, porady, polecenia, zakazu, nakazu, zarządzenia itd. Może być przekazywana wprost lub w postaci zakamuflowanej (metaforycznej). Sugestie różnią się między sobą siłą nakazu oraz specyfiką relacji zachodzącej pomiędzy osobami komunikującymi się.

Nie każda sugestia jest realizowana. Wiele z nich zostaje odrzuconych. Umownie można przyjąć, że istnieje siła nakazu sugestii i reakcja na nią. Siłą nakazu będzie subiektywna ocena sugestii dokonana przez osobę, do której została skierowana. Od tej oceny zależy reakcja na sugestię. Gdy jest pozytywna – powstaje opór przed jej przyjęciem. Jeżeli opór ten jest mniejszy od siły nakazu sugestii, zostaje ona wykonana. Jeżeli większy – jest odrzucona.

Zrealizowanie jednej sugestii lub jej odrzucenie powoduje zmianę w reakcjach na następne sugestie. Przyjęcie, zgodne z prawami uczenia Hulla (1933), powoduje zmniejszenie siły oporu w stosunku do następnej tym bardziej, im bardziej jest ona podobna do poprzednio zrealizowanej. I odwrotnie, odrzucenie sugestii powoduje wzrost oporu na następne, również w zależności od stopnia podobieństwa między nimi, często tak silnego, że wcześniej przyjęte nie zostaną już ponownie zrealizowane.

Reakcja na różne sugestie jest cechą indywidualną. Kształtuje się w zależności od przekonań człowieka, jego postaw, wcześniejszego doświadczenia, autorytetu osoby wypowiadającej sugestię, kontekstu sytuacyjnego, sankcji za nią stojących (lęk przed karą) itd. Praktyka dostarcza tutaj wielu przykładów. Odmowa pożyczania większej sumy pieniędzy prowadzi przeważnie do odrzucenia prośby nawet o dużo mniejszą kwotę. Natomiast, jeśli zaczynać od sumy mniejszej, można stopniowo osiągać wcześniej założony cel. Ta sama osoba może różnie zareagować na odmienne sugestie wypowiedane przez tę samą osobę (na przykład wspólnego spędzenia popołudnia czy zmiany przekonań politycznych). Różna może być także reakcja na tę samą sugestię w zależności od tego, kto ją wypowiada. Przykładowo – na sugestię „podaj mi pióro” inaczej zareagujemy, gdy wypowiada ją nasz szef lub atrakcyjny partner, a inaczej, gdy osoba przez nas lekceważona lub nielubiana. Dlatego nie można mówić o sugestyjności jako względnie trwałym wymiarze osobowości człowieka. Możemy jedynie analizować jego reakcje na konkretne sugestie wypowiedane w określonym kontekście sytuacyjnym. Jeżeli w tym rozumie-

niu zdefiniujemy sugestywność, to będzie ona funkcją reakcji na różne sugestie. Natomiast sugerowanie to oczywiście przekaz sugestii zachodzący w procesie komunikowania lub komunikowania się.

W życiu codziennym sugestia odgrywa ogromną rolę. Na niej opiera się w znacznym stopniu proces wychowywania dzieci. Ona potrafi też wyzwolić w tłumie żywiol trudny często do opanowania. Pod jej wpływem ludzie zmieniają poglądy, dają się przekonać innym.

Działanie sugestii widać wyraźnie przy reklamach, które oddziałują sugestywnie na emocje, a nie na intelekt. Wykorzystuje się więc zdjęcia nagich dziewcząt. Jednak najważniejsza (najlepiej opłacona) reklama przeważnie jest skonstrastowana z pozostałymi. Jeżeli w czasopiśmie są kolorowe zdjęcia reklamujące określone wyroby, to jedna reklama może być czarno-biała. Natomiast, gdy wszystkie posługują się zdjęciami kobiet, to jedna może przedstawiać młodego psa lub kota. W reklamach uwzględnia się także prawa spostrzegania, czyli to, gdzie najpierw kieruje się wzrok czytelnika lub obserwatora. Jest to przeważnie centralna część, następnie wzrok zmierza do lewego górnego rogu i dalej porusza się tak jak przy czytaniu tekstu. Zależność ta determinuje sposób rozmieszczania poszczególnych elementów reklamy.

Jednym z efektów działania sugestii jest hipnoza. Uzyskany podczas indukcji obraz hipnozy zależy od użytych sugestii.

W czasie badań prowadzonych pod hipnozą zdarzyło mi się wiele przypadków potwierdzających tę tezę. Ciekawym przykładem może być zachowanie jednej z badanych. Chciałem wywołać u niej halucynacje wzrokowe. Miała to być halucynacja przyjemna i równocześnie możliwa do oceny, czy została przyjęta. Pamiętając z wcześniej prowadzonych rozmów, że osoba ta lubi koty, podałem sugestię: „Popatrz, na twoje kolana wskoczył kotek, pogłaszcz go”.

Badana zareagowała nieoczekiwanie. Gwałtownym ruchem zrzuciła z kolan „zasugerowanego kota”. Na pytanie: „Dlaczego to zrobiłaś?” Odpowiedziała: „Bo on jest żółty i ma parchy”. Jak się później okazało, w dzieciństwie widziała sparszywiałego rudego kota. Chcąc opanować negatywną reakcję emocjonalną na podaną sugestię, powiedziałem: „Ależ nie, popatrz uważnie, ten kotek nie jest żółty, jest czarny, ma białe łapki i wąsy, pod brodą białą krawatkę. Znowu wskoczył ci na kolana i mruczy”. Tym razem badana bez wahania pogłaskała kota.

Sposób przyjęcia sugestii w czasie hipnozy bywa niekiedy nieprzewidywalny (wynika to z pewnej swobody realizacji każdej sugestii, w tym także hipnotycznej). Oto przykład z moich badań: W trakcie eksperymentu sugerowałem: „W miarę, jak będę opuszczał rękę, stopniowo zniknę”. W efekcie zaobserwowałem reakcję lękową u zahipnotyzowanego. Po opanowaniu sytuacji (poprzez odwołanie sugestii

i zastąpienie jej inną, uspokajającą) i po wyprowadzeniu z hipnozy zapytałem badanego, co się stało. Odpowiedział, że widział, jak znikam, ale wyglądało to tak, jakby ktoś po plasterku odcinał części mojego ciała, z których obficie tryskała krew.

W pewnym zakresie można wpływać odpowiednią sugestią na zachowanie człowieka już po wyjściu przez niego z transu hipnotycznego. Umożliwia to zastosowanie tzw. sugestii pohipnotycznej, czyli podanie polecenia, aby po pewnym czasie od zakończenia hipnozy lub na określony sygnał osoba wykonała pewne czynności. Sugerując badanemu dodatkowo amnezję pohipnotyczną (niepamięć zdarzeń z okresu hipnozy), przyjęcie sugestii pohipnotycznej zwykle jest niemal automatyczne, przy czym, jeżeli nawet zasugerowane działanie jest irracjonalne lub wręcz głupie, badany broni go i racjonalizuje motywy jego wykonania. Natomiast, gdy przebieg hipnozy nie jest objęty amnezją i badany pamięta polecenia hipnotyzera, odczuwa to jako przymus, któremu tylko z dużym wysiłkiem może się przeciwstawić. Tak o próbie odrzucenia sugestii pohipnotycznej pisał Bleuler (1925): „Zdołałem oprzeć się sugestii pohipnotycznej. Jednakże kosztowało to mnie wiele wysiłku i gdy podczas rozmowy bodaj na chwilę zapomniałem o postanowieniu, by nie patrzeć na talerz, który miałem przestawić na inne miejsce, natychmiast mój wzrok biegł ku niemu. Myśl o tym, co powinienem zrobić, ciążyła mi, póki nie zasnąłem. Leżąc w łóżku, przed zaśnięciem, wciąż miałem ochotę wstać i spełnić polecenie tylko po to, żeby się uspokoić, ale zasnąłem szybko i działanie sugestii ustało”.

Wykonanie sugestii pohipnotycznej można nakazać nawet w długi czas po hipnozie. Wolberg (1970) sugerował pacjentowi przepisanie pewnego wiersza po upływie dwóch lat. Sugestia została wykonana dokładnie w wyznaczonym przez hipnotyzera terminie.

Szereg zagadnień dotyczących sugestii zostało już wyczerpująco opisanych i dostatecznie wyjaśnionych. Inne są ciągle kontrowersyjne, a wyniki uzyskiwane w badaniach często pomiędzy sobą sprzeczne. Są też i takie, które czekają dopiero na eksplorację badawczą.

Jeżeli chodzi o aspekty sugestii dostatecznie poznane, należy wśród nich wymienić przede wszystkim następujące:

- sugestia jest formą werbalnych oddziaływań, zachodzących podczas komunikowania interpersonalnego,
- efektem specyficznych sugestii jest hipnoza, a hipnotyzowanie – techniką przekazywania sugestii hipnotycznych. Już Bernheim (1884) pisał: „Nie ma hipnozy bez sugestii”,
- sugestywność zmienia się z wiekiem. Najbardziej sugestywne są dzieci w wieku od 6 do 8 lat. W następnych latach sugestywność stopniowo maleje, by około 15 roku życia ustabilizować się mniej więcej na stałym poziomie i dopiero

po 50 roku życia znowu stopniowo maleć. Natomiast dzieci do trzech lat są praktycznie niesugestywne. Wynika to z ich małego doświadczenia werbalnego (Hilgard 1967),

- sugestia może wywołać zmiany w procesach fizjologicznych (Erickson 1980).

Natomiast autorzy podejmujący zagadnienie związku sugestywności z normalnymi czy też patologicznymi cechami osobowości nie uzyskali znaczących rezultatów. Jeżeli nawet w niektórych badaniach pojawiły się istotne zależności, to w następnych nie zostały potwierdzone. Spowodowało to, że w ostatnich latach tego typu badań nie prowadzi się prawie wcale. W opinii niektórych badaczy na obecnym poziomie wiedzy o osobowości człowieka zależności takiej nie da się wykryć (Barber 1976).

Także efekt powtarzania sugestii budzi kontrowersje. Zdaniem wielu badaczy reakcja na sugestię jest względnie stałą cechą osobowości i nie podlega modyfikacji (np. Barber 1983). Inni uważają, że reakcja na sugestię jest dynamicznym procesem, który zależy od wielu, często niezbadanych jeszcze czynników (Eysenck 1971).

Chcąc lepiej poznać naturę sugestii przystąpiłem do badań własnych w tym zakresie. Podjąłem w nich próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie: **Jaki efekt wywoła powtarzanie sugestii w zależności od wyjściowej reakcji na sugestię osoby badanej?** Zagadnienie to ma znaczenie nie tylko teoretyczne. Pozwoli bowiem stwierdzić, kiedy skuteczne jest powtarzanie sugestii, a kiedy należy się od tego powstrzymać, aby nie zatracić poprzednio uzyskanego efektu. Wyniki tych poszukiwań mogą znaleźć liczne i bezpośrednie zastosowania w wychowaniu, leczeniu, reklamie i propagandzie.

Badania własne

W eksperymencie uczestniczyło 70 studentów II i III roku psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego (50 kobiet i 20 mężczyzn w wieku 21–25 lat). Byli oni w odstępach tygodniowych trzykrotnie poddani indukcji hipnotycznej. Następnie osoby, które podczas trzeciej indukcji przyjęły przynajmniej jedną sugestię specyficzną dla chociażby niskiego stopnia zahipnotyzowania, uczestniczyły w kolejnych siedmiu sesjach hipnotycznych. Osoby niepodatne kończyły swój udział na trzeciej próbie, gdyż traciły zainteresowanie badaniem i przeważnie odmawiały dalszego w nim udziału.

Wszystkie sesje odbywały się w tym samym gabinecie, przy użyciu tych samych, podawanych kolejno sugestii (zgodnie ze skalą A. Augustynka – zamieszczoną

w końcowej części tego rozdziału). Każdą hipnozę prowadził ten sam hipnotyzer. Każdorazowy jej efekt oceniali przy użyciu tej samej skali zarówno hipnotyzer, jak i zahipnotyzowany. Jak się okazało, różnice tych ocen były minimalne – hipnotyzowani mieli tendencję do podawania nieznacznie niższych od hipnotyzera liczb przyjętych przez siebie sugestii; u osób niepodatnych różnica ta wynosiła 12%, a u podatnych – 3%. Obliczono też korelację pomiędzy ocenami hipnotyzera i hipnotyzowanego. Dla podatnych wynosiła ona $r = 0,96$, a dla niepodatnych $r = 0,81$.

Wyjściową sugestywność określała liczba zrealizowanych sugestii podczas pierwszej indukcji hipnozy. Podział badanych na podatnych i niepodatnych dokonywany był natomiast po trzeciej próbie. Następnie w obrębie podatnych (opierając się na wynikach pierwszej indukcji) dokonałem podziału na słabo, umiarkowanie i bardzo sugestywnych. Dalej dla każdej z czterech podgrup obliczyłem średnią arytmetyczną liczby zrealizowanych sugestii w kolejnych próbach.

Już wstępna analiza wyników ujawniła, że badani zwiększali lub zmniejszali ilości realizowanych przez siebie sugestii w kolejnych posiedzeniach. Dlatego też podzielono ich na dwie grupy:

- 1) **sugestywnych (podatnych na sugestię)** – 52 badanych (74%), którzy realizowali coraz więcej sugestii,
- 2) **niesugestywnych (niepodatnych na sugestię)** – 18 badanych (26%), którzy przyjmowali coraz mniej sugestii.

W drugim etapie eksperymentu uczestniczyli tylko badani z pierwszej grupy. Zostali oni poddani dodatkowo 7 razy, analogicznej jak w pierwszym etapie, procedurze indukcji hipnozy.

W analizie statystycznej zebranego materiału korzystano z kilku wskaźników:

- średniej arytmetycznej,
- odchylenia standardowego,
- współczynnika korelacji Pearsona,
- analizy wariancji testem F Fischera-Snedecora (do określenia istotności różnic).

Jednym z podstawowych problemów metodologicznych w omawianych badaniach było maksymalne zobiektywizowanie oceny przebiegu hipnotyzowania. Dlatego po każdym badaniu efekt hipnotyzowania oceniali niezależnie od siebie eksperymentator i osoba badana. Hipnotyzer opierał swoją ocenę na obserwacji zachowania hipnotyzowanego, hipnotyzowany zaś na samoocenie własnych przeżyć. W tym celu bezpośrednio po badaniu hipnotyzer i hipnotyzowany niezależnie od siebie zaznaczali w protokołach z badania, które, ich zdaniem, sugestie podczas indukcji zostały zrealizowane, a które odrzucone. Poniżej w tabeli nr 1 przedsta-

wiono porównanie ocen przyjęcia sugestii dokonanych podczas wszystkich sesji eksperymentu, osobno dla osób z podatnych i niepodatnych na sugestie.

Tabela nr 1.

Ocena przyjęcia sugestii w trakcie badania

Ocena dokonana przez:	Średnia ilość (na osobę) przyjętych sugestii w grupie		Odchylenie standardowe w grupie	
	Sugestywnych	Niesugestywnych	Sugestywnych	Niesugestywnych
Hipnotyzera	12,54	4,67	4,31	1,55
Badanego	12,17	4,09	4,43	1,70

Różnice w ocenach eksperymentatora i osób badanych, zbadane testem F, okazały się całkowicie nieistotne statystycznie. Również wielkość odchylenia standardowego tych ocen jest zbliżona. Dotyczy to zarówno osób podatnych, jak i niepodatnych na sugestię. Występującą niewielką różnicę cechuje pewna prawidłowość: hipnotyzowani mają tendencję do podawania ocen nieznacznie niższych od hipnotyzera. W przypadku osób niepodatnych różnica ta wynosiła 12%, a u podatnych – 3%. Obliczono też korelację pomiędzy ocenami hipnotyzera i hipnotyzowanego. Dla podatnych $r = 0,96$, a dla niepodatnych $r = 0,81$. Obydwa współczynniki korelacji są istotne na poziomie 0,001.

Opracowując uzyskany materiał, obliczono przede wszystkim średnią arytmetyczną z liczby sugestii przyjętych przez badanych podczas kolejnych sesji. Osobno zrobiono to dla podatnych i niepodatnych na sugestię (tabela nr 2 i wykres nr 1).

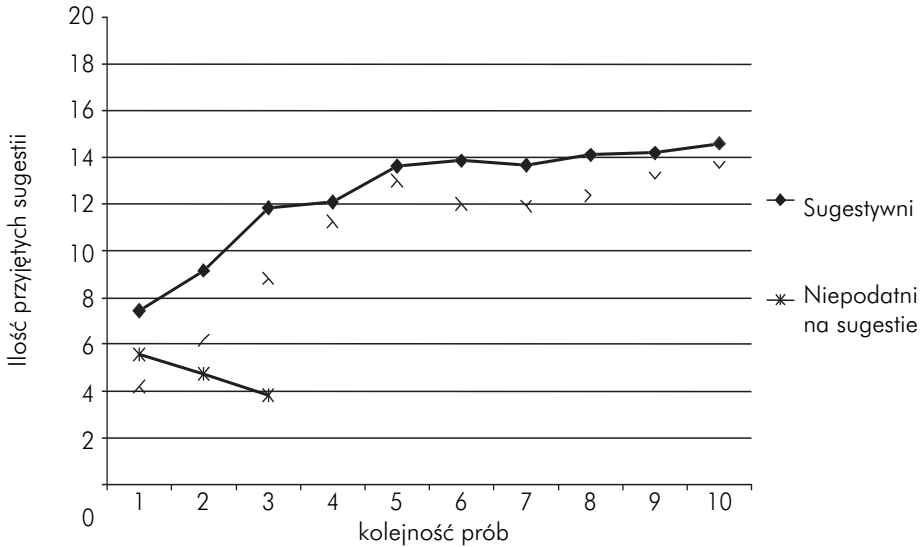
Tabela nr 2

Ilość zrealizowanych sugestii w kolejnych próbach

Kolejne indukcje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Podatni na sugestię: 52 osoby (74%)	7,43	9,15	11,83	12,09	13,63	13,86	13,66	14,11	14,2	14,6
Niepodatni na sugestię: 18 osób (26%)	5,57	4,74	3,83							

Wykres nr 1

Zmiany sugestywności w kolejnych próbach



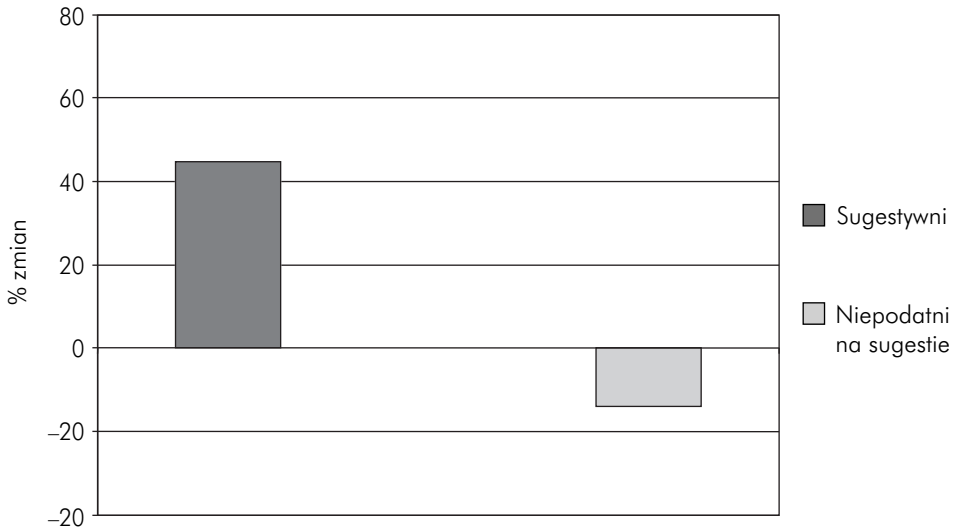
Główne zmiany sugestywności nastąpiły w 2 i 3 próbie. Doszło wtedy do podziału grupy na osoby zmniejszające i zwiększające ilości realizowanych sugestii. Wśród podatnych istotna statystycznie tendencja wzrostu sugestywności utrzymywała się do 6 indukcji, potem stawała się nieistotna. Także w przypadku niepodatnych spadek ilości realizowanych sugestii był istotny.

Badani łącznie podczas trzeciej sesji zwiększyli liczbę realizowanych sugestii (w stosunku do pierwszej) o 19,7%. Działy jednak w tym przypadku dwie przeciwstawne tendencje: jedni zwiększali, drudzy zmniejszali ilość przyjmowanych sugestii. W efekcie początkowo jednorodna populacja (nie było istotnych różnic w pierwszej próbie pomiędzy sugestywnymi i niesugestywnymi) dychotomicznie podzieliła się na grupy podatnych i niepodatnych (wykres nr 2).

Osoby podatne zwiększyły średnio liczbę zrealizowanych sugestii z 7,43 w pierwszej indukcji do 11,83 w trzeciej, (czyli o 37%) i 12,54 w dziesiątej, (41%). Odwrotnie było z osobami niepodatnymi (zmniejszyły one ilość przyjmowanych sugestii z 5,57 w pierwszej indukcji do 4,67 w trzeciej (o 17%). Zarówno w przypadku podatnych, jak i niepodatnych wielkość tych zmian była statystycznie istotna.

Krzywa, przedstawiona na wykresie nr 1, obrazująca te zmiany, posiada wszystkie cechy krzywej uczenia. U niepodatnych uzyskany wykres jest analogiczny do krzywych otrzymanych podczas uczenia się unikania reakcji, natomiast u podatnych – analogiczny do krzywej uczenia się nabywania reakcji.

Wykres nr 2

Zmiany sugestywności po ostatniej próbie w stosunku do 1. próby*

* zmiany sugestywności osób niepodatnych na sugestię określono po 3 indukcji, a osób sugestywnych po 10 indukcji.

Interesującym zagadnieniem jest to, jak wykazana powyżej zależność kształtuje się w zależności od stopnia podatności na sugestię. Dlatego w obrębie podatnych (opierając się na wynikach pierwszej indukcji) dokonałem podziału na słabo, umiarkowanie i bardzo sugestywnych. Dalej dla każdej z czterech podgrup obliczyłem średnią arytmetyczną liczby zrealizowanych sugestii w kolejnych próbach (tabela nr 3 i wykres nr 3 i 4).

Tabela nr 3

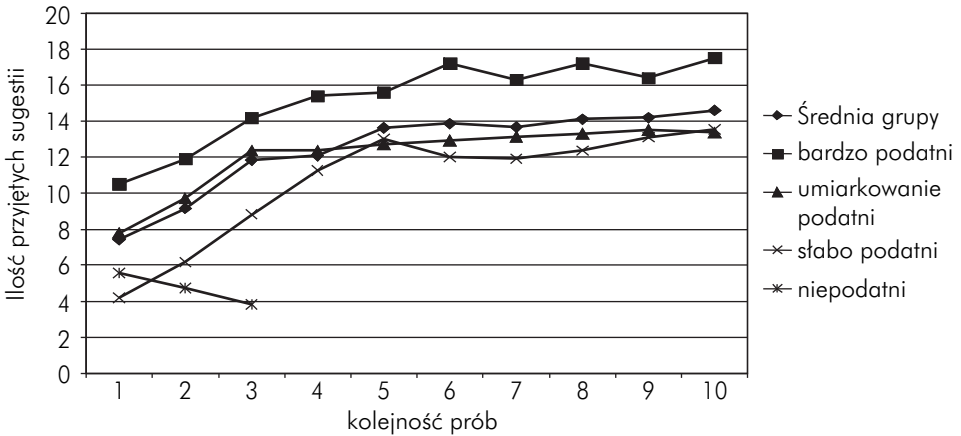
Ilość zrealizowanych sugestii w kolejnych próbach w zależności od stopnia podatności na sugestię

Kolejne indukcje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Średnia grupy (70 osób)	7,43	9,15	11,83	12,09	13,63	13,86	13,66	14,11	14,2	14,6
Bardzo podatni (12) (17%)	10,5	11,89	14,18	15,4	15,6	17,2	16,3	17,2	16,4	17,5
Umiarkowanie podatni (23) (33%)	7,79	9,71	12,36	12,36	12,71	12,93	13,14	13,29	13,5	13,36

Kolejne indukcje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Słabo podatni (17) (24%)	4,18	6,18	8,82	11,27	13	12	11,91	12,36	13,1	13,55
Niepodatni (18) (26%)	5,57	4,74	3,83							

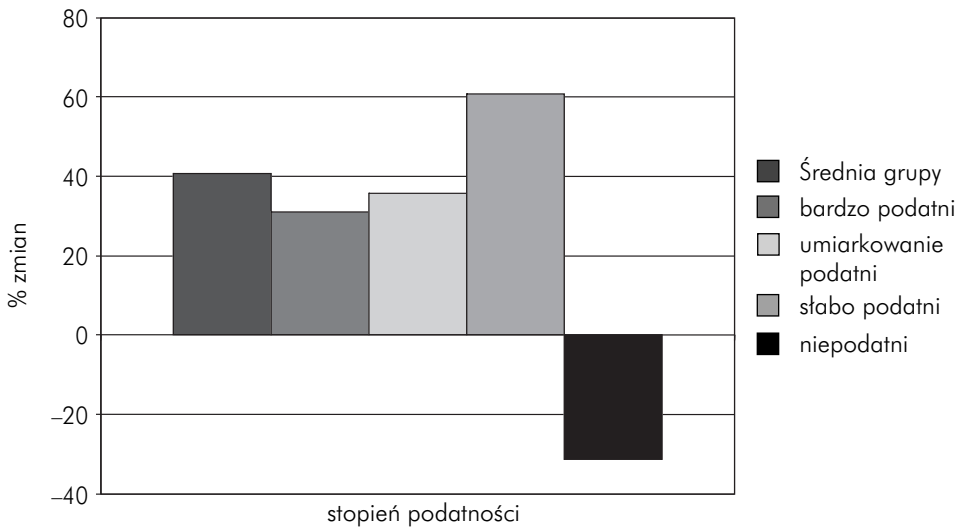
Wykres nr 3

Zmiany sugestywności w kolejnych próbach



Wykres nr 4

Zmiany sugestywności w 10. próbie w stosunku do 1. próby



Obliczono też korelację między średnią ilością zrealizowanych sugestii w całej grupie a numerem próby. Wynosi ona $r = 0,41$ i jest statystycznie istotna.

Warto zwrócić uwagę w tym miejscu na fakt, że nisko podatni byli w pierwszej próbie średnio mniej sugestywni niż osoby niepodatne. Dowodzić to może, że pierwszy pomiar sugestywności nie prognozuje zmian sugestywności w kolejnych jej powtórzeniach. Istotna jest natomiast tendencja tych zmian, charakteryzująca się względną stałością.

Podsumowując uzyskane wyniki można stwierdzić, iż:

1. Efekt sugestii zmienia się przy kolejnych jej powtórzeniach. Występują tutaj dwie przeciwstawne tendencje: pierwsza, do zwiększenia sugestywności, druga – do jej zmniejszenia (odrzućenia wcześniej przyjętych sugestii). Działanie tych dwóch przeciwstawnych tendencji prowadzi w efekcie do polaryzacji badanych na osoby podatne i niepodatne. Pierwsza tendencja jest silniejsza i w rezultacie prowadzi do wzrostu średniej sugestywności całej grupy.
2. Nie potwierdzono istnienia związku wyjściowej sugestywności z efektami powtórzeń sugestii. Niezależnie bowiem od liczby sugestii przyjętych podczas pierwszej próby badani zwiększali lub zmniejszali swoją sugestywność w następnych próbach. Tym samym początkowa sugestywność nie prognozuje jej zmian w przyszłości.

W omówionym eksperymencie wykazano, że przyjęcie sugestii wywołuje stopniowe zmniejszenie siły oporu w stosunku do następnych. I odwrotnie, odrzucenie sugestii stopniowo wzmacnia opór na kolejne często do tego stopnia, że wcześniej przyjęta sugestia nie zostanie już ponownie zrealizowana.

Praktyka życia codziennego dostarcza wielu przykładów potwierdzających wykryte zależności. Odmowa wspólnego spędzenia wakacji prowadzi przeważnie do odrzucenia także propozycji pójścia do kina. Natomiast, jeśli zaczynać od kina, można stopniowo osiągać wcześniej założony cel.

Dynamiczny charakter zmian w sugestywności może leżeć u podstaw różnych efektów psychoterapii. Niejednokrotnie pacjent nawiązuje poprawną relację z jednym terapeutą a z innym – nie. To samo dotyczy na przykład relacji nauczyciela z uczniem.

Sugestia jest ważnym narzędziem w pracy psychoterapeutów. Istotnym, koniecznym, ale i niewystarczającym czynnikiem w psychoterapii jest powstanie specyficznej relacji interpersonalnej między pacjentem a terapeutą. Zazwyczaj w kontakcie lekarza z chorym rola tego pierwszego polega na postawieniu diagnozy i wykonaniu lub zleceniu odpowiednich metod leczniczych. Rola pacjenta ogranicza się na ogół do udzielania informacji i wykonywania poleceń. Lekarz,

odpowiednio stosując sugestię, może maksymalizować efekt leczenia, uzyskując chociażby „efekt placebo”.

W psychoterapii rozkład aktywności jest odmienny. Pacjent musi sam określić przyczyny swoich trudności. Psychoterapeuta może jedynie go do tego zachęcać. Nie zawsze jest to zgodne z oczekiwaniami chorego. Często oczekuje on, że terapeuta rozwiąże za niego problem. A w praktyce musi sam rozwiązywać problemy wyłaniające się podczas nieraz wielomiesięcznego procesu psychoterapii.

Mimo ograniczonej aktywności psychoterapeuta posiada szereg narzędzi do wykonywania swojej pracy. W ich arsenale istotną rolę odgrywa sugestia. Można w toku dialogu terapeutycznego użyć jej między innymi do:

- wytworzenia odpowiedniego nastawienia pacjenta do psychoterapii (np. poprzez skoncentrowanie jego uwagi na niej i wytworzeniu odpowiedniej motywacji),
- redukcji napięcia psychicznego (poprzez sugestię relaksującą),
- eliminacji objawu lub wywołania jakiegoś pożądanego stanu czynnościowego (sugestie hipnotyczne),
- oduczenia reakcji niepożądanych.

Można wykorzystywać sugestię w procesie psychoterapii do zmiany nastawienia do leczenia i choroby. Warto w tym miejscu zacytować fragment opracowania Aleksandrowicza (1996, s. 158): „Należy jednak pamiętać o tym, że zbudowanie związku terapeutycznego nie jest jeszcze leczeniem, a jedynie stworzeniem warunków do tego, by mógł zaistnieć proces oddziaływania”.

Do zagadnień związanych z zastosowaniami sugestii w medycynie będę wielokrotnie wracał w następnych rozdziałach.

Opis testów sugestywności

Test wychyleń ciała

Badany stoi nieruchomo z zamkniętymi oczami. Jego zadanie polega na nieruchomym staniu przez dwie i pół minuty. Z tyłu do ubrania ma przymocowaną nitkę – połączoną ze wskazówką pokazującą w centymetrach wielkość wychyleń ciała.

Eksperymentator sugeruje badanemu, że upadnie on do przodu, gdyż nie może utrzymać pionowej pozycji, a wahania ciała stają się coraz większe. Wielkość wywołanego ruchu jest miarą efektu sugestii. Ewentualna utrata równowagi jest oceniana jako 25 cm (Anglosasi przyjmują tutaj 12 cali).

Test wahadełka Chevreula

Badany stojąc trzyma w ręce nitkę, na której zawieszono pion murarski. Pion znajduje się nad linijką. Zadanie badanego polega na tym, aby wpatrując się w pion nie dopuścić do jego ruchów.

Równocześnie przez dwie i pół minuty eksperymentator sugeruje badanemu, że pion zaczyna kołysać się wzdłuż linijki. Wielkość wywołanego ruchu jest miarą efektu sugestii.

Test lewitacji ręki

Badany siedzi na krześle z ręką uniesioną do poziomu. Ma przyczepiony do ręki ten sam przyrząd co w teście wahań ciała. Zadanie badanego polega na nieruchomym trzymaniu ręki w poziomie przez dwie i pół minuty.

Równocześnie eksperymentator sugeruje, że ręka badanego staje się coraz lżejsza i stopniowo unosi się w górę. Miarą efektu sugestii w tym teście jest wielkość wykonanego ruchu.

Test linii

Badanemu eksponuje się kolejno pięć odcinków prostej wykreślonych na kartonie. Są one coraz dłuższe. Następnie eksponuje się badanemu odcinki równej długości. Miarą efektu sugestii jest ilość odcinków równych podawanych za coraz dłuższe.

Test „nacisku – rozluźnienia”

Badany leżąc trzyma w ręku kauczukową gruszkę. Badający podaje sugestie zmęczenia ręki i niemożności wywierania dalszego nacisku na gruszkę. Siła nacisku na gruszkę jest rejestrowana. Na analogicznych zasadach oparte są i inne testy sugestywności pierwotnej. Na przykład w teście lewitacji ręki stojącemu z zamkniętymi oczyma i uniesionym do poziomu ramieniem badanemu sugeruje się, że jego ramię staje się cięższe lub lżejsze. W testach tych miarą sugestywności jest różnica pomiędzy wynikami, które otrzymuje się, gdy na badanego nie działa sugestia.

Test zapachów

W teście „iluzji węchowej” od badanego wymaga się, aby powiedział, w jakim momencie wyczuje zapach substancji znajdujących się w buteleczkach. W pięciu buteleczkach znajduje się wodny roztwór substancji aromatycznych. W pozostałych znajduje się czysta woda. Badanemu najpierw daje się do powąchania buteleczki z substancją zapachową a następnie z czystą wodą. Miarą efektu sugestii jest

ilość buteleczek określonych przez badanego za zawierające substancje aromatyczne wśród wypełnionych czystą wodą.

Test ciężarków

Badany otrzymuje do oceny zestaw ciężarków, z których pierwszych pięć różni się od siebie o stałą jednostkę wagi, a pozostałe są równe. Stosuje się zwykle 15 ciężarków. Liczba ocenionych jako dłuższe lub cięższe wśród grupy równych jest wynikiem testu.

Rozdział II

Sugestia podprogowa mitem, faktem czy artefaktem?

Lęk przed manipulowaniem naszą psychiką z pominięciem świadomości poprzez tzw. „komunikaty podprogowe” trwa już od ponad czterdziestu lat. Podsycany jest od czasu do czasu przez dziennikarzy, straszących swoich czytelników perspektywą manipulowania ich podświadomością przez nastawione tylko na zysk potężne koncerny i korporacje. Mają one dzięki oddziaływaniu podprogowemu wprowadzać do naszej psychiki sugestie konkretnych działań. A my – nieświadomi tego wpływu – nie możemy się przed nimi skutecznie bronić.

U podstaw tego zjawiska ma leżeć percepcja podprogowa, nazywana też subliminalną (*subliminal perception*). Jest to proces rejestrowania informacji bez świadomości ich spostrzegania. Dotyczy bodźców wzrokowych lub słuchowych, które trwają zbyt krótko, by mogły zostać świadomie zarejestrowane (Hellew 2007).

Taka jest definicja zjawiska. Kwestią otwartą natomiast pozostaje sam fakt jego istnienia. Jeśli występuje oddziaływanie podprogowe, to jaki jest jego mechanizm? Nie ma wątpliwości co do tego, że zjawisko zachodzi w sytuacji, gdy człowiek reaguje na bodźce, z których istnienia nie zdaje sobie sprawy. Percepcja wiadomości podprogowych jest rodzajem poznania nieświadomego, jednakże w odróżnieniu od takich procesów, jak np. oddychanie, nie może bodaj w części odbywać się świadomie. Ważnym pytaniem pozostaje też, jaka część wiadomości zostaje zarejestrowana. Cała wiadomość czy tylko jej główne elementy?

W kinie lub telewizji podczas scen, wywołujących u widza pozytywne emocje, można wyświetlić pojedynczy nieruchomy obraz eksponowany przez około 1/20 sekundy. Obrazy te ze względu na krótki czas ekspozycji kodowane są w pamięci z pominięciem świadomości. Tak powstałe engramy (ślady pamięciowe)

pewnych słów, symboli czy też znaków firmowych (logo) mogą być rozpoznawane później jako już znane i kojarzące się z czymś przyjemnym. Jednakże, skąd obiekt ten jest znany lub dłaczego wywołuje pozytywne uczucia, osoba nie wie. Rodzi to reakcję orientacyjną (np. zastanowienia), zwiększając tym samym prawdopodobieństwo zakupu wyrobów reklamującej się w ten sposób firmy lub wykonania sugerowanych podprogowo działań.

Największe zainteresowanie oddziaływaniem podprogowym przejawiają twórcy reklam. Mają nadzieję, że dzięki temu zjawisku będą mogli, z pominięciem świadomości odbiorców, sugerować ludziom wykonanie pewnych czynności (np. konkretnego zakupu).

Pierwsze doniesienie na ten temat opublikowano w 1898 roku, kiedy to w „The New Psychology” ukazał się artykuł E. Scripture’a. Opisano w nim, iż podczas ekspozycji stroboskopowej wklejonych do filmu pojedynczych klatek filmowych widzowie ich nie dostrzegają, ale później mogą rozpoznać obrazy na nich przedstawione (Merikle, Daneman 1998).

Zbliżone do subliminalnej są prezentacje przy użyciu tachistoskopu, który przykładowo podczas II wojny światowej był powszechnie używanym urządzeniem wyświetlającym obrazy przez np. 1/20 sek. Służy to treningowi żołnierzy w rozpoznawaniu typów samolotów. Dziś jest używany do zwiększenia prędkości czytania, a także do diagnostyki wzroku.

Wielu autorów uważa (Wikipedia 2008), że historię badań nad percepcją podprogową zapoczątkowano w 1957 roku na łamach „Saturday Review”. Autor publikacji, James M. Vickary był właścicielem agencji reklamowo-marketingowej. W artykule przedstawił wyniki eksperymentu przeprowadzonego na łącznie 45 599 widzach kin w Fort Lee (New Jersey). Do projekcji taśmę filmową spreparowano w ten sposób, że pomiędzy normalne obrazy, w odstępach około jednonimutowych, wmontowano dwa rodzaje pojedynczych klatek:

- Pierwsze zawierały napis: „Jesteś głodny? Jedz Popcorn!”
- Drugie: „Jesteś spragniony? Pij Coca-Colę!”.

Następnie taśmę eksponowano podczas normalnych seansów filmowych nieuprzedzonym o tym fakcie widzom. Rezultatem eksperymentu, według J. Vicarego, był wzrost sprzedaży w sąsiadujących z kinami sklepach Popcornu o 57% i Coca-Coli o 18%. Podsumowując uzyskane wyniki, autor stwierdził, iż odkrył nowy rodzaj reklamy wykorzystującej znane już od dawna psychologom zjawisko tzw. „sumowania się bodźców podprogowych”, czyli bodźców o sile zbyt małej, aby pojedynczy bodziec mógł zostać świadomie dostrzeżony przez człowieka (Wiens 2006).

Sprawę nagłośniły stacje radiowe i pisma codzienne. W tej sytuacji F. C. C. (Federal Communication Commission) w 1958 roku dokonała weryfikacji wy-

ników J.M. Vicarego. Powtórzono eksperyment w jego oryginalnej postaci i nie uzyskano znaczących wyników. Ponadto w procedurze eksperymentalnej Vicarego dostrzeżono liczne błędy metodologiczne. Przede wszystkim nie zastosował grupy kontrolnej. Nie sprawdził też zmian poziomu sprzedaży Popcornu i Coca-Coli w innych regionach. A gdy okazało się później, że dane o wzroście sprzedaży były spreparowane, stało się oczywiste, że było to oszustwo. Niewiele to jednak zmieniło. Mit o sile reklamy podprogowej trwał nadal. Umocniły go książki W. Key (kanadyjskiego socjologa), który twierdził, że telewizja manipuluje naszym zachowaniem, stosując w reklamach podprogowo symbolikę seksualną (Merikle, Dane-man 1998).

Na przełomie lat 80. i 90. XX wieku przekaz podprogowy wkroczył do muzyki rockowej. W 1990 roku zespół Judas Priest został oskarżony o przyczynienie się do samobójstwa dwóch nastolatków: Raya Belknapa i Jamesa Vance'a poprzez zamieszczenie w tle utworu słów „do it” i „suicide”. Pozew sądowy przeciwko zespołowi został odrzucony z braku dowodów, jednakże jednocześnie sąd podkreślił, że duża część muzyki tzw. metalowej zawiera treści nihilistyczne, mogące powodować zachowania agresywne bądź autoagresywne.

Nie był to pierwszy przypadek odkrycia podprogowych wiadomości ukrytych w utworach muzycznych. W 1973 roku muzycy grupy Pink Floyd na kultowej płycie „The Dark Side of the Moon” zmiksowali puszczone wstecz nagranie głosu mówiącego: „gratulujemy odkrycia naszej tajemnicy”.

Technika zapisu w nagraniach ukrytych dźwięków, które mogą zostać zrozumiane dopiero przy odtwarzaniu wstecz, nazywana jest „backmaskingiem” i jest stosowana do dziś. Jej początki sięgają lat 60. XX wieku, kiedy to zespół The Beatles dokonywał takich zabiegów na płycie „Revolver”, a głównym celem tych działań było przemycenie obscenicznych słów przez sito cenzury.

Duży sprzeciw praktyki te zaczęły budzić w latach 80. XX wieku, gdy osoby z ortodoksyjnych kręgów chrześcijańskich oskarżały zespoły rockowe, takie jak Electric Light Orchestra (płyta Eldorado), AC/DC, Led Zeppelin (Stairway to Heaven), Queen czy Pink Floyd, o zamieszczanie na płytach treści satanistycznych lub propagujących narkomanię. Do licznych przypadków „odnalezienia” treści wielbiących szatana należą „wiadomości”: „Oh, here's to my sweet Satan”, zawarte w utworze Stairway to Heaven oraz umieszczona w piosence „Another One Bites to Dust” zespołu Queen sugestia nakłaniająca do używania narkotyków – „It's fun to smoke marijuana” (Wiens 2006). Do dziś są ludzie z całego świata, którzy przesłuchują wytrwale płyty w poszukiwaniu ukrytych przez twórców wiadomości. Owocem tej pracy jest archiwum dostępne pod adresem <http://www.backmaskonline.com>. Do najgłośniejszych backmaskingowych komunikatów na-

leżą pozostawione przez dwóch nieżyjących już raperów. Zastrzelony w 1996 roku Tupac Shakur miał umieścić w jednym z utworów wiadomość „I'm still alive”, co potwierdzałoby teorię, iż upozorował swoją śmierć, a obecnie ukrywa się na Kubie przed swoimi wrogami ze świata rapersko-gangsterskiego.

Polskim przypadkiem jest śmierć samobójcza Piotra „Magika” Łuszczka, wokalisty zespołów hiphopowych Kaliber 44 i Paktofonika. Muzyk wyskoczył z okna 26 grudnia 2000 roku. Motywów jego czynów upatrywano w podejrzeniach o nosicielstwo wirusa HIV, schizofrenii czy też problemach z Wojskową Komendą Uzuppełnień. Fani rapera utrzymują, że cztery lata wcześniej w utworze „Plus i minus” (tytuł nawiązujący do slangowej nazwy testu na nosicielstwo HIV) muzyk ukrył wiadomość o dacie swojej śmierci.

Podobnie rzecz się ma z innymi formami przekazu medialnego. Znane są przypadki użycia technik podprogowych w filmach, programach telewizyjnych, spotach reklamowych.

Jednym z nich była podjęta w 1978 roku próba zwabienia mordercy, nazywanego BTK Killer (pseudonim pochodził od jego modus operandi: Bind, Torture and Kill). Lokalna stacja telewizyjna KAKE-TV, nadająca w Wichita (Kansas), otrzymała od policji specjalne pozwolenie na umieszczenie wiadomości podprogowej w jednym z reportaży. Przez 1/20 sek. eksponowano obraz przedstawiający okulary, według policji mające znaczenie dla zabójcy, oraz napis „Now call the chief”. Akcja nie przyniosła żadnego rezultatu. Przewstępca został schwytany 30 lat później i jak przyznał, reportażu nie oglądał (Merikle, Daneman 1998).

Innym ciekawym przykładem użycia wiadomości subliminalnej było kilkakrotne wyświetlenie przez Chrisa Morrisa podczas ostatniego odcinka prowadzonego przez niego programu „Brass eye” paska ze stwierdzeniem „Grade is a cunt”. Była to forma rewanzu wymierzona w Michaela Grade’a, dyrektora „Channel four”, który zdjął z „ramówki” program Morrisa. Nie jest znana reakcja pracodawcy na to zdarzenie (Merikle, Daneman 1998).

Mit o sile sugestii podprogowej utrwalają często nieraz filmy o tematyce sensacyjnej. Przykładowo w wyświetlonym pod koniec 1973 roku odcinku serialu „Columbo” o tytule „Double Exposures” przestępca wstawia do spreparowanego przez siebie filmu krótką sekwencję, która jest sugestią podprogową sprawiającą, że ofiara przestępcy po obejrzeniu kasety video opuszcza salę projekcyjną, aby dokonać morderstwa, a rzeczywisty morderca zyskuje tym samym alibi. Dzięki sugestii podprogowej werbowani byli mordercy w jednym z pierwszych odcinków serialu „Z Archiwum X”.

Popularność sugestii podprogowej sprawia, że sięgają po nią też politycy. W 1988 roku, podczas starań Francois’a Mitterranda o reelekcję na fotel prezydenta Fran-

cji, w czołówce wieczornego programu informacyjnego nadawanego przez telewizję państwową eksponowano subliminalnie jego zdjęcia (Wiens 2006).

Najgłośniejszy subliminalny przekaz miał miejsce w 2000 roku podczas kampanii prezydenckiej w USA. Reklama telewizyjna republikańskiego kandydata George'a W. Busha pokazywała blok słów przechodzących z pierwszego planu w tło. Podczas tego efektu, gdy na ekranie wyświetlane było tylko słowo BUREAUCRATS (biurokraci), przez jedną klatkę w jego miejsce pojawiło się słowo RATS (szczury). Mimo że F. C. C zajęło się tą sprawą, żadne kary za ten incydent nigdy nie zostały nałożone (Wiens 2006).

Swoją wkład w historię wiadomości podprogowych mają także gry hazardowe. W lutym 2007 roku w kasynie w Ohio zauważono, że monitory 87 automatów „jednoręcznych bandytów” na krótką chwilę wyświetlają dłoń z kciukiem uniesionym w geście zwycięstwa, jeszcze zanim rozpocznie się gra. Członkowie komisji kontroli kasyn zaniepokoiли się tym faktem, nie bez racji stwierdzając, że może to przyczynić się do pogłębiania uzależnienia od hazardu. Firma Konami, producent urządzeń, stwierdziła, że wyświetlany obraz był efektem pomyłki i został on natychmiast usunięty.

Przekaz podprogowy wykorzystano w niezliczonej ilości reklam. Jedną z pierwszych reklam wykorzystujących tę formę oddziaływań był spot telewizyjny z 1959 roku. Reklamowano w nim kawę „Butter-Nut”. Twórcą reklamy był legendarny komik, Stanley Freberg. Stworzona przez niego animacja przedstawia wychwalającego produkt mężczyznę, za którym w tle wyświetlają się subliminalnie różnego rodzaju hasła reklamowe.

Najbardziej spektakularny przypadek użycia reklamy podprogowej w ostatnich latach miał miejsce 27 stycznia 2007 roku podczas programu „Food Network's Iron Chef America”. W trakcie emisji na ułamki sekund na ekranie pojawiała się plansza z logo sieci restauracji McDonald's. Sprawa została nagłośniona w Internecie (Hellew 2007).

Badania naukowe na ogół nie potwierdzają istnienia znaczącego wpływu komunikatów podprogowych na psychikę człowieka. Dowodzi tego chociażby rezultat eksperymentu B. Kwarciaka z Instytutu Psychologii UJ, zrealizowanego podczas IX Festiwalu Filmu Reklamowego i Reklamy w Krakowie. Badanie objęło 221 chętnych widzów (poinformowanych o badaniu, lecz niewiedzących, co będzie reklamowane podprogowo). Eksponowano im podczas 30-minutowego filmu 286 wmontowanych na pojedynczych klatkach obrazów loda na patyku. Po projekcji osoby uczestniczące w eksperymencie wypełniały ankietę (55% badanych wierzyło w skuteczność reklamy podprogowej). Okazało się, że tylko 4% uczestników eksperymentu miało ochotę na lody. Natomiast

sprzedaż lodów w bufecie festiwalu po filmie nie zmieniła się (Augustynek 2001).

Uzyskany wynik, zdaniem jego autora, dowodził, że reklama podprogowa jest bardziej mitem niż metodą skutecznego manipulowania naszą psychiką. Niemniej, samo zjawisko oddziaływania podprogowego istnieje i zachodzi w sytuacji, kiedy człowiek reaguje na bodźce, o istnieniu których nic nie wie.

Paradoksalną sprzeczność w samym terminie (czy można spostrzec coś „podprogowo”, jeżeli właśnie próg jest wartością bodźca, która stanowi o różnicy między spostrzeganym a niespostrzegalnym?) można usunąć przez przyjęcie istnienia dwóch progów: niższego – fizjologicznego i wyższego – świadomego. Ale nawet bodziec nieznacznie słabszy od progu fizjologicznego też może wywołać reakcję. Wywołuje on przejściowy, lokalny wzrost pobudliwości neuronu. Następne podprogowe bodźce prowadzą do zsumowania się ich działania i w efekcie do zareagowania pobudzeniem przez neuron.

Istotnym zagadnieniem jest to, czy zjawisko sumowania bodźców podprogowych rzeczywiście występuje w świadomości. Problem ten jak dotąd nie doczekał się jeszcze jednoznacznego naukowego rozwiązania. Dlatego podjąłem go w omówionym poniżej eksperymencie (Augustynek 2001). Przeprowadzenie badań umożliwiła pomoc techniczna pracowników telewizji TVN, którzy przygotowali 10-minutowy film (o trzęsieniu ziemi) zawierający bodźce podprogowe. Wmontowano w nim najpierw, co 30 sekund a w końcowej jego części, (gdy pokazywany jest mecz koszykówki), co 5 sekund, pojedynczy, nieruchomy, czarno-biały obraz sylwetki kota. Aby uniknąć efektu migotania, obraz ten zmiksowano z normalną klatką filmu (film ten wraz z zaprezentowanym eksperymentem wyemitowano w ramach programu „Strefa 11” o sugestii podprogowej).

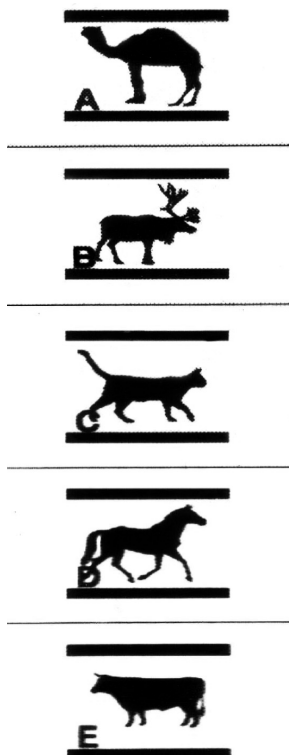
Badanie przeprowadzono w dwóch niezależnych grupach (eksperymentalnej i kontrolnej). Objęły one studentów V roku Zarządzania Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie.

Za pomocą projektora wizyjnego wyświetlono studentom film. W grupie eksperymentalnej było 76 studentów, a film zawierał przekaz podprogowy. Natomiast w kontrolnej (52 studentów) film nie zawierał treści podprogowych.

Studentów z obydwu grup poinformowano, że w filmie znajduje się przekaz podprogowy. Po projekcji w obu grupach eksponowano studentom kolejno 5 czarno-białych obrazów różnych zwierząt, prosząc o rozpoznanie, który z nich, ich zdaniem, był eksponowany podczas projekcji lub wydaje się im znajomy (rys. 1).

Rysunek nr 1

Sylwetki zwierząt prezentowane badanym



Wynik badania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela nr 4

Liczba wskazań

Nr.	Nazwa rysunku	Grupa Eksperymentalna (n = 76)	Grupa Kontrolna (n = 52)
1.	Wielbłąd	5 (6,7%)	12 (23,1%)
2.	Jeleń	6 (8,0%)	10 (19,2%)
3.	Kot	49 (64,1%)	9 (17,3%)
4.	Koń	9 (11,9%)	14 (27,0%)
5.	Krowa	7 (9,3)	7 (13,4%)

Wynik był jednoznaczny. W grupie eksperymentalnej znacząco częściej wskazywano na kota. Natomiast w grupie kontrolnej nie wystąpiły istotne różnice w częstotliwości wskazań. Większość studentów wskazujących na kota stwierdziła, że wydawał się im skądś znajomy. Natomiast trzech z nich twierdziło, że podczas filmu dostrzegli zarys sylwetki kota, którego mogli nawet narysować.

Eksperyment potwierdził istnienie zjawiska percepcji subliminalnej. Czy możliwe jest jednak skuteczne sugerowanie podprogowe?

Należy pamiętać, że treść sugestii jest zawsze zwerbalizowana. Najczęściej sugeruje się za pomocą słów pisanych lub wypowiedzianych.

W wyżej omówionym eksperymencie nie mieliśmy wszelako do czynienia z reakcją na sugestię, a tylko formą reakcji orientacyjnej na zakodowane subliminalnie w naszej pamięci informacje. Nie można jednak wykluczyć, że proste sugestie typu polecenia przekazywanego podprogowo (np. „pij piwo ...”) w jakiejś mierze mogą być skuteczne. Zagadnienie to wymaga przeprowadzenia dalszych badań.

Rozdział III

Hipnoza – nie tylko definicja

Nie wdając się na razie w rozważania teoretyczne i semantyczne, rozpocznę od próby określenia tego, czym jest hipnoza na trzech przykładach.

1. Brytyjskie Towarzystwo Medyczne (British Medical Association) podaje następującą definicję: Hipnoza to stan podobny do snu, wywołany sztucznie poprzez sugestywne oddziaływanie na drugą osobę, bezkrytycznie poddającą się woli hipnotyzera (Barrios 2007).
2. „Hipnoza jest zmienionym stanem świadomości, różnym od stanu czuwania i stanu snu” (Siuta 2000, s. 513).
3. „Hipnoza jest stanem wewnętrznym wywołanym sugestiami hipnotycznymi. Inaczej mówiąc, hipnoza będąc formą interakcji międzyludzkiej czy też komunikacji interpersonalnej, jest efektem sugestii działających w czasie jej trwania” (Augustynek 1989).

Mimo że hipnoza jest uznaną metodą profesjonalnej medycyny, kojarzy się ona wielu ludziom a nawet wielu psychiatrom i psychologom z magią, okultyzmem, zjawiskami nadprzyrodzonymi, parapsychologią czy wreszcie oszustwem. Niestety, poglądy te tworzyli różnego pokroju szarlatani, uzdrowiacze, parapsycholodzy czy okultyści. Jednak pamiętajmy, że nie jest to zarzut przeciw hipnozie, a przeciw ludziom nieetycznie czy nieumiejętnie ją wykorzystującym. Korzenie tych poglądów można zrozumieć wtedy, gdy pozna się historię ludzi tworzących poglądy o hipnozie, a także atmosferę intelektualną tamtych czasów.

Historia naukowego poznania hipnozy liczy już ponad sto pięćdziesiąt lat. Wiele idei powstałych u zarania jej eksploracji badawczej pozostało aktualnych do dziś. Inne zostały zapomniane.

Pierwszy okres rozkwitu badań nad hipnozą to koniec XIX wieku. Lata międzywojenne to okres względnej stagnacji w tym zakresie. Natomiast niebywały rozwój zainteresowania możliwymi aplikacjami hipnozy nastąpił podczas drugiej wojny światowej. Przyczyna tego był prozaiczna. Działaniom frontowym towarzyszy zawsze poczucie krańcowego zagrożenia. Słabi psychicznie często zapadają na tzw. nerwice frontowe. Cierpią na bolesne skurcze mięśniowe, porażenia i amnezje. Psychologiczny mechanizm tych nerwic, w większości nieświadomy, polega na ucieczce od zagrożenia w chorobę. Nerwice tego typu występują oczywiście i w czasie pokoju. Służą ucieczce od stresów dnia codziennego, problemów zawodowych czy rodzinnych. Zastosowanie hipnozy w leczeniu tych nerwic jest uzasadnione. Stosunkowo łatwo jest też wydobyć z chorego pod hipnozą przypomnienie sobie prawdziwych przyczyn choroby. W toku działań wojennych, przy niedoborze lekarzy i miejsc szpitalnych, niezbędne było poszukiwanie przyspieszonych form leczenia. Hipnozę stosowano jako doraźną terapię. Powodzenie tej metody w leczeniu nerwic wojennych wywołało falę entuzjazmu. Jednak na drodze do upowszechnienia tej metody stał brak wyszkolonych w tym zakresie specjalistów, jak również pewne niekorzystne objawy uboczne stosowania tej metody.

W latach powojennych specjaliści posługujący się hipnozą zaczęli się organizować. W Stanach Zjednoczonych działają między innymi dwa duże stowarzyszenia naukowe: Towarzystwo Hipnozy Klinicznej oraz Towarzystwo Hipnozy Klinicznej i Doświadczalnej. W latach pięćdziesiątych XX wieku w wielu krajach powołano specjalne komisje do zbadania przydatności w leczeniu. Właściwie we wszystkich raportach stwierdzono, że hipnoza jest wartościową metodą pomocniczą w psychiatrii, a także może służyć jako metoda anestezji i analgezji przy zabiegach chirurgicznych, stomatologicznych i przy porodzie. W raportach tych najczęściej zaleca się ujęcie nauczania hipnozy w programie studiów medycznych oraz w podyplomowym szkoleniu lekarzy (Nuttgens, Amundson 2008).

Badaniem hipnozy zajmuje się obecnie wiele zespołów psychologów i lekarzy. Utworzono Międzynarodowe Towarzystwo Hipnozy (International Society of Hypnosis), w skład którego wchodzi Towarzystwa krajowe. Co trzy lata odbywają się kongresy międzynarodowe, podczas których prezentowane są najnowsze osiągnięcia w tej dziedzinie.

W statucie przyjętym w 1973 roku przez Międzynarodowy Kongres Hipnozy i Medycyny Psychosomatycznej w Upsali Międzynarodowe Towarzystwo Hipnozy stawia sobie za cel wzmożenie i doskonalenie badań, zwoływanie narad i publikowanie prac poświęconych hipnozie. Wychodzi obecnie kilka pism poświęconych wyłącznie zagadnieniom hipnozy medycznej i eksperymentalnej. Najaktywniej-

szym współcześnie ośrodkiem badań hipnozy jest Uniwersytet w Stanford. Kierował nim przez wiele lat profesor psychologii, E. Hilgard.

Umiejętności w zakresie stosowania hipnozy polscy specjaliści najczęściej zdobywali w Bratysławie u Prof. S. Kratochvila. Organizował on na terenie ILF (odpowiednik naszego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego) dwustopniowe kursy hipnozy i hipnoterapii. Kurs stopnia pierwszego ukończyło około stu dwudziestu, a stopnia drugiego – około trzydziestu polskich lekarzy i psychologów. Pozostali hipnotyzerzy wiedzę w tym zakresie zdobywali w Polsce podczas codziennej pracy naukowej czy terapeutycznej.

W Polsce powstało kilka ośrodków szkolenia hipnoterapeutów. Należy do nich między innymi Instytut Ericksonowski. Niestety, hipnotyzerzy działający w Polsce nie są zrzeszeni, często wręcz o swoim istnieniu nic nie wiedzą. Nie dopracowaliśmy się w naszym kraju jakiegoś skoordynowanego programu badawczego, a każdy z nas realizuje w badaniach tylko swoje zainteresowania.

Rozdział IV

Zjawiska występujące podczas trwania hipnozy

Niezbędnym warunkiem wprowadzania w trans hipnotyczny jest zniechęcenie i skoncentrowanie się na sugestiach wypowiedzianych przez hipnotyzera. Najczęściej stosowana procedura wygląda następująco. Przede wszystkim hipnotyzera w czasie rozmowy wstępnej przedstawia cel badania i efekty, jakie zamierza osiągnąć. Jeżeli jest to badanie naukowe, przekonuje o znaczeniu badań, jeżeli jest to działanie lecznicze, mówi o poprzednich osiągnięciach w tym zakresie oraz o efektach, które pacjent może dzięki hipnozie osiągnąć. Równocześnie uczciwy terapeuta powinien przestrzec pacjenta przed nadmierną wiarą w „moc” hipnozy. Ten okres dla powodzenia dalszego badania jest niezwykle istotny. Decyduje o tym, czy pacjent będzie współpracował z terapeutą. Wielu hipnotyzerów stosuje szereg nieco teatralnych chwytów. Atmosfera tajemniczości, kilka odpowiednich rekwizytów (dawniej kryształowa kula, sowa, oryginalna szata, współcześnie dziwnie wyglądające aparaty) wzmaga efekt rozmowy wstępnej. Powinno się też zapewnić pacjenta, co jest zresztą zgodne z prawdą, że zapadnięcie w hipnozę nie jest oznaką słabej woli, lecz przeciwnie, świadczy o dobrej zdolności do koncentracji uwagi, a ponadto, że sama hipnoza jest dla niego bezpieczna.

Następnie hipnotyzera prosi, aby badany położył się na leżance lub usiadł w fotelu i skoncentrował wzrok na jakimś konkretnym punkcie (plamka na ścianie, kryształowa kula, palce hipnotyzera itp.). Z kolei hipnotyzera, zgodnie z przyjętą wcześniej procedurą, rozpoczyna podawanie odpowiednich sugestii. Przykładem takiej techniki są zestawy sugestii zawarte w skalach pomiaru stopnia zahipnotyzowania.

Są osoby, których hipnotyzera nie udaje się zahipnotyzować. Przyczyną tego jest źle dobrana metoda lub brak współpracy ze strony badanego. Jedni badani wymagają odosobnienia, ciszy, nastroju intymności. Inni lepiej się czują wśród lic-

nych widzów, przy pełnym świetle, a nawet na scenie w atmosferze podniecenia i gwaru. Przyczynami niepowodzenia mogą być także: brak zaufania do hipnotyzera, zmęczenie badanego, zaabsorbowanie sprawami codziennymi czy wreszcie silne rozkojarzenie.

Wyprowadzając badanego z transu hipnotycznego – mówiąc w uproszczeniu – podajemy mu sugestie dezaktywujące podane i przyjęte wcześniej. Poza tym sugerujemy, że będzie się czuł dobrze i będzie wypoczęty.

W hipnozie opartej na sugestiach snu aktywność pacjenta jest ograniczona. Nie podejmuje on własnych działań. Na polecenia reaguje niemal automatycznie, wykonuje je z charakterystyczną powolnością i opóźnieniem. Jeżeli nie zostanie pobudzony sugestią, pozostaje nieruchomy. Hipnoza trwa dotąd, dopóki hipnotyzer nie wyprowadzi badanego ze snu hipnotycznego.

Czas trwania hipnozy jest uzależniony od celu seansu. Przy hipnozie terapeutycznej nie przekracza zwykle pół godziny, ale są od tego wyjątki. Np. w końcu ubiegłego stulecia H. Wetterstrand stosował hipnozę trwającą kilka dni. Pacjent bez przerwy był pogrążony w śnie hipnotycznym. Wszelkie czynności wykonywał jedynie na rozkaz hipnotyzera. Skutki tego typu badań były dla pacjenta niejednokrotnie opłakane. I stąd może pochodzić przekonanie o niebezpieczeństwie hipnozy (Moll 1904).

Istnieje ponadto metoda stopniowania sugestii na jawie. Przy tej metodzie nie stosuje się sugestii snu, nie wprowadza się atmosfery odprężenia, wygody i monotonii. Hipnotyzer występuje w bardziej aktywnej i autorytatywnej roli.

W hipnozie na jawie pacjent jest normalnie aktywny i ruchliwy. Żywo i szybko reaguje na sugestie. Często nie ma poczucia znajdowania się w zmienionym sugestią stanie świadomości. Toteż zdumiewają go wywoływane przez hipnotyzera halucynacje czy też sugestie, którym nie jest w stanie się oprzeć.

Wszystkie techniki hipnotyzowania po odpowiedniej adaptacji nadają się do hipnozy zbiorowej. Najczęściej wygląda to następująco: grupie badanych demonstruje się przykład głębokiej hipnozy indywidualnej. Następnie prowadzi się badanie z całą grupą. Dobrze jest tak dobrać pacjentów, aby reagowali na sugestie w zbliżonym tempie.

Pod hipnozą możemy wywołać u zahipnotyzowanego szereg ciekawych zjawisk.

Bardzo często stosowanym, a przy tym efektownym sposobem pogłębiania stopnia zahipnotyzowania jest wywoływanie u badanego halucynacji.

Zahipnotyzowany widzi, słyszy lub czuje osoby, przedmioty, zjawiska, których obiektywnie nie ma. Są to tak zwane halucynacje pozytywne. Ich przeciwieństwem są halucynacje negatywne. Osoba badana nie widzi, nie słyszy i nie czuje bodźców obiektywnie na nią działających. Wywołując halucynacje, najczęściej sugeruje się

nadwrażliwość jednej ręki, zapalenie się lampy niewłączonej do sieci elektrycznej, złudny dźwięk dzwonka. Czasami podaje się również bardziej złożone sugestie. Przykładowo: widok pająka, znikanie hipnotyzera itp. Jednak realizacja tych sugestii bywa niekiedy nieoczekiwana. Oto dwa przykłady z moich własnych badań: „Popatrz, pająk idzie po suficie”; badana zareagowała lękiem. Zapytana o przyczynę lęku, powiedziała: „On ma tułów wielkości piłki nożnej, a łapy grube i włochate”.

Podczas innego badania powiedziałem: „W miarę, jak będę opuszczał rękę wzdłuż ciała, stopniowo zniknę”. I w tym przypadku zaobserwowałem reakcję lękową. Po opanowaniu sytuacji (poprzez odwołanie sugestii i zastąpienie jej inną, uspokajającą) i po obudzeniu zapytałem badanego, co się stało. Stwierdził, że widział, jak znikam, ale wyglądało to tak, jakby ktoś po plasterku odcinał części mojego ciała, z których obficie tryskała krew (Augustynek 1990).

Halucynacje można oczywiście także wywołać podczas hipnozy zbiorowej. Jest sprawą dyskusyjną, czy są nią niektóre praktyki Azjatów. I tak fakirzy indyjscy potrafią zasugerować widzom, że wdrapują się do nieba po linie rzuconej przez siebie w górę, a następnie schodzą, tylko, że w kawałkach, tzn. ręce, nogi, tułów, głowa niezależnie od siebie. Włączona przez jednego z turystów kamera zarejestrowała w tym samym czasie obraz nieruchomo siedzącego fakira, wpatrującego się w widzów. Przepuszczalnie halucynacją są wszelkie zjawiska typu materializacji. Choć z drugiej strony najślawniejszy przypadek materializacji kilkunastu arbużów przed premierem Indii J. Nehru do dziś nie znalazł zadowalającego wyjaśnienia.

We wszystkich typach halucynacji niewątpliwą rolę odgrywają wyobrażenia. W specyficznych warunkach (choroby, hipnozy, itp.), pod wpływem jakiegoś bodźca, na przykład słowa, powstaje wyobrażenie, którego wyrazistość dorównuje normalnemu spostrzeganiu. Jak z tego wynika, halucynacje są efektem aktywizacji śladów pamięciowych. Tym samym, im bardziej bogate jest doświadczenie osobnicze danego człowieka, tym bogatsze mogą być jego halucynacje.

Sugestie wpływają także na funkcje motoryczne. Estradowi hipnotyzerzy demonstrowali często tzw. most kateleptyczny. Polega on na tym, że zahipnotyzowany karkiem wspiera się o oparcie jednego krzesła, a piętami o oparcie drugiego. Osoba ta jest tak usztywniona, że można stanąć na jej klatce piersiowej, nie powodując ugięcia zawieszoności ciała. Jednak, jak wskazuje praktyka, most kateleptyczny potrafi wykonać wielu ludzi w normalnym stanie.

Badanemu można sugerować katelepsję sztywną lub woskowatą. W pierwszym typie katelepsji sugerujemy sztywność ciała lub pewnej jego części. W woskowatej natomiast – pozostanie bez ruchu w nadanej przez hipnotyzera pozycji (zahipnotyzowany może przez wiele godzin stać na przykład z uniesionymi do góry rękami, nie zdradzając objawów zmęczenia).

Często bywa skuteczna sugestia większej sprawności i wydolności. Dowodzi tego następujący eksperyment. Osobę badaną prosi się o ściskanie z całej siły rączki dynamometru w takt uderzeń metronomu. Siła nacisku jest rejestrowana. Normalnie wyniki pogarszają się bardzo szybko. Pod hipnozą, po odpowiedniej sugestii, zmęczenie pojawia się o wiele później.

Sugestia hipnotyczna może oczywiście dotyczyć nie tylko prostych ruchów. Może także wpływać na wykonanie skomplikowanych czynności.

Odmianą grupę stanowią sugestie zmian w funkcjach fizjologicznych. Należy je tak formułować, aby ich kontekst sytuacyjny, a przede wszystkim wywoływane nimi emocje, zmierzały w kierunku stworzenia pożądanej reakcji organizmu. Bezsensowna i bezowocna jest sugestia: „Pańskie leukocyty mnożą się, a guzy na węzłach limfatycznych nikną”. Natomiast sukcesem zakończył się eksperyment przeprowadzony niedawno w Stanford przez profesora psychologii C. Zimbardo. Sugerował on badanym, że jedna ręka staje się coraz chłodniejsza, a druga rozgrzewa się coraz bardziej. W ciągu kilkunastu minut osiągnął u pacjentów różnicę ciepłoty dochodzącą do 4° C.

Na pierwszy rzut oka wiele funkcji wegetatywnych jest niezależnych od naszej woli (trawienie, wydzielanie dokrewne, szybkość akcji serca itd.). Jednak odpowiedni trening może doprowadzić do uzyskania kontroli wolicjonalnej nad tymi procesami. Również pod hipnozą, po odpowiedniej sugestii, można uzyskać kontrolę nad wieloma wydawałoby się zupełnie niezależnymi od naszej świadomości funkcjami organizmu.

Profesorowie z Rochefort, Bourru i Burot (1884) uzyskiwali pod wpływem sugestii zwolnienie akcji serca do kilkunastu uderzeń na minutę, a w jednym wypadku do 7 na minutę. Nie trzeba dodawać, jaki to może mieć wpływ na silny krwotok. Jedyny problem, to aby hipnotyzer był pod ręką, a krwawiący dał się szybko zahipnotyzować. W czasie bezpośrednio po wypadku jest to niemożliwe, ale w trakcie zabiegu chirurgicznego staje się stosunkowo łatwe. Ci sami profesorowie zahipnotyzowali podatnego na sugestię marynarza w ten sposób, że zapalką napisali mu na plecach jego imię i nazwisko, mówiąc przy tym: „Za trzy godziny na liniach, które nakreślimy, wystąpi krwawymi literami napisane twoje imię i nazwisko”. W wyznaczonej godzinie na plecach marynarza zarysowały się czerwone kontury liter, które potem jeszcze przez trzy miesiące były widoczne. Podobnych doniesień z XIX wieku było wiele. Możemy przeczytać w nich o takich fenomenach, jak zasugerowanie krwawienia, oparzenia, zaburzenia wydzielania mleka u matek.

Współcześnie Wolberg (1975) sugerował pod hipnozą pacjentowi, że je miód. Badanie biochemiczne wykazało wzrost poziomu cukru we krwi. Z drugiej strony, jeżeli sugerował, że w spożywanym miodzie nie ma cukru, jego poziom we krwi

nie zmieniał się. Podobny efekt dała sugestia: „Jesz masło i popijasz go bulionem”. Treść dwunastnicza badanych zawierała duże ilości enzymów trawiących tłuszcze. W grupie kontrolnej (niehipnotyzowanych) ta sama sugestia nie wpłynęła na zmianę zawartości dwunastnicy. W czasie podobnego badania pod hipnozą jednym sugerowano spożycie smacznego posiłku, drugim – niesmacznego. Analiza treści żołądkowej ujawniła większą niż normalnie kwasowość w grupie pierwszej, natomiast w grupie drugiej – znacznie obniżoną. Także, gdy pacjentowi powiedziano, że wypił dużą ilość wody z naczynia, które w rzeczywistości było puste, stwierdzono u niego wzrost ilości wydalanego moczu z równoczesną utratą płynów ustrojowych.

Cytowane eksperymenty dowiodły, że pod hipnozą organizm reaguje na sugestie odpowiednimi zmianami metaboliczno-fizjologicznymi. Z wyników tych nie można jednak wyciągnąć wniosków o specyfice hipnotycznej tych zmian. W omawianych badaniach nie było grup kontrolnych. Nie wiemy więc, czy podobne efekty nie wystąpiłyby pod wpływem samej sugestii bez użycia hipnozy. A takiego zdania jest właśnie Barber (1984). Uważa on, że sam opis jedzenia poprzez aktywizację wyobrażeń wywołuje odpowiednie reakcje gruczołów ślinowych, żołądka itd. Z kolei obniżenie metabolizmu może być efektem ogólnego odprężenia, prowadzącego do spadku zapotrzebowania na tlen. Natomiast kontrolę nad akcją serca można osiągnąć bez hipnozy poprzez odpowiedni trening.

Przytoczone badania wskazują, że nie tylko na drodze hipnozy można uzyskać istotny wpływ na funkcje ustrojowe. Inną drogą może być odpowiedni trening. Wymaga on jednak wielu ćwiczeń. Natomiast hipnoza pozwala uzyskać te zmiany u osób nietrenowanych w tym celu. Świadczy to z jednej strony o sile wpływu hipnozy na funkcjonowanie organizmu zhipnotyzowanego, z drugiej strony – o niebezpieczeństwie tych metod dla badanego.

Nawet w najgłębszej hipnozie nie istnieje możliwość podniesienia poziomu intelektualnego badanego. Nie można również spotęgować jego indywidualnych uzdolnień. Natomiast w pewnym zakresie można wpływać na zachowanie zhipnotyzowanego po wyjściu z transu hipnotycznego. Umożliwia to zastosowanie tzw. sugestii pohipnotycznej, czyli podanie polecenia, aby po pewnym czasie od zakończenia hipnozy lub na określony sygnał pacjent wykonał określone sugestią czynności. Sugerując dodatkowo amnezję pohipnotyczną (niepamięć zdarzeń z okresu hipnozy), reakcja zwykle jest niemal automatyczna, przy czym, jeżeli nawet jest irracjonalna lub wręcz głupia, pacjent jej broni i racjonalizuje motywy wykonania tej czynności.

Natomiast, gdy przebieg hipnozy nie jest objęty amnezją i badany pamięta polecenia hipnotyzera, odczuwa je jako przymus, któremu w mniejszym lub większym stopniu może się przeciwstawić.

Tak o próbie przeciwstawienia się sugestii pohipnotycznej pisze Bleur (1925): „... Zdołałem oprzeć się sugestii pohipnotycznej. Jednakże kosztowało to mnie wiele wysiłku i gdy podczas rozmowy bodaj na chwilę zapomniałem o postanowieniach, by nie patrzeć na talerz, który miałem przestawić na inne miejsce, natychmiast mój wzrok biegł ku niemu. Myśl o tym, co powinienem zrobić, ciążyła mi, póki nie zasnąłem. Leżąc w łóżku, przed zaśnięciem, wciąż miałem ochotę wstać i spełnić polecenie tylko po to, żeby się uspokoić, ale zasnąłem szybko i działanie sugestii ustało...”

Demonstrując hipnozę, stosuje się najczęściej proste polecenia (zamknięcie drzwi, przysłądzenie włosów itp.). Bardziej złożone są wykorzystywane w leczeniu.

Wykonanie sugestii pohipnotycznej można nakazać nawet w długi czas po hipnozie. Wolberg (1948) sugerował pacjentowi przepisanie pewnego wiersza po upływie dwóch lat. Sugestia została wykonana dokładnie w wyznaczonym przez hipnotyzera terminie. Znany psycholog, G. Estrabroocks (Wolberg 1975) wspomina przypadek człowieka, dla którego sugestia pohipnotyczna nie straciła siły po upływie dwudziestu lat.

Jednym z rodzajów sugestii pohipnotycznej, wcześniej już wzmiankowanym, jest amnezja pohipnotyczna. Należy odróżnić amnezję spontaniczną od sugerowanej.

Amnezja spontaniczna jest pośrednio sugerowana. Ponieważ wielu hipnotyzowanych nieświadomie utożsamia hipnozę ze snem, uważają oni, że wydarzenia pod hipnozą mają być zapomniane.

Amnezja sugerowana jest efektem sugestii, że po zakończeniu hipnozy badany zapomni, co działo się w czasie transu. Większość autorów jest zgodna co do tego, że amnezję pohipnotyczną można uzyskać tylko u osób zahipnotyzowanych do stopnia głębokiego. Spontaniczna przejawia się u około 7% hipnotyzowanych, natomiast od 25% do 30% badanych poddaje się sugestii amnezji pohipnotycznej. Jest ona zjawiskiem odwracalnym. Może zniknąć spontanicznie lub pod wpływem odpowiedniej sugestii.

W tym miejscu nasuwa się pytanie, skąd wiemy, że zahipnotyzowaliśmy badanego i że zastosowana technika jest skuteczna.

Jak dotąd, nie udało się opracować metody, która jednoznacznie pozwoliłaby zróżnicować stan hipnozy od stanu czuwania czy też snu. Wiele kontrowersji budzą nie tylko metody pomiaru, ale nawet same wskaźniki hipnozy.

Dotychczas fakt zahipnotyzowania próbuje się określić na podstawie trzech wskaźników:

- 1) obserwowanych zmian w zachowaniu hipnotyzowanego,
- 2) wypowiedzi badanego relacjonującego swoje przeżycia,
- 3) rejestracji reakcji fizjologicznych występujących podczas badania.

Szeroko rozpowszechniony jest pogląd, że hipnoza to zjawisko pokrewne ze snem fizjologicznym. Dlatego też często za przejaw hipnozy przyjmuje się objawy narastającej relaksacji, będącej efektem sugerowania narastającego zmęczenia i senności. Pamiętać jednak należy, że nie jest to jedyna możliwa technika hipnotyzowania.

Orne (1959) opisuje hipnozę wywołaną przez sugerowanie podmiotowi: „Jesteś bardzo czujny, bardzo uważny, koncentrujesz się coraz mocniej na moim głosie, słyszysz każdy hałas” itd. Innym przykładem jest technika Hilgarda (1965), który indukował głęboką hipnozę u osób jadących na ćwiczebnym rowerze, działającą sugestycznie na prędkość jazdy.

Można także wywołać hipnozę poprzez sugerowanie na przykład narastania uczucia niepokoju, zimna, fascynacji itd. Przy zastosowaniu tych metod objawy relaksacji oczywiście nie występują.

Uwzględniając ograniczoną użyteczność samooceny faktu bycia zahipnotyzowanym, wielu eksperymentatorów poleca badanym, aby pod hipnozą, jeżeli tylko mogą, próbowali przeciwstawić się sugestiom. Np. przy sugestii: „nie możesz otworzyć oczu”, zadanie hipnotyzowanego polega na próbie ich otwarcia.

Oczywiście, eksperymentator zakłada, że badany nie kłamie, ma pozytywny stosunek do badania, a w czasie jego trwania nie symuluje. Podobne założenie stosuje się zresztą w większości badań psychologicznych.

Takie zasady oceny przyjęcia przez badanego sugestii powodują, że w dużym stopniu ma ona charakter subiektywny. Próbą jej obiektywizacji jest pomiar niektórych wskaźników procesów fizjologicznych. Najczęściej dotyczy to reakcji skórno-galwanicznej (RSG) i aktywności bioelektrycznej mózgu (EEG).

Badając reakcję skórno-galwaniczną, mierzymy przy pomocy psychogalwanometru opór, jaki stawia skóra przepływającemu słabemu prądowi elektrycznemu. Opór ten zmienia się w dość szerokim zakresie. Jest to efekt zróżnicowanego zwilżenia skóry potem. Pocenie się całego ciała służy regulacji równowagi termicznej organizmu. Tylko dłonie są wyłączone z tego procesu. Gruczoły potowe znajdujące się w dłoniach reagują jedynie na zmieniające się napięcie psychiczne. Dlatego też mierząc opór skóry na palcach możemy wnioskować o poziomie napięcia emocjonalnego. Szybkie zmiany w wielkości oporu są reakcją na konkretne bodźce emocjonalne. Natomiast powolne zmiany wynikają ze stopnia aktywności psychicznej badanego człowieka.

Psychogalwanometr pozwala śledzić zarówno krótkotrwałe (szybkie), jak i powolne zmiany w przewodnictwie skórnym. Powolny wzrost oporu skórnego przy sugestii relaksacji czy zapadania w sen świadczy o realizowaniu sugestii. Krótkotrwałe i szybkie zmiany w poziomie przewodnictwa skórnego przy sugestii wy-

wołującej emocje także świadczą o przyjęciu sugestii. Brak reakcji na sugestię lub reakcja odmienna od oczekiwanej świadczy o odrzuceniu podanych przez hipnotyzera sugestii. Takie zmiany u osób, które nie przeszły treningu w świadomym kierowaniu zmianami przewodnictwa, są trudne do zrealizowania bez rzeczywistego przyjęcia sugestii (Augustynek 1990).

Barabasz (1982), porównując zahipnotyzowanych i symulujących hipnozę stwierdził, że zahipnotyzowani mają znacznie wyższy opór skóry od symulujących hipnozę, a fluktuacje oporności podstawowej podczas transu u zahipnotyzowanych były znacznie mniejsze. Również reakcja na sugestie wywołujące emocje u zahipnotyzowanych była zdecydowanie słabsza.

Badanie elektroencefalograficzne służy w praktyce klinicznej do wykrywania uszkodzeń mózgu. Zdrowy mózg czuwającego dorosłego człowieka ma charakterystyczny dla siebie zapis. Składa się on wyłącznie z dwu typu fal: alfa (o częstotliwości około 8 na sekundę) i beta (o częstotliwości około 12 na sekundę). Pojawienie się innych fal: delta i theta świadczy o patologii badanego mózgu.

Każdy człowiek w stanie relaksacji i przy zamkniętych oczach ma indywidualną dla siebie proporcję fal alfa i beta. Otwarcie oczu lub intensywne myślenie powoduje blokadę rytmu alfa i w zapisie występuje wyłącznie rytm beta (Augustynek 1990).

Barber (1976) skorelował podatność na hipnozę z cechami zapisu EEG. Stwierdził, że bardzo podatni na hipnozę mają wysoki czas trwania fal alfa w stanie czuwania. Natomiast samo wprowadzenie w stan hipnotyczny, zdaniem znanych polskich naukowców, małżeństwa Jusów, nie wywołuje zmian w zapisie EEG. Rytm alfa, obecny w stanie czuwania, pozostaje także pod hipnozą. Podobnie zostaje zachowana reaktywność na bodźce, chyba że nastąpi sugestia o nieobecności wrażeń zmysłowych. Przy sugestii ślepoty można uzyskać brak blokady rytmu alfa po otwarciu oczu pod hipnozą. Przyjęta sugestia zapalenia się nieistniejącego źródła światła wywołuje natomiast blokadę tego rytmu. Sugestia relaksacji powoduje stopniowe narastanie czynności wolnej (rytm alfa). Sugestia zapadania w sen może wywołać pojawienie się wrzecion fal sigma, typowych dla snu fizjologicznego.

Z kolei Shor i Cobb w 1968 roku otrzymali zapis EEG zmieniający się zgodnie z treścią sugestii. Przy sugestii relaksacji dominował rytm alfa, po sugestii aktywności występował głównie rytm beta.

Wynik ten potwierdziło szereg badaczy, także ci, którzy równocześnie badali EEG, EKG, RSG oraz aktywność motoryczną przez aktogram i okulogram. Zarejestrowane u badanych zmiany w pełni były zgodne z treścią sugestii zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych. Te ostatnie, zdaniem autorów, są sygnałami to-

warzyszącymi aktywności hipnotyzera podczas hipnotyzowania. Informują hipnotyzowanego o oczekiwaniach i nastroju hipnotyzera. Specyfika reakcji interpersonalnej pomiędzy tymi osobami powoduje, że sygnały te w znaczny sposób mogą modyfikować wyniki badania.

Passos de Moraes (1979) przebadał 20 osób (18 studentów, lekarza i urzędnika). Badani najpierw wzięli udział w dwóch sesjach eksperymentalnych. Podczas pierwszej mierzono im podatność hipnotyczną (przy użyciu SHSS – A). W trakcie drugiej badano stopień analgezji hipnotycznej na ból wywołany trzymaniem ręki w wiadrze z topiącym się lodem. Natomiast EEG badanych rejestrowano najpierw w stanie czuwania, potem podczas indukcji hipnotycznej i wreszcie pod hipnozą po sugestii analgezji lewej ręki.

W stanie czuwania u wszystkich badanych wystąpił normalny zapis EEG. W trakcie indukcji hipnotycznej u 14 badanych dominował rytm alfa, u pozostałych w nieregularnym następstwie pojawiały się rytmy alfa i beta, jednak z wyraźną przewagą czasu trwania rytmu alfa. Natomiast u wszystkich badanych, po sugestii analgezji lewej ręki, jej zanurzenie w lodowatej wodzie nie blokowało rytmu alfa. Natomiast u 17 z 20 bodziec bólowy, działając na prawą rękę, wywołał desynchronizację rytmu alfa.

Bardzo obiecujące wyniki przyniosły badania Aładżałowej i Kamienieckiego z roku 1974. Wyróżnili oni następujące rodzaje procesów oscylacyjnych w aktywności bioelektrycznej mózgu:

- 1) rytmy rejestrowane elektroencefalograficznie, o częstotliwości powyżej 2 fal na sekundę (rytmy alfa, beta, delta, i theta),
- 2) nadzwyczaj powolne wahania potencjału o częstotliwości poniżej 2 fal na sekundę do około 1 fali na 40 minut (NPWP – to skrót nazwy rytmu),
- 3) rytm dobowy.

Pierwszy rodzaj procesów oscylacyjnych jest ogólnie znany. Drugi, czyli tzw. NPWP przybiera postać sinusoidy nałożonej na szybsze rytmy alfa lub beta. Funkcja NPWP polega na integrowaniu aktywności bioelektrycznej różnych struktur mózgu. Można ją zarejestrować przy pomocy specjalnie dostosowanego aparatu elektroencefalograficznego, którego pisaki rejestrują nie tylko oscylację, ale także zmiany podstawowego potencjału bioelektrycznego. Natomiast rytm dobowy jest odzwierciedleniem zmian w poziomie aktywności człowieka podczas dnia. Rejestruje się go analogicznie do NPWP.

Stan hipnotyczny autorzy za Płatonowem (1959) podzielili na trzy stadia:

- 1) somnolencji (relaksacja, znużenie, stan jeszcze niehipnotyczny),
- 2) hipotaksacji (płytką hipnoza),
- 3) somnambulizmu (głęboka hipnoza).

Autorów szczególnie interesowało zagadnienie specyfiki zmian w aktywności bioelektrycznej mózgu podczas przejścia ze stanu relaksacji w stan hipnozy.

Jeżeli chodzi o pierwszy rodzaj procesów oscylacyjnych, autorzy piszą tak: „Naszym zadaniem było zbadanie NPWP człowieka w procesie rozwoju u niego stanu hipnotycznego. Specjalną uwagę zwróciliśmy na problem, czy przejście od czuwania do stanu hipnotycznego jest stopniowe, czy zachodzi w sposób skokowy.

Stwierdziliśmy, że na początku seansu hipnotycznego, w stadium somnolencji, na powierzchni czaszki człowieka rozprzestrzeniony jest jednorodny, nadzwyczaj powolny rytm o częstotliwości 1–2 fal na minutę. W stadium katalepsji występuje rytm o częstotliwości 3–5 fal na minutę. Jest on również jednorodnie rozprzestrzeniony na całej powierzchni głowy. Przejście od stanu somnolencji do katalepsji charakteryzuje się nagłą transformacją NPWP, niejednorodną w różnych częściach mózgu. Dowodzi to, że hipnoza nie jest ani snem, ani czuwaniem. Na tle płynnie pogłębiającej się relaksacji na krótki okres czasu aktywizują się pewne struktury mózgu. Odnosimy wrażenie, że w okresie tym pracuje pewien mechanizm rozruchowy, włączający proces konieczny do przejścia w stan hipnotyczny. Wyrażna transformacja NPWP w tym okresie częściowo odzwierciedla działalność takiego mechanizmu.

Moment przejścia w stan hipnotyczny ujawnia dwie osobowości. Pierwsza to nagłość transformacji NPWP. Druga to, że jednorodny w stadium somnolencji obraz NPWP nagle zmienia się na różnorodny. Wskazuje to, że kiedy mechanizm rozruchowy hipnozy mobilizuje aktywność wielu struktur, każda część mózgu staje się w jakiejś mierze niezależna...”

Jeżeli wyniki Aładżałowej i Kamienieckiego potwierdzone zostaną w innych badaniach, to hipnoza uzyska nową obiektywną metodę pomiaru, a teoria hipnozy stanie przed problemem opisanego i wyjaśnienia jej w kategoriach stanu różnego zarówno od czuwania, jak i snu. Na razie brak jednak doniesień o takich badaniach.

Natomiast nie ulega wątpliwości, że nawet na aktualnym poziomie wiedzy EEG stanowi cenną metodę w pomiarze hipnozy. Warunkują to dwa odkrycia:

- 1) zgodność zmian w zapisie z treścią sugestii,
- 2) związek rytmu alfa z podatnością na hipnozę.

Robinson i Berridge w 2001 roku opublikowali pracę, w której omówili nową metodą poznawania przebiegu fizjologicznych zjawisk charakterystycznych dla hipnozy. Jest nią obrazowanie pracy mózgu przy pomocy pozytonowej emisji (rezonans magnetyczny).

Przykładowo badanie przeprowadzone w Ontario McMaster University przy pomocy tej metody pozwoliło stwierdzić, że u osób cierpiących na przewlekły ból nowotworowy i poddanych w hipnozie sugestii znieczulenia przednia część zakrę-

tu obręczy (obszaru odpowiedzialnego za odczuwanie bólu) wykazywała istotne zmniejszenie aktywności. Nie stwierdzono natomiast, by hipnoza wpływała na pobudzenie kory czuciowo – ruchowej, gdzie zachodzi przetwarzanie czucia bólu (Diamond, Davis, Howe 2008).

Natomiast (Paper 2008), analizując aktywność mózgu pod hipnozą, doszedł do wniosku, że jest to stan odmienny zarówno od czuwania, jak i snu. Zbliżony jest raczej pod względem mapy aktywności poszczególnych ośrodków mózgu do stanu ekstazy.

Jak dotąd jednak badania takie mają charakter przyczynkowy i dopiero w przyszłości mogą doprowadzić do poznania biologicznych podstaw hipnozy.

Rozdział V

Krótką historia hipnozy

Obrzędy starożytne i orientalne

Początków stosowania technik zbliżonych do współczesnej hipnozy możemy jedynie pośrednio poszukiwać w różnych źródłach historycznych. Podobno 3000 lat p.n.e. kapłani babilońscy w trakcie swoich praktyk mistycznych zapadali w „sen święty”, podczas którego osiągnęli odporność na ból i zdolność do absolutnego skupienia uwagi (Völgyesi 1967).

W najdawniejszych pomnikach piśmiennictwa staroindyjskiego, znajdują się zapisy o sekcje ascetycznej joginów. Jeden z takich rękopisów, pochodzący z XVIII wieku p.n.e. przetłumaczył z sanskrytu i wydał N. Walter w 1893 r. Można tam przeczytać, że za pomocą odpowiednich praktyk członkowie sekty wprowadzali się w stan zupełnego odrętwienia. Oderwani od świata zewnętrznego, pogrążeni w obcowaniu z bóstwem, nie reagowali nawet na najsilniejsze bodźce. Ciało ich stygło i sztywniało. Oddech i akcja serca stawały się niewyczuwalne. Ten stan (letargu) mógł trwać przez wiele miesięcy, które jogin spędzał w maleńkiej celi pustelniczej, w niewygodnej pozycji, bez pożywienia, wody i światła. Zdarzało się także, że takiego pustelnika zakopywano na czas ściśle określony do grobu. Odkopany powoli wracał do życia (Augustynek 1996).

I nie są to baśnie z zamierzchłej przeszłości. Do dziś sekty takie przetrwały. A prawie cały świat ogarnęła moda na filozofię i trening wzorowany na praktykach indyjskich.

Również z XVIII wieku p.n.e. pochodzą przekazy chińskie. Wynika z nich, że ludzie podczas obrzędów religijnych śpiewając i tańcząc w rytm dzwonów i bębnów,

zapadali w trans. Mieli konwulsyjne ruchy mięśni całego ciała. Doznawali wrażenia, że obcują z duchami zmarłych lub słuchają głosu boga (Orłowski 1992).

U Fenicjan prorocy sydońscy z Baal wywoływali przez cały dzień imię boga. Skakali wokół ołtarza i cięli się nożami, aż krew z nich tryskała. Po zapadnięciu w trans wypowiadali przepowiednie. Ich mięśnie były napięte, kończyny sztywne (I Księga Królów, 18: 26–29).

Natomiast Celtowie starożytnej Brytanii udoskonaliли swoje obrzędy i doprowadzili je do stopnia najwyższej doskonałości. Ich kapłani, druidzi, znali zasady wywoływania hipnozy i prowadzenia hipnoterapii, a praktyki te wyglądały następująco:

Wierny kładł się na wygodnym posłaniu. Czterech druidów śpiewało nad nim, aż zapadł w pełny trans. Ukazywały mu się wtedy wizje, na przykład osoba, która ma być wybrana na króla. Jest bardzo prawdopodobne, że w tej sytuacji druidzi uciekali się do odpowiedniej sugestii. Hipnoterapia druidów pozwalała im u chorych zmniejszyć ból, wywołać zapomnienie. Także, gdy córka, syn czy żona byli podejrzani o kłamstwo, mogli być na żądanie ojca lub męża wprowadzeni w trans, by wyznać całą prawdę (Augustynek 1996).

Najdokładniej znamy jednak praktyki wykonywane w starożytnym Egipcie. Niejednokrotnie zdumiewa ich dojrzałość i fakt, że nie straciły na aktualności i dziś. Dlatego poświęcę im nieco więcej miejsca. Hipnozę, zwaną wtedy „snem świętym”, wywoływano w świątyniach Serapisa. Było ich w Egipcie 42. Budowano je w miejscach z dobrym klimatem, pięknymi widokami, często przy naturalnych źródłach wód mineralnych. Otoczone były gajami, basenami, posągami marmurowymi i fontannami. Wstęp do świątyń mieli tylko chorzy. Umierających jednak nie przyjmowano, ponieważ nie wolno było umierać w obrębie świątyń. Pierwszym warunkiem przyjęcia była uroczysta przysięga posłuszeństwa. Gdy chorzy odbyli trzydniowy post, kapłani oprowadzali ich po salach świątyni, okazując im liczne pamiątki wyzdrowień, składane przez wdzięcznych pacjentów w kształcie tzw. wotów. Następnie odbywano modły i śpiewy religijne (Moll 1904).

Po tym chorzy, celem ubłagania bóstwa, składali ofiary ze zwierząt: wołów, kóz, kur – co kto mógł. Zwierzęta te palono, a skóry z nich zachowywano.

Przed dopuszczeniem do „snu świętego” chorzy musieli się jeszcze wykapać i wysmarować specjalnymi olejkami. W niektórych świątyniach używano do tego celu maści bursztynowej, po której jeszcze raz obmywano, okadzano i dopiero z wieńcami na głowach, przebranych w czyste, białe szaty wprowadzano chorych do świątyni.

Uspianie chorych odbywało się na skórkach zwierzęcych lub wyjątkowo we wspaniałym łożu, na którym poprzednio zasypiała kapłanka, jasnowiedząca świątyni. Uspianie odbywało się przeważnie w ciszy nocnej i zupełnej ciemności.

W czasie snu chorzy sami określali naturę swojej choroby, przepowiadali nieraz swoją śmierć albo też środki, które mogą ich uleczyć. Z tym, że jak to wynika z tamtych źródeł, przepowiednie chorych często się nie sprawdzały (Moll 1904).

Do naszych czasów dotrwał opis dwu cudownych uzdrowień w aleksandryjskiej świątyni Serapisa. Dwaj biedacy, z których jeden był prawie ślepy, a drugi miał rękę sparaliżowaną, przepowiedzieli sobie we śnie, że mogą być uleczeni, jeżeli cesarz Wespazjan (Egipt był już wtedy pod panowaniem rzymskim) jednemu z nich śliną przetrze oczy, a drugiego nogą podepcze. Podczas pobytu Wespazjana w Aleksandrii chorzy ci zaczęli go błagać o spełnienie tej przepowiedni. Wespazjan, jako człowiek przezorny wezwał najpierw najślawniejszych lekarzy, by orzekli, czy w ogóle wyleczenie tych chorych jest możliwe. Opinie, jak zwykle w takich sytuacjach, były sprzeczne. Cesarz zdecydował się jednak w końcu na próbę, która przy ogromnym audytorium zakończyła się powodzeniem (Völgyesi 1967).

To, że starożytni kapłani znali wpływ sugestii, jest faktem bezspornym. Oczywiście, nadawali jej mistyczne znaczenie, obudowywali ją odpowiednim rytuałem. Uważali np., że tylko pewne słowa (zaklęcia) posiadają boską moc. Galien pisze, że Egipcjanie i Persowie opisując właściwości ziół dodawali do opisu pewne magiczne formuły, mające siłę lekarstwa nadzwyczajnie wzmocnić. Dobra recepta egipska składała się zawsze z dwóch formuł: magicznej i lekarskiej. Na przykład do środka wymiotnego trzeba było dołączyć następujące zaklęcia: „duchu, który mieszkasz w brzuchu N, syna matki X, o ty, którego ojciec nazywa się zbijającym głowy, którego imię śmierć, którego imię jest samiec śmierci, którego imię jest wyklęty na wieczność” (Augustynek 1990 b).

Aby usunąć ból głowy, dosyć było wypowiedzieć cztery razy następujące zaklęcia: „Przód głowy należy do boskich szakali, tył głowy jest prosięciem, Ra. Umieść je na ogniu, gdy wychodzące z nich humory osiągną nieba, spadnie z nich kropla krwi na ziemię”.

Tego typu obrzędów nie należy uważać za irracjonalne. Współczesna praktyka eksperymentalna wykazuje bowiem, że odpowiednia atmosfera wytworzona przez terapeutę znacznie podnosi skuteczność terapii.

Kapłani egipscy stosowali sugestię nie tylko do celów medycznych, ale także w praktykach religijnych. Wtedy to sami siebie wprowadzali w trans. Sposób, w jaki to robili, jest znany i polegał na przebywaniu w samotności, poszczeniu oraz powtarzaniu rytualnych modlitw przez 40 dni. Następnie przy akompaniamencie rytmicznego dźwięku bębnów i w towarzystwie licznych widzów tańczyli aż do chwili, gdy padli na ziemię w pełnym transie. Podczas obrzędów niektórzy widzowie również zapadali w trans nawet, jeżeli sami nie tańczyli. Cechą transu było zniesienie wrażliwości na ból. Pokazuje to praktyka obrzędu „dozeh”, tzn. ceremonii, w czasie której

koń z jeźdźcem tratuje ciała wiernych. Ci, którzy nie byli w transie, niejednokrotnie ginęli bądź byli ciężko ranni. Natomiast ci, którzy go osiągnęli, nie czuli bólu i po ceremonii podnosili się natychmiast, aby brać udział w procesji.

Trans, jaki uzyskiwali kapłani egipscy, nadawał się również do szeregu praktyk mistycznych (przepowiadania przyszłości i nawiązywania bezpośredniego kontaktu z bogiem). W Egipcie bóstwa dawały odpowiedzi na zadane pytania przez usta medium, które kapłani pogrążali w „śnie świętym”. Z czasem praktyki te rozwinęły się i powstały wyrocznie np.: Pytia Delficka i Sybilla. Odgrywały one olbrzymią rolę w życiu prywatnym i społecznym.

Do dziś dotrwał oryginalny materiał na ten temat, a pochodzący z tamtych czasów. Jest nim list „Porphirii Epistola do Anebonem Aegyptionema”. W liście tym Porfiriusz zapytuje Aneba o wyjaśnienie tajemnic jasnowiedzenia i przepowiadania. W odpowiedzi Aneb pisze: „... Przy zbliżaniu się boskiego jasnowiedzenia głowa zaczyna się pochylać i oczy mimowolnie zamykają się. Jest to stan pośredni między snem i czuwaniem. W zwykłym śnie śpimy całkowicie i nie wiemy, co się dookoła dzieje. Jeżeli jednak sen od boga pochodzi, wtedy właśnie nie śpimy, rozróżniamy dokładnie wszystkie przedmioty, często nawet znacznie wyraźniej niż na jawie. I wtedy od ciała kapłanki odrywa się boska część jej duszy. Najwyższym poziomem ekstazy jest stan, w którym ta część duszy łączy się wprost z bogiem i osiąga tym samym najwyższą wiedzę” (Völgyesi 1967).

Jest tam i opis, w jaki sposób dochodzono do snu świętego. Przepis Orfeusza (według legendy pierwszego greckiego wychowanka kapłanów egipskich) jest następujący: „Wstrzymaj trzykrotnie oddech aż do osłabnięcia i bezustannie wymawiaj święte słowo „Aum”, następnie głęboko zaciągnij się dymem z ogniska świętego” (Augustynek 1990 a).

Istnieje szereg dokumentów na to, że około IV w. p.n.e. i przez pięć wieków później wśród Greków rozwijał się kult Asklepiosa (imię greckie), a następnie Eskulapa (imię rzymskie). Świątynie Asklepiosa były zorganizowane dokładnie na wzór egipski. Stosowano tam również podobne metody leczenia. Duży rozgłos uzyskały w tamtych czasach świątynie na wyspach: Kos, Knidos i Eupidauros. Obsługiwane były przez rzekomych potomków Asklepiosa. Z relacji Filostratesa wiemy, że Apoloniusz z Tyany, jeden z kapłanów Eskulapa, zyskał sobie boską sławę dzięki swym cudownym uzdrowieniom dokonanych poprzez przykładanie rąk do chorych miejsc. Gdy w 96 r. n.e. zmarł, postawiono mu w Tyanie świątynię (Zelveder 1971).

Cechą świątyń, zarówno egipskich czy greckich, jak rzymskich, był ich pełny demokratyzm (niewątpliwie zupełnie tak jak obecnie polskiej, publicznej służbie zdrowia finansowanej przez NFZ). Każdy, nawet najbiedniejszy, dręczony bólem

czy lękiem mógł tam znaleźć ucieczkę od strapień swojego życia. Wyznaczony kapłan wysłuchiwał jego skarg, a następnie rozpoczynano opisaną już czynności rytualne. Chorego żywiono, kąpano, masowano, dawano niezbędne lekarstwa, stosowano okłady i lewatywy. Wszystko to w miarę potrzeb, niezależnie od ofiarowanego zwierzęcia lub „vota”. Nie znamy zakresu, w jakim Grecy stosowali przy leczeniu sugestię. Wiemy tylko o ich sukcesach na tym polu. W Papirusie Ebersa opisano przypadki usunięcia bólu w czasie operacji chirurgicznej (Orłowski 1902).

Od Średniowiecza do czasów nowożytnych

Granice czasowe średniowiecza nie są ściśle ustalone. Najczęściej jako początek tej epoki przyjmuje się rok 476, w którym doszło do rozpadu cesarstwa rzymskiego. Natomiast za koniec średniowiecza uważa się najczęściej upadek Cesarstwa Bizantyjskiego w 1453 roku.

Nazwa epoki została wprowadzona jeszcze w samym średniowieczu przez chrześcijan uważających czasy, w których żyli, za interwał między pierwszym a drugim przyjściem Chrystusa.

W epoce tej nastąpiło odwrócenie zainteresowań od zagadnień świeckich, doczesnych. Jednak i w tej epoce możemy doszukać się szeregu zjawisk pokrewnych hipnozie. Przykładowo w niektórych zakonach o niezwykle surowych regułach (np. u Taskodrugitów w pierwszych latach ery chrześcijańskiej lub Omphalopsychików z XIV wieku, a nawet u Kwietystów z XVII stulecia) zakonników obowiązywało bezwzględne wyrzeczenie się wszelkich spraw doczesnych. Pograżeni w modlitwach i rozmyślaniach mistycznych dochodzili do stanu całkowitego odrętwienia. Spędzali całe dni bez pożywienia, ruchu, ze wzrokiem utkwionym w jednym punkcie. Stan ten był zbliżony do stanu pozornej śmierci fakirów. A droga do niego prowadziła poprzez autosugestię, a najprawdopodobniej nawet poprzez autohipnozę. Wymagało to podporządkowania wszystkiego nadrzędnej celowi. Efekt ten jedni nazywają nirwaną, drudzy katatonią. Pierwsi do tego dążą. Drudzy to leczą (Augustynek 1996).

Istniały w tamtym okresie także inne zjawiska pokrewne hipnozie: odporność na ból oraz zbiorowe uleganie sugestii. Przeglądających dzieje prześladowań politycznych i religijnych zdumiewa nieraz niesłychana wytrzymałość na ból torturowanych. Nie ulega wątpliwości, że był to efekt niezłomnego postanowienia niewyjawiania swojej tajemnicy. Nieraz z wyrazem natchnienia na twarzy, często z pieśnią na ustach ginęły ofiary fanatyzmu religijnego i politycznego (Orłowski 1902).

W pracy z 1629 r. L. Charpignon (Orłowski 1902) cytuje ciekawy ustęp z dzieła o sekretach magii naturalnej i kabalistycznej. „... Złoczyńcy tak ufali środkom tajemnym, które ich czyniły nieczułymi na tortury, że oddawali się dobrowolnie w ręce władz, aby oczyścić się z podejrzeń. Jedni używali do tego pewnych wyrazów wypowiedzianych szeptem, inni talizmanów, które starali się ukryć przy swoim ciele. Jeden podsądny zadziwił wytrzymałością na ból. Po torturach zasypiał spokojnie, a w czasie ich trwania nie wydał z siebie ani razu jęku. Gdy wyrafinowane tortury (buty hiszpańskie, kliny, rozpalone żelazo) powtórzono trzy razy, on pozostał bez ruchu, jak posąg marmurowy. Kazało to przypuszczać, że ma jakieś zakłęcie. Aby to wyjaśnić, rozebrano go do naga i obszukano. Nie znaleziono nic oprócz małego skrawka papieru z wizerunkiem trzech królów i z napisem na odwrocie: „O gwiazdo, któraś trzech magów przed prześladowaniem Heroda ochroniła, zbaw mnie od wszelkich męczarni”.

Skrawek ten był wsunięty w lewe ucho. Pomimo że odebrano go złoczyńcy, on pozostał dalej nieczuły na tortury, gdyż podczas nich stale szeptał zakłęcia z tej karteczki.

Zdaniem inkwizytorów był to „czar milczenia” pochodzący od sił nieczystych...”.

W XVI i XVII wieku dochodzi w wielu krajach do istnej epidemii satanizmu. Wydano jej walkę zaciekle. Była jednak daremna. Królestwo szatana rozrastało się i rozlewało coraz szybciej. Jedni dla celów doczesnych, inni dla uzyskania władzy nadprzyrodzonej zawierali przymierze z diabłem. Byli to czarnoksiężnicy i czarownice. Innych chwycił demon przemocą lub podstępem. Rozszarpywał odzież, wdrażał się w ciała, zostawiał stygmaty, wykrzywił twarze, rzucał w konwulsjach na ziemię, wypowiadał ich ustami bluźnierstwa. Inkwizycja tępiła ich bez litości. Tratowano kołami, rozszarpywano końmi, palono na stosie. Współcześnie oblicza się, że liczba ofiar sięgała kilkuset tysięcy. Wsie i miasta równano z ziemią (Moll 1904).

Najczęstszą postacią nawiedzenia był opętańczy taniec. Ludzie trzymając się za ręce tworzyli koło, tańczyli i śpiewali. Stopniowo ogarniało ich coraz większe uniesienie, a w końcu ekstaza. Przystawali wtedy reagować na jakiegokolwiek bodźce przeżywając barwne wizje.

Na podstawie istniejących przekazów można uznać, że takie masowe nawiedzenie zaczęło się w 1237 roku, gdy trans ogarnął ponad sto dzieci, następnie występowało nieprzerwanie aż do roku 1864, gdy masowe nawiedzenie przez szatana wystąpiło po raz ostatni na Madagaskarze (Moll 1904).

Teraz wiemy, że ci wieszani, paleni, torturowani byli jedynie osobami chorymi psychicznie. Jedni na padaczkę (atak epileptyczny był jednoznacznym dowodem kontaktów z diabłem), inni na nerwice histeryczne. Wielu ulegało wszechobec-

nej sugestii walki z piekłem. Zaczynali czuć, że coś się w nich zmienia. Uważali, że są opętani. Popadali w panikę, a dalej już prostą drogą zwiększali zastępy nawiedzonych.

Prekursorzy Mesmera

Począwszy od XVI wieku wielu filozofów próbuje uchylić rąbka tajemnicy zakrywającej przyszłość. Opierając się na tekstach greckich szukają związku losów ludzi z położeniem gwiazd na niebie. W tym kierunku poszedł w swoich rozważaniach profesor Uniwersytetu w Bazylei, słynny lekarz Teophrastus Paracelsus (1493–1541). Uważany był przez jednych za geniusza, a przez innych za oszusta. Stworzył teorię, której pokłosie w formie horoskopów istnieje (nawet przeżywa swój renesans) do dziś.

T. Paracelsus uważał, że fluid astralny emanowany przez gwiazdy i planety stanowi łącznik między ludźmi. Każdy organizm wywiera na inne organizmy działanie przyciągające lub odpychające. W pewnych warunkach człowiek może siłą swojej woli wywołać u osób, z którymi wchodzi w kontakt, zmiany nie tylko duchowe, ale także cielesne. Właściwości człowieka są ściśle zdeterminowane położeniem ciał niebieskich w momencie urodzenia.

Paracelsus w terapii różnych schorzeń używał snu wywołanego przez wpatrywanie się chorego w kryształową kulę. Następnie przy pomocy ruchów swoich rąk, wzdłuż ciała chorego starał się uporządkować jego fluid wewnętrzny.

Popularność Paracelsusa spowodowała, że znalazł wielu naśladowców leczących głaścieniami dłoni. Szczególnie skutecznie robił to Valentino Greatrakes z Affane w hrabstwie Waterford (Irlandia) około połowy XVII wieku. Tysiące chorych z całej Europy przybywało leczyć się u „mistrza głaśkania” (Orłowski 1902).

W 1646 roku opublikował swoją książkę Atanazy Kircher (1601–1680), jezuita niemiecki, matematyk, a zarazem gorący przeciwnik Roberta Fludda, propagującego teorię mistycznego tła wszystkich schorzeń. A. Kircher dowodził, że istnieje naturalna siła odpowiedzialna za powstanie chorób i ich leczenie. Siłę tę nazywał „magnetyzmem zwierzęcym”. Pojmował ją jako łącznik ustanowiony przez Boga pomiędzy wszystkimi jego tworem. Kircher też jako jeden z pierwszych demonstrował doświadczenia z zakresu hipnozy zwierząt (efekt kataleptycznego zniechęmienia kury, nazwany przez niego „oczarowaniem kury”) (Augustynek 1990).

Teorię Kirchera rozwijało wielu znanych lekarzy (m.in. J. Maxwell i J. Gassner). Pod wpływem idei Kirchera J. Maxwell rozwinął około 1665 roku teorię

magnetoterapii. Jego zdaniem wszystkie żywe organizmy emitują ze swoich dusz promieniowanie. Pochodzi ona z istoty samego życia, uniwersalnej substancji, łączącej wszystko, co żyje. Występuje ona także w wydalinach organizmów. Można nią skutecznie leczyć. Z tej to teorii wywodzi się między innymi urynoterapia. Do dziś gdzieś tam propaguje się przykładanie moczu, względnie kału, do ran lub bolących miejsc, a nawet do ich spożywania przy chorobach wewnętrznych. Jak uważał Maxwell, choroba może być przenoszona z jednej osoby na drugą przez dotknięcie lub za pośrednictwem przedmiotów. Pamiętajmy, że działał on w drugiej połowie XVII wieku i wiele lat jeszcze musiało minąć do odkryć Pasteura. Na gruncie tej teorii ponad sto lat później powstała słynna teoria magnetyzmu zwierzęcego F.A. Mesmera.

Dużo dawnych teorii i praktyk dotrwało, często oczywiście w zmodyfikowanej postaci, do dzisiaj. Dotyczy to nie tylko plemion prymitywnych (np. aborygenów), ale i ludzi z krajów rozwiniętych. Popularne są horoskopy (konfiguracja gwiazd i planet ma mieć wpływ na naszą osobowość, pomyślność i zdrowie).

Stosuje się nadal egzorcyzmy. W 2008 roku 30 km na wschód od Szczecina w miejscowości Poczernin zostanie wybudowane kościelne centrum egzorcyzmów. Wiele współczesnych nurtów psychoterapii, szczególnie psychoanalitycznej, swe korzenie ma w tamtych czasach i poglądach.

Franz Anton Mesmer. Ojciec hipnozy, psychoterapii i medycyny niekonwencjonalnej (bioenergioterapii)

Wśród historyków hipnozy istnieją kontrowersje, od kiedy rozpoczyna się historia naukowych badań hipnozy. Zdaniem wielu z nich okres ten zapoczątkował F.A. Mesmer (1734–1815).

Tak na przykład pisze o nim Chertock (1969, s. 16): „Mesmer pierwszy wiedział już o istnieniu zjawiska hipnozy, ale nad nim się nie zatrzymał. Chciał pozostać w dziedzinie fizjologii. I w nim można widzieć inicjatora kierunku fizjologicznego wyjaśniania hipnozy”. Z kolei Wolberg (1975) twierdzi: „Mesmer nie jest autorem określenia hipnoza ani jej koncepcji. Zapożyczył je z prac wielu autorów żyjących przed nim”. Ponadto większość prac część poświęconą historii hipnozy rozpoczyna od Mesmera.

Są to dla mnie zaskakujące stwierdzenia, gdyż Mesmer, moim zdaniem, nigdy hipnozy nie stosował, a w jego teorii nie było w ogóle miejsca dla zjawisk psychologicznych. Postaram się to udowodnić.

Franz Anton Mesmer, syn dworskiego myśliwego, urodził się w 1773 roku w małej austriackiej wiosce Isnang. Początkowo przygotowywał się do stanu duchownego w jezuickim gimnazjum. Po jego ukończeniu zmienił plany i studiował w Uniwersytecie Wiedeńskim prawo, filozofię, teologię a następnie medycynę. Pisał on w swoich pamiętnikach, że przyczyną tej zmiany było pewne wydarzenie. Mając 19 lat był obecny przy tym, jak jednemu z drwali drzewo zmiażdżyło nogę. Gdy przesuwiał ręką ponad raną, ta przestawała krwawić (Augustynek 1996).

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał na Uniwersytecie Wiedeńskim w roku 1766 za pracę pt. „Disseratio Physico – Medica de Planetarum Influxu”, w której zajął się fizycznymi efektami wywoływanymi w ciele ludzkim przez siły grawitacji planet (zwłaszcza Słońca i Księżycy, które ówczasie określano mianem planet). Zafascynowany odkryciami Newtona (prawa grawitacji i teoria pływów), twierdził, że w atmosferze istnieją pływy powodowane przez te same siły grawitacyjne, które są źródłem odpływów i przyptyków morskich. Dwukrotnie w ciągu doby powietrze jest przyciągane do góry i ta okresowa zmiana musi wpływać na ludzkie ciało. Zarówno pływy morskie, jak i powietrzne są silniejsze w okresach pełni Księżycy (Mesmer 1766; cytowane za: Ravitz 1962).

Jednak nie są to oryginalne pomysły Mesmera. Idea pływów atmosferycznych była centralnym tematem pracy Meada (1704) „De imperiosolic ec lunae in corpora humana et morbis inde oriundis”. Mead dowodził w niej, że pływy atmosferyczne wywołują zmiany w grawitacji, elastyczności i ciśnieniu i że zmiany te wpływają na ludzkie ciało zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Mead przytoczył też opisy przypadków cyklicznych zmian w przebiegu chorób w zależności od różnych faz Księżycy.

Dysertacja Mesmera była w dużym stopniu plagiatem pracy Meada. W części teoretycznej skopiował jej obszernie fragmenty. W części klinicznej przejął aż 22 z 23 opisanych przypadków. Do też Meada Mesmer dodał jednak kilka też własnych. Uważał, że wpływ grawitacji na ciało ludzkie może być bezpośredni, niemodulowany przez właściwości powietrza. Za pośredni dowód tego twierdzenia przytaczał fakt wyższego poziomu soków w roślinach podczas pełni Księżycy. Siłę tę nazywał za Meadem grawitacją zwierzęcą (Ravitz 1962).

W 1774 r. Mesmer zaczął leczyć ludzi, przykładając do ciała magnesy dostarczane przez ich wytwórcę, Maximiliana Hella (1720–1792), jezuitę, astronoma w wiedeńskim obserwatorium. Po osiągnięciu dobrych rezultatów z innymi pacjentami Mesmer zaczął opisywać swoją metodę, twierdząc, że w swojej pracy doktorskiej nazwał „tę właściwość ciała zwierzęcego, dzięki której ma miejsce powszechne przyciąganie: *gravitas animalis* albo *magnetismus animalis*”. Twierdzenie to nie jest całkowicie prawdziwe, bo określenie *magnetismus* pojawia się w tej pracy tylko raz, w długim

zdaniu będącym prawie cytatem. W późniejszych pracach Mesmer nigdy nie użył terminu *gravitas*, posługując się terminem „magnetyzm zwierzęcy”.

Mesmer wierzył, że magnes leczy choroby wytwarzając w ciele „sztuczny przypływ i odpływ”, a także korygując nierównomierne rozłożenie fluidów nerwowych i ich pomieszany ruch, a więc prowadząc do „harmonii nerwowej”. Pacjent odczuwał efekt działania magnesu tylko w tej części ciała, w której harmonia była zakłócona. W momencie przykładania magnesów pacjenci dostawali przeważnie konwulsji. Mesmer był pod wrażeniem relacji swych pacjentów, w których opisywali oni falujące doznania bólowe przesuwające się z miejsca na miejsce. One to stały się podstawą jego wiary w „sztuczny przypływ i odpływ” tworzony przez magnes (Ravitz 1962).

Pacjenci doświadczający takich doznań i ataków, (które przeważnie wywoływały lęk u obserwatorów) po prostu poddawali się pośrednim i bezpośrednim sugestiom. W sytuacji, gdy parę lat później członkowie królewskiej komisji lekarskiej sprawdzając „magnetyzm zwierzęcy”, potajemnie zastępowali magnes stalowy przedmiotem o podobnym kształcie, ale drewnianym, pacjenci zachowywali się identycznie. Nie zostało to nigdy zaakceptowane przez Mesmera, który odrzucał wszystkie psychologiczne aspekty procesu leczenia przy użyciu magnetyzmu zwierzęcego. Dla niego efekty te były skutkiem procesu fizycznego. Jeżeli okazywało się, że pacjent reagował w równym stopniu na ludzi, filiżanki, chleb, drewno, które zostały dotknięte przez magnes, to uważał, że energia magnetyczna została tym obiektom przekazana. Ludzie, jego zdaniem, różnili się znacznie w swej zdolności gromadzenia magnetyzmu. Niektóre osoby absorbowały go bardzo dobrze, gdy inne w ogóle nie wchłaniały magnetyzmu.

Pod koniec 1775 r. Mesmer prawie zupełnie zaniechał używania magnesów, ponieważ zauważył, że wystarczy głaskać ciało pacjenta lub wykonywać nad nim ruchy (tzw. *passy*), by spowodować takie same konwulsje i doznania. Wierzył, że w ten sposób przekazuje własny magnetyzm zwierzęcy swym pacjentom i że ta jego siła może być też magazynowana w różnych obiektach, jeżeli on ich dotknie. Obiekty te mogły z kolei przekazywać magnetyzm zwierzęcy pacjentom (Augustynek 1996).

W 1777 r. Mesmer prowadził terapię (prawdopodobnie również romansował) 18-letniej Marii Theresy Paradis, która oślepla w wieku trzech lat. Zabrał dziewczynę do swego domu i wkrótce zapewnił, że uważana za nieuleczalną ślepotą dziewczyny została wyleczona. Początkowo lekarze zgadzali się z Mesmerem, ale w końcu kilka największych autorytetów wiedeńskiej medycyny zaprzeczyło, jakoby dziewczyna odzyskała wzrok. Jeśli nawet dziewczyna chwilowo odzyskała

wzrok (co jest wątpliwe), to utraciła go ostatecznie i do końca życia pozostała niewidoma (Basford 2001).

Gdy Mesmerowi nie udawało się wyleczyć chorych, tłumaczył to tym, że w ciałach niektórych ludzi występuje nieokreślona siła neutralizująca, przeciwstawiająca się magnetyzmowi zwierzęcemu.

Jednak nie teoria była głównym osiągnięciem Mesmera, lecz jego metoda leczenia a także jej oprawa. W prowadzonej indywidualnie terapii chorego umieszczano w dużym cebrzyku wypełnionym wodą, opiłkami żelaza, butelkami i kawałkami drewna. Następnie przykładano choremu metalowe pręty do bolących miejsc. Zabiegi te Mesmer wykonywał w długiej jedwabnej szacie. Otoczenie cebrzyka było bogato udekorowane, słychać było też spokojną muzykę (Mesmer, przyjaciel Mozarta, wślawił się także tym, że używał podczas seansów oryginalnych, skonstruowanych przez siebie instrumentów: szklanej harmonijki i szklanego bębna, a sam W.A. Mozart napisał na zamówienie dr F.A. Mesmera, utwór *Bastien und Bastienne*, który został wykonany przez zespół kameralny w 1768 roku na terenie posiadłości F.A. Mesmera) (Moll 1904)

Na ogół kilka seansów wystarczyło do uzyskania wyraźnego efektu. Wielu pacjentów twierdziło wręcz, że widzieli wypływające z rąk i z oczu Mesmera fluidy, które następnie wnikały w ich ciała; nie byli jednak zgodni, co do koloru. Jedni twierdzili, że były białe, inni, że czerwone, jeszcze inni, że niebieskie. Natomiast do Mesmera płynął obfity potok złota i sławy.

Metody, jakimi posługiwał się Mesmer, miały nawet w tamtych latach posmak herezji. A gdy zajął się on jeszcze okultyzmem i na dodatek ożenił się z bogatą wdową, reakcje lekarzy używających tradycyjnych metod stały się tak ostre, że w efekcie doprowadziły do wyjazdu Mesmera z Wiednia, nie była to jednak ucieczka jak w wielu publikacjach się twierdzi, lecz zmiana miejsca działania.

Po przykrych przejściach związanych z leczeniem panny Paradise cesarzowa Austrii poprosiła go o zaniechanie praktyki. Mesmer jeszcze przez 6 miesięcy przebywał w Wiedniu, spędzając czas wraz ze swoją żoną na niekończących się balach w ich nowo wybudowanym pałacu (co pochłonęło prawie całą fortunę jego małżonki). Gdy w końcu wyjechał z Wiednia do Paryża, otrzymał od ministra spraw zagranicznych listy polecające adresowane do królowej Francji i ambasadora Austrii w Paryżu. Po przyjeździe do Francji od razu zwrócił się do króla Ludwika XVI o podarowanie mu jednego z zamków, aby mógł w nim leczyć pacjentów (Ravitz 1962).

Mając czterdzieści pięć lat zamieszkał w Paryżu i zdobył od razu dużą popularność. Leczenie u niego stało się wręcz modne.

Wzrastająca liczba pacjentów skłoniła Mesmera do wprowadzenia terapii grupowej. Zabiegi wykonywano w obszernym holu, którego okna były zasłonięte grubymi kotarami. W środku stała słynna baigne – otwarta wanna wysokości jednej stopy, tak duża, że mogło stać wokół niej trzydziestu pacjentów. Napełniona była wodą, w której znajdowały się opiłki żelaza, zmielone szkło, butelki. Wszystko to było ułożone w tajemniczy wzór. Wanna częściowo zakryta była drewnianymi deskami z otworami, przez które przechodziły połączone ze sobą żelazne pręty. Pacjenci przykładali te pręty do chorych miejsc. W czasie zabiegu pacjentów obowiązywała absolutna cisza. W odpowiednim momencie zjawiał się Mesmer i przechodząc koło pacjentów „ujarzmiał” ich wzrokiem, przesuując równocześnie dłońmi po ich ciałach i dotykając ich długą żelazną laseczką (Augustynek 1996).

Mesmerowi udało się zjednać tylko jedną ważną osobę z kół lekarskich, Charlesa d’Elson’a, brata lekarza królewskiego. D’Elson, na zmianę współpracujący i spierający się z Mesmerem, w późniejszym okresie założył własną klinikę leczącą magnetyzmem. Namówił on Mesmera do napisania książki (*Memoirre de sur la decouverte du Magnetisme animal*), która ukazała się ostatecznie w 1779 r. i była głównie opisem jego trudności, wrogich mu intryg oraz niezwykłych przypadków z lat 1774–79.

W sześć lat po przybyciu Mesmera do Paryża rozgorzał pomiędzy nim a niektórymi jego uczniami spór na temat prawa do publicznych wykładów i ujawnienia tajemnic magnetyzmu zwierzęcego. W spór ten wmieszał się rząd francuski, wyznaczając w roku 1784 rządową komisję medyczną do zbadania słuszności zarzutów Mesmera. Składała się ona z dziewięciu wybitnych naukowców, wśród których byli astronom Bailly, chemik Lavoisier, a którym przewodniczył B. Franklin. Ponadto król powołał drugą swoją komisję medyczno-etyczną do zbadania również moralnych aspektów metod stosowanych przez Mesmera. Komisje pracowały niezależnie i przygotowały odrębne sprawozdania (Paryż 1784 a i b).

Ku niezadowoleniu Mesmera badano magnetyzm zwierzęcy w formie, jaką praktykował M. d’Elson. Mesmer ostro przeciw temu protestował, twierdząc, że d’Elson jest zwykłym nowicjuszem (pomimo że studiował u Mesmera od roku 1780).

Ważną rolę w pracach rządowej komisji odegrał Benjamin Franklin (1706–1790), fizyk, wynalazca piorunochronu, czołowy polityk Stanów Zjednoczonych, współautor deklaracji niepodległości, pełnomocnik rządu amerykańskiego we Francji od dnia 3 grudnia 1776 roku. Pierwszy kontakt Franklina z Mesmerem miał miejsce, gdy spotkali się, aby obserwować użycie szklanej harmonijki wynalezionej przez Mesmera. Jednak Mesmer bardziej był zainteresowany w przedstawieniu swojej teorii magnetyzmu zwierzęcego niż w dyskusji na temat harmonijki. Po tym spotkaniu B. Franklin zaczął zbierać informacje i opinie

o Mesmerze. Na ich podstawie mógł w jednym ze swych listów (19 marca 1784), napisać: „... Pragnie Pan mojej opinii w sprawie uzdrowień dokonywanych przez Mesmera. Sądzę, że choroby, których przyczyną są różnorakie obstrukcje, mogą być skutecznie leczone elektrycznością. Jeżeli zaś idzie o magnetyzm zwierzęcy, muszę wątpić w jego istnienie. Jest tyle dolegliwości, które leczą się same z siebie, a w ludziach istnieje taka skłonność do oszukiwania samych siebie i innych, że nie pozostaje mi nic innego jak obawa, że korzyści tej metody są jedynie iluzją. Ta iluzja może przynieść w pewnych przypadkach określone korzyści, na pewno większe niż puszczanie krwi przy byle dolegliwości, czego doświadczył mój wnuk podczas swojej choroby w Anglii” (McCounkey 1985).

Od początku dla członków rządowej komisji, której przewodniczył Franklin, było oczywiste, że wiara i nadzieja odnoszą ogromne terapeutyczne skutki. Z drugiej jednak strony wiedzieli, że popieranie publiczne tej nienaukowej metody mogło prowadzić do szerzenia się szarlatanerii medycznej. Członkowie komisji przeprowadzili szereg kontrolowanych eksperymentów. I tak, w sytuacji, gdy potajemnie zastępowano magnes przedmiotem drewnianym o podobnym kształcie, pacjenci zachowywali się identycznie. Na przykład, jeżeli chłopiec bardzo podatny na magnetyzm zwierzęcy został poinformowany, że określone drzewo w sadzie zostało namagnesowane przez d’Eslona – dostawał on konwulsji po jego dotknięciu nawet, jeżeli w rzeczywistości d’Elson nie dotykał drzewa. Jeżeli odwrotnie, d’Elson namagnetyzował drzewo, ale chłopiec o tym nie wiedział – po dotknięciu nie następowały żadne konwulsje.

W końcowym raporcie członkowie rządowej komisji stwierdzili: „Pacjenci odczuwają wpływ magnetyzmu dopiero wtedy, gdy wiedzą, że zostali poddani zabiegowi. Jedna pacjentka odczuwała ciepło, kiedy ręka Mesmera zbliżała się do jej ciała. Kiedy zawiązano jej oczy, przestała odczuwać ten efekt. Wyobraźnia niezależnie bowiem od magnetyzmu tworzy cały efekt terapeutyczny. Natomiast nie ma niczego, co by mogło potwierdzić istnienie, a tym bardziej nic, co by potwierdzało leczniczy wpływ magnetyzmu zwierzęcego” (Paryż 1784).

Benjamin Franklin w swoim komentarzu do raportu napisał: „To, co zaobserwowali członkowie komisji, to tylko naśladownictwo osób otaczających ludzi w transie. Im bardziej podatny jest na sugestię człowiek, z tym większym przekonaniem modeluje samego siebie według otaczających go przykładów”.

Werdykt ten nie został nigdy zaakceptowany przez Mesmera. Dla niego efekty terapii były skutkiem procesu fizycznego. Jeżeli okazywało się, że pacjent reagował w równym stopniu na filizanki, chleb, drewno, ludzi po dotknięciu ich przez magnes, to uważał, że energia magnetyczna została tym obiektom przekazana. Ludzie różnią się, zdaniem Mesmera, znacznie w swej zdolności gromadzenia

magnetyzmu. Niektóre osoby absorbowały go bardzo dobrze, gdy inne w ogóle go nie wchłaniały. Gdy Mesmerowi nie udawało się wyleczyć chorych, tłumaczył to tym, że w ciałach niektórych ludzi występuje nieokreślona siła neutralizująca magnetyzm zwierzęcy.

Także treść raportu królewskiej komisji medyczno-etycznej była zgodna ze sprawozdaniem rządowej komisji medycznej. Jedyne botanik A. Jussieu nie podpisał raportu, lecz dostarczył własny. Przeprowadził on kilka eksperymentów, w których – jak wierzył – wykluczył wpływ wyobraźni i przypisał zaobserwowane efekty delikatnym ruchom powietrza wywołanym przez wykonywane gesty, niedostrzegalnemu poceniu się oraz ciepłu promieniującemu z palców.

Członkowie królewskiej komisji medyczno-etycznej sporządzili ponadto tajny aneks do raportu dla króla, w którym twierdzili, że ponieważ ciało magnetyzującego wchodzi w bliski kontakt z ciałem kobiety, stosowanie magnetyzmu zwierzęcego jest zagrożeniem cnoty kobiecej (Paryż 1784).

Raporty te położyły kres karierze Mesmera. Zakazano mu prowadzenia praktyki. Rozgoryczony, opuścił wkrótce Francję, wywożąc przy tym kufry pełne złota.

Nie można jednak zapominać, że w tym samym czasie Paryska Akademia Nauk zaprzeczyła spadaniu z nieba meteorytów, obserwowanych i znanych już w starożytności (zjawisko prawidłowo interpretował Anaksagoras z Kladzomen w V w. p.n.e.). W 1772 roku ogłoszono memoriał Paryskiej Akademii Nauk stwierdzający, że spadanie kamieni z nieba jest niemożliwe, a liczne znalezione meteoryty są zwykłymi, ziemskimi kamieniami zmieniającymi swoją strukturę na skutek uderzeń pioruna. Nawet deszcz meteorytowy, który spadł we Francji w 1790 roku i był obserwowany przez wiele osób, został tak skomentowany: „To wielce żałosne, że cały magistrat umieszcza w protokole bajania ludu biorąc je za rzeczywistość, podczas gdy nie tylko przy pomocy fizyki, ale i w żaden inny, racjonalny sposób nie można ich objaśnić” (Zięba 2008).

O atmosferze sporów wokół Mesmera świadczy pewien obraz z tamtych czasów, zatytułowany: „Le Magnétisme Dévoilé” (*Magnetyzm zdemaskowany*). Przedstawia on trzymającego raport Franklina, otoczonego przez członków komisji. Promienie światła emanują z raportu, w głębi sali widać „baque”, z której wypada prawie naga kobieta z zawiązanymi oczyma, publiczność ucieka w popłochu, a Mesmer i d’Eslon unoszą się w powietrzu na kijach od miotły. Mesmer ma osłą głowę, d’Eslon osłe kopyta (osioł był wtedy symbolem szarlatanerii) (Moll 1904).

Do końca swojego życia Mesmer twierdził, że odkrył niezwykłą siłę leczniczą. Zwracał się do akademii wielu krajów, domagając się uznania swoich zasług. „Kiedy Galileusz – pisał w roku 1805 do Królewskiego Kolegium Medycznego w Londynie – był prześladowany za to, że chciałby, aby jego współcześni zrozumieli, że

Ziemia kręci się, nie potępiali go astronomowie ani filozofowie, ale kapłani pełni uwielbienia dla Pisma Świętego. Skazanie tego filozofa ukazuje ignorancję i barbarzyństwo tamtej epoki”. W dalszej części listu Mesmer przedstawia koleje losu swojego odkrycia, odrzuconego przez Akademię Francuską.

Mesmer utworzył w 1774 roku Towarzystwo Harmonii dla popierania magnetyzmu zwierzęcego. Członkostwo w nim wymagało wpisowego w wysokości 100 ludwików oraz zobowiązania do cnotliwego życia i abstynencji od tabaki. Po krótkotrwałym okresie powodzenia towarzystwo rozpadło się. Zagorzałym wielbicielem Mesmera, a zarazem członkiem towarzystwa był, G. La Fayette. Chciał on zrealizować wielkie marzenie Mesmera o spopularyzowaniu magnetyzmu zwierzęcego w Ameryce. W tym celu 14 maja 1784 r. napisał do George’a Washingtona: „Niemiecki lekarz o nazwisku Mesmer uczynił ogromne odkrycie na polu magnetyzmu zwierzęcego, które jest, może być Pan pewien, wielkim filozoficznym odkryciem” (Moll 1904).

Jednak, gdy La Fayette zwrócił się do króla Ludwika XVI o zgodę na promowanie mesmeryzmu w Ameryce, ten mu odmówił, zadając retoryczne pytanie: „Cóż pomyślałby Washington, kiedy dowiedziałby się, że stał się Pan pierwszym chłopcem na posyłki Mesmera?”. Ze względu na ten zakaz La Fayette ograniczył się jedynie do krótkiej rozmowy i przekazania listu Washingtonowi od Mesmera. Washington odpowiedział listem z dnia 25.XI.1784 r.: „Markiz de Lafayette uczynił mi zaszczyt przekazania pańskich pozdrowień z 16 czerwca oraz jednoczesnego wprowadzenia mnie w pewne zagadnienia związane z siłami magnetyzmu, ujawnienie, których jeżeli okaże się tak zbawienne, jak to jest przedstawione, musi być niewątpliwie szczęściem dla ludzkości, a jednocześnie z pewnością przyniesie ogromny zaszczyt temu geniuszowi, któremu zawdzięcza swoje odkrycie. Za zaufanie, jakim obdarzyło mnie Towarzystwo Harmonii, które Pan stworzył w celu rozpowszechnienia wszelkich oczekiwanych dobrodziejstw i za Pańskie życzliwe dla mnie słowa dopraszam się łaski i przyjęcia moich podziękowań” (McCoukey 1985).

Z polecenia prezydenta Washingtona 9 sierpnia 1784 roku Tomasz Jefferson przybył do Paryża jako przedstawiciel rządu amerykańskiego do współpracy z Franklinem i pozostał w Paryżu przez 8 miesięcy. Gdy wrócił do Stanów, przywiózł kopie sprawozdań królewskich komisji d/s Mesmera. Sprawił, aby były szeroko dostępne. Uczynił tak, by zapobiec wpływowi mesmeryzmu w Ameryce. Sprawozdania komisji sprawiły, że zarówno we Francji, jak i w Ameryce stosunek do Mesmera zmienił się z pełnego poparcia do lekceważenia i pogardy (Moll 1904).

B. Franklin w liście do swojego wnuka tak to skomentował: „Niektórzy sądzą, że raporty te położą kres mesmeryzmowi. Ale jest przecież ogromna ilość

łatwowierności w świecie, a oszukaństwa dają sobie radę przez wieki drwiąc sobie z nauki”(Moll 1904).

Mimo że wpływ Mesmera zmalał znacznie po opublikowaniu raportów, to jego Towarzystwo Harmonii prosperowało znakomicie, zajmując się jednak polityką rewolucyjną, a nie magnetyzmem zwierzęcym. Tuż po śmierci B. Franklina w 1791 roku Jefferson skomentował jego zaangażowanie w poznanie prawdy o mesmeryzmie: „Magnetyzm zwierzęcy tego maniaka Mesmera otrzymał śmiertelną ranę z jego ręki, kiedy w połączeniu z innymi członkami uczzonej komisji doprowadzili do odsłonięcia tego połączenia szalbierstwa i szaleństwa” (Bertrant 1826).

Niewątpliwie Jefferson przesadził w swojej ocenie. Jak wynika z listów samego B. Franklina, podchodził on do mesmeryzmu równocześnie z naukowym sceptycyzmem i zarazem z zycziwą tolerancją. Od początku istnienia komisji noszącej jego imię przejawiał zrównoważoną mieszankę naukowej logiki i klinicznego uznania czynników psychologicznych, które wpływają na przebieg choroby. B. Franklin niewątpliwie zdawał sobie sprawę z faktu, że wiara i nadzieja odnoszą ogromne lecznicze skutki, (choć sam Mesmer podczas swoich publicznych wystąpień odzęgnywał się od wpływu sugestii, podkreślając wyłącznie fizykalny charakter magnetyzmu zwierzęcego). Wpływ wiary na efekty leczenia znają choćby współcześni terapeuci.

F.A. Mesmer osamotniony zmarł niedaleko Berlina w Merseburgu pod koniec 1815 roku. Jedynym wiernym przyjacielem, który towarzyszył Mesmerowi w jego ostatnich dniach był kanarek.

Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach Mesmer uzyskał zdumiewające efekty leczenia swoją metodą. Np. major piechoty Charles du Husser złożył pod przysięgą następujące oświadczenie: „Po czterech latach bezskutecznej kuracji u innych lekarzy poszedłem do Mesmera. Głowa trzęsła mi się bezustannie, a szyja pochylała się do przodu. Zaognione oczy wychodziły mi z orbit. Plecy zaś prawie zupełnie były sztywne. Z trudem tylko mogłem mówić. Wybuchałem śmiechem wbrew woli i bez istotnego powodu. Oddech miałem ciężki i odczuwałem silne bóle między łopatkami. Drżałem na całym ciele. Chodząc zataczałem się. Przeszedłem u Mesmera serię zabiegów. W czasie ich trwania czułem, jak gdyby lód wychodził z moich członków, po czym robiło mi się bardzo gorąco. Teraz po czterech miesiącach jestem całkowicie wyleczony” (Mesmer 1781; cyt. za Basford 2001).

Moll (1904) tak pisze o Mesmerze: „Wbrew ogólnej opinii na temat jego chciwości stwierdzam, że zarówno w Wiedniu, Paryżu, a potem w Merseburgu zawsze bezinteresownie pomagał biednym ludziom. Wierzył, że potrafi uleczyć przy pomocy magnesu, a potem przy użyciu wewnętrznej siły przeniesionej poprzez

niego do „baque”. Wielu pacjentów uważało, że Mesmer osiągał swoje rewelacyjne wyniki przy pomocy nadprzyrodzonych sposobów. Zaczęła się stopniowo tworzyć legenda, że Mesmer posiada jakąś cudowną właściwość, której nie chce ujawnić. A on sam to, co wiedział i czym leczył, wielokrotnie omawiał na licznych publicznych wykładach. A to, że zarabiał? Był to jego zawód, który przyniósł mu pieniądze i sławę”.

Mesmer łączył w sobie cechy szarlatana i osoby starannie wykształconej. Był znakomitym obserwatorem i eksperymentatorem. Prawdopodobnie nigdy nie dowiemy się, czy wierzył w głoszone przez siebie teorie, czy stanowiły one dla niego tylko wygodną nadbudowę stosowanych przez niego metod.

W roku 1825 Francuska Akademia Medyczna powołała nową komisję, która przez pięć lat starannie badała obszerne materiały, przeprowadzała liczne eksperymenty i na koniec zmieniła opinię komisji sprzed czterdziestu lat. Zdaniem członków komisji potwierdzono istnienie magnetyzmu zwierzęcego.

Ponadto w raporcie odczytanym przez znanego profesora medycyny D. Hussena znalazły się między innymi takie stwierdzenia: „Aby ocenić właściwie związek między sztuką leczenia a magnetyzmem, należałoby przeprowadzić badania na bardzo znacznej liczbie przypadków. Komisja zaś musi się ograniczyć do wypowiedzenia na podstawie tego, co widziała w przypadkach zbyt nielicznych dla wydania ogólnego sądu. Niektórzy nie odczuli żadnego polepszenia. Inni otrzymali mniej lub bardziej znaczną ulgę, mianowicie: jednemu wróciły siły, drugiemu ustąpiły zadawnione bóle, trzeci miał przerwę kilkumiesięczną w napadach epileptycznych, czwarty został uleczony zupełnie z ciężkiego i dawno trwającego sparaliżowania i wreszcie piąty, który wprawdzie nie doznał ulgi w cierpieniach, ale za to potrafił, co do minuty określić termin swoich przyszłych ataków histerycznych w okresie kilku najbliższych miesięcy. Magnetyzm więc, z jednej strony jako czynnik zjawisk fizjologicznych, z drugiej jako środek terapeutyczny powinien zająć odpowiednie miejsce w szeregach nauk lekarskich” (Moll 1904).

Z prawdziwym zdumieniem zgromadzeni wysłuchali tej konkluzji. Ale nie był to jeszcze koniec badań i publicznych dyskusji na temat mesmeryzmu (jego wielkim propagatorem w Polsce był Ignacy E. Lachnicki, żyjący w latach 1793–1826, doktor chemii, statystyk, redaktor i wydawca kwartalnika „Pamiętnik Magnetyczny Wileński”. Zamieszczał w nim artykuły poświęcone magnetyzmowi, a także wskazówki praktyczne w sprawach gospodarskich i tzw. medycyny ludowej).

Przed odkryciem znieczulenia chemicznego bardzo wiele uwagi poświęcono wszelkim sposobom uśmierzenia bólu przy zabiegach chirurgicznych i denty-

stycznych. Znaczne zainteresowanie wzbudzały, więc oświadczenia magnetyzerów, którzy głosili, że magnetyzm jest skutecznym sposobem anestezji.

W związku z tym powołano następną komisję (rok 1837), która zbadała dowody mające świadczyć o występowaniu znieczulenia oraz niestety, także jasnowidzenia i telepatii pod wpływem magnetyzmu, jak również zdolności do wykonywania innych paranormalnych działań.

Przedmiotem badań komisji była między innymi zdolność osób namagnetyzowanych do widzenia przez ciała nieprzezroczyste. Wyznaczono 3000 franków nagrody temu, kto przeczyta pismo umieszczone w żelaznej, opieczętowanej kasetce. Zjawili się liczni kandydaci i oczywiście ponieśli klęskę. Skromny zapas cierpliwości członków komisji wyczerpał się wtedy i 1 października 1840 roku wydali opinię: „cały magnetyzm jest tylko czczą chimera, na kwestię zaś dotyczącą przedmiotu Akademia już nigdy odpowiadać nie będzie”.

Jednak nawet ten raport niewiele zmienił sytuację. W wiele lat po śmierci Mesmera w całej Europie magnetyzerzy święcili sukcesy na licznych pokazach (oraz w licznych przypadkach uzdrowień). Metoda Mesmera bardzo odpowiadała wielu szarlatanom, którzy jako magnetyzerzy polecali swoje usługi. Wielu z nich oświadczało, że dysponuje siłami nadprzyrodzonymi. Do częstych należały diagnozy typu: „Żołądek chorego jest pełen pryszczu”, „widzę kłęb włosów zatykający kiszki”. Ale i wśród przedstawicieli świata lekarskiego metoda Mesmera znajdowała zwolenników. W Stanach Zjednoczonych ośrodkiem magnetyzerów stał się Nowy Orlean. Natomiast lekarze berlińscy wystawili Mesmerowi pomnik na jego grobie.

Z czasem zwolennicy magnetyzmu zwierzęcego, aby się uwspółcześnić i nadszyc na odkryciach naukowymi, zmienili nazwę na elektrobiologów. Np. Ida Rolph uważała, że w mięśniach ludzkich zamrożona jest pewna ilość energii będącej śladem naszych dotychczasowych przeżyć. Sytuacje konfliktowe w postaci zmian wtórnych można poprzez działanie uzdrowiciela odblokować, uwalniając zawartą w nich energię.

W ostatnich latach uzdrowiciele występują pod nazwą bioenergoterapeutów. Duży rozgłos w naszym kraju zyskali Clive Harris i nieżyjący już Stanisław Nardelli. Zarówno ich teoria, chociaż używająca współczesnego języka naukowego, jak i metody terapii w zasadzie nie różnią się od metod Mesmera. Można się o tym przekonać chociażby poprzez lekturę książki Nardellego (1986, s. 42).

Twierdzi on w niej, że: „... jestem podczas energoterapii głównym dawcą bioenergii. Działam na zasadzie generatora specyficznych fal elektromagnetycznych. W bioenergoterapii wykorzystuje się zjawisko biopola. Leczenie dokonuje

się poprzez przekaz bioenergii zasilającej biopole chorego, dokonującej korekcji jego systemu energetycznego. Fluidy życiowe uzdrowiciel przekazuje nieświadomie. Biopole chorego człowieka gubi swój rytm i częstotliwość, natomiast kontakt z uzdrowicielem dostraja to uszkodzone biopole, odzyskuje ono właściwy rytm. Gdy jestem syty i wypoczęty, oddziałuję słabiej. Gdy, przeciwnie, ślaniem się na nogach, efekty są często natychmiastowe i zdumiewające”.

Aby uwiarygodnić i nadać pozory „naukowości”, każde zjawisko należy mierzyć. I w tym przypadku dokonano takich pomiarów: „Pan Stanisław Nardelli posiada tzw. długość fali białą, tj. falę życia. Podobną falę posiada również pan Clive Harris. Pomiary na biometrze wskazują, że biopole mgr Stanisława Nardellego jest 400 razy większe niż normalnego człowieka i 15 razy większe niż u C. Harrisa”.

Następne pokrewieństwo z metodą Mesmera to możliwość przekazywania energii uzdrowiciela na różne przedmioty: „Prowadziłem również wstępne badania wody poddanej działaniu biopola St. Nardellego. Woda ta już po krótkim czasie uzyskuje falę białą, tj. „ożywia się”.

Sukcesy terapeutyczne skłoniły Mesmera do podjęcia bardziej wydajnej – zbiorowej metody leczenia. Podobną drogą podążyli również współcześni bioenergoterapeuci. Harry Edwards uzdrawiał na estradach, Katorym Kulman, Clive Harris, Stanisław Nardelli uzdrawiali wielotysięczne tłumy zgromadzone na stadionie sportowym. St. Nardelli twierdził, że im więcej jest naraz pacjentów, tym szybciej potrafi ich nasycić bioenergią.

Nieodłącznym elementem towarzyszącym omawianym metodom jest ich pokrewieństwo ze spirytyzmem lub parapsychologią. Zacytujemy znowu Nardellego (1986 s. 102): „Poza dwunastoma technikami bezpośredniego przekazu stosuję także dwie techniki zdalnego przekazu bioenergii – teletechniczną (poprzez kontakt telefoniczny z chorym) i teleradiacyjną (poprzez fotografię chorego lub, jeżeli znam osobę, wizerunek kontemplacyjny i atlas anatomiczny)”.

I wreszcie ostatnia z głównych cech łączących magnetyzm zwierzęcy z jego późniejszymi wcieleniami: niedocenianie roli sugestii. „Nie potrzebuję kontaktu psychicznego z pacjentem. Pomagam ludziom nieprzytomnym, psychicznie chorym, małym dzieciom i oseskom. Mogę pomóc zwierzętom, nawet jednokomórkowcom. Nikt nie jest tego w stanie mierzyć, fotografować, przedstawić na przeźroczach. Jest to na pewno jakiś rodzaj energii, a nie wpływ wiary pacjenta w uzdrowiciela czy też sugestii”.

Postać F. Mesmera do dziś budzi nie tylko u historyków duże zainteresowanie. Dowodem tego jest nakręcony w 1994 roku i w reżyserii Rogera Spottiswoodea oraz ze scenariuszem Dennisa Pottea biograficzny film o F. Mesmerze.

Julian Ochorowicz. Prekursor polskiej psychologii klinicznej i hipnozy eksperymentalnej

Ważną, choć bardzo kontrowersyjną, postacią nie tylko w historii hipnozy, ale i nauki zarówno polskiej, jak i światowej był Julian Ochorowicz. Urodził się 23 lutego 1850 roku w Radzyminie k. Warszawy. Zmarł na atak serca w Warszawie 1 maja 1917 roku i został pochowany w rodzinnym grobie na Cmentarzu Powązkowskim (Gąsiekiewicz 2007).

Pochodził z rodziny inteligentkiej, jego rodzice byli nauczycielami. Początkowo uczył się w Lublinie, później w Warszawie a gdy w wyniku represji powstaniowych jego matka została wysiedlona, Julian kontynuował naukę w rosyjskim Gimnazjum Męskim w Lublinie. Po jego ukończeniu w roku 1916 wstąpił na wydział filozoficzno – historyczny Szkoły Głównej. Studia kontynuował i ukończył na wydziale nauk przyrodniczych i matematyczno – fizycznych Uniwersytetu Warszawskiego (Bobrowska-Nowak 1971). W wielu dziedzinach odnosił sukcesy. Przykładowo był uwielbianym terapeutą przez tych, którym medycyna konwencjonalna nie potrafiła pomóc.

W 1867 roku ogłosił w „Gazecie Polskiej” pierwszą swoją pracę pt. „Magnezyzm”. Natomiast po napisaniu rozprawy „O mózgu ludzkim, jego rozmiarach u pierwotnych, starożytnych i dotąd żyjących plemion i narodów” otrzymał w roku 1871 stopień kandydata nauk przyrodniczych. Przemyslenia własne zamknął w dysertacji naukowej „Wstęp i pogląd ogólny na filozofię pozytywną” z roku 1872.

Studiował też filozofię, a w jej obrębie specjalizował się w zakresie psychologii. Był aktywnym publicystą i orędownikiem pozytywizmu. Zdobył sobie także dużą popularność utworami poetyckimi, które ogłaszał pod pseudonimem „Mohort” (Augustynek 1996). Wspólnie z H. Sienkiewiczem redagował „Niwę”, a już sam – „Bibliotekę Filozofii Pozytywnej”.

W latach 1901–1912, mieszkając w Wiśle, był współzałożycielem i pierwszym prezesem Stowarzyszenia Miłośników Wisły. Celem stowarzyszenia było propagowania działań zmierzających do poprawy czystości wody królowej naszych rzek (Gąsiekiewicz 2007).

Interesował się także fizyką eksperymentalną. Dokonał kilka wynalazków w dziedzinie telekomunikacji: opracował nowe typy mikrofonu węglowego, termomikrofonu, telefonu magnetycznego oraz dwumembranowej słuchawki „głośno mówiącej”.

Urządzenie telefoniczne Ochorowicza, zainstalowane na Światowej Wystawie w Paryżu, transmitowało głośno i dokładnie koncerty z opery, przynosząc twórcy zaszczytną nagrodę. Aparaty Ochorowicza, wdrożone do użytku i funkcjonowały we Francji aż do roku 1905 roku. Zainteresowała się nimi Belgia, a w Warszawie produkowała je firma Abakanowicz i Ska (Wajdowicz 1964).

W latach 1878 na łamach lwowskiego czasopisma „Kosmos” Ochorowicz opublikował artykuł „O możliwości zbudowania przyrządu do przesyłania obrazów optycznych na dowolną odległość”, w którym po raz pierwszy na świecie tworzy teoretyczne podstawy telewizji monochromatycznej, analizując możliwości przekazywania obrazu złożonego z maleńkich punkcików dzięki wykorzystaniu fotokomórek. Skonstruowana przez niego kamera przekazywała sygnał pękiem kabli do ekranu zbudowanego z żarówek (Matuch 2008).

W 1873 roku za pracę z dziedziny psychologii oraz fizjologii ludzkiego mózgu i układu nerwowego uzyskał stopień doktora z filozofii Uniwersytetu Lipskiego. W 1875 roku przeniósł się do Lwowa i uzyskał na tamtejszym uniwersytecie habilitację. Tam też objął stanowisko docenta psychologii i filozofii przyrody. Przebywał tam siedem lat. Jednak pomysły Ochorowicza były zbyt nowatorskie dla środowiska akademickiego Lwowa. Atmosfera, jaka wytworzyła się wokół niego spowodowała, że zrozumiał, iż nie ma co liczyć na profesurę na Uniwersytecie Lwowskim. W tej sytuacji w 1882 roku wyjechał do Paryża. Tam poświęcił się pracy naukowej, utrzymując się z praktyki psychologicznej, stosując hipnozę jako metodę terapeutyczną. Kontynuował też studia teoretyczne i eksperymentalne w zakresie psychologii, hipnotyzmu i magnetyzmu (Augustynek 1996).

W Paryżu przez dwa lata był kierownikiem Laboratorium Międzynarodowego Instytutu Psychologii. W roku 1887 powstało dzieło swojego życia „De la suggestion mentale” („O sugestii myślowej”). W 1906 roku Ochorowicz wybrany został na sekretarza Międzynarodowego Instytutu Psychologii w Paryżu. Kadencja trwała rok. Ochorowicz wykorzystał ten czas na eksperymentowanie w dziedzinie psychologii doświadczalnej. Tam zaprzyjaźnił się z laureatem nagrody Nobla z dziedziny medycyny, Prof. Ch.R. Richetem, który napisał przedmowę do „Sugestii myślowej” (Söderlund 2005).

W 1882 roku Ochorowicz publikuje artykuł pt. „Teoryje zjawisk hypnotycznych i magnetycznych”. Autor dzieli teorie hipnozy na: psychologiczne i fizyczne. Teorie psychologiczne wyjaśniają hipnozę, zdaniem Ochorowicza, albo za pomocą wyobraźni świadomej lub bezwiednej, względnie jako skutek podrażnień zmysłowych (np. monotonne powtarzanie sugestii). Natomiast teorie fizyczne tłumaczą

powstanie hipnozy w efekcie działań czynników fizycznych: magnesu, ciepła, elektryczności statycznej, prądów galwanicznych.

J. Ochorowicz otworzył w 1912 roku pierwsze w Polsce laboratorium psychologii klinicznej. Planował wydanie monografii pt. „Psychologia i medycyna”, nad którą pracował tuż przed swoją śmiercią, w latach 1916–17, Niestety, już nie zdążył.

Na przełomie XIX i XX toczy się głośna dyskusja między przedstawicielami szkoły w Nancy i kliniki w Salpetrière o naturę oraz istotę hipnozy a także innych niewyjaśnionych wówczas procesów psychicznych (zagadnienie to szczegółowo omawiam w innym miejscu tego opracowania). Powoduje to wzrost zainteresowania między innymi telepatią (pojęcie to było wówczas mało znane, a wprowadził je w 1883 r. F. Myres). Zwykle posługiwano się wówczas pojęciem „sugestia myślowa”. Także w tym okresie ekspansję notuje spirytyzm i okultyzm. Wszystkie te dziedziny łączono wtedy w jedną niemal nierozzerwalną całość – parapsychologię. Toteż trudno się dziwić, że Ochorowicz badał nie tylko hipnozę, lecz również telepatię, spirytyzm i okultyzm (Söderlund 2005).

Według Ochorowicza (1887) należy rozdzielać pojęcia hipnozy i magnetyzmu. Sen magnetyczny jest formą hipnozy, w której pacjent pozostaje w specjalnym związku (raporcie) ze swoim magnetyzerem. Tylko jego słucha i jego woli ulega. W tym stanie, zdaniem Ochorowicza, zachodzą czasem zjawiska „sugestii myślowej” (telepatii). Dzieje się tak, gdyż mózg jednego człowieka wypromieniowuje fale elektromagnetyczne, a drugi je odbiera.

Każdemu procesowi myślenia towarzyszą wibracje elektryczne, które rozchodzą się dookoła. Docierają w ten sposób do drugiego mózgu i mogą zostać odebrane, ale pod warunkiem, że mózg odbiorcy znajduje się w specjalnym stanie (najlepiej w transie hipnotycznym). Odbiór wywołuje w mózgu odbiorcy pojawienie się analogicznej myśli jak w mózgu nadawcy.

W 1892 r. Ochorowicz dał się namówić na badania sławnego medium Euzapji Paladino (najpierw w Rzymie, następnie w Warszawie, a na koniec w Paryżu, na wyspie Roubau, w willi Ch. Richeta. Ochorowicz nie poprzestaje na opisach stuków, duchów, ektoplazmy i różnych widziadeł, których było pełno podczas transu, Euzapji, lecz tworzy teorię „ideoplastii” (Augustynek 1996).

Ideoplastia, według Ochorowicza (1932), to energia psychiczna, która dzięki zawężeniu pola świadomości medium w transie może spowodować, że jedno jedyne wyobrażenie wystąpi z wyjątkową siłą, a tracąc swoje związki z organizmem (z powodu rozszczepienia się sił od tkanek), wywoła materializację tego wyobrażenia. Na przykład wyobrażenie dźwięku odtworzy w otoczeniu te drgania powietrza, które na ten dźwięk się składają. Energia do tego potrzebna wyłoni się z ciała medium. Może ono także wytworzyć sobie dodatkową część ciała, np.

rękę, którą będzie pukać czy też chwytać różne przedmioty. Ta zdolność do tworzenia przedmiotów materialnych wynika z faktu, że organizm posiada ciało eteryczne. Jest to, jak pisze Ochorowicz (1932), ów cień człowieka, który płące się w różnych legendach, to dwójnik kapłanów egipskich, ciało duchowe św. Pawła, sobowtór astralny spirytystów i siła nerwowa Hartmana. Ciało eteryczne podlega wszystkim prawom fizjologii i biochemii. Nie jest ono przywilejem tylko człowieka, lecz wszystkiego, co ma formę skończoną. Medium przy materializacji oddaje nie tylko swoje ciało eteryczne, ale nadto także atomy swojego ciała, które układają się wzdłuż linii ciała eterycznego ukształtowanego wyobrażeniem. Twór ten jest jednak wysoce nietrwały i gdy wyobrażenie znika i on dematerializuje się, a ciało eteryczne i atomy wracają do ciała medium. Ochorowicz uważał, że zjawiska mediumiczne stanowią nowy dział zjawisk psychofizycznych, niezwykłych, ale nie nadnaturalnych).

Na początku XX wieku J. Ochorowicz pracował niestrudzenie, m.in. pisząc rozprawy z różnych dziedzin wiedzy. Brał także udział w kongresach naukowych, ale nie porzucił spirytyzmu (Bobrowska-Nowak 1971).

Ochorowicz (1932) uważał, że sen hipnotyczny znacznie zwiększa możliwości medium. W latach 1909–1912 eksperymentował w Wiśle oraz Warszawie z młodą kobietą Stanisławą Tomczykówną. Jej zdolności medialne podobno ujawniły się w 1905 roku, gdy została aresztowana. Krótki pobyt w areszcie wywołał u niej silny wstrząs psychiczny, który objawił się jej zdolnościami telekinetycznymi, tzn., gdy lekarz przepisywał jej receptę, kałamarz zaczął się poruszać i stukać. Gdy wiadomość o tym dotarła do Ochorowicza, ten niezwłocznie zaprosił ją do siebie i rozpoczął eksperymenty.

W numerze pierwszym „Annales des sciences psychologiques” z 16 stycznia 1909 roku pisze Ochorowicz: „Stanisława Tomczykówna jest ładną, skromną, inteligentną panną, jakkolwiek bez wykształcenia, jest nadzwyczajnie uzdolniona. Przebywa w mojej willi od dwóch miesięcy, gdzie staram się o poprawę stanu jej zdrowia i kieruję rozwojem zdolności medialnych. Spodziewam się stworzyć z niej medium prawdziwie użyteczne dla nauki. Zadanie mam ułatwione dzięki trzem okolicznościom: panna Tomczykówna jest osobą z natury prawdomówną, która umie opanować wrodzoną większości mediów skłonność do bezwiednego oszustwa, a przy tym nie jest zawodową spirytystką.

Moje doświadczenia odbywają się zawsze przy świetle czerwonym, nigdy w ciemności. Kontrola jest zawsze ścisła i medium bywa zawsze rewidowane. Wszystkie doświadczenia odbywają się w głębokim śnie hipnotycznym, wywołanym przeze mnie metodą Braida. Badaniom towarzyszą najwyżej dwie osoby” (Augustynek 1996).

Do najważniejszych zdaniem Ochorowicza zjawisk uzyskanych w jego badaniach należy zaliczyć produkcję personifikacji fluidycznej. W głębokim śnie hipnotycznym z ciała Tomczykówny wyłaniała się postać podobna do medium, tylko znacznie mniejsza, bo wzrostu około 55 cm. Na moje pytanie, zadane jej zaraz na pierwszym seansie, medium odpowiedziało: To mój sobowtór, nazywa się „mała Stasia”.

W toku następnych doświadczeń Ochorowicz stwierdził u Tomczykówny trzy różne osobowości. W stanie normalnym była Stanisława. W stanie somnambulicznym (tzn. w uśpieniu hipnotycznym) występowała „mała Stasia” lub druga Stanisława. Niestety, jak pisze Ochorowicz, wzajemna niezależność tych trzech osobowości, większa niż zazwyczaj spotyka się u trzech osób, utrudniała badanie przyczyn zjawiska i nieraz trzeba było uciekać się do fortelów, aby skłonić „małą Stasię” do wyjawienia sekretów.

Wystąpiła u Tomczykówny później jeszcze czwarta, sztuczna osobowość: „Wojtek”. Był on, zdaniem medium, tym czynnikiem, który poruszał ciężkie przedmioty i okazywał wielką siłę. Natomiast „mała Stasia” była personifikacją dziecięcych podświadomych wspomnień medium. W czasie badań była złośliwa i skłonna do oszustwa.

W toku doświadczeń Ochorowicz stwierdził także, że Tomczykówna posiada duże zdolności telekinetyczne i zdolność poruszania przedmiotami bez dotyku — nieraz w pełnym świetle dnia. Potrafiła, nie dotykając, podnieść i utrzymać w powietrzu różne lekkie przedmioty, mogła wpływać na toczącą się kulę rulety, aby wpadła do oznaczonej przegródki. Zdołała zatrzymać z odległości 2 metrów wahadło ściennego zegara, mimo że w tym czasie Ochorowicz trzymał ją za rękę.

Zmieniając warunki doświadczeń Ochorowicz spostrzegł, że niekiedy z palców medium wyłania się jakaś substancja, która przybierała postać nitek fluidalnych. Ta substancja, nazwana później przez spirytystów ektoplazmą, została także zauważona także u Euzapji Paladino i okazała się włosami lub jedwabnymi nitkami (Augustynek 1996).

Ochorowicz (1932) nazwał tę substancję promieniami sztywnymi. Ale „promienie sztywne” to dopiero początek „odkryć” Ochorowicza. W toku dalszych eksperymentów obserwował też zjawiska, które nazywał promieniami elektrochemicznymi Xx. „Są one – pisze Ochorowicz – najwyższym stopniem promieniowania mediumicznego. Działają one bezpośrednio na kliszę fotograficzną, ze znacznych nawet odległości. Wymagają znacznie większego wysiłku od medium, dochodzącego aż do gwałtownego bólu i paraliżu. Chemicznemu ich działaniu towarzyszy niekiedy zdolność wywoływania plam barwnych, o pięknych żywych kolorach, jakby nałożono farbę olejną na kliszę. Nie można ich naśladować żadnym ze znanych w fotografii sposobów. Nazwę nadaję im przez analogię do promieni Roentgena. Promienie

Xx przechodzą przez najcięższe metale, marmur, kości, itp. Nie znalazłem ciała, które mogłoby zabezpieczyć przed ich działaniem...” (Augustynek 1996).

W marcu 1909 roku na zaproszenie Ch.R. Richeta Ochorowicz wraz z Tomczykówną pojechał do Paryża. Zdarzył się tam wypadek, który Ochorowicz sam nazywa „fantastyczną przygodą mediumiczną”. Oto pewnego wieczoru ustami Tomczykówny „mała Stasia” powiedziała: Chcę się fotografować! Postawcie aparat na stole pod oknem, nastawcie na odległość pół metra, dajcie krzesło przed stół i coś do okrycia.

- Możesz się fotografować tak, jak jesteś – perswadował Ochorowicz.
- Nie, daj ręcznik – odpowiedziało medium.

J. Ochorowicz w zaciemnionym pokoju użył nowej kliszy fotograficznej i wraz z medium opuścił pokój. W chwilę po tym zauważyli w szparze progu drzwi błysk światła i dało się słyszeć pukanie, że już się stało i można wywołać kliszę.

J. Ochorowicz wszedł pierwszy, w ciemności zamknął migawkę aparatu, następnie zapalił światło. Zmięty ręcznik leżał obok aparatu. Wielki zaś arkusz bibuły, znajdujący się poprzednio na komodzie, był rozdarty i mokry, a leżał w drugim rogu pokoju.

Po wywołaniu kliszy otrzymano sławne zdjęcie „małej Stasi”, które obiegło cały świat, będąc jednym z najczęściej cytowanych dowodów realności zjawisk mediumicznych. Doświadczenie to medium przypłaciło ciężkimi dolegliwościami trwającymi dwie doby (omdlenia, spazmy, kurcze, bóle).

We wrześniu 1911 roku Ochorowicz powiedział do zahipnotyzowanego medium: „... Chciałbym dowiedzieć się, czy twój sobowtór mógłby swą rękę przecisnąć przez mały otwór, oświetlić ją i sfotografować”. Medium zgodziło się, ale radziło utrudnić zadanie. Niech Ochorowicz otwór flaszki zakryje swoją ręką. Ochorowicz odciął z nowej rolki spory kawałek błony filmowej (13 × 18 cm) i ten kawałek, który zaraz się zwinął, włożył do butelki. Ochorowicz trzymał butelkę, którą również medium objęło swoimi rękoma. Wszystko to odbywało się w ciemności. Nagle medium z przeraźliwym krzykiem upadło do tyłu, a Ochorowicz przystąpił do wywoływania filmu (musiał rozbić butelkę, aby go wywołać). Obraz ukazał się szybko i przedstawiał rękę. Ręka ta była większa od ręki medium i ręki Ochorowicza, który uważał to za rzecz zupełnie niezrozumiałą. Wynik eksperymentu wydaje się być sprzeczny z prawami fizyki. Błona była, bowiem zwinięta w rurkę, toteż ręka sobowtóra astralnego musiała się też tak zwinąć, wytworzyć światło, które bez aparatu fotograficznego naświetliło tylko obraz ręki.

Jednak i to „osiągnięcie” Ochorowicza nie zamyka listy jego sukcesów. W jego obecności medium wielokrotnie fotografowało swoje myśli i wyobrażenia (np. wyobrażenie księżycy).

Takich fotografii w historii spirytyzmu otrzymano wiele. Wszystkie przedstawiają obraz płaski, sprawiają wrażenie jakby kopii wycinanek z kartonu. Podobną płaskość zauważono na fotografiach zmaterializowanych zjaw. Z jednej strony Ochorowicz uważał, że fotografia medialna podlega innym prawom optyki niż zwykła, z drugiej zaś strony zdaniem współczesnych fotografików zdjęcia te są przeważnie nieudolnym trickiem, a liczne zdjęcia lewitacji słabym technicznie fotomontażem (Augustynek 1996).

Takie zainteresowania Ochorowicza powodują, że spotyka się z coraz ostrzejszą krytyką. Na pierwszym zjeździe polskich neurologów, psychiatrów i psychologów we Lwowie w 1909 roku wygłasza referat na temat odkrytych przez siebie promieni sztywnych i promieni Xx. Po tym referacie dr A. Bychowski z Warszawy i, wtedy jeszcze docent, a później znakomity profesor o światowej sławie Władysław Heinrich z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (psycholog) zgłaszają wniosek o zaniechanie dyskusji i zignorowanie referatu. Gdy wniosek upada, opuszczają salę wraz z częścią uczestników zjazdu. Wśród osób opuszczających obrady był także prof. N. Cybulski (UJ) (Gąsiekiewicz 2007).

J. Ochorowicz zamierzał wyniki swoich badań opublikować w książce „Nowe formy energii”, którą planował wydać własnym sumptem we Francji, oczywiście, jak i większość swoich wcześniejszych prac w języku francuskim. Aby móc to zrealizować, zwrócił się w roku 1912 do Kasy im. Mianowskiego z prośbą o udzielenie mu pożyczki, zabezpieczonej hipotecznie i poręczycielami w kwocie 2000 rubli. Prezes Kasy po zapoznaniu się z opinią o autorze odmówił. J. Ochorowicz w tej sytuacji wniósł nową prośbę o 1500 rubli na wydanie w Polsce dzieła pt. „O skojarzeniach ideorganicznych”. Kasa znowu odmówiła. Warto tutaj przypomnieć, że ta sama kasa w roku 1887 udzieliła Ochorowiczowi pożyczki na wydanie w Paryżu książki pt. „De la suggestion mentale” (sugestia myślowa).

J. Ochorowicz pozostaje postacią kontrowersyjną. Miał szerokie zainteresowania. Był filozofem, psychologiem, przyrodnikiem i spirytystą. Łączył ciekawość badacza z syntetycznym umysłem filozofa. Zaczynał od prostych eksperymentów i stopniowo przechodził do coraz bardziej skomplikowanych. Niestety, jego nazwisko połączyło się ze spirytyzmem. Mało, kto dziś pamięta jego zasługi w innych dziedzinach (choćby jako pioniera psychologii klinicznej i eksperymentalnej). A to, że znalazł się w ślepej uliczce i nie potrafił krytycznie spojrzeć na obserwowane fenomeny? Nie tylko jemu to się przydarzyło.

Przykładowo znany fizyk W. Crowford na przełomie XIX i XX wieku przez wiele lat eksperymentował z młodym medium Kathleen Goligher. Crowford opisał wiele fenomenów mediumicznych uzyskiwanych pod hipnozą. Mimo że, jak

sam twierdził, Kathleen wiele razy go oszukiwała, był absolutnie przekonany o realności wywoływanych przez nią zjawisk.

Zdolność oceny wyników eksperymentów zacierało z pewnością uczucie, które żywił do medium. Crowford popełnił samobójstwo 30 lipca 1920 roku, gdy Kathleen odeszła od niego.

Nie ma sensu mnożyć opisów tego typu badań. Uzyskiwane w nich wyniki są do siebie podobne.

Hipnoza w Polsce od XIX wieku do dziś

J. Ochorowicz nie był jedynym Polakiem badającym w XIX hipnozę. Pojedyncze artykuły ukazywały się już począwszy od lat osiemdziesiątych XIX wieku. Publikowane były w różnych czasopismach, reprezentowały różny poziom. Jedne w formie sensacyjnej donosiły o osiągnięciach związanych z hipnozą, inne stanowiły rzetelne opracowanie zagadnienia. Dlatego też, aby prace te, szczególnie z XIX w., nie poszły w zupełne zapomnienie, warto je zacytować.

D. Warschauer w „Przeglądzie Lekarskim” z 1800 roku (asystent wzmiankowanego wcześniej prof. R. Heidenhaina z Wrocławia) opisuje, jak na 53 Zjeździe Lekarzy Niemieckich w Gdańsku demonstrował szereg doświadczeń nad hipnozą (jednak tylko trzy z ośmiu osób przez niego hipnotyzowanych okazało się podatnymi).

Także w tomie XXI „Przeglądu Lekarskiego” z 1882 roku publikuje artykuł pt. „Kilka słów o hypnotyzmie” F. Grodecki, który trzydzieści kilka osób wprowadził w hipnozę. Wywoływał u nich katalepsję oraz tężec mięśniowy. U jednej chorej wykonał zabieg chirurgiczny w znieczuleniu hipnotycznym.

Również w 1882 roku H. Hoyer opublikował pracę pt. „Uwagi nad hypnotyzmem ze stanowiska fizjologicznego” („Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, t. LXXVIII). Autor odrzuca wszystkie mistyczne i metafizyczne aspekty hipnozy. Twierdzi, że jest to metoda przydatna w leczeniu hysterii. Uważa, że istnieje szereg cech odróżniających hipnozę od jawy czy snu:

Hipnoza to stan ograniczenia czynności umysłowych w zakresie samodzielności działania (woli). Zanika również zapamiętywanie.

Jest to stan, według Hoyera, podobny do tego, jaki bywa u zwierząt, którym odjęto półkule mózgowie. W stanie hipnozy funkcjonują więc tylko pewne części mózgu, gdy inne, zwłaszcza kora mózgowia, są nieczynne. Podobny stan do hipnozy powstaje pod działaniem niektórych leków, np. opium. Pod hipnozą węch może zostać znacznie wzmocniony i może służyć do rozpoznawania osób. Bezwiedne

wykonywanie pod hipnozą pewnych czynności dokonuje się dzięki funkcji rdzenia (np. chodzenie). A sama hipnoza jest stanem podobnym z jednej strony do snu, a z drugiej – do zagapienia się.

W tym samym tomie „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” z 1882 roku Z. Brunner zamieścił artykuł: „Doświadczenia hipnotyczne”, w którym twierdzi, że można wprowadzić w hipnozę zdrowych ludzi (tym samym przeciwstawił się teorii Charcota), co udokumentował opisem doświadczeń z dwoma chłopcami, u których wywołał szereg zjawisk charakterystycznych dla hipnozy.

Ten sam autor w następnym roku na tych samych łamach (tom LXXIX) publikuje pracę zatytułowaną: „Z kazuistyki hypnotyzmu”, gdzie donosi, że zahipnotyzowany nikogo poza hipnotyzerem nie tylko nie słucha, ale i nie słyszy.

Poszukując publikacji z roku 1885, odnalazłem rozprawę, K. Waliszewskiego, „Hypnotyzm czyli sen nerwowy” („Niwa”, t. XXVIII). Hipnoza nie jest chorobą. Prawie wszyscy mogą być hipnotyzowani, nawet i w wieku 65 lat. Hipnoza może być niebezpieczną metodą w rękach oszustów i szarlatanów. Może służyć nakłanianiu do fałszywych zeznań, do namawiania do czynów niemoralnych.

W rok później J. Potocki (na łamach „Prawdy” – nr 38, 39) zamieszcza artykuł „Postępy hypnotyzmu”. Podejmuje w nim zagadnienie możliwych do uzyskania dzięki hipnozie zjawisk. Jednym z nich jest sugestia myślowa na odległość. Panna M. leżąc z zamkniętymi oczyma wykonuje polecenia przesłane jej myślami (unieśnienie ramienia, wstanie, podejście do badacza). W innym przypadku 20-letnia panna B. usypiała nawet w odległości 500 metrów od hipnotyzera wysyłającego myślami sugestie zasypiania. Następnie z odległości 2 km spełniała jego myślowe polecenia.

Znany profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego N. Cybulski w 1887 roku w „Przełądzie Lekarskim” (r. XXVI) publikuje pracę pt. „O hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego”. Na wstępie autor przedstawia historię hipnotyzmu od praktyk starożytnych kapłanów Egiptu, Grecji i Rzymu poprzez teorię Mesmera i jego uczniów aż do czasów mu współczesnych (Charcota i Bernheima).

Za istotną datę w historii hipnotyzmu uznał rok 1787, kiedy to lekarz Petefin spostrzegł, że osoba w stanie kataleptycznym wywołanym magnetyzmem słucha tylko magnetyzera, nie reagując na innych.

Główną cechą hipnozy, zdaniem Cybulskiego, jest jej podobieństwo do snu lub znaczne ograniczenie świadomości. Przyczyny wywołujące hipnozę leżą wewnątrz organizmu i polegają na skupieniu uwagi na wyobrażaniu lub sugestii hipnotyzera. Bezruch i obojętność zahipnotyzowanych są pozorne. W rzeczywistości mimo ograniczenia świadomości mózg ich jest bardzo wrażliwy na wszystko, co dzieje się na zewnątrz.

W stanie hipnozy występuje szereg zmian fizjologii organizmu: wrażliwość zmysłowa jest bardzo duża, ulegają rozszerzeniu (nieznacznie) naczynia krwionośne, zawieszeniu ulegają funkcje niektórych najwyższych ośrodków mózgu, co powoduje zwiększenie aktywności niższych warstw mózgu, a przede wszystkim funkcji rdzenia kręgowego.

Trzy lata później J. Starkman („Bluszcz”, r. XXVI, nr 32 i 38) w artykule zatytułowanym „Hypnotyzm”, opierając się głównie na pracach A. Molla, opisuje stan wiedzy o tym zjawisku. Stwierdza w artykule, że 98% ludzi zdrowych jest podatnych na hipnozę w wieku powyżej 7 lat (dzieci do 3 lat nie ulegają hipnozie, a te starsze słabo na nią reagują).

Zjawiska występujące w czasie trwania hipnozy dzieli na dwie grupy: zaburzenia wykonywania ruchów dowolnych i zaburzenia funkcji zmysłów. Autor dokonuje rozróżnienia halucynacji hipnotycznych na pozytywne i ujemne. Pod hipnozą można wywołać zmiany skórne, np. bąblicę. Zwraca też uwagę na zjawisko tzw. „podwójnej pamięci” – osoba nie pamięta, co działo się podczas hipnozy, lecz pamięć tych zdarzeń powraca w następnym seansie. Istotne znaczenie dla przebiegu hipnozy ma udawanie ze strony zahipnotyzowanego pojawienia się szeregu zjawisk – chociażby halucynacji czy niepamięci.

W roku 1891 w „Gazecie Lekarskiej” K. Ciagliński wypowiada się na temat szkodliwości hipnotyzmu („O szkodliwości hipnotyzmu”, t. XI, s. II). Opisuje przypadek zahipnotyzowania 9 – letniego chłopca przez starszego brata, który nie potrafił go z tego stanu wybudzić. Dopiero interwencja lekarza wyprowadziła z hipnozy chłopca, który jednak przez wiele jeszcze dni zachowywał się dziwnie i był nadpobudliwy. Następnie chłopak za pomocą autohipnozy sam wprowadzał się często w wielogodzinny trans. W konkluzji autor zaleca daleko idącą ostrożność w przekazywaniu wiadomości o sposobach hipnotyzowania, jak i stosowaniu tej metody w leczeniu.

Tego samego roku w „Przewodniku Nauki i Literatury”, t. XIX, T. Ziemia („Hypnotyzm wobec psychologii”) opisuje historię hipnozy od Mesmera aż do Charcota i Liebeaulta. Wspomina też o licznych zabiegach chirurgicznych wykonanych w znieczuleniu hipnotycznym.

Znany do teraz miesięcznik „Wszechświat” (1894, t. XIII, nr 22 i 23) zamieszcza na swoich łamach publikację H. Hoyera „O hypnotyzmie i sugestyi”. Autor stwierdza w nim, że: „Stan hipnotyczny nie przedstawia ani jednego objawu, który nie występowałby przy innych stanach, a mianowicie przy zwykłym biegu czynności psychicznych albo też przy różnych chorobowych zboczeniach układu nerwowego, jak np. u osób histerycznych przemijające: nieczułość różnych okolic ciała, czasami przykurczenie lub porażenie ograniczonych grup mięśni. Niektóre

stany, jak np. somnambulizm czy katalepsja, są bardzo podobne do stanów hypnotycznych. [...] Z sugestją natomiast spotykamy się na każdym kroku, gdy jeden człowiek oddziałuje na drugiego. Z kolei wyraz „hypnotyzm” oznacza stan uśpienia, od rzeczywistego uśpienia różni się jednak znacznie, przedstawia różne stopniowanie i odmienne postacie. Może być wywołany w różny sposób. [...] Większości osób dotkniętymi chorobami umysłowymi lub pewnymi zбочzeniami czynności nerwowej nie można zahypnotyzować. Pierwsza oznaka rozpoczynającego się stanu hypnotycznego to „pozorny bezwład albo też silny skurcz pewnych mięśni”. Pojawia się wtedy równocześnie „skłonność do wypełnienia wszelkich rozkazów hypnotyzera, czyli tak zwana sugestyjność”. Do celów leczniczych stosujemy „sugestją pohypnotyczną”. Obudzenie hypnotyka „usku-tecznia się najodpowiedniej przez prostą sugestję. Sugestia nie jest specyficzna tylko dla hipnozy. Działa ona nie przez wywołanie zwykłych wyobrażeń, czyli skojarzeń czysto pamięciowych, ale przez wzniecenie sfery uczuciowej u człowieka przy pomocy odpowiednich wyobrażeń. [...] Przy poddawaniu się hipnozie rozbudza się wzmożona czynność jednej części kory mózgowej, gdy tymczasem inne jej części przechodzą w stan zupełnego spoczynku. [...] W stanie hypnotycznym wszystkie inne władze umysłowe, nie będące pod wpływem sugestyi, zachowują na pozór zupełną bierność, wyłączone są jakby ze współdziałania z czynnymi działaniami mózgu i dopiero wtenczas wychodzą jakby na scenę, gdy zostaną przywołane przez sugestję. [...] Za pomocą hipnozy można powrócić do wydarzeń z przeszłości, ale niepodobna przez sugestję wywołać w uśpionym wyobrażeń, które w jego umyśle nigdy nie istniały. Uległość sugestyjna nie jest jednak bezgraniczną. Istnieją u większości osób tak silne, szlachetne popędy, że nie dają się przewyciężyć przez wpływy sugestyjne”.

Również w roku 1884 („Medycyna”, t. XII, nr 30–35) J. Saks publikuje rozprawę pt. „O hypnotyzmie i sugestyi”. We wstępie autor opisuje historię hipnotyzmu zaczynając od mnichów z góry Athos, którzy to uporczywie wpatrywali się w pępek, wskutek czego po krótkim czasie wpadali w ekstazę kataleptyczną, co nie było niczym innym jak autohipnozą.

Rozprawa składa się z trzech obszernych części. W pierwszej autor podaje, jakie to objawy występują w hipnozie i jak się je tłumaczy. W drugiej określa zasady, na których opiera się stosowanie lecznicze hipnozy. W trzeciej wreszcie przedstawia społeczne, sądowe i lekarskie znaczenie hipnotyzmu.

Do najważniejszych objawów autor zalicza: zmiany czucia – aż do zupełnej anestezji, katalepsyę, halucynacje, wywoływanie krwawych stygmatów, automatyzm w zachowaniu. Jako podstawowe zastosowanie lecznicze hipnozy podaje: nerwice, a szczególnie histerię, neurastenię i kurcze pisarskie. Skuteczna jest też

hipnoza w morfinizmie, alkoholizmie, zaburzeniach pokarmowych, cierpieniach oddechowych i sercowych, w zaburzeniach miesiączkowania, redukcji bólu.

Jako największe niebezpieczeństwa związane z hipnotyzowaniem podkreśla: skłonność niektórych osób po kilku hipnozach do samoistnego zapadania w trans (bez hipnotyzera), a halucynacje hipnotyczne sprzyjają wystąpieniu obłądki u osób do niego predestynowanych lub późniejszemu halucynowaniu na jawie.

Jest sprawą kontrowersyjną, czy dzięki hipnozie można nakłaniać ludzi do czynów niemoralnych. Według Saksa szereg wypadków dowodzi jednak, że stan somnambuliczny może zmienić myśli i charakter człowieka osłabiając jego opór moralny przeciw czynom, których w normalnym stanie nie popełniłby.

Natomiast w 1896 roku w „Medycynie”, t. XXIII, ukazał się artykuł A. Wizela: „Kilka słów o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń”, w którym autor zawarł kilka ciekawych spostrzeżeń. Przede wszystkim stwierdził, że hipnoza nie jest niczym innym jak tylko: „...urzeczywistnieniem się sugestyi (usypiających), zupełnie tak samo jak efekt leczniczy, któreśmy choremu sugerowali. Użycie hipnozy winno składać się z dwóch momentów: otrzymania przez lekarza hypnozy, a potem zaś winien podsunąć te lub inne sugestye lecznicze, bowiem hypnotyzowanie nie jest niczym innym, jak tylko pewnym psychologicznym postępowaniem, pewnym oddziaływaniem na chorego, na pomocą którego zaraz opanowujemy jego wolę. Skoro hypnotyzowanie jest oddziaływaniem psychicznym jednej osoby na drugą, nie może ono i nie powinno być w każdym przypadku jednakowe. Inaczej oddziaływać należy na nieinteligentną osobę i na osobę inteligentną, inaczej na dziecko, inaczej na człowieka dojrzałego:.

Już z tego wrywkowego przeglądu widać, że hipnoza była obecna w literaturze naukowej, wydawanej w języku polskim pod koniec XIX wieku. Znalazły tam swoje odbicie wszystkie najważniejsze problemy dotyczące hipnozy, podejmowane w tamtych czasach na świecie. Budzi się w tym miejscu pytanie, na które nie znam odpowiedzi. W świecie termin: hypnosis, hypnose jest pisany przy użyciu litery y. Tak też było w Polsce do lat międzywojennych. Dlaczego zmieniono pisownię z hypnozy na hipnozę?

W pierwszej połowie XX wieku w Polsce zainteresowanie hipnozą z różnych przyczyn osłabło. Przede wszystkim łączenie jej ze spirytyzmem i parapsychologią spowodowało, że wielu naukowców traktowało ją jak zagadnienie znajdujące się poza zainteresowaniami „akademickiej nauki”. Jednak i wtedy pojedyncze publikacje na ten temat wydawano. Niewiele zmieniło się w tym zakresie przez pierwsze lata po drugiej wojnie światowej. Dopiero z 1949 roku odnalazłem pierwszą publikację na temat hipnozy: T. Waczyński „Sugestia i hipnotyzm a lecznictwo”

(„Wiadomości Dentystyczne”, rozdz. XX, nr 11). Rok później A. Majorow pisze na temat hipnozy w świetle badań Pawłowa („Problemy” nr 1, 1950). Natomiast w 1952 roku ukazuje się doniesienie T. Białynickiego-Birkuli „Leczenie alkoholizmu sugestią w stanach hipnotyzmu” („Służba Zdrowia”, rozdz. IV, nr 17, 1952). W roku 1953 A. Jus powraca do zagadnienia hipnozy w nauce Pawłowa („Po prostu”, rozdz. VII, nr 4, 1953). Na tych samych łamach ten sam autor w numerze 23 z 1955 roku zamieszcza artykuł zatytułowany „Hipnoza”. Natomiast S. Jugsler zamieszcza w „Neurologii, Neurochirurgii i Psychiatrii Polskiej” (rozdz. V, nr 6, 1955) artykuł „O skuteczności leczenia nerwic hipnozą”. Rok później O. Lesiński („Ginekologia Polska”, t. XXVII, nr 1, 1956) publikuje pracę pt. „Hipnoza i sugestia w zastosowaniu do położnictwa i chorób kobiecych”.

W ostatnich pięćdziesięciu latach ilość publikacji na temat hipnozy znacznie wzrosła. Kilku naukowców publikuje na jej temat wiele prac. Po kilkadziesiąt pozycji mają J. Siuta i A. Augustynek. Znaczny dorobek w tym zakresie posiadają J. Aleksandrowicz, L. Gapik. Znaczące pozycje publikowali L. Starowicz i E. Wilczyński.

Początek naukowego poznawania hipnozy, czyli historia wielkiego sporu

Jeżeli nie F.A. Mesmer to, kto pierwszy w sposób świadomy i udokumentowany naukowo wywołał trans hipnotyczny? Analiza źródeł historycznych wskazuje na Armanda – Marie – Jacques de Chastanet, Marguis de Puysegur, który znacznie zmodyfikował proces wywoływania magnetyzmu. Działał na terenie swojego majątku w Buzancy koło Soissons. Leczył miejscową ludność wiejską całkowicie bezpłatnie. Czynił to jednak sporadycznie, ograniczając się do magnetyzowania pewnego drzewa, wokół którego zbierali się liczni chorzy w nadziei, że dotykając namagnetyzowanego drzewa mogą doznać ulgi w swoich cierpieniach (Chartok 1984).

De Puysegur (1813) twierdził, że może wywołać trans senny, po którym człowiek nie pamięta zdarzeń z okresu snu. Przekonał się też, że za pomocą sugestii może uzyskiwać różne, nieznane dotąd zjawiska: somnambulik może widzieć rzeczy nieistniejące, nie odczuwać bólu. Może również mówić i chodzić, nie budząc się z transu. Stan ten de Puysegur (1813) nazwał „sztucznym somnambulizmem”, który dzisiaj określa się, jako hipnozę głęboką, występującą zaledwie u około 10% najbardziej podatnych osób (Augustynek 1990).

W latach 1814–1815 paryżanie zainteresowali się człowiekiem zadziwiającym według ówczesnych pojęć i nieco tajemniczym. Był to ksiądz portugalski, który

przybył do Francji z Indii Wschodnich, gdzie przez wiele lat studiował tajemnicze braminów, a nazywał się Abbé de Faria (1756–1819). Mimo że dziś niemal całkowicie zapomniany, niewątpliwie był pierwszym, który wyprzedzając swoją epokę, wiązał hipnozę z sugestią, całkowicie odrzucając teorię magnetyzmu zwierzęcego. Opublikowana przez Farię w 1819 roku książka pt. „O przyczynie snu na jawie, studium natury człowieka” wywołała dużą sensację. Magnetyzera (hipnotyzera) nazywał w niej koncentrator, a osiągany trans – jako koncentrację na sugestii (Faria 1819). Faria odrzucał całkowicie teatralną procedurę Mesmera. Przy hipnotyzowaniu stosował technikę fiksacji wzroku hipnotyzowanego na zbliżających się do jego oczu palcach hipnotyzera. Po chwili polecał badanemu zamknąć oczy, skupić uwagę na odczuwaniu zmęczenia, następnie mówił kategorycznie: „śpij!”. Pod wpływem takiego rozkazu, wydanego przez fascynującego tajemniczością mężczyznę o intensywnym spojrzeniu, wiele osób wpadało istotnie w stan somnambuliczny (około 40% według samego Farii – 1819). Również rozkazem słownym budził pacjenta. W metodach Farii można dostrzec główne elementy techniki hipnotyzowania stosowanej współcześnie. Mimo to historycy hipnozy, jako o prekursorze, pisali o Mesmerze. Faria poszedł w zapomnienie. Stało się tak prawdopodobnie ze względu na absurdalną nawet w tamtych czasach próbę fizjologicznej interpretacji transu. Twierdził on, że w transie całkowicie ustaje ruch krwi. To wystarczyło, aby współcześni mu naukowcy przestali się nim interesować (Orłowski 1904).

Stosując magnetyzm zwierzęcy wielu badaczy zauważyło podobieństwo osoby w transie do osoby w stanie snu. Dlatego też termin hipnoza wprowadzony po raz pierwszy przez barona d’Henin de Cuvillersa w 1821 roku (Siuta 1993) wskazywał chociażby ze względu na źródłosłów tego pojęcia na bezpośredni związek tych dwóch procesów.

Dalszy rozwój wiedzy o hipnozie dokonał się za sprawą chirurga – okulisty Jamesa Braida (1795–1860). W roku 1841 w Manchesterze był obecny na estradowym pokazie francuskiego magnetyzera La Fontaine’a (magnetyzerem był wnuk sławnego bajkopisarza). W czasie pokazu La Fontaine pograżał ludzi i zwierzęta w stanie nazywanym przez niego snem magnetycznym (Augustynek 1990).

Braid (1843) zwrócił uwagę na to, że podczas usypiania najpierw występowało drżenie powiek, następnie pojawiały się objawy zmęczenia oczu i wreszcie osoba zasypiała. Od tego czasu Braid zajął się badaniami magnetyzmu zwierzęcego. Jako chirurg – okulista szukał przede wszystkim mechanizmu narastania zmęczenia oczu. Następnie rozszerzył swoje badania na szereg zjawisk towarzyszących magnetyzmowi. W roku 1843 opublikował swoją głośną pracę „Neurohypnology”. Wprowadził w niej naukowo zdefiniowane pojęcia: hipnozy, hipnotyzowania, hipnotyzmu, sugestii, hipnotyzera i medium. Przez hipnozę Braid (1843) rozumiał

zmiany w układzie nerwowym człowieka, który usypia dzięki odpowiednio „nastrojonej” sugestiami hipnotyzera wyobraźni.

Na bazie własnych eksperymentów opracował dosyć prostą metodę hipnotyzowania. Ustawiał przed oczyma błyszczący przedmiot, np. pryzmat szklany, płomień świecy, błyszczący koralik, itp. Wpatrywanie się w ten przedmiot wywoływało naturalne zmęczenie oczu. Łączył je Braid z sugestią stopniowego uspokojenia, rozluźnienia i wreszcie senności. Metodę Braida w wiele lat później podbudował teoretycznie i eksperymentalnie Pawłow (1926).

J. Braid był jednak przede wszystkim chirurgiem. Stosował hipnozę do znieczulania. Przeprowadził wiele zabiegów operacyjnych, w których dzięki hipnozie oszczędził wielu dotkliwych cierpień swoim pacjentom.

J. Braid ma duże zasługi w tworzeniu podwalin pod naukową teorię hipnozy. Niemniej prezentował szereg kontrowersyjnych w tamtych czasach poglądów. Przykładowo wierzył we frenologię, tj. w teorię głoszącą, że zdolności zlokalizowane są w ściśle określonych częściach mózgu, a stopień rozwoju danego uzdolnienia uwidocznił się przez fizyczny rozwój odpowiedniej części mózgu. Rozwój ten ma odbicie w ukształtowaniu czaszki. Uciskając zahipnotyzowanemu odpowiednie miejsca czaszki, można wywołać charakterystyczne zachowanie. Czytamy u Braida (1843, s. 74), że kiedy naciskał guz szacunku: „nastąpiła zmiana w wyrazie twarzy pacjenta, poruszył ramionami i rękoma, po czym złożył ręce robiąc wrażenie człowieka zatopionego w modlitwie”.

W 1866 roku ukazała się praca Augusta Liebeaulta (1823–1904) „O śnie i stanach analogicznych, rozważanych z punktu widzenia wpływu dziedziny psychicznej na fizyczną”. Do dziś książka ta uważana jest za fundamentalne dzieło z tego zakresu. Bezpośrednio jednak po ukazaniu się nie wywołała żadnego zainteresowania. W pierwszym roku sprzedano tylko jeden egzemplarz. Odkrył to dzieło profesor medycyny w Nancy, Hipolit Bernheim (1840–1919) i tak go ono zdernerwowało, że postanowił odwiedzić autora i oświadczyć mu, iż jest szarlatanem. Szczególnym powodem rozdrażnienia profesora było twierdzenie Liebeaulta, że hipnozą wyleczył rwę kulszową pacjenta, którego wcześniej sześć lat bezskutecznie leczył sam Bernheim. Jednak wizyta dała nieoczekiwane rezultaty. Bernheim nie tylko zaakceptował ten sposób leczenia, ale wręcz stał się jego gorącym orędownikiem. W swoich późniejszych pracach głosił celowość leczenia hipnozą porażek histerycznych, napadów histerycznych, zaburzeń żołądkowych, utraty łaknienia, depresji, drżeń, somnambulizmu i wielu innych chorób psychosomatycznych o podłożu czynnościowym (Bernheim 1884).

A. Liebeault rozpoczął praktykę w Nancy w roku 1850. Uważał, że hipnoza jest efektem sugestii, a jej obraz zależy wyłącznie od wrażliwości hipnotyzowanego

na sugestię. Sama zaś hipnoza jest stanem niezwykle korzystnym do oddziaływań leczniczych (psychoterapii) (Liebeault 1883).

Klinika A. Liebeaulta mieściła się w kącie ogrodu. Składała się z dwu zawsze zatłoczonych pokoi. Pacjenci, którym kazał usnąć, od razu zapadali w sen, po czym aplikował im odpowiednią dozę sugestii terapeutycznych. Cały zabieg nie trwał na ogół dłużej niż 10 minut. A. Liebeault nie dawał swoim pacjentom żadnych lekarstw, cierpliwie też tłumaczył, że nie posiada żadnej nadnaturalnej siły a to, co robi, może być wyjaśnione naukowo.

Przez cały czas Liebeault (1883) utrzymywał, że można zahipnotyzować każdego, kto tego chce. Nie tylko histeryków. A sama hipnoza różni się od normalnego snu tylko tym, że zachowany jest w niej kontakt hipnotyzera z zahipnotyzowanym.

A. Liebeault uważał, że sugestia nie działa na dzieci poniżej 3 roku życia. Toteż zaskoczył go wynik pewnego eksperymentu. Do leczenia stosował wodę „namagnesowaną”. Gdy rodzice wiedzieli, która była użyta do leczenia, efekt dawała tylko namagnesowana”. Natomiast, gdy zapewnił, że użył tylko „namagnesowanej”, efekt był niezależny od użytej w leczeniu. Była to niewątpliwie sugestia działająca na rodziców. Natomiast na dzieci do 3 roku życia sugestia, jego zdaniem, nie mogła działać, nawet gdyby rodzice starali się tę sugestię przekazać swoim dzieciom. Doprowadziło to Liebeaulta (1883, s. 52) do następującego stwierdzenia: „Dzieci te wcześniej przebywały godzinami na rękach matek, a stan ich się nie poprawiał. Gdy jednak powiedziałem matkom, że leczę ich dzieci wodą namagnesowaną, stan ich się szybko poprawiał. Toteż, mimo że jestem psychologiem i od dawna przeciwnikiem teorii fluidu, nie mogę dłużej utrzymywać, że niektóre zjawiska nie są spowodowane bezpośrednim działaniem jednego organizmu na drugi, bez żadnego udziału świadomej myśli organizmu poddanego doświadczeniu. Jest to działanie równoległe do działania psychologicznego. Nazywam je zoomagnetyzmem lub neurylnością”.

Poglądy Liebeaulta (1866) uległy jeszcze utrwaleniu, gdy leczył, nie stosując hipnozy, jedynie poprzez dotknięcia bez nacisku, nie używając przy tym sugestii słownych. W 32 przypadkach dzieci od 2 miesiąca do 3 roku życia chorych na biegunkę, zapalenie oskrzeli i krztusiec uzyskał wyraźną poprawę.

Na pytanie, czy każdy potrafi skutecznie dotykać, odpowiedział przecząco, wysuwając przypuszczenie, że „dotykać” w sposób skuteczny mogą tylko ludzie o wybitnie rozwiniętym układzie nerwowym lub tacy, których krew spala się energicznie.

Oceniając dzisiaj prace A. Liebeaulta, trzeba stwierdzić, że miał on nikłą wiedzę fizjologiczną. Na pewno też źle interpretował wyniki leczenia małych dzieci.

Natomiast niewątpliwą i nieprzemijającą zasługą tego badacza jest ukazanie roli oddziaływań słownych, w tym związku hipnozy z sugestią.

Bliskim współpracownikiem A. Liebeaulta był wzmiankowany już H. Bernheim. W swojej pracy z roku 1884 twierdzi, że hipnoza to zmieniony poleceniami hipnotyzera stan psychiki, w którym zdolność podlegania sugestii jest zwiększona i w którym stan jawy drogą drobnych, niedających się spostrzec zmian przechodzi w stan hipnozy.

Bernheim (1884), podobnie jak Liebeault (1883), opracował skalę stopnia zahipnotyzowania. Oparł się w niej na 10000 osób przez siebie zahipnotyzowanych, z których 83% było podatnych na hipnozę. Warto zwrócić uwagę na to, że zdaniem Bernheima (1884) po zahipnotyzowaniu do stopnia wysokiego badany zwraca całą uwagę swojej ograniczonej czynności mózgu na odgadnięcie zamiarów hipnotyzera, ażeby im się podporządkować.

Równoległe z H. Bernheimem i A. Liebeaultem badania nad hipnozą rozpoczął Jean Martin Charcot (1825–1893), światowej sławy neurolog, profesor znanego paryskiego szpitala La Salpêtrière.

Pamiętać należy, że działo się to w drugiej połowie XIX wieku, kiedy w świecie medycznym na bazie dokładnych badań klinicznych i anatomicznych dominowały poszukiwania biologicznej etiologii schorzeń. Postęp w tej dziedzinie pozwolił między innymi zaliczyć padaczkę i parkinsonizm do chorób organicznych, które dawniej klasyfikowane były jako neurozy (termin wprowadzony w roku 1769 przez fizyka Cullena na określenie ogólnego zaburzenia systemu nerwowego, w efekcie prowadzącego do zaburzeń w funkcji innych organów).

W tym samym czasie wielu znakomych lekarzy zaprzecza istnieniu sugestii, natomiast eksperymentuje z metaloterpią, transferem symptomów poprzez magnesy oraz działaniem leków z oddali. Np. działanie metali na histeryków „odkrył” Burg (1883). Twierdził on, że mosiądz poprzez dotyk wywoływał u jednej somnambuliczki katalepsję. Natomiast zjawisko to nie występowało, gdy metal osłonięty był jakimś materiałem. Zbadaniem tego odkrycia zajmowała się komisja Towarzystwa Biologicznego, w skład której wszedł także J.M. Charcot. Efektem pracy komisji był raport, w którym między innymi można przeczytać: „Oczekiwanie i sugestia nie mają żadnego znaczenia w pewnych warunkach wywołujących hipnozę. Wywołują ją bowiem czynniki fizyczne: światło, ciepło, wibracja atmosfery, elektryczność i magnesy. Są to wszystkie czynniki wywołujące zmiany w systemie nerwowym”.

Jedną z dróg Charcota (1886) do hipnozy była więc metaloterapia. Jednak zasadnicze zainteresowania tego badacza koncentrowały się na zagadnieniu pourazowych neuroz histerycznych. W wyniku swoich badań doszedł do wniosku, że

ich etiologia jest bardziej związana z emocjami niż z fizycznym szokiem, którego doznaje system nerwowy w trakcie tych przeżyć. Jest to więc uraz funkcjonalny, a nie anatomiczny. A jego przebieg dokonuje się na podłożu organicznym.

Prowadząc swoje badania, wywoływał u historyków a w zasadzie u historyczek (eksperymentował głównie z kobietami) sztuczny, zasugerowany paraliż. Podczas tych prób zauważył, że pojawia się w nich bardzo często spontanicznie stan hipnozy. Wysunął na tej podstawie wniosek, że hipnoza jest to sztucznie wywołany napad historyczny o trzech wyraźnie zaznaczonych fazach: letargu, katelepsji, somnambulizmu. Ich charakterystyka jest następująca:

I. Faza letargiczna

Wywołuje się ją poprzez unieruchomienie wzroku na błyszczącym lub świejącym punkcie. Wpatrywanie się w ten punkt prowadzi do zmęczenia oczu (nerwu wzrokowego i mięśni gałki ocznej) i w efekcie do snu hipnotycznego w jego letargicznej fazie. Podobny skutek wywołuje nacisk palcami na gałki oczne poprzez zamknięte powieki. Proste dmuchnięcie w twarz wystarcza, aby osobę obudzić. Potarcie ręką wierzchu głowy sprowadza natychmiast somnambulizm, natomiast otwarcie oczu – katelepsję.

Zewnętrzne oznaki fazy letargicznej są następujące: znieczulenie skóry i błon śluzowych. Rozluźnienie mięśni. Powieki opuszczone, zmysły mało wrażliwe, puls nieznacznie przyspieszony, wzmożone odruchy nerwowo-mięśniowe.

Pod wpływem magnezu obserwuje się transfer skurczów mięśni gładkich na mięśnie symetrycznie przeciwległe.

Odmianą letargu, przejściem do fazy kateleptycznej jest stan kateleptoidalny. Cechuje go tak zwana „giętkość woskowata”, czyli pozostawanie bez ruchu zahipnotyzowanego w nadanej mu przez hipnotyzera pozycji ciała.

II. Faza kateleptyczna

Wywołuje się ją u osoby czuwającej poprzez silne i nagłe podrażnienie jej zmysłu wzroku i słuchu. Może to być olśnienie błyskiem lub ogłuszenie hukiem. Mniej skuteczne jest wsłuchiwanie się w ciche i jednostajne dźwięki.

Z letargu przechodzi się w katelepsję przez otwarcie oczu (w jasno oświetlonym pokoju światło podrażnia siatkówkę zaadaptowaną do ciemności). Dmuchięcie w twarz wystarcza do obudzenia uśpionej osoby. Zamknięcie oczu lub zgaszenie światła sprowadza letarg, potarcie wierzchu głowy – somnambulizm.

Zewnętrzną oznaką tej fazy jest posągowa nieruchomość całego ciała. Twarz jest martwo nieruchoma. Ruch powiek ustaje. Całe ciało jest woskowato giętkie. W nadanej mu pozycji badany może przebywać przez długi czas bez oznak zmę-

czenia. Działanie na nerwy i ścięgna nie wywołuje odruchów. Znieczulenie skóry i błon śluzowych jest zupełne. Osobie w katalepsji wystarczy nadać postawę lub ruch z życia codziennego, a natychmiast uzupełnia ona całym swym ciałem znaną sobie postawę albo wykonuje automatycznie rozpoczęty ruch. I tak np. osobie przyzwyczajonej do modlenia się na klęczkach wystarczy złożyć ręce, a zaraz uklęknie.

III. Faza somnambuliczna

Osoba czuwająca zapada w somnambulizm poprzez działanie na jej wyobraźnię i przekonania sugerujące, że zaraz uśnie. Do obudzenia osoby wystarczy dmuchnięcie w twarz. Nacisk na gałki oczne przez zamknięte powieki wywołuje zwykle letarg.

Objawem somnambulizmu jest absolutne podporządkowanie się zahipnotyzowanego sugestiom hipnotyzera. Wykonuje te sugestie w sposób automatyczny. Bez sugestii zamiera w całkowitym bezruchu. Innych objawów somnambulizmu w zasadzie nie ma. Jedynie występuje nieczułość na ból oraz nadwrażliwość dotyku.

Prace J.M. Charcota wywołały ogromny wpływ na poglądy o hipnozie. Przede wszystkim swoim autorytetem naukowym nobilitował badania nad hipnozą. Od niego zaczyna się okres licznych badań laboratoryjnych i klinicznych nad tym zjawiskiem. Z drugiej jednak strony spowodował u wielu przekonanie o patologicznej naturze hipnozy. Pokłosie tych poglądów wśród laików pokutuje do dziś. Osoby podatne na hipnozę uważa się za ludzi o słabej woli, względnie histerycznych.

Jednak mimo całej ultranowoczesnej na owe czasy procedury badawczej J.M. Charcot nie ustrzegł się błędu podstawowego – badania prowadził wyłącznie na chorych psychicznie i nerwowo. Być może dlatego sformułował hipotezę, że hipnoza jest stanem patologicznym, analogicznym do hysterii.

J.M. Charcot nie zwracał uwagi na fakt, że fazy zgodne z jego teorią uzyskało wyłącznie 12 chorych na histerię kobiet – pacjentek z jego szpitala. Nie zawodziły one na często organizowanych pokazach. Inne chore zachowywały się mniej efektownie, a często zupełnie odmiennie od oczekiwania. Gdy jednak krytyka nasilała się, świat z ust J.M. Charcota dowiedział się, że istnieją dwa rodzaje hipnozy: wielka – spotykana rzadko i występująca w trzech klasycznych fazach i mała – bardziej pospolita, o objawach mniej wyraźnych. To, który rodzaj hipnozy się uzyskuje, zależy od hipnotyzera.

Następcy Charcota z Salpetrière, wierni poglądom swego nauczyciela, zajmowali się wyłącznie wielkim hipnotyzmem, o małym pisząc z jawnym lekceważeniem (przedstawicielami małego hipnotyzmu byli według nich lekarze z Nancy). Zjawiska hipnotyczne nazywali neurozą hipnotyczną, uważając, że zapaść w sen

hipnotyczny może tylko histeryk, gdyż charakteryzuje się on nienormalnie podwyższoną sugestywnością.

Charakteryzując prace J.M. Charcota, nie można zapominać także o jego innych poglądach. Wierzył on w możliwość przeniesienia skurczów mięśni z jednej strony ciała na drugą przy pomocy magnesu. Równie absurdalne dzisiaj poglądy reprezentował wybitny fizjolog, profesor Uniwersytetu Wrocławskiego Heidenhein (1889), który uważał, że fiksacja oczu podczas hipnotyzowania poraża na pewien czas czynności wyższych ośrodków nerwowych i powoduje, że dana osoba staje się ofiarą czynności automatycznych. Z kolei Hart (1902) twierdził, że podatność na hipnozę współwystępuje z anemią płatów czołowych mózgu.

Oczywiście, w tamtych czasach poglądy te miały swoje racjonalne przesłanki. Odkrycie prądów czynnościowych w systemie nerwowym mogło nasuwać przypuszczenie, że prąd w nerwie będzie zachowywał się podobnie jak prąd w przewodniku oraz że wpływ magnesu na system nerwowy będzie zbliżony do wpływu tegoż magnesu na ciała magnetyczne. Natomiast odkrycia: hamowania kory mózgowej oraz faktu silnego niedotlenienia mózgu w przebiegu anemii były przesłanką do sformułowania wyżej wzmiankowanych teorii.

Pierwsi do walki z poglądami głoszonymi w Salpêtriére stanęli H. Bernheim i A. Liebeault. W swoich pracach twierdzili, że zapaść w hipnozę może każdy, kto chce współpracować z hipnotyzerem. Przytaczali dane statystyczne, z których wynika, że z kilku tysięcy badanych przez nich osób zdrowych i chorych 90% zapadło w sen hipnotyczny. Dlatego też nie może dziwić dyskusja, jaką przeprowadzili A. Forel i J. Babiński podczas Kongresu Psychologii Fizjologicznej w Paryżu w r. 1889. Forel zapytał Babińskiego – asystenta Charcota – jak wytłumaczy, że w Nancy uczniowie Liebeaulta i Bernheima byli w stanie zahipnotyzować 80–90% spośród kilku tysięcy poddanych hipnozie. Czy ich wszystkich Babiński uważa za histeryków? Babiński odpowiedział, że u wszystkich zahipnotyzowanych musi istnieć przynajmniej „trans hysteriques” (Forel 1908).

Ustosunkowując się do prac J. Babińskiego, Forel (1908) pisze: „Sprzeciwia się on uznaniu roli sugestii w hipnozie. Następnie chce, by histerię określić, jako „troubles pithiatigues” – zaburzenie uleczalne perswazją. A więc leczenie symptomów uważa za tożsame leczeniu przyczyn histerii. Ciągłe też histerię i sugestię uważa za jedno. Czyli nie pojmuje on różnicy między normalną podatnością na sugestię a patologiczną hipnozą histerycznych”.

Charcot (1886) uważał, że hipnoza powstaje pod wpływem działania bodźców fizycznych. Analogicznie pod wpływem bodźców fizycznych dokonuje się wyprowadzenie z hipnozy. Sugestia nie ma na to wpływu.

Błądność tego przekonania unaoczniał Forel (1908). Sugestię znikania bólu głowy łączył z dmuchnięciem w twarz. Następnie stwierdził, że bodziec ten przestał budzić jego pacjentów ze snu hipnotycznego.

Wiele lat później, w roku 1923, zasadność tej krytyki uznał kierownik pracowni psychologicznej w Salpêtriére, P. Janet pisząc, że jednym z błędów J.M. Charcota było to, że on sam nigdy nikogo nie hipnotyzował, natomiast akceptował wnioski młodszych kolegów. W pokazach zaś wykorzystywał te same pacjentki, doskonale wytresowane do tego celu. Janet (1907) uważał, że podstawową cechą hysterii i hipnozy jest dysocjacja świadomości. W hysterii dochodzi do pierwotnej, a pod hipnozą – do wtórnej dysocjacji. Głębokość snu hipnotycznego zależy bezpośrednio od stopnia dysocjacji. Po oddzieleniu składnika nieświadomego w zachowaniu pojawia się automatyzm. Posiada on potencjał energetyczny dla realizacji własnych celów, niekoniecznie zgodnych ze świadomymi intencjami.

Janet (1923) obserwując efekty hipnozy stwierdził, że można oddziaływać na organizm poprzez relaksację. Jest ona skuteczniejsza i mniej szkodliwa niż farmakologiczne środki uspokajające, a stanowi element hipnozy. Tym samym P. Janet już w tamtych czasach zbliżył się do rozumienia hipnozy jako stanu pokrewnego snu fizjologicznemu.

Janet (1907) na parę lat przed Freudem opracował technikę wyzwalania pod hipnozą emocji stłumionych (tzw. „efekt zdławienia”) i związanych z nimi urazów psychicznych. Hipnozę uważał za najskuteczniejszą metodę leczenia nerwic.

Bardziej radykalne poglądy niż J.M. Charcot reprezentował nasz rodak Babiński (1910). Uważał, że hipnoza jest procesem patologicznym o histerycznym podłożu. Charakteryzuje się ona nienormalnie podwyższoną sugestywnością. Jednak obydwa procesy: hipnoza i histeria w dużej mierze polegają na symulacji.

Dla podkreślenia tożsamości hysterii i hipnozy J. Babiński wprowadził na ich określenie termin „pitiatyzm”. Jest on używany do dziś głównie wtedy, gdy psychiatra określając diagnozę nie chce korzystać z terminu „histeria”, mającego dla pacjenta pejoratywne znaczenie.

Jak wyglądała taka hipnoza w Salpêtriére, pisze na podstawie własnych obserwacji Forel (1908, s. 68): „Jeden z asystentów idzie ku histeryczce. Ta zauważa jego zamiar, krzyczy i chowa się po wszystkich kątach z wyrazem przerażenia i obrzydzenia na twarzy. W końcu asystent łapie ją i trzyma pomimo rozpaczliwego oporu. Następnie z całej siły naciska jakieś miejsce uchodzące na „zone hypnogène”, np. ramię lub nogę. W tym momencie chora zapada w trans hipnotyczny i zastyga w nadanej jej pozycji. A hipnotyzer nie zadał sobie nawet trudu, by ją uspokoić sugestiami”.

Zdaniem Forela (1908) różnica między histerią i hipnozą jest taka, jak między melancholią i normalnym smutkiem lub między bólem normalnym i hipochondrycznym.

Z perspektywy historycznej należy uznać zwycięstwo badaczy z Nancy. Liebeault w pracy z roku 1886 jako pierwszy uznał sugestię za podstawę hipnozy oraz na szerszą skalę zastosował ją do leczenia różnych schorzeń. Pisząc natomiast o możliwych zastosowaniach hipnozy, przesadnie oceniał jej siłę. Wierzył, że może ona działać nie tylko na zaburzenia czynnościowe, ale także na organiczne., że można nią wyleczyć raka, anemię, gruźlicę, nerwobóle, migrenę, a nawet stosować jako antidotum w zatruciach.

Kontrowersje między przedstawicielami „szkół” w Nancy i Salpetrière wywarły duży wpływ na późniejsze koncepcje hipnozy. W roku 1885 złożył wizytę J.M. Charcotowi w Salpetrière, a w roku 1889 pracował z A. Liebeaultem i H. Bernheimem Zygmunt Freud (1856–1939), starając się ulepszyć swoją technikę hipnotyzowania. Chciał przy pomocy sugestii hipnotycznej skutecznie usuwać objawy chorobowe. Mocno wierzył w skuteczność terapii po tym, jak jego przyjaciel, znakomity psychiatra Joseph Breur (1842–1925) opisał mu jeden z ciekawszych przypadków w historii stosowania hipnozy.

W efekcie współpracy Z. Freud i J. Breur opublikowali w roku 1895 pracę, w której zawarli teorię nerwic. Przyjęli w niej, że podstawową przyczyną tego typu zaburzeń są wczesne doświadczenia o charakterze urazów psychicznych. Hipnoza jako metoda kataraktyczna leczy nerwice poprzez uwolnienie stłumionych emocji i przeżyć. Uwolnienie to dokonuje się z nieświadomości do świadomości. W ten sposób zostaje uwolniona energia psychiczna „napędzająca” dotąd objawy chorobowe.

W tym czasie J. Breur leczył cierpiącą na histerię pacjentkę Annę, u której chorobę wywołał szok na wiadomość o wykryciu u jej ojca ropnia płuc. J. Breur przy pomocy hipnozy starał się pomóc pacjentce, jednakże objawy nasilały się. Była rozdrażniona, napadowo ogarniały ją stany senności, nie była zdolna do żadnego wysiłku, a nawet często miała halucynacje. Pewnego wieczoru, w okresie wielkich upałów, Anna odczuwała silne pragnienie, ale ku swemu przerażeniu stwierdziła, że nie może przełknąć wody. Przez następne sześć tygodni gasiła pragnienie wyłącznie jedząc owoce, a zwłaszcza melony. Pod hipnozą przypomniała sobie, że jej dawna guwernantka pozwoliła kiedyś, aby pies wypił wodę z jej szklanki. Wywołało to wtedy u Anny wielką odrazę. Następnie, jeszcze pod hipnozą, poprosiła Breura o szklankę wody, którą wypiła bez oporów. Zbudziła się ze snu hipnotycznego ze szklanką w dłoni. Wstręt do picia nie powtórzył się u niej już nigdy.

Freud i Breur (1895) byli przekonani, że ustąpienie objawu było efektem przypomnienia sobie traumatycznego zdarzenia, a tym samym odreagowania go.

J. Breuer próbował później wiązać wszystkie objawy neurotyczne i histeryczne swoich pacjentów z przykrymi doświadczeniami z przeszłości. Szczególnie z okresu dzieciństwa.

Z. Freud był pod wrażeniem osiągnięć J. Breura i w tym kierunku zmodyfikował swoją teorię i technikę hipnozy.

Z. Freud, będąc w Salpêtriére świadkiem ataków histerycznych występujących pod hipnozą, doznał wrażenia, że zahipnotyzowani walczą ze swoimi wspomnieniami. Dlatego doszedł do wniosku, że wspomnienie jakiegoś urazu, wpływające z głębin nieświadomości, stanowi o treści ataku. Na podstawie obserwacji dokonanych podczas terapii pacjentów wyciągnął wniosek, że najczęściej są to urazy natury seksualnej.

Pewnego razu Freud (1905), usiłując zahipnotyzować młodą kobietę – Łucję R. – cierpiącą na depresję i nieustannie czującą dziwne zapachy, nie mógł wprowadzić jej w stan somnambuliczny niezbędny do leczenia jego metodą. W tej sytuacji zastosował metodę H. Bernheima. Położył chorej rękę na czole i poprosił, aby mówiła wszystko to, co jej przyjdzie na myśl. Tak powstała słynna metoda „wolnych skojarzeń” umożliwiająca diagnozę przyczyn nerwic bez zastosowania hipnozy.

Freud (1925) uważa, że hipnoza jest rodzajem transferu pomiędzy hipnotyzerem a zahipnotyzowanym, podczas którego zanika aktywność własna zahipnotyzowanego. Transfer ma postać zakochania się hipnotyzowanego w hipnotyzerze, z wykluczeniem dążenia do zaspokojenia seksualnego. Hipnotyzer zastępuje osobie zahipnotyzowanej własny ideał „ego”. W społeczności prymitywnej grałby rolę wszechmocnego ojca.

Podatność na hipnozę jest tym większa, im silniej są zaznaczone tendencje masochistyczne. Freud (1963) stosował hipnozę w terapii kilku swoich pacjentów. Teorię sformułował w oparciu o obserwację właśnie tych przypadków. Jednak w drugiej połowie lat dwudziestych naszego wieku bardzo ograniczył stosowanie hipnozy. Złożyło się na to kilka przyczyn. Przede wszystkim uległo zachwianiu jego przekonanie o wykluczeniu dążeń do zaspokojenia seksualnego w hipnozie, gdy jedna pacjentka „rzuciła się” na niego w niedwuznacznych zamiarach. Dodatkowo Freud stwierdził, że skuteczna terapia hipnozą możliwa jest tylko w jej somnambulicznej postaci, do której jest zdolnych jedynie 15% leczonych. W tej samej pracy (Freud 1963) podkreślał ponadto, że są pacjenci, którzy nawet w hipnozie somnambulicznej nie mogą uświadomić sobie wypartych do nieświadomości traumatycznych przeżyć.

Rolę transferu w hipnozie podkreślał także Ferenczi (1909). Uważał, że głębokość snu hipnotycznego zależy od stopnia transferu, który jest reaktywacją

kompleksu Edypa lub Elektry. Stąd też wyróżnił dwa typy hipnozy: macierzyńską – opartą na miłości i ojcowską – opartą na obawie.

Również Schilder w 1922 roku zwrócił uwagę na transfer pomiędzy hipnotyzerem a zahipnotyzowanym. Z tym, że jego zdaniem zachodzi on w obrębie „libido”. Hipnoza jest natomiast w dużej mierze identyfikacją badanego i eksperymentatora. Przypisując hipnotyzerowi magiczną moc, chory urzeczywistnia swoje własne fantazje dziecięce, w których energia libido znajduje niepoohamowane rozładowanie.

Współcześnie zagadnienie to podjął Chertok (1988), który uważa, że u podłoża podatności na hipnozę leży wczesny związek dziecka z matką. Jednak horyzontalny, przesuwający się w czasie charakter tego związku powoduje, że początkowo świadomy mechanizm z biegiem lat staje się nieświadomy.

Natomiast punktem wyjścia Gilla i Brenmana (1959) była krytyka tezy Freuda, że hipnoza jest związana z tendencjami masochistycznymi oraz Ferencziego, że jest formą transferu, w którym zachodzi reaktywacja kompleksu Edypa lub Elektry. Publikację swoją autorzy oparli na dwudziestoletnich doświadczeniach w hipnoterapii wielu tysięcy chorych.

Ich zdaniem w hipnozie działają dwa czynniki. Pierwszy to izolacja sensoryczna, która jest efektem hipnotyzowania ograniczającego kontakt badanego ze światem zewnętrznym do bodźców podawanych przez hipnotyzera. Drugim czynnikiem działającym w hipnozie jest regresja do dziecięcych popędów. W zasadzie, ich zdaniem, każda sytuacja psychoterapeutyczna pobudza chorego do regresji. Szczególnie dotyczy to hipnozy. Natomiast warunkiem koniecznym do wystąpienia hipnozy jest transfer pomiędzy hipnotyzerem i hipnotyzowanym. Transfer ten występuje automatycznie w sytuacji hipnotyzowania.

Gill i Brenman (1959) definiują hipnozę, jako stan wywołany regresją psychologiczną, która na podłożu stosunku interpersonalnego o charakterze regresywnym nie doprowadza do odłączenia funkcji „ego”, a jedynie do regresywnej modyfikacji jego funkcji.

Do wystąpienia hipnozy wystarczy działanie hipnotycznej izolacji sensorycznej. Drugi jej czynnik wystąpi automatycznie w oparciu o trwałe skojarzenie.

Istotną cechą transferu hipnotycznego jest jego głębokość, gdyż pogłębienie lub spłylenie transu stanowi mechanizm obronny. Głębokość transu zmienia się, gdy istnieje zagrożenie równowagi popędu i obrony. Podmiot wchodzi w jeszcze głębszy trans po to, aby ukryć swoją agresywność, przesadzając w uległości. Pogłębienie, podobnie jak spłylenie, może służyć zarówno zaspokojeniu libido, jak i obronie przeciw popędom.

Natomiast Kubie wspólnie z Margolin w 1944 roku próbowali dokonać syntezy teorii I. Pawłowa i psychoanalizy. Nawiązali też do niektórych idei Charcota.

Ich zdaniem dotychczasowe niepowodzenia przy tworzeniu teorii hipnozy wynikają z faktu, że nie brano pod uwagę faktu występowania dwóch odmiennych zjawisk, tzn. indukcji hipnotycznej i stanu hipnozy. Różnią się one zarówno pod względem psychologicznym, jak i fizjologicznym.

Podczas indukcji hipnotycznej zachodzi stopniowa eliminacja bodźców płynących ze świata zewnętrznego. W końcu bodźce te zostają ograniczone do podawanych przez hipnotyzera. Natomiast stan hipnozy może być wywołany przez same bodźce fizyczne (np. ciepło, monotonne dźwięki, itp.).

Fizjologicznie stan hipnozy przejawia się w skoncentrowanym polu pobudzenia korowego, otoczony polem hamowania. W płaszczyźnie psychologicznej autorka tłumaczy to jako rozróżnienie „ego” i świata zewnętrznego reprezentowanego przez hipnotyzera, z którym w hipnozie podmiot się utożsamia. Następuje wtedy regresja podmiotu do stanu porównywalnego z niemowlęctwem, a hipnotyzier otrzymuje rolę pełnioną dawniej przez rodziców.

Kubie i Margolin (1944) uważają, że istnieje możliwość indukcji hipnozy bez hipnotyzera. Osobę hipnotyzera zastępuje wtedy jego wyobrażenie, zawierające w sobie elementy postaci opiekuńczych z wczesnego dzieciństwa lub z okresu późniejszego, jako postaci pełne autorytetu. Wyobrażenie hipnotyzera jest w zasadzie tożsame z wyobrażeniem anioła stróża, czuwającego nad bezbronną, śpiącą istotą.

Pod hipnozą podmiot rezygnuje z posługiwania się mechanizmami obronnymi i oddaje swoją osobę i swoje poczucie bezpieczeństwa w ręce hipnotyzera (obojętnie czy rzeczywistego, czy wyobrażonego).

W teoriach psychoanalitycznych przy wyjaśnianiu hipnozy dominują obok transferu dwa podstawowe czynniki: zaspokojenie popędów oraz przeżycia mające swe źródło we wczesnym okresie życia.

W pracy Fishera opublikowanej w 1953 roku pojawia się jednak trzeci czynnik tłumaczący działanie sugestii. Jest nim aktywność pokarmowa. Tak autor pisze na ten temat: (s. 68) „Sugestie zostają przyjmowane lub odrzucane w zależności od stopnia lęku lub zaspokojenia uzyskanego przez działanie pewnych fantazji wcielenia i wypędzenia. Znaczy to, że sugestia jest przyjmowana, jeżeli nieświadomie jest porównywana do ustnego wchłonięcia „dobrej” substancji a odrzucana, jeżeli nabiera znaczenia „złej” substancji.”

Należy w tym miejscu stwierdzić, że w większości koncepcji psychoanalitycznych hipnoza powstaje poprzez uruchomienie transferu na skutek zaspokojenia istotnych potrzeb (seksualnych, bezpieczeństwa, pokarmu). U Fishera (1953) hipnotyzier czyni dar ze swoich słów, a sugestia może być przyjęta jako dobry pokarm.

U Freuda (1925) mechanizm hipnozy oparty jest na zaspokojeniu seksualnym. Gill i Brenman (1959), Kubie i Margolin (1944) podkreślają znaczenie regresji hipnotycznej.

Przedstawiona dotąd historia poznawania hipnozy nie uzasadnia złej opinii o niej panującej wśród wielu specjalistów. Dlaczego tak się stało, postaram się odpowiedzieć poniżej.

Szarlatani i oszuści w szatach hipnotyzerów

Zalóżmy na wstępie, że badacze są uczciwi i starają się rzetelnie badać niezrozumiałe zjawiska oraz, że w spirytyzmie nie ma żadnych mocy nadprzyrodzonych. Część zjawisk można wytłumaczyć zręcznym oszustwem, część umiejętnościami iluzjonistycznymi. Ułatwia to nastawienie badaczy do medium. Nawet przyłapanie na oszustwie może się tłumaczyć chwilową niemocą medialną. A każdy sukces dla medium jest sporym dowodem na realność produkowanych zjawisk. Jednak i przy takich założeniach pozostaje część zjawisk niewytłumaczonych. Mogą być efektem hipnozy zbiorowej.

Medium tworzy odpowiednią atmosferę: tajemniczości, obcowania z siłami nadprzyrodzonymi. Grono obserwatorów na ogół jest niewielkie. Łatwo nad nim zapanować. Dramatycznie wyglądające zapadanie w trans, a następnie efektowne objawy tego transu dopełniają reszty. To nie medium, lecz obserwatorzy są zahipnotyzowani. Widzą to, co zasugeruje im medium. Dokładna analiza wspomnień z jednego takiego seansu wykazała ciekawy fakt. Wszyscy obserwatorzy widzieli poruszającego się ducha. Jednak każdy widział go inaczej i w odmiennym miejscu. Różnice te były zasadnicze. W innym eksperymencie, podczas którego lewitowała trąbka, obserwatorzy różnie określali wysokość, na jaką się uniosła oraz czas, przez jaki wisiała w powietrzu.

Niestety, nie było to jedyne pole wykorzystania hipnozy do celów wybitnie nienaukowych. Współcześnie wywoływanie duchów stało się mało ekscytujące. Należało więc znaleźć coś nowego. I znaleziono. Na fali zainteresowań filozofią i kulturą wschodu wielu szarlatanów, pod płaszczykiem naukowców, postanowiło zdobyć popularność i pieniądze. Należeli do nich, niestety, także i hipnotyzerzy. Wykorzystali naukowo poznane zjawisko regresji hipnotycznej twierdząc, że pod hipnozą badany może nie tylko przypomnieć sobie zapomniane epizody z własnego życia, ale także przeżycia z okresu przed urodzeniem, a nawet z poprzednich wcieleń! Ukazało się wiele książek opisujących wyniki takich eksperymentów.

Budzą wśród laików powszechne zainteresowanie, a wśród naukowców wywołują ironiczny uśmiech.

W Polsce problematyka ta jest mało znana, być może, dlatego owiana nimbem tajemnicy i stwarza wrażenie dotarcia do istoty zjawisk paranormalnych.

Chcąc przybliżyć atmosferę tych badań i sposobu ich opracowania, postanowiłem omówić jedną z najbardziej znanych książek z tego zakresu. Będzie nią książka wydana w 1981 roku Helen Wambach pt. „Life before life” (Życie przed życiem). Jej wysoce nienaukowy charakter powoduje, że pozycji tej nie umieszczam w bibliografii.

H. Wambach, z zawodu psycholog, w czasie swoich prób stosuje hipnozę zbiorową. Najpierw wprowadza w głęboki trans hipnotyczny wszystkich obecnych na sali, w tym także siebie. Stosuje do tego standardową metodę hipnotyzowania polegającą na sugerowaniu zasypiania. Gdy uczestnicy próby osiągną wymagany stan, mówi ona do badanych: „Wasza świadomość nie rozumie tego, co teraz powiem. Mówię do waszej podświadomości. Chcę, żebyście zredukowali wasze elektryczne fale mózgu do pięciu drgań na sekundę. W tym stanie, przy słabych falach osiągniecie głębsze warstwy waszego „ja”, z których pochodzą odpowiedzi na moje pytania. Gdy policzę do pięciu, zmniejszy się aktywność waszych fal mózgu do pięciu na sekundę. Raz, głębiej i głębiej. Dwa, jesteście coraz bardziej odprężeni. Trzy. Cztery. Pięć”.

Założenia H. Wambach są proste: każda sugestia wywołuje założone reakcje. Nie potrzeba żadnej kontroli warunków badania, a każda wypowiedź badanych pod hipnozą, zgodna z oczekiwaniami autorki, jest potwierdzeniem, a nawet dowodem uzyskania opisywanych przez nią zjawisk.

Następnie H. Wambach sugeruje stopniową regresję do coraz to młodszego wieku. Wreszcie do chwili urodzenia, by po krótkiej chwili podawać sugestie przypomnienia sobie przeżyć z okresu przed urodzeniem: „Chcę, byście cofnęli się do okresu krótko przed momentem urodzenia”.

Następnie zadaje zahipnotyzowanym szereg pytań. Powtarzającymi są:

„Czy sami zdecydowaliście urodzić się?” „Czy mieliście jakiś szczególny powód, wybierając drugą połowę XX wieku dla zebrania doświadczeń w życiu fizycznym?” „Jaki to powód?” „Czy wybrałaś płć na okres nowego życia?” „Jeżeli tak, to co było powodem, że zdecydowałaś się na to, aby być mężczyzną?” „Chcę, abyście zwrócili uwagę na przyszłą matkę. Czy znaliście ją już w poprzednim życiu?” „Jeżeli znaliście, to jaki był twój uprzedni stosunek do niej?” „Chcę, abyście zwrócili uwagę na przyszłego ojca. Czy znaliście go już w poprzednim życiu?”

Osobiście jestem przekonany, że autorka rzeczywiście uzyskała licznie cytowane odpowiedzi na stawiane przez siebie pytania. Ale, o czym one świadczą? Na

pewno nie o przypominaniu sobie wydarzeń sprzed urodzenia. Są jedynie przykładem odegrania przez zahipnotyzowanego zasugerowanej roli, w której czerpie wątek z własnych marzeń, pragnień, wyobrażeń i wiedzy o przeszłości.

Natomiast H. Wambach bezkrytycznie przyjmuje każdą wypowiedź badanych. Przytacza procenty, zastanawia się, dlaczego na przykład tylko część badanych знаła swoich rodziców przed podjęciem decyzji o urodzeniu się. Jak wielu innych autorów tego samego pokroju, uzyskane wypowiedzi tłumaczy związkami z kosmosem, czasoprzestrzenią i lokalizuje w głębokich warstwach prawej półkuli mózgu generującej, jej zdaniem, podświadomość. Wszystko po to, by sprawić na czytelniku wrażenie, jak bardzo „naukowy” jest jej pogląd i na jakich to najnowszym (a w zasadzie najmodniejszych) kierunkach współczesnej wiedzy jest oparty. „Potrafi” ona prostą sugestią zmniejszyć częstotliwość fal mózgowych do 5 na sekundę. Tylko, że nie skontrolowała tego przy pomocy badania elektroencefalograficznego. Zresztą niczego nie kontroluje, niczego nie sprawdza, a tylko „sięga” w „głębokie warstwy podświadomości”.

W badaniach H. Wambach uderzyło mnie także to, że hipnotyzując równocześnie kilkadziesiąt osób, sama zapada w głęboki trans hipnotyczny. Jak w tej sytuacji kontroluje zmieniający się często stan zahipnotyzowanego?

H. Wambach jest również autorką pracy, w której opisuje własne doświadczenia nad przypominaniem sobie minionych wcieleń. W ich treści dominują królowie, faraonowie, rycerze, książęta. Prawie nikt z badanych w poprzednich wcieleniach nie był zwykłym szarym człowiekiem. Moim zdaniem to, jaką postać wybierali badani, wynikało z ich skrytych marzeń. Ponadto można przecież wiele zasugerować zahipnotyzowanemu, przeżywanie swoich następnych wcieleń również.

Oczywiście i takie „badania” były już prowadzone. To, co się w nich sugeruje, zależy tylko od fantazji hipnotyzera. Swego czasu Helena Smith (1861–1929) pod hipnozą z wielką dokładnością opisywała życie na Marsie! Stworzyła nawet język, którym rzekomo posługiwali się Marsjanie. Gdy udowodniono, że język ten jest nieudolną mieszaniną kilku ziemskich języków, przypomniała sobie, że w poprzednim wcieleniu była małżonką księcia Siwruka. Nosiła imię Simandini i po śmierci męża, zgodnie ze zwyczajami tam panującymi, została spalona na stosie ze zwłokami męża. We wcześniejszym z kolei wcieleniu była ni mniej, ni więcej tylko nieszczęsną królową Marią Antoniną.

Niestety, takie właśnie badania i poglądy kształtowały potoczną opinię o hipnozie. Nie dziwi więc zaliczenie przez wielu autorów hipnozy do metod parapsychologii lub wręcz pseudonauki. Sytuację pogarsza pojawienie się na polskim rynku wydawniczym szereg pozycji stojących na żenująco niskim poziomie merytorycznym lub wręcz mający charakter prac pseudonaukowych.

Rozdział VI

Teorie hipnozy

Współcześnie dominuje pięć podstawowych sposobów wyjaśniania istoty hipnozy (Shelp 2007):

- Hipnoza jest specyficznym procesem psychicznym (tzw. teorie transu hipnotycznego).
- Hipnoza jest normalnym stanem czuwania, a zjawiska występujące w czasie jej trwania występują także bez hipnozy (sceptyczne teorie hipnozy).
- Podatność na hipnozę jest powiązana z różnymi cechami osobowości (teorie relacyjne).
- Hipnoza jest stanem koncentracji hipnotyzowanego na hipnotyzerze.
- Hipnoza jest funkcją sugerowania.

Teorie hipnozy można też podzielić na dwie grupy: transowe i nietransowe. Różnią się one poglądem na samo zjawisko hipnozy i rozumienie terminów „trans” czy „stan” hipnotyczny.

Stanowisko transowe zakłada, że istnieje pewien specyficzny stan świadomości jakościowo różny od innych, który możemy nazwać stanem hipnozy lub transem. Można w ten stan wprowadzić człowieka za pomocą odpowiednich sugestii (indukcji hipnotycznej), pozostaje on w nim jakiś czas i jest z niego wyprowadzony przez hipnotyzera przy pomocy odpowiednich sugestii. Istnieją różne głębokości stanu hipnotycznego i w miarę jego pogłębiania się zwiększa się zdolność do doznawania sugerowanych.

Stanowisko nietransowe zakłada, że zjawiska będące rezultatem sugestii są tak naprawdę efektem wyobrażeń osoby hipnotyzowanej i mogą być wyjaśnione przy pomocy terminów z zakresu psychologii społecznej. Przykładowo Sarbin (1967) uważa, że osoba poddawana hipnozie wchodzi w rolę, która dodatkowo jest okre-

ślana przez indukcję i sugestie hipnotyzera. Hipnoza jest więc zjawiskiem o charakterze interakcyjnym.

Synteza różnych koncepcji zdaje się być trójwymiarowa teoria Shorra i Cobba (1966), którzy próbują łączyć podejście interakcyjne z poznawczym i analitycznym.

Z powyższego przeglądu współczesnych teorii hipnozy wynika, iż nie pojawiła się dotąd koncepcja akceptowalna dla wszystkich zainteresowanych. Jedynie, z czym zgadzają się zwolennicy stanowiska „transowego” i „nietransowego” to przekonanie, że hipnoza nie jest snem (zapis EEG hipnozy różni się zasadniczo od snu, nie różni się natomiast od stanu czuwania) (Green 2007).

Historycznie podchodząc do zagadnienia należy stwierdzić, że począwszy od XIX wieku dominują teorie transu hipnotycznego. Zakłada się w nich, że hipnoza będąc zmodyfikowanym stanem świadomości umożliwia wywołanie różnorodnych specyficznych tylko dla tego stanu zjawisk i zachowań u zahipnotyzowanego. W teoriach tych zakłada się także, że stan hipnozy powstaje pod wpływem sugestii sformułowanych przez hipnotyzera.

Poglądy te krytykują zwolennicy sceptycznych teorii uważając, iż jest niezasadne pojmowanie transu hipnotycznego jako odrębnego od czuwania i snu stanu psychiki człowieka. Reakcja na sugestie w stanie czuwania i w stanie, który nazywamy umownie (zgodnie z historyczną tradycją) hipnozą, nie wykazuje istotnych różnic a te, które nawet wystąpią, są efektem zmian w motywacji i postawach osób poddawanych oddziaływaniom sugestyjnym. Udokumentowanym eksperymentalnie faktem jest bowiem odmienna reakcja na te same sugestie w sytuacji definiowanej badanemu jako badanie łatwości, zdolności wyobrażania sobie, podatności na hipnozę.

Odmienne podejście metodologiczne do zagadnień hipnozy prezentują zwolennicy relacyjnych teorii hipnozy. Zakładają oni, że hipnoza przejawia się pod postacią zróżnicowanej pod względem siły (stopnia) reakcji na sugestie hipnotyzera. Sama zaś podatność jest skorelowana (powiązana) z innymi cechami (wymiarami) osobowości.

Teorie transu hipnotycznego

Zwolennicy teorii transu hipnotycznego, tacy jak E. Hilgard i M. Orne twierdzą, że hipnoza jest stanem świadomości zasadniczo odmiennym od innych stanów, takich jak: stan czuwania, nieprzytomności czy głębokiego snu. Stan ten wywoływany jest przez specjalne procedury (indukcje hipnotyczne), chociaż istnieje

możliwość pojawienia się tego stanu w sposób spontaniczny. Przedstawiciele tego stanowiska zgodni są również co do tego, że stan hipnotyczny może mieć różną głębokość (Barrios 2007).

W eksperymencie z 1959 roku, z tzw. „znikającym hipnotyzerem” Orne porównał reakcje dwóch grup badanych. W pierwszej osoby hipnotyzowano. W drugiej polecono udawać wejście w stan hipnotyczny. Sesję nagle przerywano ze względu na rzekomą awarię prądu. Gdy badacz opuszczał pomieszczenie, by sprawdzić, co się stało, osoby grające zahipnotyzowanych natychmiast przestawały udawać i otwierały oczy, rozglądając się po pokoju i nie wykazując żadnych objawów hipnozy. Ci natomiast, którzy mieli byli hipnotyzowani, powoli i z pewnym trudem wychodzili samodzielnie ze stanu hipnotycznego. Zdaniem Orna (1959) jest to dowód na transowy charakter hipnozy.

Jednym z ważniejszych nurtów w teoriach „transowych” jest wiązanie hipnozy z efektem uczenia się reagowania na sugestie hipnotyczne.

Historia poszukiwań związku hipnozy z uczeniem się jest stosunkowo długa. Najprawdopodobniej Braid (1843) jako pierwszy wiązał hipnozę z uczeniem. Definiował ją bowiem jako nawyk intensywnej abstrakcji. Postępu w tym zakresie dokonał C. Hull (1933). W punkcie wyjścia polemizował z Pawłowem, jeżeli chodzi o różnicę pomiędzy hipnozą u ludzi i zwierząt. Hull podkreślał fakt, że w hipnozie zachowany jest werbalny kontakt z badanym i reaguje on specyficznie na treść sugestii, czego oczywiście nie ma u zwierząt. Jednak zarzut ten stracił aktualność po ukazaniu się pracy Płatonowa (1959), który oddzielił sen hipnotyczny od snu sugerowanego.

Hull (1933) chciał przede wszystkim odpowiedzieć w swoich badaniach na pytanie, czy stopień zahipnotyzowania będzie rósł w miarę powtarzania sugestii, a tym samym, czy poprzez uczenie reakcja na sugestię może przybierać nawykowy charakter. Jeżeli tak jest, to stan hipnozy musi posiadać następujące cechy, (co potwierdził w swoich licznych eksperymentach):

- 1) jej siła (głębokość) jest wzmocniana w kolejnych zahipnotyzowaniach,
- 2) jej krzywa w kolejnych próbach musi być zgodna z krzywą uczenia się, tzn. w pierwszych próbach przyrost jest duży, by w następnych stopniowo maleć (tzw. negatywne przyspieszenie),
- 3) przerwa w hipnotyzowaniu obniża jej głębokość, zależność ta będzie miała przebieg zgodny z krzywą zapominania,
- 4) obniżenie to będzie większe, gdy kolejne zahipnotyzowania były skomasowane w czasie,
- 5) po przerwie kolejne zahipnotyzowania będą dawać efekt ponownego uczenia się.

Opierając się na własnych i swoich współpracowników wynikach badań Hull (1933) uznał, że hipnoza jest wzmocniana przez praktykę oraz, że w hipnozie ujawniają się wszystkie cechy nawyku. Pozwoliło mu to na następujące stwierdzenie: „...Tak znacząca i szczegółowa zgodność zjawiska hipnozy z eksperymentalnymi cechami normalnego nawyku nie może być przypadkowa i bez znaczenia. Wydaje się więc, że czymkolwiek jest hipnoza, jest ona w znacznym stopniu zjawiskiem nawyku i hipoteza ta może dostarczyć podstawy do pełnego zrozumienia i wytłumaczenia jej dotychczas niewyjaśnionych cech charakterystycznych” (Hull 1933, s. 377).

Hull (1933) wniósł sporo nowego w rozwój wiedzy o hipnozie. Obok uporządkowania metodologii badań warto zwrócić uwagę na następujące jego osiągnięcia:

1. Dokonał rozróżnienia efektu działania sugestii w sytuacji hipnotycznej i niehipnotycznej.
2. Wykazał, że w miarę powtarzania bodźców (sugestii) reakcja (hipnoza) wzmocnia się.
3. Krzywa uczenia obrazująca ten proces ma wszystkie cechy charakterystyczne zaobserwowane przy wytwarzaniu innych nawyków (np. odruchu unikania szoku elektrycznego).

Dyskusję z poglądami Hulla podjął Barber (1976).

Przede wszystkim zwrócił uwagę na szereg niedokładności w procedurze eksperymentalnej przedstawionych wyżej badań:

1. Wybór do badań pod hipnozą tylko podatnych osób.
2. Wybór z możliwych tylko niektórych sugestii i reakcji na nie. W tej sytuacji, zdaniem Barbera, nie wiemy, jak reagowałyby osoby niepodatne na hipnozę podczas badania innych reakcji.
3. Teoria Hulla nie dopuszcza możliwości, że wzrost siły sugestii w miarę kolejnych powtórzeń nie jest efektem uczenia a jedynie – modyfikacji motywacji (wzrost zainteresowania) do badania. Nie można wykluczyć, że badani w odmiennej sytuacji lub po zastosowaniu różnych procedur eksperymentalnych w miarę powtarzania prób będą coraz mniej nimi zainteresowani i tym samym będą uzyskiwać coraz niższe wyniki reakcji na sugestie.

Aby zweryfikować te wątpliwości, Barber (1976) przeprowadził badanie 15 studentek pielęgniarstwa w wieku od 17 do 21 lat, którym powiedziano, że będą hipnotyzowane 8 razy w codziennych sesjach eksperymentalnych. Po zakończeniu ósmej sesji otrzymają po 500 dolarów.

Z 15 uczestniczek do końca badania dotrwało 13. Dwie, które po pierwszej i po trzeciej sesji zrezygnowały z udziału w badaniach stwierdziły, że przestało je to interesować.

Ogółem Barber (1970) przeprowadził 104 standardowych sesji hipnotycznych, tzn. każda z badanych uczestniczyła w ośmiu identycznych sesjach hipnotycznych.

Procedura badania była następująca. Po wejściu badanej do laboratorium proszono ją o wypełnienie kwestionariusza przedsesyjnego, określającego nastawienie do hipnozy i oczekiwaną głębokość hipnozy. Następnie przeprowadzono indukcję hipnotyczną. Natychmiast po jej zakończeniu określano podatność na hipnozę przez obiektywne i subiektywne reakcje na sugestie testowe. Po zakończeniu badania uczestniczki eksperymentu wypełniały posesyjny kwestionariusz określający: samoocenę osiągniętej głębokości hipnozy oraz procent czasu podczas indukcji, w którym to czasie badana była skoncentrowana na słowach hipnotyzera. Indukcję i próby testowe prowadzono wykorzystując do tego celu nagranie magnetofonowe, identyczne dla wszystkich badanych w każdej próbie. Po ósmej sesji badane były proszone o skomentowanie zmian w swoich reakcjach na indukcję podczas ośmiu dni eksperymentu.

W rezultacie Barber stwierdził, że podatność na sugestie we wszystkich kolejnych próbach, u wszystkich badanych stopniowo zmniejszała się. W miarę trwania kolejnych sesji badane manifestowały znużenie, jak i narastający negatywny stosunek do badania. Zmniejszyła się głębokość hipnozy i zainteresowanie badaniem. Na początku pierwszej sesji badane określały hipnozę jako satysfakcjonującą, interesującą i przyjemną. Natomiast po ósmej – za niesatysfakcjonującą, nieinteresującą, nużącą i przykrą. Badane na początku oczekiwały, że po kolejnych sesjach będą coraz głębiej zahipnotyzowane. Natomiast przed ósmą sesją oczekiwały, że nie będą w ogóle zahipnotyzowane.

Również obiektywne pomiary reakcji wskazywały na nieprzerwane przez pierwsze sześć dni pogarszanie wyników. Od szóstego dnia wyniki uległy stabilizacji. Zjawisko to wystąpiło u wszystkich badanych. Przeciętne pogorszenie wyniosło 50%.

Koncentracja na słowach hipnotyzera zmniejszała się ciągle od 1 do 5 dnia, a potem wyrównała się na niskim poziomie. Badane określały przeciętnie, że podczas pierwszego dnia przez 85% czasu były skoncentrowane na procedurze indukcji, gdy podczas ostatniej tylko w 65%. Jako przyczynę takich wyników podawały: utratę wiary w hipnozę, znużenie monotonią badania, spadek zainteresowania, kłopoty z koncentracją uwagi.

Trzeba jednak pamiętać, że w innych badaniach Barber uzyskał odmienne wyniki. Barber i Glass (1962) stwierdzili znaczny wzrost wyników drugiej indukcji w porównaniu z pierwszą po zastosowaniu zindywidualizowanej procedury prowadzonej przez hipnotyzera wśród 30 badanych (do pomiaru zastosowano

8-punktową Skalę Sugestywności Barbera – metody pomiaru hipnozy. Jej opis oraz wyjaśnienie skrótów są przedstawione w następnym rozdziale). Ponadto badacze stwierdzili, że istnieje wysoka korelacja wyników pomiędzy dwoma sesjami ($r = 0,85$). Jednym z ważniejszych spostrzeżeń w tym eksperymencie było to, że kilku wysoce podatnych badanych zdradzało symptomy hipnozy już przed rozpoczęciem indukcji.

Problem możliwości modyfikacji podatności na hipnozę poprzez powtarzanie indukcji podjął także Hilgard w 1965 roku. W punkcie wyjścia założył, że trans hipnotyczny zależy od dwóch czynników. Pierwszy to podatność hipnotyczna, drugi to postawa wobec hipnozy.

Do badań dotyczących tego zagadnienia Hilgard (1978) wybrał studentów ze średnimi wynikami w skali podatności hipnotycznej (SHSS, wariant A). Następnie Hilgard stosował różne techniki, usiłując modyfikować podatność hipnotyczną badanych. Część czasu poświęcił psychoterapeutycznym dyskusjom nad postawą wobec hipnozy, część próbując wzmocnić motywacją do badania i wreszcie część na różne metody indukcji hipnotycznej. Pomimo tego wachlarza metod, badacz osiągnął bardzo niewielką zmianę wyników. Może to świadczyć, zdaniem autora, o tym, że podatność na hipnozę jest względnie stałą cechą osobowości.

Aby wyjaśnić te rozbieżności, przeprowadziłem badania własne (1990 r.).

Grupę 70 osób (studentów psychologii UJ) poddano serii identycznie prowadzonych 3 prób zahipnotyzowania. Każdorazowo efekt hipnotyzowania oceniał hipnotyzer w oparciu o własną skalę (Augustynek 1987) oraz sam zahipnotyzowany (różnice tych ocen były statystycznie nieistotne – według hipnotyzera w całości eksperymentu badani przyjęli 4899 sugestii, natomiast zdaniem hipnotyzowanych 4689). Obliczona korelacja pomiędzy ocenami hipnotyzera i hipnotyzowanego wyniosła dla osób podatnych na hipnozę $r = 0,96$ i dla niepodatnych $r = 0,81$. Jest to wysoki współczynnik, świadczący o dużej zgodności ocen.

W omawianych badaniach chciałem odpowiedzieć na pytanie, jak efekt sugestii zmienia się przy kolejnych jej powtórzeniach.

Po przeprowadzonej analizie statystycznej zebranego materiału okazało się, że cała grupa podczas trzech sesji zwiększyła ilość zrealizowanych sugestii o 19,74%. Jednak analiza materiału eksperymentalnego wykazała, że badani podzielili się na trzy grupy: zwiększających ilość realizowanych sugestii (32 osoby o średnio 40,71%), niezmiwiających sugestywności (10 osób) i zmniejszających ilość zrealizowanych sugestii (28 osób o średnio 31,24%, co prowadziło w ich przypadku do odrzucenia sugestii przyjętych we wcześniejszych próbach).

Działanie tych przeciwstawnych tendencji prowadziło do nieznacznego podwyższenia sugestywności grupy jako całości. Krzywa obrazująca te zmiany ma

wszelkie cechy krzywej uczenia się (u zwiększających sugestywność na uczących się nabywania reakcji, natomiast – zmniejszających sugestywność na uczących się unikania reakcji).

Uzyskany wynik może tłumaczyć rozbieżności rezultatów różnych autorów, ponadto udowadnia, że sugestywność i podatność na sugestię jest modyfikowana w kolejnych próbach zgodnie z prawami uczenia się obrazowanymi przez krzywą uczenia.

Inni zwolennicy teorii transu hipnotycznego wiązali hipnozę ze zmianami świadomości. Mogło to być zwężenie lub dysocjacja pola świadomości.

Koncepcja wiążąca hipnozę z zawężeniem pola świadomości czy też koncentracją uwagi ma dwa źródła. Pierwsze to obserwacja zahipnotyzowanego, skoncentrowanego na słowach hipnotyzera i doznaniach płynących z jego własnego ciała. Drugie to poglądy Pawłowa, który uważał, że hipnozie towarzyszy rozlanie się hamowania korowego przy zachowaniu ogniska pobudzenia. I tak na przykład Rubinstein (1962) pisze: „Hipnoza jest zasugerowanym snem, podczas którego zachowana jest wysepka świadomości czuwającej. Pewien organiczny wycinek kory nie ulega zahamowaniu sensorycznemu. Przez ten czuwający wycinek kory hipnotyzer komunikuje się z osobą zahipnotyzowaną. Przy ogólnym zawężeniu pola świadomości idea, którą wprowadza hipnotyzer, nie natrafia na opór. Nie podlega ani porównywaniu, ani rozważaniu, dzięki temu przechodzi w sposób mniej lub bardziej automatyczny w działanie”.

Natomiast Gill i Brenman (1959) sformułowali hipotezę, że podatność na hipnozę jest pozytywnie skorelowana ze zdolnością do koncentracji uwagi. Zweryfikowali ją badając 10 podatnych na hipnozę osób, które pod hipnozą wykazywały znaczne zawężenie pola percepcji wzrokowej w porównaniu z osobami niepodatnymi, ale poddanymi identycznej procedurze eksperymentalnej.

Zagadnienie koncentracji uwagi w hipnozie podjął również Aleksandrowicz (1986). Postanowił zweryfikować tezę, że hipnoza jest koncentracją uwagi badanego na osobie hipnotyzera. Jeżeli teza taka jest słuszna, założył Aleksandrowicz, zadanie wymagające znacznej koncentracji uwagi a zlecone przez hipnotyzera będzie lepiej wykonane w stanie hipnozy niż bez hipnozy. Do zweryfikowania tej tezy autor opracował test uwagi polegający na następującym zadaniu: w powtarzającym się dziesięć razy ciągu ośmiu pierwszych liter alfabetu (abdcefg) rozmieszczono 35 błędów (43,75%). Zadaniem badanego było odnalezienie i przekreślenie błędnie wpisanych liter. Test ten opracowano w dwóch wersjach nieróżniących się stopniem trudności. W analizie wyników uwzględniono badanie 27 osób pod hipnozą (grupa eksperymentalna) i 42 osób niehipnotyzowanych (grupa kontrolna).

Głębokość stanu hipnotycznego hipnotyzer i badany określali wspólnie bezpośrednio po badaniu przy użyciu trzystopniowej skali: powierzchowny, średni i głęboki.

Aleksandrowicz stwierdził, że w czasie hipnozy większość osób wykonuje zadanie testowe gorzej niż w grupie kontrolnej. Różnica była statystycznie istotna. Ponadto autor nie wykazał związku między ilością błędów popełnionych przy wykonywaniu zadania w stanie hipnozy a głębokością tego stanu.

W tej sytuacji Aleksandrowicz stwierdza (1986, s. 87): „Założenia dotyczące koncentracji uwagi na osobie hipnotyzera są błędne. Być może hipnoza jest raczej koncentracją uwagi na sobie samym, swoim ciele i przeżywaniu, koncentracji prowokowanej przez działanie i sugestie hipnotyzera”.

Natomiast koncepcja dysocjacji świadomości pod hipnozą będąca rozwinięciem idei Charcota (1868) została sformułowana w spójnej koncepcji przez Janeta (1889). Uważał on, że hipnoza jest wynikiem wtórnej dysocjacji świadomości, czyli czasowego oddzielania świadomej pamięci zdarzeń i działań od strumienia świadomości.

Pierwotna dysocjacja świadomości zachodzi w histerii. Przykładem może być lunatyzm (somnambulizm). Człowiek w takim stanie chodzi, jest zdolny do wykonywania skomplikowanych czynności, nawet takich jak pisanie listów, a po obudzeniu niczego nie pamięta. Również formą dysocjacji historycznej są fugi rozszczepienne, podczas których chory na krótszy lub dłuższy czas wykonuje czynności niezgodne z dotychczasowym jego zachowaniem, a następnie powraca do poprzednich zajęć, zupełnie nie pamiętając, co robił przed chwilą. Może on w czasie pracy powędrować gdzieś daleko od swojego miejsca pobytu lub nawet, jak to uczynił pewien chirurg, podjąć zbrodnicze działanie.

Głębokość snu hipnotycznego, zdaniem Janeta, zależy od stopnia dysocjacji. Odszczepione dążenia są zdolne do wpływania na zachowanie zahipnotyzowanego. Tworzą one tak zwany automatyzm zachowania. Zahipnotyzowany wykonuje wtedy swoje czynności w sposób całkowicie nieświadomy. W zdysocjowanej świadomości powstają dwie niezależne, izolowane od siebie aktywności psychiczne. Każda z nich posiada oddzielny potencjał energetyczny dla realizacji własnych celów.

Poglądy Janeta znalazły wielu zwolenników, szczególnie wśród psychoanalityków. Przez wiele lat koncepcja dysocjacji świadomości w wyjaśnianiu hipnozy cieszyła się dużą popularnością. Jednak oparta była głównie o obserwacje, a nie badania eksperymentalne.

Za twórcę współczesnej tzw. neodysocjacyjnej koncepcji hipnozy uważa się E. Hilgarada. Twierdzi on, że takie zjawiska uzyskiwane podczas hipnozy, jak

amnezja, analgezja i regresja polegają na dysocjacji świadomości na dwa niezależne składniki. Pierwszy to ten, z którym hipnotyzer utrzymuje kontakt werbalny. Podawane przez hipnotyzera sugestie są przyjmowane za prawdę i odczucia subiektywne zahipnotyzowanego, są zgodne z treścią sugestii. Natomiast drugi składnik, tzw. „ukryty obserwator”, nie ulega sugestii. Może ujawnić się on w piśmie automatycznym. Jako przykład takiej sytuacji Hilgard (1963) podaje badania nad analgezją. Badanym zanurzano rękę w lodowatej wodzie. Po sugestii analgezji badany podawał, że nie odczuwa żadnego bólu. Równocześnie za pomocą drugiej ręki (pismem automatycznym) donosił, że odczuwa ból i przejmujący chłód.

Analogiczna sytuacja zachodzi podczas hipnotycznej amnezji. „Ukryty obserwator” wszystko doskonale pamięta, jednak nie może tego uzewnętrznic.

Koncepcja neodysocjacyjna E. Hilgarda wywołała liczne kontrowersje. Gorącymi zwolennikami tej koncepcji stali się niektórzy psychoanalitycy. Przeciwnikami – zwolennicy sceptycznych koncepcji hipnozy. Jednym z nich jest L. Wolberg, który tak pisze: „Chociaż wydawałoby się, że amnezja pohipnotyczna potwierdza akt odszczepienia złożonej grupy śladów pamięciowych, badania ujawniły, że jest to niepamięć sztuczna, bardziej pozorna niż rzeczywista. Wykazano, że nie istnieje żadna rzeczywista bariera między dwiema pozornie izolowanymi i rozszczepionymi grupami aktywności psychicznej. Dysocjację można rozpatrywać jako formę motywowanego zachowania się. Nie dowodzi to jednak, że hipnoza jest zasadniczo stanem rozszczepienia ani też nie wynika z tego, że osoba w transie może wykonać dwie niezależne czynności lepiej niż w stanie czuwania”.

Również przeciwnikiem tej teorii jest Spanos (1963), który eksperymentalnie starał się wykazać, że „ukryty obserwator” nie istnieje podczas hipnotycznej regresji, amnezji i analgezji.

Trzydziestu studentów podatnych na hipnozę losowo zostało przydzielonych do dwu grup: I – hipnotycznej, II – wyobrazeniowej. W III grupie – kontrolnej – znalazło się 15 niepodatnych na hipnozę studentów, którym podano instrukcję symulowania hipnozy. Na podstawie uzyskanych wyników, obserwacji zachowania badanych i przeprowadzonego z nimi wywiadu Spanos (1983) nie potwierdził koncepcji Hilgarda (1963).

Badani, którym Spanos sugerował amnezję, wykazywali ją i nie udało się jej przezwyciężyć. Wynik ten Spanos tłumaczy tym, że przełamanie amnezji spowodowałoby konflikt u badanych z poczuciem, że są głęboko zahipnotyzowani. W drugiej części eksperymentu sugerowano badanym, że ich umysł dzieli się na dwie części: zahipnotyzowanego i ukrytego obserwatora. Wtedy, aby przełamać amnezję, wystarczyło zasugerować, że te dwie części umysłu łączą się i objawy

amnezji zanikały. Tym samym była ona od początku pozorna i polegała wyłącznie na podporządkowaniu się sugestii.

Również badania analgezji nie potwierdziły teorii neodysocjacji. Gdy jako bodźca bólowego używano szoku elektrycznego o znanym wcześniej badanemu natężeniu, nie reagował on na ten bodziec, twierdząc, iż nie odczuwa żadnych przykrych doznań. Jednak, gdy niespodziewanie dla niego wartość szoku elektrycznego znacznie wzrastała, badany reagował najczęściej gwałtownym wybudzeniem się z hipnozy.

Teoria neodysocjacji, co zresztą sam E. Hilgard podkreślał, nie jest jeszcze wystarczająco podbudowana empirycznie i stanowi raczej hipotezę niż spójną koncepcję. Ukryty obserwator, zachowania automatyczne, amnezja, somnambulizm pozostają wprawdzie efektywnymi, ale niestety, nieudokumentowanymi empirycznie pojęciami, służącymi raczej opisowi niż wyjaśnianiu hipnozy. W tej sytuacji na pełną ocenę tej koncepcji należy jeszcze poczekać.

Wielu badaczy przez lata podchodziło do hipnozy jako do formy odruchu warunkowego.

J. Pawłow w ramach swoich prac nad tworzeniem odruchów warunkowych podjął także zagadnienie hipnozy, nadając mu wymiar spójnej teorii. Tak pisze na ten temat: „Stany hipnotyczne zwierząt powstają stopniowo pod wpływem słabych lub średniej siły bodźców działających jednostajnie albo też nagle – pod wpływem silnych i zagrażających bodźców.

Postępowanie przy hipnotyzowaniu ludzi całkowicie odtwarza warunki opisane u zwierząt. Dawny klasyczny sposób hipnotyzowania polegał na tak zwanych passach, to jest słabych, jednostajnie powtarzających się podrażnieniach skóry. Obecnie zamiast dotknięć jednostajnie wypowiada się słowa opisujące czynności fizjologiczne w czasie zasypiania. Słowa te są oczywiście bodźcami warunkowymi, które wywołują stan senny. Jednym z pierwszych przejawów hipnozy jest utrata przez człowieka ruchów dowolnych i katalepsja. Oczywiście, jest to wynik izolowanego hamowania analizatora ruchowego kory mózgowej. Hamowanie to nie obejmuje ośrodków ruchowych położonych poniżej kory mózgowej, a także innych części kory, które mogą funkcjonować normalnie. Zahipnotyzowany może zrozumieć, co się do niego mówi, może chcieć zmienić nadaną mu pozycję, a jednak nie może tego uczynić.

Słowo jest dla człowieka realnym bodźcem warunkowym. Jest ono wszechogarniające jak żaden inny bodziec. Słowo dzięki całemu ubiegłemu doświadczeniu jest związane ze wszystkimi zewnętrznymi i wewnętrznymi bodźcami dochodzącymi do kory mózgowej. Sygnalizuje je i zastępuje. Dlatego może wywołać te wszystkie

reakcje organizmu, które są przez te bodźce wywoływane. W ten sposób sugestia jest najbardziej uproszczonym i typowym odruchem warunkowym człowieka.

Słowo tego, kto zaczyna hipnotyzować danego osobnika, przy pewnym nasileniu rozwijającego się w korze mózgowej hamowania, koncentrując (na zasadzie ogólnego prawa) pobudzenie na określonym wąskim obszarze, jednocześnie wywołuje z natury głębokie hamowanie wewnętrzne w całej pozostałej korze i tym samym włącza jakikolwiek współzawodniczący wpływ wszystkich innych podniet aktualnych oraz śladów bodźców dawnych. Stąd pochodzi wielka, prawie nieodparta siła sugestii jako bodźca w czasie hipnozy i po jej ustąpieniu.

Ze względu na wszechogarniające właściwości słowa staje się zrozumiałe to, że za pomocą sugestii można wywołać u hipnotyzowanego człowieka wiele tak różnorodnych czynności, często nawet sprzecznych z rzeczywistością. Można mu zasugerować słodki smak zamiast gorzkiego. Pobudzenie realne pochodzące na przykład od gorzkiej substancji, trafiające bezpośrednio do odpowiedniej komórki nerwowej jest zawsze silniejsze od pobudzenia wywołanego przez słowo „słodki”. Jednak pod hipnozą wpływ słowa jest większy niż bodźców z otaczającej rzeczywistości. Oczywiście, dotyczy to ludzi. Ale jest rzeczą możliwą, że nauczymy się kiedyś wpływać sugestią również na zwierzęta w czasie snu hipnotycznego”.

Pawłow (1955) swoją teorię hipnozy sformułował w oparciu o badania nad tworzeniem odruchów warunkowych u psów. Szczególnie dotyczyło do dwóch psów zapadających w stan hipnozy, gdy tylko przeniesiono je do laboratorium.

Tak pisze o nich Pawłow (1955, s. 102): „ U jednego psa, który wpada w mniej głęboki sen hipnotyczny, wyraźnie ujawnia się negatywizm. Po zadziałaniu bodźca warunkowego psu podają jedzenie, on się od niego odwraca. Kiedy zaś korytko z jadłem odsuwają, pies ciągnie ku niemu. Korytko znowu przysuwają, a pies znowu odwraca się. Wyrazem stopnia hipnozy jest liczba powtórzeń całej procedury. W rozpoczynającym się stanie hipnozy pies bierze pokarm za drugim podaniem korytka. W miarę pogłębiania się snu hipnotycznego ilość reakcji negatywnych zwiększa się. W bardzo głębokim śnie pies nie bierze jadła niezależnie od tego, ile byśmy razy mu je podsuwali. Wystarczy jednak wyprowadzić psa z hipnozy, zdejmując mu aparat do pomiaru ilości wydzielanej śliny, a pies zaczyna zjadać łapczywie pokarm.

U drugiego psa hipnoza ma jeszcze bardziej skomplikowany przebieg. Pod działaniem bodźców warunkowych pies, jeżeli siedział, teraz podnosi się, jeżeli stał, obraca się w kierunku jadła. Lecz gdy mu się je podsuwa, odwraca głowę. Jeżeli teraz odsuwać korytko, to głowa wykonuje ruch w kierunku pokarmu. Po kilkakrotnym powtórzeniu tych ruchów pies w końcu trzyma pysk bezpośrednio nad jedzeniem, jednak go nie bierze. W końcu z wielkim trudem zaczyna otwierać

i zamykać pysk, lecz nie je. [...] Oprócz opisanych tu zjawisk ruchowych dotyczących aktu odżywiania w hipnozie były zauważone jeszcze inne zjawiska zasługujące na uwagę. Wiele psów w stanie czuwania po zjedzeniu pokarmu liże łapę i przednią część piersi. W stanie hipnozy to lizanie bardzo się przeciąga, a u jednego psa przybiera osobliwy charakter. Oblizawszy i ośliniwszy łapę, podnosi ją do przyrządźdiku do zbierania śliny i przesuwa po nim łapą. Ruchy te wykonuje wielokrotnie. W stanie czuwania ruchów tych pies nie wykonuje”.

Badania Pawłowa kontynuował i rozwijał Płatonow (1933). Założył on, że w hipnozie obok rozlanego hamowania kory mózgowej istnieje zachowane ognisko pobudzenia, przez które hipnotyzer może utrzymywać kontakt z zahipnotyzowanym lub przez które człowiek albo zwierzę może odzwierciedlać (choć w znacznie ograniczony i zmodyfikowany sposób) otaczającą rzeczywistość.

Płatonow twierdził, że nie jest to charakterystyczne tylko dla hipnozy, lecz że również w normalnym śnie zachowane są pewne ośrodki pobudzenia kory mózgowej. Umożliwiają one zachowanie selektywnej reaktywności na bodźce szczególnie słuchowe (np. matki na płacz dziecka, młynarza na ustanie pracy młyna itp.).

Ośrodki te, zdaniem Płatonowa, można podzielić na dwa ich odmienne rodzaje, z których każdy wywołuje różny proces Pierwszy – sen hipnotyczny, a drugi – sen sugerowany. Pierwszy można odnieść zarówno do zwierząt, jak i do ludzi. Inicjowany jest przez bodźce pierwszosygnalowe, które na zasadzie odruchowej wywołują sen hipnotyczny, charakteryzujący się pełną katalepsją.

Natomiast sen sugerowany jest inicjowany poprzez instrukcję werbalną (bodziec drugosygnalowy). Dotyczy więc tylko ludzi.

Płatonow (1933) sen sugerowany podzielił na trzy stadia.

W pierwszym stadium tonus kory mózgowej zaczyna obniżać się, a zahipnotyzowany czuje się odprężony. W drugim stopniu tonus kory dalej obniża się i prowadzi do pogłębiającego się zahamowania ośrodków ruchowych kory mózgowej, co zahipnotyzowany odczuwa jako ciężkość i rozluźnienie mięśni. Pojawia się wtedy katalepsja i analgezja. Wreszcie w trzecim stadium tonus kory jest najniższy. W stadium tym ośrodki ruchowe i czuciowe są zahamowane, natomiast trwa pobudzenie, chociaż znacznie ograniczone, ośrodków drugosygnalowych (pod postacią wysepki pobudzenia). W fazie tej słowa i bodźce fizyczne stają się równoważne i mogą się wzajemnie zastępować. Wtedy to dochodzi do uzyskiwania „hipnotycznych fenomenów”: halucynacji, amnezji, regresji itp.

Stan snu hipnotycznego, odmiennie niż snu zasugerowanego, według Płatonowa, wywołany jest przez bodziec warunkowy wywodzący się od bodźca pierwotnego: usypiania przez matkę, która kołysze dziecko i działa na nie rytmicznymi,

łagodnymi słowami. Hipnotyzer staje się w istocie nową matką i swymi odpowiednio modulowanymi słowami usypia badanego.

Wychodząc z założeń analogicznych do teorii Pawłowa, liczni badacze podjęli próby tworzenia odruchów warunkowych pod hipnozą. Cason (1992) warunkował odruch źrenicowy poprzez stymulację dzwonkiem telefonu lub szokiem elektrycznym, ponadto demonstrował, że odruch cofania palca może być pod hipnozą trwalej i szybciej warunkowany niż w normalnym stanie. Z kolei Bass (1931) stwierdził, że drgania kolana nie znikają w czasie hipnozy, jak to się dzieje w czasie normalnego snu. Hudgins (1933) doprowadził do rozszerzenia i zwężenia źrenic pod wpływem dzwonka, ruchów ręki i słów. Odkrył także, że odruch pod hipnozą może być warunkowany poprzez sylaby bez sensu i szeptane słowa. Wzmiankowany wcześniej K. Płatonow warunkował słowem odwrotne reakcje na bodźce fizyczne. Stwierdził, że można zapobiegać naturalnej reakcji oddechowej na stymulację zimnym powietrzem, gdy pod hipnozą połączy się ją z sugestią, że jest ciepło. Można też zmniejszyć stopień upojenia alkoholowego sugerując zahipnotyzowanemu, że jest trzeźwy.

Sceptyczne teorie hipnozy

Dla każdego hipnotyzera podstawowym problemem jest ocena uzyskanego transu. Dotyczy to zarówno eksperymentatorów, jak i terapeutów. Muszą oni liczyć się z groźbą, że badany (świadomie lub nie) symulować będzie przyjęcie sugestii. Nie zawsze wystarczy obserwacja zachowania hipnotyzowanego, gdyż może ona nie różnicować rzeczywistego transu od symulowanego.

Na przykład Hilgard (1965) dostrzega to niebezpieczeństwo. Tak komentuje ten fakt: „W praktyce sytuacja nie wygląda tak źle. Większość pacjentów wykazuje chęć rzetelnej współpracy, podobnie jak w przypadku badań np. zainteresowań i osobowości, gdzie istnieje taka sama możliwość zafałszowań”.

Prekursorami nietransowej teorii hipnozy byli T. Sarbin i T. Barber. Barber (1983) sformułował alternatywny punkt widzenia na zjawiska hipnotyczne. Według niego istotne jest to, że osoby biorące udział w eksperymentach nad hipnozą mają określone postawy, motywacje i oczekiwania w stosunku do przekazywanych sugestii i te postawy właśnie wyznaczają zakres ich reaktywności na sugestie podawane przez hipnotyzera.

Nietransowe podejście do hipnozy prezentowane jest również przez badaczy uważających, że zachowania hipnotyczne są wynikiem przyjęcia przez badanego

roli osoby zahipnotyzowanej. Spanos (1983) twórca społeczno-psychologicznej teorii hipnozy twierdzi, że zjawisko hipnozy ma swoje źródło w poglądach na hipnozę hipnotyzowanego oraz eksperymentatora.

Zwolennicy tej teorii nie negują subiektywnego poczucia osoby hipnotyzowanej odnośnie przeżywanego doświadczeń hipnotycznych. Doświadczenia te nie są jednak wywołane poprzez stan transu, lecz przez podporządkowanie się sugestii hipnotyzera (Barrios 2007).

W historii hipnozy ciekawą postacią jest niewątpliwie też T. Sarbin. Zajął on całkowicie odmienne stanowisko. Neguje istnienie hipnozy, a zachowanie hipnotyczne tłumaczy przyjęciem i odegraniem zasugerowanej roli. To, co było groźbą dla wielu badaczy, uczynił przedmiotem swojej teorii.

Sarbin (1984), sięgając do źródeł historycznych, wskazał na trzecią teorię Braidę jako na prekursorkę jego własnej. J. Braid w ciągu swojego życia opracował trzy teorie hipnozy. W pierwszej z 1843 roku zajmował się jedynie fizjologicznymi aspektami hipnozy. W drugiej (1883) podkreślił znaczenie koncentracji wzroku na jednym punkcie. W trzeciej (1885) Braid zawarł kilka istotnych tez:

1. Nie jest konieczne zafiksowanie wzroku na nieruchomym punkcie, gdyż hipnoza może wystąpić przy zamkniętych oczach w ciemności, a także u niewidomych.
2. Hipnoza pojawia się tylko wtedy, gdy podmiot wie, czego się od niego oczekuje.
3. Wola podmiotu jest nienaruszona i dlatego sugerowanie np. przestępstwa jest bezskuteczne.

Ludzie zdrowi psychicznie są najpodatniejsi na sugestie hipnotyczne. Najmniej podatni, ze względu na rozproszoną uwagę i silne napięcie psychiczne, są histerycy.

5. Hipnoza nie jest snem fizjologicznym.
6. Sugestia nie wystarcza do wyjaśnienia hipnozy.
7. Zahipnotyzowany stara się wykonać sugestie hipnotyczne możliwie najlepiej.

O drugiej i trzeciej teorii Braidę wiemy jedynie dzięki Bramwellowi (1903), który znalazł rękopisy Braidę.

Podwaliny do sformułowania teorii, w której hipnoza jest formą odegrania zasugerowanej roli, dał eksperyment przeprowadzony wspólnie przez Friedlandera i Sarbina (1938). Badacze hipnotyzowali ochotników standardowymi metodami. Następnie ci sami badani w Szkole Dramatycznej odtwarzali przygotowaną przez siebie pantomimę. Personel dydaktyczny szkoły oceniał możliwości aktorskie badanych. Jak piszą autorzy, generalnie ci, którzy byli podatni na indukcję hipnotyczną, byli również wysoko oceniani na podstawie pantomimicznej gry.

Wynik ten znalazł pośrednie potwierdzenie w późniejszych badaniach Orne (1962), który testował dwie grupy badanych. Pierwszą hipnotyzował. Dru-

gą wcześniej dokładnie informował, na czym polega i jak wygląda hipnotyczne zachowanie. Następnie prosił badanych z drugiej grupy, by symulowali hipnozę. W efekcie nawet doświadczeni hipnotyzerzy nie byli w stanie odróżnić, czy osoba jest zahipnotyzowana, czy symuluje.

T. Sarbin uważa, że hipnoza jest dialogiem pomiędzy osobami pełniącymi w niej społeczne role hipnotyzera i hipnotyzowanego. Rozmowa ta jest wielką metaforą, w której przenośne i dosłowne znaczenia są ukryte i muszą być odkryte przez osoby biorące udział w hipnozie.

W hipnozie dochodzi do specyficznej konfiguracji zachowań mówiącego i słuchającego. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy eksperymentator i hipnotyzowany są członkami tej samej wspólnoty językowej, dzięki czemu mogą wzajemnie rozumieć niuanse metaforyczne monologu hipnotyzera.

Interakcja pomiędzy hipnotyzерem a hipnotyzowanym polega na przekazywaniu komunikatów, za pomocą których obie strony wykonują poszczególne role.

Sarbin nie tylko neguje istnienie hipnozy jako odrębnego stanu psychicznego, ale także odrzuca sposób pomiaru hipnozy przy użyciu skal podatności hipnotycznej, opartych na inwentarzach zachowań rzekomo specyficznych dla hipnozy.

Zamiast tego w swojej pracy z 1967 roku zaproponował przyjęcie zastępujących zmiennych, za pomocą których stara się opisać hipnozę w języku teorii ról:

- 1) informacja o roli, którą zahipnotyzowany ma odegrać,
- 2) dokładność percepcji roli,
- 3) umiejętność w odegraniu roli,
- 4) zgodność roli w treści sugestii,
- 5) wrażliwość hipnotyzowanego konieczna do odegrania roli,
- 6) wpływ audytorium.

Teoria Sarbina ma kilka słabych punktów. Przede wszystkim nie podejmuje w niej nawet próby tłumaczenia wielu istotnych dla hipnozy zagadnień (np. skutecznej analgezji czy regresji). Ponadto teoria ról nie tworzy pomostu pomiędzy hipnozą a zjawiskami jej pokrewnymi (deprywacja sensoryczna, efekt placebo itd.) Natomiast niewątpliwie istotne jest podkreślenie znaczenia gry w hipnozie. Jednak utożsamianie odegrania roli z hipnozą jest zdaniem wielu autorów niedopuszczalne (np. Ericksen 1980; Orne 1982).

Obok T. Sarbina niewątpliwie najpełniejszą, najlepiej podbudowaną empirycznie i teoretycznie krytykę teorii transu hipnotycznego dokonał w wielu swoich pracach T. Barber. Jego prace koncentrują się wokół dwóch podstawowych problemów:

- szczegółowej, logicznej i empirycznej krytyki pojęcia transu hipnotycznego,
- opracowania własnej, empirycznie udokumentowanej teorii zachowań hipnotycznych.

Podjmując pierwszy problem, przeprowadził krytyczną analizę szeregu zagadnień. Przede wszystkim dokonał krytyki samego pojęcia „trans hipnotyczny”. W tradycyjnym rozumieniu uważa się, że osoba jest w transie hipnotycznym, kiedy wykazuje jeden lub więcej objawów charakterystycznych dla tego stanu. A wnioskować możemy o nim na podstawie:

1. Obserwowanych zmian w zachowaniu hipnotyzowanego.
2. Wypowiedzi badanego relacjonującego swoje przeżycia w trakcie lub po badaniu.
3. Rejestracja reakcji fizjologicznych występujących podczas badania.

Najczęściej podczas hipnotyzowania obserwuje się u badanego rozluźnienie mięśni, senność i zamknięcie oczu. Jednak, jak podkreśla Barber, takie objawy są wynikiem indukcji hipnotycznej, polegającej na sugerowaniu zasypiania.

Ale nie jest to, jak wiemy, jedyna możliwa technika jej wywołania. Orne i McConkey (1981) opisują hipnozę wywołaną przez sugerowanie podmiotowi: „Jesteś bardzo czujny, bardzo uważny, koncentrujesz się coraz mocniej na moim głosie, słyszysz każdy hałas”.

Innym przykładem jest technika Hilgarda (1967), który indukował głęboką hipnozę u osób jadących na ćwiczebnym rowerze, oddziałując sugestywnie na prędkość jazdy. Można także wywołać hipnozę poprzez sugerowanie na przykład narastania uczucia niepokoju, zimna, fascynacji itd. Przy zastosowaniu tych metod objawy relaksacji oczywiście nie wystąpią, mimo że zahipnotyzowany pozytywnie reaguje na inne hipnotyczne sugestie.

Krytykując teorie transu hipnotycznego, Barber (1976) zwraca uwagę, iż na gruncie faktu, że badany jest odprężony i senny uważa się, że wszedł on w trans hipnotyczny. Potem z kolei wyjaśniają fakt senności zapadnięciem w hipnozę, co jest niewątpliwie tautologią.

Po tych ogólnych stwierdzeniach Barber przechodzi do krytyki badań różnych autorów i zaprezentowania własnych eksperymentów w zakresie poszczególnych typów zachowań hipnotycznych taktowanych dotąd jako wskaźniki transu. Spośród nich często stosuje się sugestie zmieniające widzenie pod hipnozą.

Wielu badaczy próbowało pod hipnozą wywołać całkowitą ślepotę. Jednak w bardziej zaawansowanych metodologicznie eksperymentach ich autorzy nie zadowalali się tylko zeznaniami badanych, ale także przeprowadzali rejestrację potencjałów bioelektrycznych związanych z widzeniem.

I tak na przykład Peon i Donoso (1959) implantowali elektrody do płatów potylicznych 5 osobom (przy okazji operacji neurochirurgicznych). W zaciemnionym pokoju eksponowano badanym błyski świetlne z częstotliwością 1 na sekundę. W każdym przypadku rejestrowano potencjał następczy jako reakcję na bodziec świetlny. Następnie dwóm osobom pod hipnozą mówiono, że światło staje

się coraz silniejsze. Autorzy zanotowali wzrost potencjałów. Jednak efekt ten zanikał, gdy uwaga badanych była rozproszona innymi sugestiami. Natomiast sugestia ślepoty nie wywoływała zaniku potencjałów, nastąpił jednak zauważalny ich spadek. Barber interpretuje ten wynik świadomym wzmaganiem lub osłabianiem reakcji na bodziec, zgodnie z poleceniem hipnotyzera. Podobne efekty można uzyskać bez hipnotycznej indukcji, polecając badanemu, że ma nie zwracać uwagi na bodziec lub przeciwnie, koncentrując jego uwagę na bodźcu.

Przeprowadzono takie eksperymenty, sugerując podczas nich głuchotę. I tak Erickson (1938) stwierdził, że pod hipnozą po sugestii głuchoty nie ujawnia się odruch kolanowy uwarunkowany na dźwięk dzwonka. Również nie wystąpiła reakcja cofnięcia dłoni na brzęczyk.

M. Erickson był uznawany za czołowego eksperta z zakresu hipnozy klinicznej. Stosował on wiele różnych technik indukcji hipnozy, zarówno werbalnych, jak i pozawerbalnych.

W nawiązaniu do tego eksperymentu Barber przeprowadził badanie, chcąc uzyskać odpowiedź na pytania:

1. Czy sugestia głuchoty jest bardziej efektywna w warunkach hipnozy?
2. Czy zasugerowana głuchota jest podobna do objawów prawdziwej głuchoty?

Autorzy zasugerowaną głuchotę testowali metodą sprzężenia zwrotnego (echa). Badani, głośno czytając eksponowany test, słyszeli swój głos z opóźnieniem od 1 do 8 sekund. W efekcie u wszystkich badanych, zarówno z grupy kontrolnej, jak i eksperymentalnej, uzyskano analogiczne zaburzenia mowy: jąkanie, wzrost głośności, obniżenie rytmu mowy, wydłużenie czasu czuwania, wzrost liczby pomyłek oraz liczby powtórzeń. Świadczy to o tym, że zahipnotyzowani normalnie słyszeli, mimo że z zeznań po zakończeniu badania wynikało, że nic nie słyszeli lub słuch mieli znacznie osłabiony.

Zdaniem Barbera także i inne badania nie pozwoliły na zróżnicowanie wpływu indukcji hipnotycznej i instrukcji motywacyjno-zadaniowej. Dotyczy to sugestii: analgezji hipnotycznej, zapisu EEG i EKG, reakcji skórno-galwanicznej, zmian kwasoty żołądka, przyspieszenia i zwalniania akcji serca, katalepsji i regresji wieku.

Drugim źródłem wiedzy o hipnozie są zeznania osób na temat subiektywnych przeżyć pod hipnozą. Badany może poinformować, czy jest, czy nie jest zahipnotyzowany”. Tak uważa Hilgard (1965): „Informacja badanego, że czuje się zahipnotyzowany jest bezpośrednim faktem potwierdzającym istnienie lub nieistnienie hipnozy, jeżeli nie samym kryterium hipnozy”.

T. Barber podważa i te twierdzenia. Przede wszystkim w swoich badaniach nie uzyskał korelacji pomiędzy obiektywnie mierzonymi reakcjami na sugestię a zeznaniami introspekcyjnymi. Ponadto Barber wykazał, że sformułowanie py-

tań wpływa na zeznania badanych. W przypadku, gdy pytanie było sformułowane pozytywnie, np. „Czy mógł się pan oprzeć sugestii?”. Tylko 17% badanych stwierdziło, że stan hipnozy przeżywali jako coś zasadniczo odmiennego od jawy. Natomiast przy sformułowaniu negatywnym („Czy miał pan uczucie, że nie był w stanie oprzeć się sugestii?”) 72% badanych wypowiedziało się, że stan hipnozy przeżyli jako coś zasadniczo różnego od jawy. Były też i inne zmienne wpływające na zeznania badanych. Należały do nich: określenie badanemu sytuacji jako hipnoza; wcześniejsza wiedza badanego na temat hipnozy, samoobserwacja badanych w zakresie reakcji na sugestie.

Barber reprezentuje także stanowisko, że wiele prac eksperymentalnych przeprowadzonych przez przedstawicieli teorii stanu hipnotycznego zostało zniekształconych przez poglądy ich autorów. Badacze ci wielokrotnie naruszali zasady metodyki eksperymentalnej. Podstawowym błędem był niewłaściwy dobór grup kontrolnych. Często do grup tych zalicza się ochotników przypadkowo zgłaszających się na badania, niemających wcześniejszego kontaktu z badaniami eksperymentalnymi. Natomiast pod hipnozą bada się osoby wcześniej już uczestniczące w tego typu badaniach. W tym przypadku różnica wyników może nie być efektem transu, lecz wcześniejszego doświadczenia w zakresie udziału w badaniach eksperymentalnych. Odmianą tego błędu jest zakwalifikowanie po badaniach wstępnych do grupy eksperymentalnej osób podatnych na hipnozę, a do grupy kontrolnej niepodatnych.

Aby eksperyment miał wartość naukową, powinny być spełnione następujące warunki:

1. Obie grupy powinny mieć identyczną wyjściową podatność na sugestie.
2. W obu grupach instrukcja i sposób jej wypowiedzania winny być ujednolicone (np. poprzez eksponowanie z taśmy magnetofonowej).
3. Taki sam stosunek winien przejawiać eksperymentator do badanych z grup eksperymentalnych i kontrolnych.
4. W identyczny sposób należy motywować badanych do osiągnięcia zamierzonych wyników.
5. Należy kontrolować sposób nazywania sytuacji eksperymentalnej (hipnotyczna, motywacyjna, badanie łatwości itp.).
6. Obie grupy powinny uczestniczyć w takiej samej liczbie wstępnych sesji.

Wśród tych zmiennych Barber zwraca szczególną uwagę na wpływ nazywania sytuacji eksperymentalnej. W sytuacji, gdy badanemu powie się, że będzie poddany indukcji hipnotycznej, to jego reakcja na sugestie wzmacnia się natychmiast. Nawet, kiedy badani informowani są, że zostali przydzieleni do grupy hipnotycznej, a nie prowadzi się indukcji, to i tak ich reaktywność na sugestie testu jest wyższa w po-

równaniu z grupą kontrolną. Oczywiście, obniża znacznie sugestywność określenie sytuacji eksperymentalnej jako badanie mierzące łatwowierność.

Jeżeli sytuację określi się jako hipnozę, wtedy nawet najdziwniejsze dla badanego sugestie mogą zostać zrealizowane. Natomiast, gdy sytuacja zostanie określona jako kontrolna, badany odrzuci te sugestie. Uzyskana różnica nie będzie więc efektem pojawienia się transu hipnotycznego, a jedynie konotacji słowa „hipnoza” dla badanego. W prawidłowo prowadzonych badaniach należy informować osoby, że oczekuje się od nich wykonania wszystkich zadań niezależnie od tego, jak dziwaczne i niemożliwe do zrealizowania będą się im wydawały.

Barber wypróbował także określić cechy badanych, które mają związek z sugestywnością hipnotyczną. W kilku eksperymentach poddali oni ocenie następujące czynniki:

- nastawienie badanego do hipnozy,
- oczekiwanie badanego, co do stopnia zahipnotyzowania w nadchodzącym badaniu,
- wyjściową gotowość do przyjmowania sugestii,
- zmienne osobowościowe (potrzeby: akceptacji, sukcesu, niezależności).

Po badaniach autorzy stwierdzili, że trzy pierwsze czynniki w sposób istotny statystycznie dodatnio korelują ze sobą i z efektywnością samej indukcji hipnotycznej. Czynniki te Barber traktuje, jako zmienne pośredniczące, które poprzez swoje liczne związki ze zmiennymi sytuacyjnymi oddziałują na rezultaty hipnotyczne. Natomiast Barber nie wykazał stałego związku pomiędzy czynnikami osobowościowymi i podatnością na sugestię.

W swoich pracach Barber nigdy nie podał definicji hipnozy. Dzieje się tak, gdyż uważa on, że hipnoza nie jest specyficznym procesem, zjawiskiem czy stanem. Ona po prostu nie istnieje. Jest to jedynie artefakt eksperymentalny, wokół którego przez lata nagromadziło się wiele zachowań nazywanych umownie hipnotycznymi, a które w rzeczywistości są do uzyskania na drodze niehipnotycznej.

Niewątpliwie poglądy Barbera są wysoce kontrowersyjne. Dlatego też trudno się dziwić, że spotkały się z ostrą krytyką dotyczącą zarówno ich ogólnych, jak i szczegółowych aspektów. Otwierając IX Kongres International Society of Hypnosis – Glasgow w 1982 roku, prof. M.T. Orne powiedział o teorii Barbera: „Traktuje on hipnozę za efekt postępowania indukcyjnego. Taki sposób definiowania ma poważne zalety. Przede wszystkim można wszystkich zahipnotyzować. Ale jest to analogiczne z określeniem snu jako procesu zachodzącego, kiedy jednostce poleca się spać. Każdy rodzic zaświadczy o nieprawidłowości takiej definicji.

Wiele odkryć Barbera i jego współpracowników wynikało z badań porównawczych przypadkowych grup podmiotów. Poddawani indukcji hipnotycznej badani

nie przejawiali zachowań właściwych hipnozie właśnie ze względu na sposób prowadzenia hipnozy”.

Z pewnością Barber wniósł wiele niezwykle cennych idei do wiedzy o hipnozie. Zaliczyłbym do nich przede wszystkim:

- 1) poszukiwanie empirycznych zmiennych, wpływających na hipnotyczną podatność,
- 2) uporządkowanie metodologii badań,
- 3) opracowanie szeregu pomysłowych metod eksperymentalnych, umożliwiających obiektywną ocenę wyników (np. badanie przy pomocy „echa” hipnotycznie sugerowanej głuchoty),
- 4) zmuszenie zwolenników teorii transu hipnotycznego do ulepszenia metod badawczych i poziomu analiz teoretycznych.

Na ocenę osiągnięć Barbera rzutuje jednak jego technika indukcji. Hipnotyzowanie, niezależnie od reakcji badanego prowadzi, eksponując badanym z taśmy magnetofonowej kilkuminutowe instrukcje. Taka technika jest zaprzeczeniem skutecznego hipnotyzowania. Pozwala osiągnąć u osób podatnych co najwyżej średni stopień zahipnotyzowania, a w przeważającej części przypadków w ogóle nie dochodzi do wywołania hipnozy, a przeciwnie – do obniżenia reaktywności na sugestie. Jest to efekt zmian sugestywności zależnie od reakcji na poprzednie sugestie. Stwierdzili to zresztą Barber i Calverley (1965), wykazując, że przy użyciu ich techniki dochodzi do obniżenia sugestywności oraz narastania negatywnych emocji do badania. W tej sytuacji grupa kontrolna niepoddana indukcji może uzyskać wyższy wynik.

Technika Barbera jest niezwykle wygodna dla eksperymentatora. Nie ma problemu z niezahipnotyzowanymi. Z drugiej strony zwolennicy teorii transu hipnotycznego nieraz wiele godzin poświęcają na zahipnotyzowanie mało podatnych osób, dążąc do z góry założonego, kryterialnego zachowania.

Jeżeli jedyną słuszną drogą do uzyskania wysokiego stopnia zahipnotyzowania jest zindywidualizowana, dostosowana każdorazowo do reakcji badanego technika hipnotyzowania, to należy ją stosować. Dopiero wtórnym problemem staną się zagadnienia metodologiczne, a i te są do przewyciężenia bez uszczerbku dla naukowej wartości badań. W przeciwnym razie, tak jak Barber i jego współpracownicy, dochodzi się do stwierdzeń, że hipnoza jest artefaktem eksperymentalnym.

Teorię Barbera rozwinął jego uczeń i współpracownik N. Spanos. Uważa on, że hipnoza jest formą zachowań społecznych, do wyjaśnienia których zbędne jest wykorzystanie pojęcia hipnozy na określenie zmienionego stanu świadomości. Natomiast, aby wyjaśnić zjawiska hipnotyczne, konieczne jest zbadanie dwóch zmiennych: interpersonalnego kontekstu, w którym hipnoza się pojawia i sposobu, w jaki osoba zahipnotyzowana spostrzega i interpretuje ten kontekst (Siuta 1993).

Hipnoza obejmuje dwa istotne elementy. Pierwszy to sposób hipnotyzowania (określa się wtedy badanemu sytuację jako hipnotyzowanie) oraz sugestie wywołujące zjawiska potocznie pojmowane za specyficzne dla hipnozy. Sugestie te hipnotyzer zazwyczaj podaje w ten sposób, by osoba była przekonana, iż to nie ona inicjuje hipnotyczne zachowanie, lecz że ich źródło znajduje się w sugestiach hipnotyzera.

Zdaniem Spanosa (1983) hipnozę należy badać tak jak i inne zachowania społeczne i znajdować dla nich wyjaśnienia bez uciekania się do wprowadzania specjalnych (specyficznych) procesów czy też stanów psychicznych. Najczęściej badany, chcąc sprostac oczekiwaniom sytuacji eksperymentalnej i hipnotyzera, dostosowuje swoje zachowanie do treści sugestii. Stosuje on do tego celu różnorodne strategie. Inne strategie muszą być zastosowane przy sugestiach halucynacji, a inne przy niepamięci czy chociażby pohipnotycznego wstępu do alkoholu. Osoby hipnotyzowane przeważnie są przekonane, że ich zachowanie pod hipnozą jest poza zasięgiem samokontroli, że nie wpływa na nie wszechwładnie hipnotyzer.

Korelacyjne teorie hipnozy

Szereg badaczy podjęło próby odnalezienia stałych, znaczących korelacji pomiędzy różnymi cechami osobowości a podatnością na hipnozę. Oczekiwali oni, że w oparciu o wykrycie takiego związku uda się zbudować teorię hipnozy.

Kontynuacją prac J.M. Charcota z końca XIX w. było poszukiwanie związku podatności hipnotycznej z histerią. Jednak już na wstępie trzeba zaznaczyć, że termin „histeria” był inaczej rozumiany przez Charcota (1886) i jego współpracowników. Rozbudowane i barwne postacie zespołu histerycznego (katalepsja, osobowości wielokrotne itp.) były wtedy często obserwowane. We współczesnej psychiatrii występują niezmiernie rzadko. Ponadto wielu chorych uważanych wtedy za histeryków obecnie uznalibyśmy za chorych na schizofrenię lub padaczkę. Dlatego też poszukiwano związku podatności na hipnozę z różnymi formami zaburzeń psychicznych.

Eysenck (1971) w serii eksperymentów podjął to zagadnienie. W pierwszym badaniu (1943) 30 pacjentów z rozpoznaniem silnej konwersji histerycznej (*conversion hysterics*) oraz 30 chorych na zaawansowane nerwice innego typu (narządowe i fobie) porównywał w zakresie podatności na sugestie. Zastosował następujące testy sugestywności: kołysanie ciała, wahadełka Chevreula, lewitacji ręki. Eysenck nie otrzymał różnic pomiędzy grupami: Tak pisze na ten temat:

„Nasze badania określiły histeryków i niehisteryków za jednakowo podatnych na sugestię”.

W drugim badaniu tymi samymi testami Eysenck porównywał 231 histeryków z 309 dystymikami. Przez dystymików Eysenck rozumie osoby introwertywne o wysokim stopniu neurotyzmu. Cechują się oni trudnościami w przystosowaniu się do świata zewnętrznego, trudnym kontaktem z innymi ludźmi, dobrym wglądem w samego siebie, tendencją do depresji i natręctw myślowych oraz wysokim poziomem ogólnego niepokoju. I w tym przypadku różnice pomiędzy grupami były nieistotne.

Negatywny wynik cytowanego wyżej badania skłonił innych autorów do poszukiwań związku podatności na hipnozę z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Szereg badań poświęcono związkowi pomiędzy neurotyzmem a podatnością na hipnozę.

Zagadnienie podjął Bartlett (1936) r. Przebadał on 21 neurotyków przebywających w szpitalu w 26 zrównoważonych studentów. Nie różnili się oni znacząco w teście wahania ciała.

Ehrenreich (1947) przeprowadził badania porównawcze podatności na hipnozę u chorych na schizofrenię, nerwice i zaburzenia woli. Chorych tych porównywał z dwoma grupami ludzi normalnych: psychiatrów oraz studentów połączonych ze średnim personelem medycznym szpitala, na terenie którego przeprowadzono badania. F. Ehrenreich stwierdził, że histerycy byli nieco bardziej sugestywni niż pozostali chorzy. Natomiast wszyscy chorzy byli mniej podatni na hipnozę od osób z obydwu grup kontrolnych.

Podobny wynik uzyskała grupa 36 ludzi z fobią dentyścyczną, szukająca w hipnozie metody analgezji – mimo ich niewątpliwej motywacji do zapadnięcia w sen hipnotyczny tylko 47,5% z nich było podatnych na hipnozę.

Także tylko 34% ze 178 cierpiących na fobię komunikacyjną było podatnych na hipnozę.

Z kolei Eisenman przebadł trzy 50-osobowe grupy: I – osób niezażywających narkotyków, II – zażywających kokainę, III – zażywających heroinę. Podatność na hipnozę mierzono przy użyciu SHSS – A. Jak się okazało, na sugestie motoryczne wszystkie trzy grupy reagowały jednakowo. Natomiast zażywający heroinę znacząco lepiej reagowali na sugestie halucynacji. Ponadto 85% narkomanów było przekonanych, że zostało wprowadzonych w trans hipnotyczny, podczas gdy w pozostałych grupach przekonanych o tym było około 50% badanych. Zdaniem autora uzyskany wynik jest efektem wcześniejszego doświadczenia w przeżywaniu halucynacji przez heroinowców.

Z zacytowanych badań wynika, że podatność na hipnozę nie jest związana z żadną formą zaburzeń psychicznych. Jest cechą od nich niezależną.

Poszukiwania związku podatności hipnotycznej z innymi zmiennymi były również przedmiotem licznych prac badawczych.

Ponieważ J.M. Charcot i jego uczniowie demonstrowali hipnozę prawie wyłącznie na kobietach, przez długi czas przypuszczano, że są one bardziej podatne na hipnozę (np. J. Babiński, P. Janet). Jednak późniejsze dokładne badania nie potwierdziły istnienia tego związku (Hilgard 1965).

Stosunkowo dużą ilość badań, w których uzyskano zgodne wyniki, poświęcono związkowi wieku z podatnością na hipnozę. Pierwszy takie badania zrealizował Liebeault w roku 1883, który przebadał 744 osoby w wieku od 7 do 63 lat. Jak stwierdził, poniżej 14 roku życia nie było dziecka, które nie uległoby hipnozie. Ponadto przeszło 50% z nich określił jako somnambuliczne. Z kolei osoby starsze, po 50 roku życia, cechowała znacznie mniejsza podatność na hipnozę.

Barber (1976) przy użyciu swojej skali przebadał 724 osoby w wieku od 6 do 22 lat. Stwierdził, że najwyższa podatność na hipnozę występuje pomiędzy 6. a 8. rokiem życia. W wieku starszym stopniowo maleje, by od około 15. roku życia ustabilizować się mniej więcej na stałym poziomie. W eksperymencie tym stwierdził, że w wieku od 8 do 10 lat sugestie amnezji pohipnotycznej była łatwo realizowana, natomiast stawała się jedną z najrzadziej przyjmowanych powyżej 14. roku życia. Jeżeli zaś chodzi o dzieci do 3. roku życia, nie zapadają one w sen hipnotyczny z powodu braku doświadczenia werbalnego.

Traktując podatność na hipnozę za względnie stałą cechę osobowości, logicznym stało się poszukiwanie jej związku z innymi cechami osobowości.

Hilgard (1965) stosując test do pomiaru ekstrawersji u 111 osób nie wykazał istnienia jej związku z podatnością na hipnozę mierzoną przy użyciu SHSS – A.

Natomiast Siuta (1982) badał relację pomiędzy podatnością na hipnozę a poziomem poczucia bezpieczeństwa. Najpierw przebadał 155 studentów przy pomocy Harvardzkiej Skali Grupowej Podatności na Hipnozę (HSGRN). W efekcie za słabo podatnych na hipnozę określił 26 osób, jako umiarkowanie podatnych 109 osób, zaś wysoko podatnych było 20 osób. Następnie badani ci wypełniali test Masłowa określający stopień psychicznego poczucia bezpieczeństwa. Analiza statystyczna wykazała, że nie wystąpiła istotna korelacja pomiędzy badanymi cechami. W innym eksperymencie Siuta (1982) przebadał 240 studentów (39 mężczyzn i 201 kobiet). Badanie składało się z dwóch sesji. Podczas pierwszej z taśmy magnetofonowej odtwarzano test indukcji hipnotycznej opartej na HSGRH. W trakcie drugiej badani wypełniali testy, w tym test inwencji wyobraźniowej. Połowa badanych uczestniczyła najpierw w sesji pierwszej, a następnie w drugiej. Pozostali robili to w odwrotnej kolejności. W efekcie Siuta (1982) otrzymał istotną statystycznie korelację ($r = 0,34$) pomiędzy podatnością na hipnozę a inwencją wyobraźniową.

W innych eksperymentach wykazano, że bardziej podatni na hipnozę:

- 1) częściej pogrążają się w marzeniach, a w dzieciństwie mieli swoje wyimaginowane postacie, z którymi bawili się bądź też utożsamiali (Barber 1974);
- 2) częściej się wzruszają (As 1963);
- 3) lubią malować i słuchać muzyki (Shor 1959).

Poszukując związku podatności na hipnozę z innymi cechami osobowości, sięgnięto również do analizy czynnikowej. Badania miały w tym przypadku zbliżoną procedurę. Badani najpierw wypełniali określone testy psychologiczne, a następnie ich podatność na hipnozę oceniano przy pomocy którejś z istniejących skal (najczęściej była to SHSS – A).

Sarbin (1967) testami Rorschacha przebadął 16 bardzo podatnych na hipnozę osób oraz 8 niepodatnych. Jak stwierdził, psychogramy Rorschacha nie różnicowały podatnych i niepodatnych. Również analiza 12 czynników testu Rorschacha nie wykazała ich związku z podatnością na hipnozę. Jedynie stosunek ilości odpowiedzi ogólnych do szczegółowych różnicował obydwie grupy. Podatni na hipnozę przyjmowali w badaniu testem Rorschacha postawę bardziej abstrakcyjną niż niepodatni.

Barber (1983) ustosunkowując się do tych wyników pisze: „Osoby badane mające podobne charakterystyki osobowości mogą wykazywać duże różnice w podatności na hipnozę lub sugestię, jeżeli przejawiają różne postawy wobec hipnozy, eksperymentatora i samego badania. Z drugiej strony, osoby różne osobowościowo mogą podobnie reagować na sugestię lub hipnozę. W konkluzji badania dotyczące wykrycia czynników związanych z podatnością na hipnozę i sugestię powinny większy niż dotychczas nacisk położyć na zmienne postawy i motywację”.

W trakcie eksperymentu dokonano pomiaru reakcji na sugestię nadwrażliwości dotykowej, anestezji i katalepsji. Grupy badanych różniły się jedynie instrukcją poprzedzającą eksperyment. Jedna klasa została powiadomiona, że będzie uczona relaksu (o hipnozie nic nie wspomniano), a drugiej powiedziano, że uczniowie mogą się sami uczyć hipnotyzowania pod warunkiem wcześniejszego poddawania się hipnozie. Z tym, że jeżeli nie chcą uczestniczyć w badaniu, to mogą się z niego wycofać (wszyscy uczniowie zgodzili się na udział w badaniu). Natomiast trzecią grupę powiadomiono autorytatywnie, że zostaną zahipnotyzowani.

W efekcie zdecydowanie najbardziej podatni na hipnozę byli uczniowie z drugiej grupy. 54% badanych z tej grupy osiągnęło stan hipnotyczny określony przez eksperymentatora za głęboki, podczas gdy w grupie pierwszej tylko 17%, a w trzeciej 10%. Wyniki tych badań wyraźnie wskazują, jakie znaczenie ma motywacja do badania. Ale nie jest to jedyna zmienna mająca znaczący wpływ na sugestywność badanych. Przede wszystkim należy tutaj wymienić relację interakcji pomiędzy

badanym a hipnotyzerem. Barber (1976) zaobserwował bowiem, że ci sami badani wobec jednego hipnotyzera są wysoce sugestywni, a w stosunku do drugiego całkowicie niesugestywni.

Tezę tę potwierdził Diamond (1984), który w swojej analizie wykazał, że różni hipnotyzerzy stosując nawet tę samą procedurę uzyskują odmienne wyniki. Z jednej strony przytacza M. Ericksona potrafiącego wyindukować głęboki trans u stosunkowo wysokiego procentu badanych, a z drugiej T. Barbera indukującego najczęściej antyhipnotyczną postawę badanych. Diamond (1984) uważa, że najefektywniejszą hipnozę uzyskują terapeuci potrafiący wejść w pogłębiającą się więź empatyczną z pacjentem. Natomiast najmniej efektywni są eksperymetatorzy traktujący badanych jako „materiał eksperymentalny” i z którymi często nawet nie zamieniają przed badaniem kilku zdań. Zdaniem Diamonda dobrze przeprowadzona rozmowa wstępna z badanym to prawie połowa pracy hipnotyzera.

W konkluzji należy stwierdzić, że próby powiązania podatności na hipnozę z innymi zmiennymi lub wymiarami osobowości dały jednoznaczne wyniki tylko w przypadku wieku i motywacji badanych. W pozostałych przypadkach wyniki były negatywne, niejednoznaczne lub często sprzeczne. Nawet, jeżeli jakaś zależność wystąpiła w którymś z badań, nie została ona potwierdzona w późniejszych eksperymentach.

W ostatnich latach tego typu poszukiwań prowadzi się coraz mniej. Dzieje się tak, dlatego że na aktualnym poziomie wiedzy o hipnozie i osobowości człowieka wydaje się, że podatność na hipnozę bardziej zależna jest od zmiennych motywacyjnych i sytuacyjnych niż od cech osobowości.

Rozdział VII

Pomiar stopnia zahipnotyzowania

Istotne zagadnienie z historii naukowego poznania hipnozy to poszukiwanie specyficznych wskaźników, które pozwoliłyby odróżnić hipnozę od stanu czuwania czy snu. Jednak do chwili obecnej jednak nie udało się opracować takiej metody.

Wiele kontrowersji budzą nie tylko metody pomiaru, ale nawet same wskaźniki hipnozy. Nie odkryto żadnego charakterystycznego objawu hipnozy niezależnego od zastosowanej metody hipnotyzowania. Można jedynie założyć, że wspólnym elementem wszystkich technik hipnotyzowania jest skoncentrowanie uwagi hipnotyzowanego na określonych sugestiach doznaniach. A obserwowane efekty hipnotyzowania są wynikiem zastosowanych sugestii. Jednak sama obserwacja często nie pozwala różnicować zmian w zachowaniu będących efektem hipnozy i świadomego podporządkowania się sugestii czy symulowania hipnozy. Do tego konieczne jest uwzględnienie wypowiedzi badanych na temat ich przeżyć podczas badania.

Różnicę między zachowaniem hipnotycznym i niehipnotycznym pokazał Hilgard (1978) za pomocą testu lewitacji dłoni. W grupie eksperymentalnej, po indukcji hipnotycznej, sugerowano badanym: „Wyobraź sobie, że twoja ręka staje się lżejsza, jej mięśnie się napinają, coraz lżej opiera się o nogę, zaczyna powoli unosić się w górę, nie pomagaj jej i nie powstrzymuj...”. Natomiast osobom z grupy kontrolnej podawano następującą instrukcję: „Proszę powoli, bardzo powoli unieść rękę do góry”. W obydwu grupach reakcja badanych była identyczna. Jednak jej mechanizm był różny. Informacje na ten temat otrzymano dzięki wypowiedziom badanych, gdyż sama obserwacja była tu niewystarczająca. W grupie eksperymentalnej podniesienie ręki było połączone z uczuciem jej samoistnego płynięcia w górę, zaś w grupie kontrolnej ze świadomym i celowym zrealizowaniem polecenia.

Niewątpliwie wypowiedzi badanych stanowią istotne źródło informacji o przebiegu eksperymentu. Jednak i one nie dają rozstrzygających wskaźników na ten temat. Podstawową trudnością jest tutaj brak ogólnie przyjętej charakterystyki hipnozy, co prowadzi w efekcie do tego, że hipnotyzowany różne zjawiska utożsamia z wystąpieniem hipnozy lub przeciwnie – brak objawów przez niego oczekiwanych uważa się za dowód nie wejścia przez niego w stan hipnozy.

Jedni oczekują, że pod hipnozą będą spać, a więc słowa hipnotyzera nie będą do nich docierać. Inni, że po hipnozie nic nie będą pamiętać.

Bardzo dobrą ilustracją tego zagadnienia jest eksperyment Reisera (1984). Hipnotyzował on grupę bardzo podatnych na hipnozę osób. Podczas badania pytał ich, czy są zahipnotyzowane. Kiedy badany odpowiadał, że tak, M. Reiser pytał: „Skąd o tym wiesz?”. Podmiot mógł na przykład odpowiedzieć: „Bo jestem odprężony i czuję coś niezwykłego”. Wtedy M. Reiser sugerował: „Pozostaniesz w głębokiej hipnozie, ale odprężenie zniknie. Usiądziesz i będziesz się czuł jak przed zahipnotyzowaniem.” Następnie ponownie pytał osobę badaną czy jest zahipnotyzowana, a otrzymawszy odpowiedź twierdzącą, znów pytał: „Skąd o tym wiesz?”. Podmiot mógł odpowiedzieć: „Czuję mrowienia w palcach i jakieś oszołomienie”. M. Reiser sugerował zniknięcie mrowienia i oszołomienia itd. Badanie polegało więc na systematycznym desugerowaniu każdego symptomu, który zahipnotyzowany podawał jako wskaźnik faktu, że jest zahipnotyzowany. W końcu osoba nie była w stanie stwierdzić, na jakiej podstawie sądzi, że jest zahipnotyzowana a nawet nie była pewna, czy w ogóle jest zahipnotyzowana. A mimo to nadal znajdowała się w głębokiej hipnozie, o czym świadczy fakt reagowania nawet na złożone sugestie, których nie przyjąłaby w normalnym stanie.

Do odmiennego celu zmierzały badania Ericksona (1980), który wyselekcjonował grupę osób niepodatnych na hipnozę, chętnie jednak uczestniczących w badaniu. Mimo wielu prób nie udało się wyindukować u nich głębszej hipnozy. A jednak część z nich można było przekonać, że zostały zahipnotyzowane, ponieważ na przykład straciły orientację w czasie lub wykazywały duże zmęczenie oczu wywołane nieruchomym wpatrywaniem się w jeden punkt.

W sytuacji braku specyficznego wskaźnika hipnozy jej pomiar oparto na prostym założeniu: stopień zahipnotyzowania (głębokości hipnozy) jest wprost proporcjonalny do ilości sugestii przyjętych przez badanego podczas seansu hipnotycznego. A różnice w tym zakresie są olbrzymie. Identyfikacyjna procedura hipnotyczna prowadzi u różnych osób do zgoła odmiennych rezultatów. Różnice te cechuje pewna prawidłowość zaobserwowana przez większość autorów poczynawszy od tych z XIX wieku aż do współczesnych. Dotyczy ona zbliżonego rozkładu wyników w populacji badanych pod względem osiąganego stopnia zahipnotyzowania. Przedstawiono

to poniżej w tabeli nr 5 (wyróżnione stopnie zahipnotyzowania oparto na podziale Forela (1908)).

Tabela nr 5
Podatność na hipnozę

Badacz	Data	Liczba przypadków	Procentowy rozkład podatności hipnotycznej			
			Niepodatni	Senność	Hypotaksja	Somnambulizm
Liebeault	1884–1889	2 654	5	22	62	11
Forel	Przed 1898	275	17	23	37	23
Hilger	Przed 1900	351	6	20	42	32
Davis i Hosband	1931	55	9	47	15	29
Friedlander i Sarbin	1938	57	33	50	12	5
Eysenck i FumeaiK	1954	60	37	38	17	8
Weitzenhoffer	1956	280	23	59	15	3
Hilgard	1967	74	3	51	30	16

Istnieje także i inna zbieżność wyników. Dotyczy procentu badanych przyjmujących konkretną sugestię. W praktyce oznacza to, że sugestie różnią się „stopniem trudności” ich realizacji pod hipnozą. Stopień ten określany jest empirycznie. Sugestię podaje się grupie badanych. Następnie oblicza się procent badanych, którzy daną sugestię zrealizowali. I tak, jeżeli przykładowo sugestię zmęczenia oczu przyjęło 80% badanych, to jej „stopień trudności” jest niższy od sugestii niemożności otwarcia oczu, realizowanej przez 50% badanych. Pozwala to na uszeregowanie sugestii według wzrastającego stopnia trudności. Należy jednak pamiętać, że kolejność ta została ustalona w oparciu o wyniki badania całej grupy. Natomiast w indywidualnych przypadkach mogą występować znaczne różnice. Są osoby wykonujące na przykład sugestie pohipnotyczne i przeżywające zasugerowane halucynacje, a równocześnie nierealizujące sugestii katalepsji ręki. Mimo tego zastrzeżenia odpowiednio uszeregowane sugestie stały się podstawą konstrukcji skal mierzących

stopień zahipnotyzowania osiągnięty podczas badania lub oceniający podatność hipnotyczną osoby w stanie czuwania, a tym samym prognozujący możliwy do osiągnięcia u danej osoby stopień zahipnotyzowania. Hipnotyzer posługując się skalą, podaje hipnotyzowanemu sugestie w niej zawarte. Po podaniu każdej ocenia, czy została przyjęta. Jeżeli tak, przechodzi do następnej.

Już w XIX wieku wielu hipnotyzerów starało się wykonać pomiary hipnozy, umożliwiając w ten sposób porównywanie różnych badań ze sobą.

Po raz pierwszy hipnozę w stopniach opisywał Richet (1884). Wyróżnił następujące stopnie: senność (torpor), pobudzenie (excitation) i otępienie (stupor). Charcot (1866) wyróżnił również trzy stopnie zahipnotyzowania: letarg, katalepsję i somnambulizm. Liebeault (1886) opisał sześć stopni zahipnotyzowania (tabela nr 6). Natomiast Bernheim (1884) wyróżnił dziewięć stopni zahipnotyzowania (tabela nr 7).

Tabela nr 6

Głębokość snu hipnotycznego według Liebeault'a (1866)

I. Lekki sen	
1. Senność	Odrętwienie, senność, ciężka głowa, trudności w otwieraniu oczu.
2. Lekki sen	Powyższe objawy + katalepsja, ale z możliwością zmiany pozycji części ciała na wezwanie.
3. Lekki sen głębszy	Odrętwienie, katalepsja, automatyzm. Hipnotyzowany nie jest w stanie przeszkodzić automatyzmowi rotacyjnemu.*
4. Lekki sen przejściowy	W dodatku do katalepsji i automatyzmu rotacyjnego hipnotyzowany nie może zwracać uwagi na nic poza hipnotyzerem i jego pamięć nastawiona jest tylko na to, co dzieje się między nimi.
II. Głęboki lub somnambuliczny sen	
5. Normalny somnambuliczny sen	Całkowity zanik pamięci przy przebudzeniu. Możliwość wystąpienia halucynacji podczas snu. Halucynacje zanikają przy przebudzeniu. Hipnotyzowany jest całkowicie poddany woli hipnotyzera.
6. Głęboki somnambuliczny sen	Całkowity zanik pamięci przy przebudzeniu. Możliwe są halucynacje hipnotyczne i pohipnotyczne. Całkowite uzależnienie od hipnotyzera.

* Automatyzm rotacyjny – zjawisko polegające na tym, że ręka lub dłoń hipnotyzowanego wprowadzona przez hipnotyzera w ruch obrotowy nie zaprzestaje tej czynności.

Tabela nr 7

Stopnie zahipnotyzowania według Bernheima (1884)

I. Z zachowaniem pamięci po przebudzeniu	
1 stopień	Odrętwienie, senność i zasugerowane doznanie ciepła.
2 stopień	Nieemożność otwarcia oczu.
3 stopień	Katalepsja sugerowana przez hipnotyzera, związana z pasywnym stanem hipnotyzowanego. Katalepsja ta może być odrzucona przez hipnotyzowanego.
4 stopień	Katalepsja i automatyzm rotacyjny niezależny od woli hipnotyzowanego.
5 stopień	Niekontrolowane skurcze i nieodczuwanie bólu zasugerowane przez hipnotyzera.
6 stopień	Automatyczne podporządkowanie się woli hipnotyzera. Hipnotyzowany zachowuje się jak automat.
II. Zanik pamięci z okresu zahipnotyzowania po obudzeniu	
7 stopień	Zanik pamięci po obudzeniu (bez halucynacji).
8 stopień	Halucynacje podczas snu hipnotycznego.
9 stopień	Halucynacje podczas snu hipnotycznego i pohipnotyczne.

Większość badaczy z okresu od 1900 do około 1920 r. jako kryterium wystąpienia głębokiego snu hipnotycznego (somniaambulizmu, stuporu) przyjmuje spontaniczne pojawienie się pohipnotycznego zaniku pamięci zdarzeń z czasu zahipnotyzowania. Autorzy ci byli w zasadzie zgodni (różnice pomiędzy uzyskanymi przez nich wynikami są na ogół niewielkie) co do tego, że około 30% badanych może zapaść tylko w lekki sen hipnotyczny (letarg), 50% jest średnio podatnych, a 20% przy sprzyjających warunkach może osiągnąć stan somnambuliczny; z tych ostatnich tylko 10% – głęboki somnambulizm. Wyniki te nie odbiegają od uzyskiwanych obecnie. Na przykład Eysenck i Furneaux (1945) podali, że 26% badanych osiągnęło tylko relaksację, 35% było zdolnych zapaść tylko w lekki sen, głęboki sen osiągnęło 24% badanych, natomiast 15% – bardzo głęboki.

Rozwój metod psychometrycznych umożliwił, począwszy od lat trzydziestych naszego wieku, opracowanie wielu skal spełniających wymagania stawiane testom psychologicznym.

Pierwszą zbliżoną do współczesnych była skala White'a, zaprezentowana w 1930 r. Zawierała uszeregowane w odpowiedniej kolejności sugestie podawane w czasie hipnotyzowania. Jako kryterium przyjęcia poszczególnych sugestii traktowano pojawienie się specyficznych, oczekiwanych przez eksperymentatora reakcji badanego.

Nieco później Davis i Husband (1931) skonstruowali skalę opartą na reakcjach na klasy sugestii np. sensoryczne, motoryczne itp. (tabela nr 8).

Tabela nr 8

Skala podatności hipnotycznej Davisa i Husbanda (1931)

Głębokość	Ocena	Obiektywny symptom	Ilość przypadków	Proces przypadków
Niepodatny	0	Brak reakcji na sugestie	5	9
	2	Tylko relaksacja	16	29
	3	Opadanie powiek		
	4	Zamykanie oczu		
	5	Zupełne fizyczne odprężenie		
Lekki trans	6	Katalepsja oczu	10	28
	7	Katalepsja kończyn		
	10	Ogólna katalepsja		
	11	Anestezja (utrata wrażliwości)		
Średni trans	13	Częściowy zanik pamięci	8	15
	15	Anestezja pohipnotyczna		
	17	Zmiany osobowości		
	18	Proste sugestie pohipnotyczne		
	20	Złudzenia kinestetyczne, zupełny zanik pamięci		
Trans Somnambuliczny	21	Możliwość otwarcia oczu bez zachwiania transu hipnotycznego	16	29
	23	Dziwaczne sugestie pohipnotyczne		
	25	Całkowity somnambulizm		
	26	Pozytywne halucynacje wzrokowe		
	27	Pozytywne halucynacje słuchowe		
	28	Usystematyzowany pohipnotyczny zanik pamięci		
	29	Negatywne halucynacje słuchowe		
	30	Negatywne halucynacje wzrokowe		
Ogółem			55	100

Stosowaną do dzisiaj zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce terapeutycznej jest skala Eysencka i Furneaux'a z roku 1945 (tabela nr 9).

Tabela nr 9

Skala Eysencka i Furneaux (1945)

Sugestia	% badanych, którzy zrealizowali daną sugestię
Zmęczone oczy	76
Zupełne odprężenie	76
Niezdolność do wykonywania ruchów	65
Bezwładne opadnięcie rąk	63
Ociężałe powieki	61
Uczucie oddalenia się	54
Odczuwanie przyjemnego ciepła	53
Anestezja bólowa	53
Opadanie powiek	46
Obydwie ręce wyprostowane i sztywne	45
Nieemożność podniesienia rąk	36
Otwarcie oczu pod hipnozą	24
Złudny dźwięk dzwonka	22
Całkowita katalepsja	21
Niestyszenie dzwonka	19
Złudzenie ruchu nogi	18
Realizacja sugestii pohanotycznych	18
Amnezja zdarzeń z okresu snu hipnozy	15

W drugiej połowie XX wieku rozwinęły się i znacznie rozpowszechniły skale drugiego typu, zawierające pewną ilość jednakowo ocenianych sugestii lub zadań dla badanego. Stopień zahipnotyzowania określa suma uzyskanych punktów. Skale te są wystandaryzowane i dokładnie opracowane psychometrycznie.

Twórcami najbardziej znanych i najczęściej obecnie stosowanych skal tego typu są: Weitzenhoffer i Hilgard (1962).

Tabela nr 10

Stanfordzkie Skale Sugestywności Hipnotycznej – SHSS

Skala Stanfordzka Wersja A	Skala Stanfordzka Wersja B	Kryterium oceny realizacji sugestii
1. Wahania postawy	1. Wahania postawy	Traci i odzyskuje równowagę nie upadając.
2. Zamknięcie oczu	2. Zamknięcie oczu	Opadnięcie powiek.
3. Opuśczenie lewej ręki	3. Opuśczenie prawej ręki	Opadnięcie ręki co najmniej 6 cali.
4. Unieruchomienie prawego ramienia	4. Unieruchomienie lewego ramienia	Mimo wysiłku ręka nie podnosi się wyżej niż 1 cal.
5. Zaciśnięcie splecionych palców	5. Zaciśnięcie splecionych palców	Mimo wysiłku osoba badana nie rozłącza dłoni.
6. Sztywność lewego ramienia	6. Sztywność prawego ramienia	Ramię zgina się mniej niż 2 cale.
7. Przesuwanie rąk razem	7. Przesuwanie rąk osobno	Ręce nie zbliżają się więcej niż 6 cali.
8. Zakaz wypowiedzenia własnego nazwiska	8. Zakaz wypowiedzenia nazwy rodzinnego miasta	Badany milczy przez 10 sek.
9. Halucynacje słuchowe (łot muchy)	9. Halucynacje słuchowe (łot muchy)	Odpowiednie ruchy głową, grymas potwierdzenie słowne reakcji.
10. Katalepsja oczu	10. Katalepsja oczu	Obydwoje oczu zamknięte, co najmniej 10 sek.
11. Sugestia pohipnotyczna (zmiana krzesła)	11. Sugestia pohipnotyczna (przecignięcie się).	11. Wykonanie zauważalnego ruchu będącego przynajmniej częściową realizacją sugestii.
12. Amnezja pozycji 3–11 z tej skali	12. Amnezja pozycji 3–11 z tej skali	Brak odpamiętania, co najmniej 3 pozycji ze skali.

Tabela nr 11

Normy dla wersji A i B – SHSS

Poziom Sugestywności	Wynik surowy (ilość wykonanych sugestii)	Liczba osób wykonujących sugestie	Procent osób wykonujących sugestie	Centyle	Wyniki standaryzowane
Wysoki (24% badanych)	12	3	2	99	73
	11	6	5	95	67
	10	9	7	89	60
	9	5	4	84	58
Średni (3% badanych)	8	8	6	78	56
	7	11	9	71	53
	6	10	8	62	0
	5	18	4	51	50
Niski (45% badanych)	4	13	11	38	47
	3	12	10	28	44
	2	13	11	18	41
	1	9	7	9	37
	0	7	6	3	31

Na podstawie badań przeprowadzonych ze 124 studentami powstała Stanfordzka Skala Sugestywności w dwóch wersjach: A i B (SHCS) (tabela nr 10). Dodano do nich później jeszcze wersję C (tabela nr 12).

Skale te składają się z analogicznych sugestii, które należy formułować w sposób zrozumiały dla badanego, dlatego można je indywidualnie dostosowywać do hipnotyzowanego. Na przykład sposób sugerowania zadania nr 5 SHSS-A może być następujący: „... Złącz palce. Ściśnij mocno dłonie. Zauważ jak twoje palce są mocno złączone ze sobą. Teraz stają się coraz bardziej i bardziej złączone. Nie można ich rozłączyć. Spróbuj je rozłączyć” – (przerwa 10 sekund).

1) – Jeżeli badany rozłączy palce – „Zauważyłeś jak ciężko było rozdzielić palce. Teraz ułóż ręce koło siebie i odpoczywaj”;

2) – Jeżeli nie rozłączy palców – „Przestań próbować i odpocznij. Teraz możesz je rozłączyć. Połóż je na oparciu fotela i odpoczywaj”.

W analogiczny sposób należy formułować sugestie do pozostałych badań. Przy posługiwaniu się SHSS nie potrzeba żadnej aparatury, technika indukcji jest prosta, a wyniki łatwo się rejestruje.

Tabela nr 12

Stanfordzka Skala Sugestywności. Forma C

Zadanie (sugestia)	Kryterium oceny
Opuszczenie prawej ręki	Opuszcza co najmniej o 6 cali w czasie 10 sek
Rozkładanie rąk	Po 10 sek. ręce oddalone od siebie o 10 lub więcej cali.
Halucynacje dotyczące komarów	Różne reakcje.
Halucynacje smakowe (słodki, kwaśny)	Doznanie obu smaków; jednego z nich silnie lub z jawnymi oznakami.
Sztwność prawego ramienia	Zginanie ramienia o mniej niż 2 cale w ciągu 10 sek.
Sen	Śpi dobrze; wrażenia porównywalne do marzeń sennych.
Regresja (pierwszy rok szkoły i lata gimnazjalne)	Wyrażna zmiana pisma.
Brak reakcji węchowej na amoniak	Twierdzi, że nie czuje woni amoniaku i nie wykazuje żadnych jawnych reakcji na amoniak
Unieruchomienie lewego ramienia	Ramię unosi mniej niż o 1 cal na 10 sek.
Halucynacje dźwiękowe	Co najmniej raz odpowiada na urojony głos.
Negatywne halucynacje wizualne	Odpowiada, że widzi tylko dwa z trzech pokazywanych pudełek.
Niepamięć pohipnotyczna	Przypomina sobie tylko trzy lub mniej reakcji aż do polecenia (Teraz możesz sobie wszystko przypomnieć).

Używając w badaniach SHSS-C, stosuje się zawsze identyczną procedurę indukcji hipnotycznej polegającej na fiksacji wzroku hipnotyzowanego na jednym punkcie.

Poszczególne zadania wykonywane są w określonej kolejności. Za zrealizowanie pojedynczej sugestii badany otrzymuje 1 punkt, mimo że każda kolejna jest coraz trudniejsza.

Wszystkie trzy wersje SHSS E. Hilgard (1965) poddał analizie czynnikowej. Oparł się w niej na badaniu 402 studentów. W efekcie otrzymał trzy czynniki:

1. Czynnikiem pierwszy jest związany z sugestiami charakterystycznymi dla hipnozy głębokiej (katalepsja oczu, bezwład ramienia, zahamowanie mowy, negatywne halucynacje, amnezja). Jest on zdecydowanie najsilniejszy. 10 na 12 pozycji ma obciążenie tym czynnikiem powyżej 50% oraz 44% wariancji.
2. Na czynnikiem drugi składają się sugestie wpływające na czynności motoryczne (wahanie ciała, zamknięcie oczu itd.).
3. Trzeci czynnikiem reprezentowany jest przez sugestię wpływającą na procesy poznawcze (halucynacje), a także amnezję i czynności pohipnotyczne.

E. Hilgard podsumowując uzyskane wyniki twierdzi, że czynnikiem pierwszy związany jest z utratą świadomej kontroli nad zachowaniem się zahipnotyzowanego. Czynnikiem ten jest najbardziej charakterystyczny dla tego, co historycznie zwykło się nazywać głębokim stanem hipnotycznym lub somnambulizmem.

SHSS-A zaadaptowano do badań grupowych. Tak powstała Harvardzka Skala Grupowej Podatności na hipnozę (HGS).

Przy stosowaniu HGS powstaje problem kryteriów oceny wyników. Podczas badania grupowego hipnotyzer, czy nawet pomagający mu obserwatorzy nie zawsze mogą w sposób wystarczająco dokładny ocenić reakcje wszystkich badanych. Opierają się więc na samoocenie zahipnotyzowanego. Jak wynika z badań, samoocena hipnotyzowanych i ocena hipnotyzera korelują ze sobą w przypadku stosowania HGS od + 0, 83 do + 0, 90 w różnych porównaniach. Jest to związek o sile umożliwiającej wzajemną kontrolę reakcji na sugestie zawarte w HGS (Shor, Orne, O'Connell 1962).

Weitzenhoffer i Hilgard zdawali sobie sprawę z faktu, że stosując SHSS podatność na hipnozę określa jedna liczba. Nie pozwala to na poznanie specyfiki indywidualnych reakcji badanego na poszczególne typy sugestii. Dzieje się tak, gdyż mimo uzyskania jednakowego wyniku punktowego jedni mogą przyjąć sugestie motoryczne a odrzucić sensoryczne, podczas gdy drudzy uczynią odwrotnie. W tym celu Weitzenhoffer i Hilgard (1963) opracowali tzw. Stanfordzki Profil Skal Sugestywności Hipnotycznej (SPS) w dwu wariantach I i II – tabela nr 13. Stosując SPS – indukcję hipnotyczną należy prowadzić techniką „lewitacji ręki”. W wyniku otrzymuje się profil obrazujący sugestywność badanego. Normy dla SPS opracowano w oparciu o przebadanie obydwoma wariantami 112 osób.

Tabela nr 13

Pozycje Stanfordzkiego Profilu Skal Sugestywności Hipnotycznej (SPS)

Wariant I – indukcja poprzez lewitację ręki (niepunktowane)		Wariant II – indukcja poprzez lewitację ręki (niepunktowane)	
1. Analgezja ręki	0–3	1. Halucynacje termiczne	0–3
2. Muzyczne halucynacje	0–3	2. Głuchota selektywna	0–3
3. Anosmia amoniaku	0–3	3. Halucynowanie amoniaku	0–3
4. Przypominanie sobie posiłku	0–3	4. Regresja do dnia narodzin	0–3
5. Halucynacje świetlne	0–3	5. Zaginięcie zegarka na rękę	0–3
6. Sen pierwszy: temat nieokreślony	0–3	6. Sen drugi: o hipnozie	0–3
7. Agnozja pierwsza: dom	0–3	7. Agnozja druga: nożyczki	0–3
8. Żart	0–3	8. Osobowościowa przemiana	0–3
9. Pohipnotyczna słowna kompulsja	0–3	9. Pohipnotyczne automatyczne pisanie	0–3
Ogółem	0–27	Ogółem	0–27

W toku dalszych prac wersję A-SHSS zaadaptowano w Illinois do badań z dziećmi w wieku od 5 do 12 lat (CHSS) (tabela nr 15) (London, 1962).

Tabela nr 14

Harvardzka Skala Grupowej Podatności na Hipnozę (HGS)

Skala Stanfordzka wersja A (SHSS)	Równoważne pozycje w HGS	Kryteria oceny w HGS
1. Wahanie postawy	Opadanie głowy	Głowa pochyla się do przodu przynajmniej 2 cale.
2. Zamknięcie oczu	To samo, co w SHSS	Powieki zamykają się.
3. Opuszczenie ręki	jw.	Opuszczenie przynajmniej o 6 cali.
4. Unieruchomienie ręki	jw.	Ręka nie wznosi się bardziej niż o 1 cal.
5. Splecenie palców	jw.	Palce pozostają złączone.
6. Sztywność ramienia	jw.	Ramię zgina się mniej niż 2 cale.
7. Przesuwanie rąk razem	jw.	Odstęp między rękami nie przekracza 6 cali.

8. Zakaz wypowiedzenia własnego nazwiska	Zablokowanie ruchów przeczających głowy	Brak ruchów głową.
9. Halucynacja słuchowa lotu muchy	To samo, co w SHSS	Odruch orientacyjny na dźwięk.
10. Katalepsja oczu	iw.	Oczy pozostają zamknięte.
11. Sugestia pohipnotyczna, zamiana krzesel	Pohipnotyczna sugestia dotykania lalki „wujka”	Obserwowalne ruchy dotykania lalki „wujka”.
12. Amnezja	To samo, co w SHSS	Niepamięć co najmniej trzech pozycji.

Tabela nr 15

Skala Sugestywności Hipnotycznej Dzieci (CHSS)

Część I		Część II	
Pozycja	Min. dla pozytywnych wyników	Pozycja	Min. dla pozytywnych wyników
1. Wahanie postawy	Traci i odzyskuje równowagę nie upadając.	13. Sugestia pohipnotyczna	Zamyka oczy; lub oczy otwarte, ale wzrok szklisty
2. Zamykanie oczu	Zamyka oczy w ciągu 10 sek. od końcowej instrukcji jeszcze przed prośbą o zamknięcie oczu.	14. Wzrokowe i słuchowe halucynacje (Telewizja)	Ogląda telewizor, włącza go, może regulować w celu uzyskania lepszego obrazu.
3. Opuszczenie ręki	Ręka porusza się po linii łuku 30° lub więcej.	15. Halucynacje zimna	Odpowiednia reakcja słowna.
4. Unieruchomienie ramienia	Ręka wznosi się od 1 do 3 cali, przy największym wysiłku przesuwa się do 4 cali.	16. Anestezja	Może zdawać sobie sprawę ze stymulacji, ale nie może odczuwać bólu.
5. Zaciskanie palców	Niecałkowite rozdzielanie palców; mały wysiłek.	17. Halucynacje smakowe	Doświadczenie w pewnym stopniu nieuchwytnie lub nieznaczne wrażenia smakowe.
6. Usztywnienie ramienia	Ramię ugina się mniej niż 2 cale; mały wysiłek.	18. Halucynacje węchowe (perfumy)	Potwierdza zapach perfum.
7. Łączenie ramion	Każda z rąk przesuwa się do wewnątrz o 2 cale	19. Halucynacje wizualne (królik)	Widzi królika, opisuje go; nie może go podnieść.

Część I		Część II	
Pozycja	Min. dla pozytywnych wyników	Pozycja	Min. dla pozytywnych wyników
8. Zakaz słowny (nazwa)	Nazwa niewymówiona; mały wysiłek.	20. Regresja wieku	Odpowiednie zmiany w pisaniu nazw lub rysowaniu figur.
9. Halucynacje słuchowe	Odpowiednie ruchy, przesunięcia.	21. Sny	Pobieżne sprawozdanie, ale nie wygląda na opowieść komponowaną podczas pisania.
10. Katalepsja oczu	Oczy pozostają zamknięte; mały wysiłek.	22. Przebudzenie i sugestie pohipnotyczne	Odpowiednie do sugestii reakcje.
11. Sugestie pohipnotyczne (wstawanie, naprężanie, napinanie)	Pozostaje siedzący i wyprężony lub stoi, ale niewyprężony.		
12. Amnezja	Względnie łatwo przypomina sobie 3 lub mniej pozycji.		

Przedstawione skale mają właściwości testów psychologicznych. Dzięki temu wyniki eksperymentu są stosunkowo mało uzależnione od osoby i doświadczenia hipnotyzera. Badanie za pomocą skali trwa przeciętnie 1 godzinę a jego wynik jest dostatecznie prognostyczny.

Z nieoczekiwaną dla zajmujących się problematyką hipnozy krytyką Stanfordzkich Skal Sugestywności Hipnotycznej wystąpił A. Weitzenhoffer w 1980 roku, będący przecież jednym z ich twórców. Przede wszystkim stwierdził, że istnieje duże zamieszanie terminologiczne, jeżeli chodzi o pojęcie podatności na hipnozę i głębokości hipnozy. Są autorzy używający tych terminów zamiennie.

Weitzenhoffer (1980) uważa, że pojęcie „podatność na hipnozę” określa pewną właściwość badanego prognozującą jego możliwości w zakresie zapadania w hipnozę. Natomiast głębokość określa właściwości hipnozy osiągnięte w konkretnym badaniu. Jeżeli zaś chodzi o Stanfordzkie Skale Sugestywności, to nie wiadomo w gruncie rzeczy, co mierzą – podatność czy głębokość.

Ponadto skale te nie pozwalają odróżnić zachowań hipnotycznych od niehipnotycznych. Tę samą sugestię (np. uniesienie ręki) można zrealizować świadomie lub mimowolnie, a nawet próbując się jej przeciwstawić.

Z krytyką tą nie zgodził się Hilgard (1981). Podkreśla on fakt, że SHSS we wszystkich wersjach mierzą podatność na hipnozę, a nie głębokość uzyskanego transu. Jeżeli zaś chodzi o świadome, względnie automatyczne wykonywanie sugestii, to przeprowadzono w tym zakresie obszerne badania, podczas których reakcję na sugestię oceniali doświadczeni hipnotyzerzy. Ocenę tą porównywano następnie z samooceną badanych. Między tymi dwoma ocenami istniała wysoka korelacja (0,78). Dowodzi to, że zarówno obiektywna, jak i subiektywna ocena są użytecznymi wskaźnikami.

Dalszym krokiem rozwoju skal podatności hipnotycznej były prace Barbera (1976), których efektem stało się opracowanie BSS (Barbera Skala Sugestywności) (tabela nr 16). Zadania w tej skali nie różnią się w sposób istotny od zadań zawartych w SHSS. Korelują one zresztą ze sobą w wysokim stopniu. Jest jednak zasadnicza różnica pomiędzy nimi. Mianowicie skala Barbera może być stosowana bez wcześniejszej indukcji hipnotycznej. Dzięki temu można ją również zastosować jako miernik podatności na sugestię u osoby znajdującej się w normalnym stanie czuwania.

Skala Barbera (BSS) jest zestawem zadań badających zdolności wyobrazeniowe badanego oraz jego podatność na hipnozę. Swoją skalę Barber opracował opierając się na przebadaniu 462 osób dorosłych, oraz 724 dzieci w wieku 6–12 lat. Po użyciu BSS należy zastosować kwestionariusz „Punktacji Subiektywnej” (tabela nr 17). Każda osoba po eksperymencie za pomocą kwestionariusza oceniała na podstawie własnych doznań głębokość osiągniętej przez siebie hipnozy. Polską adaptację BSS opracował Siuta w 1982 roku.

Przeprowadził on badania, w których wzięły udział 72 studentki pierwszych dwóch lat psychologii UJ. Osoby badane zostały poddane procedurze indukcji hipnotycznej, a następnie badane za pomocą BSS. Zarówno indukcja jak i BSS ekspozowane były za taśmy magnetofonowej. Po zakończeniu badania osoby otrzymywały do wypełnienia Kwestionariusz Ocen Subiektywnych.

Siuta (1982) na podstawie tego badania stwierdził, że uzyskał niższe wyniki we wszystkich zadaniach od uzyskanych przez Barbera. Największa różnica wystąpiła w przypadku zadania nr 8 (niepamięć selektywna).

Tabela nr 17

Skala Sugestywności Barbera (BSS)

Zadanie (sugestia)	Kryteria oceny
1. Opuszczenie ramienia (oczy zamknięte)	1 punkt za 4 cale lub więcej
2. Uniesienie ramienia (od pozycji poziomej przy oczach otwartych)	1 punkt za 4 cale lub więcej

Zadanie (sugestia)	Kryteria oceny
3. Zwarcie dłoni i splecenie palców (niemożność ich rozłączenia)	1/2 punktu za niecałkowite rozłączenie po 5 sek. wysiłku lub 1 punkt za niezupełne rozłączenie po 15 sek. wysiłku
4. Halucynacja pragnienia	1/2 punktu za przełykanie, wilgotne usta, itd. 1/2 punktu za potwierdzenie w czasie pohipnotycznego wywiadu
5. Zahamowanie mowy (niemożność wymówienia swojego imienia)	1/2 punktu, jeżeli imienia nie wymieniono w ciągu 5 sek., 1 punkt za niewymienienie imienia w ciągu 15 sek.
6. Unieruchomienie ciała (niezdolność do wstania z fotela przy oczach zamkniętych)	1/2 punktu, jeżeli nie wstanie po 5 sek, 1 punkt, jeżeli nie wstanie, po 15 sek
7. Reakcja pohipnotyczna (kaszel po klaśnięciu w dłoń, sugestia przy zamkniętych oczach, sprawdzian przy otwartych)	1 punkt, jeżeli zakaszle po klaśnięciu w dłoń
8. Niepamięć selektywna (niepamięć zadania nr 2 z tej skali przy zachowanej pamięci zadań pozostałych; sugerowanie przy oczach zamkniętych, sprawdzanie przy otwartych)	1 punkt, jeżeli przypomina sobie wszystkie zadania oprócz drugiego Maksymalna ilość punktów = 8

Tabela nr 17

Kwestionariusz punktacji subiektywnej do Skali Sugestywności Barbera (BSS)

1.	Twoje prawe ramię jest ciężkie i opada w dół, czujesz ramię, jako: nie ciężkie, lekko ciężkie, ciężkie, bardzo ciężkie.
2.	Twoje lewe ramię jest lekkie i unosi się do góry, czujesz ramię: nie lekkie, trochę lekkie, lekkie, bardzo lekkie.
3.	Twoje ręce są złączone razem i nie możesz ich rozdzielić, czujesz: ręce niezłączone, słabo złączone, złączone, silnie złączone czujesz pragnienie, czujesz się: nie spragniony, trochę spragniony, spragniony, bardzo spragniony.
4.	Twoje gardło jest zaciśnięte i nie możesz mówić, czujesz swoje gardło: niezaciśnięte, trochę zaciśnięte, zaciśnięte, bardzo zaciśnięte.
5.	Nie możesz wstać z fotela czujesz się: nieunieruchomiony, lekko unieruchomiony, unieruchomiony, silnie unieruchomiony.
6.	Kiedy po zakończeniu eksperymentu eksperymentator strzelił palcami, dając pohipnotyczny sygnał, czujesz, że: nie kaszlesz, lekko kaszlesz, kaszlesz, bardzo kaszlesz.
7.	Kiedy po zakończonym eksperymencie przypominałeś sobie testy czujesz, że przypominasz sobie test o podnoszeniu ramienia: bez trudu, z pewnym trudem, z trudem, z wielkim trudem lub nie pamiętałeś go w ogóle.

Wkrótce po obudzeniu osoba badana otrzymuje kwestionariusz określający reakcje na BSS, a zredagowany następująco:

»Proszę odpowiedzieć na następujące pytania zgodnie z prawdą i umieścić znaczek kontrolny nad najtrafniejszą odpowiedzią! Każdy z pierwszych sześciu punktów zaczyna się zwrotem: „Kiedy zasugerowano, że...”.

Ocena realizacji poszczególnych sugestii od „0” do „3” pkt. Odpowiedź: nie – 0, słabo – 1 itd. Ilość punktów od 0 do 24.

Są jednak badacze uważający, że dawny sposób pomiaru hipnozy w kilku stopniach jest bardziej użyteczny w praktyce zarówno eksperymentalnej jak i terapeutycznej.

Taką metodę opracowali między innymi O’Connell i Orne (1966). Wyróżnili 5 kategorii odpowiadających stopniom zahipnotyzowania:

1. Brak reakcji na sugestie hipnotyczne.
2. Reakcja tylko ideomotoryczna na sugestie hipnotyczne.
3. Niemożność przeciwstawienia się sugestii hipnotycznej.
4. Przeżywanie halucynacji wywołanych sugestiami hipnotycznymi.
5. Objawy amnezji zdarzeń z okresu hipnozy oraz wykonywanie sugestii pohipnotycznych.

Stopień zahipnotyzowania określa liczba od 1 do 5, ponadto każdy stopień jest zróżnicowany przy pomocy znaków „+” i „-”.

Ocena 1 – oznacza, że badany nie chce współpracować z hipnotyzerem.

Ocena 1 – oznacza, że badany mimo współpracy z hipnotyzerem jest niepodatny na sugestie hipnotyczne.

Ocena 1 + oznacza, że badany wykazuje bardzo słabą reakcję tylko na sugestie motoryczne.

Ocena 2 – oznacza, że badany podnosząc rękę, zamykając oczy itp. ma uczucie robienia tego w sposób świadomy.

Ocena 2 – oznacza, że badany przyjmuje sugestie motoryczne, mimo iż może im się przeciwstawić, jeżeli zostanie sprowokowany odpowiednim poleceniem.

Ocena 2 + oznacza, że badany wykonując zasugerowane ruchy ma uczucie wykonywania ich automatycznie lub samoistnie.

Ocena 3 – oznacza, że badany mimo uczucia możliwości przeciwstawienia się sugestiom motorycznym nie wykonuje tego.

Ocena 3 – oznacza, że badany realizując sugestie motoryczne nie może się im przeciwstawić.

Ocena 3 + oznacza, że badany bezskutecznie usiłuje się przeciwstawić sugestiom motorycznym.

- Ocena 4 – oznacza, że badany obok zrealizowania sugestii ocenianych 2 i 3 przeżywa halucynacje wzrokowe i słuchowe, jednak ich żywość i realność jest niska.
- Ocena 4 oznacza, że badany przeżywa zasugerowane halucynacje wzrokowe i słuchowe jako wyraziste doznania.
- Ocena 4 + oznacza, że badany przeżywa zasugerowane halucynacje jako całkowicie realne.
- Ocena 5 – oznacza, że badany nie pamięta wydarzeń z okresu badania, może przeżywać regresję do minionego okresu, a także wykonuje sugestie pohipnotyczne. Jednak złożone i skomplikowane sugestie wykonuje niezbyt prawidłowo.
- Ocena 5 oznacza, że badany nie pamięta wydarzeń z okresu badania oraz wykonuje nawet złożone i skomplikowane sugestie dotyczące regresji i czynności pohipnotycznych.
- Ocena 5 + oznacza, że badany wykonuje wszystkie sugestie, nawet najbardziej uduchowione, hipnotyczne i pohipnotyczne, łącznie z negatywnymi i pozytywnymi halucynacjami pohipnotycznymi.
- (Ocenę 5 + osiąga jedynie 1 do 2% osób).

Przedstawiony powyżej sposób pomiaru ma jedną niezaprzeczalną zaletę. Uniezależnia hipnotyzera od ściślejszej procedury hipnotycznej. Może on prowadzić ją zgodnie z własnym doświadczeniem i umiejętnościami, każdorazowo dostosowując ją do badanego. Z drugiej jednak strony w badaniach naukowych stosując tą metodę różni autorzy mogą uzyskać wyniki trudno ze sobą porównywalne. Wynika to z dużego współczynnika subiektywizmu i arbitralności oceny faktu przyjęcia sugestii oraz z dość nieprecyzyjnego opisu poszczególnych stopni zahipnotyzowania.

Kontynuując ten kierunek poszukiwań, podjąłem się analogicznego zadania. Przystępując do opracowania własnej propozycji, założyłem, że powinna spełniać następujące wymagania:

Ocena, czy sugestia została przyjęta, czy też odrzucona winna być w możliwym do osiągnięcia stopniu zobiektywizowana.

Nie należy wyróżniać zbyt wielu stopni zahipnotyzowania. Wystarczą cztery stopnie zahipnotyzowania w odstępach co 25%.

Aby uniezależnić się od stosowania konkretnych metod hipnotyzowania, do zaliczenia badanemu określonego stopnia zahipnotyzowania wystarczy, aby przyjął on jedną sugestię charakterystyczną dla tego stopnia.

Przeprowadziłem badania 120 studentów (80% stanowiły dziewczęta) II i III roku psychologii UJ, w wieku 20–24 lat. Badanie te prowadzono przy realizacji badań nad odpamiętywaniem pod hipnozą w latach 1974–1980.

Każda osoba badana poddawana była pięciokrotnie (w odstępach tygodniowych) identycznej procedurze hipnotycznej składającej się z kolejnego podawania sugestii wyróżnionych w tabeli nr 18. Sugestie wypowiadałem do momentu, aż trzy kolejne zostały odrzucone. Kryteria oceny przyjęcia przez badanego sugestii oraz wyniki badań przedstawiono także w tabeli nr 18.

Oczywiście skala ta nie spełnia wielu wymogów psychometrycznych stawianych testom psychologicznym. W swej konstrukcji zbliżona jest do arkusza obserwacyjnego. Stwarza jednak możliwość porównywania ze sobą wyników z różnych badań oraz ujednoczenia opisu transu hipnotycznego.

Stosując tę skalę, konieczne jest podawanie najpierw łatwych do zrealizowania sugestii, a następnie przechodzenie do coraz trudniejszych. A ponieważ istnieje w zasadzie zgodność większości autorów (patrz: przytoczone przykłady skal), co do stopnia „trudności” najczęściej stosowanych sugestii, toteż ich kolejność proponowana w tej skali nie powinna budzić kontrowersji.

Zastosować tę skalę można przy korelowaniu osiągniętych wyników pod hipnozą (eksperymentalnych, terapeutycznych czy na przykład podczas hipnotycznego nauczania języków obcych) ze stopniem zahipnotyzowania. Może ona być każdorazowo pomocna w bieżącej kontroli przebiegu badania.

Tabela nr 18

Pomiar stopnia zahipnotyzowania (Augustynek 1986)

Stopień Zahipnotyzowania	% badanych realizujących daną sugestię		Treść sugestii	Zmiana w zachowaniu i odczuciach subiektywnych	Zmiany fizjologiczne (RSG, EEG, TĘTNO)
	w 1 sesji	w 10 sesji			
0. Stan niehipnotyczny (relaksacja)	85	100	Znieruchomienie	Brak ruchów mimowolnych mięśni tułowia i kończyn,	Wzrost oporu skórno-galwanicznego,
	80	100	Rozluźnienie mięśni	Częste mruganie,	Dominacja fal alfa w zapisie EEG,
	80	100	Skoncentrowanie wzroku na jednym punkcie	Nieruchome wpatrywanie się w punkt	Normalne tętno

Stopień Zahipnotyzowa- nia	% badanych realizu- jących daną sugestię		Treść sugestii	Zmiana w zachowaniu i odczuciach subiektywnych	Zmiany fizjologiczne (RSG, EEG, TĘTNO)
	w 1 sesji	w 10 sesji			
I. Niski	78	100	Opadanie powiek	Mruganie,	Dalszy wzrost oporu skórno-galwanicznego (s-g), W zapisie EEG dominuje rytm alfa, Zwolnienie tętna
	70	100	Znieruchomienie ciała	Znieruchomienie	
	70	96	Uczucie senności	Odczuwanie senności	
	62	90	Zamknięcie oczu	Oczy zamknięte	
II. Umiarkowany	56	66	Nieemożność dowolnego otwarcia oczu,	Mimo wysiłku osoba nie otwiera oczu	Krótkotrwały spadek oporu s-g, Chwilowa blokada rytmu alfa i duża ilość artefaktów mięśniowych, Nieznaczne zmiany częstotliwości tętna
	50	58	Niezdolność wykonania ruchu (ręką i nogą,)	Brak ruchu	
	54	58	Doznanie uczucia ciepła	Odczucie ciepła	
	32	54	Mimowolna lewitacja ręki	Ręka unosi się	
III. Wysoki	28	38	Wykonanie prostych czynności pohipnotycznych	Wykonanie polecenia zgodnie z treścią sugestii (np. abstynencji przez najmniej 30 dni)	Spadek oporu s-g, W zapisie EEG dominuje rytm alfa, Krótkotrwałe zmiany tętna
	26	30	Halucynacje węchowe	Brak reakcji na przykry zapach	
	17	27	Otwarcie oczu bez wyjścia z hipnozy	Przyjmowanie sugestii mimo otwartych oczu	

IV. Bardzo wysoki	0	20	Amnezja pohipnotyczna	Brak przypomnienia części lub całości wydarzeń z okresu hipnozy	
	0	12	A. Częściowa		
	0	6	B. Całkowita		
	0	12	I. Spontaniczna II. Zasugerowana		
	10	16	Halucynacje słuchowe (dźwięk dzwonka)	Usłyszenie dźwięku nieistniejącego dzwonka	Krótkotrwałe zmiany w opozycji s-g, efekt blokady rytmu alfa w zapisie EEG,
	0	10	Halucynacje wzrokowe (zapalenie lampy)	Mrużenie oczu, zwężenie źrenic	Przyspieszenie tętna

Na podstawie analizy wyników badań nad pomiarem stopnia zahipnotyzowania (podatności na hipnozę) prowadzonych przez różnych autorów, można stwierdzić, iż wykryto w nich kilka podstawowych właściwości hipnozy. Przede wszystkim, że podatność na hipnozę danego człowieka jest stabilna przez całe jego dorosłe życie. Czynnikiem ten jest również niezmienny jak iloraz inteligencji (Barios 2007).

Istnieje też przesłanka, że podatność hipnotyczna może być dziedziczna. Zbliżone wyniki w skali stanfordzkiej uzyskują częściej bliźnięta jednojajowe niż dwujajowe tej samej płci (Dienes, Perner 2007).

Także cechy hipnotyzera tylko w niewielkim stopniu decydują o możliwości zahipnotyzowania poszczególnych osób. Wiek i doświadczenie hipnotyzera mają na to niewielki wpływ. Skuteczność hipnotyzera nie zależy też od tego, czy badany chce zostać zahipnotyzowany. Bardzo podatne osoby mogą wejść w stan hipnotyczny niezależnie, kto je hipnotyzuje (Dienes, Perner 2007)

Z wielu badań wynika, że na podatność na hipnozę nie mają również wpływu takie cechy osobowości hipnotyzowanego jak: łatwowierność, zaburzenia psychopatologiczne, zaufanie do hipnotyzera, asertywność (Nash 2001).

Rozdział VIII

Hipermnezja i regresja hipnotyczna

Zjawiskiem, które wywołało w pierwszej połowie XX wieku wśród naukowców duże zainteresowanie, był wpływ hipnozy na procesy pamięciowe. Dotyczy to zarówno przypominania, niepamięci (amnezji hipnotycznej), jak i uczenia się. Odkryto w tych badaniach wiele ciekawych zależności. Od wielu lat Praktycznie takich eksperymentów się nie prowadzi. Jest to efektem tego, że hipnozę traktuje się głównie, jako metodę terapii, a nie narzędzie badań eksperymentalnych. W tej sytuacji warto przypomnieć naukowe poszukiwania w tej dziedzinie.

Poprawa przypominania pod hipnozą, nazywana „hipermnezją hipnotyczną”, stała się przedmiotem wielu badań naukowych. Jej bibliografia, tylko w języku angielskim, liczy ponad tysiąc pozycji.

Istnieją dwa odmienne sposoby uzyskiwania hipermnezji hipnotycznej:

- 1) sugerowanie pod hipnozą łatwości w przypominaniu,
- 2) sugerowanie pod hipnozą „regresji”, czyli powrotu do minionych zdarzeń, przeżyć i form zachowania.

W pierwszym przypadku badania dotyczą dwu odmiennych sytuacji eksperymentalnych.

Przypominanie faktów zapamiętanych niezależnie od badań pod hipnozą. Przykładowo imiona i nazwiska kolegów ze szkoły podstawowej, nazwy dni tygodnia urodzin sprzed wielu lat itp.

Przypominanie materiału wyuczonego w stanie czuwania, specjalnie do dalszych badań pod hipnozą. Stosuje się tutaj różne rodzaje materiałów pamięciowych: listy zgłosek bez sensu, szeregi cyfr, filmy, sekwencje kart do gry, teksty, melodie.

Procedura eksperymentalna jest następująca. Najpierw eksponuje się materiał pamięciowy w stanie czuwania. Po tej części eksperymentu następuje przerwa – od

kilku minut do kilkunastu tygodni. Następnie badanych dzieli się na dwie grupy. W pierwszej odtwarzają materiał w stanie czuwania.

W drugiej pod hipnozą. Różnica w wynikach grup jest więc efektem zastosowania hipnozy.

W 1930 r. Huse przeprowadził pierwsze naukowe badania w tym zakresie. Ekspozował badanym listę zgłosek bez sensu. Po 24 godzinach przerwy następowało przypomnienie pod hipnozą. B. Huse nie uzyskał poprawy wyników u badanych pod hipnozą. Natomiast pozytywny wynik dała próba Stalnaker'a i Riddle'sa, przeprowadzona także w 1932 roku. Przebadali ono 12 osób, które przypominały sobie tekst wyuczony w stanie czuwania rok wcześniej. Sugestia łatwego przypominania podana badanym pod hipnozą wywołała poprawę odtworzenia o 53, 7% w stosunku do wyników w stanie czuwania. Hull (1933), opierając się na tym wyniku, uważał, że wpływ sugestii wzmocniony hipnozą osłabia siłę hamowania retroaktywnego (wpływ później nabytych doświadczeń na poziom przypominania wcześniejszych treści).

W następnych latach przeprowadzono wiele eksperymentów dotyczących tego problemu. Stwierdzono w nich, że na wielkość hipermnezji wpływa wiele czynników. Nie wszystkie jednak zostały dotąd dostatecznie poznane. Niemniej istnieje zgodność poglądów, że do uzyskania hipermnezji konieczne jest wywołanie głębokiego snu hipnotycznego. Dostatecznie udokumentowane jest także stwierdzenie, że wielkość hipermnezji rośnie wraz ze wzrostem długości przerwy pomiędzy zapamiętywaniem a przypominaniem. 24-godzinna przerwa jest najkrótszą, przy której zaznacza się wpływ hipnozy. Również powszechnie przyjęty jest pogląd, że wielkość hipermnezji rośnie przy przypominaniu zdarzeń, które w przeszłości wywołały emocje lub były z nimi związane (Augustynek 1996).

Wpływ wielu czynników na przypominanie pod hipnozą jest, jak dotąd, nieznanym lub, co najmniej kontrowersyjnym. Young (1940) uważa, że hipermnezja hipnotyczna nie jest efektem wpływu hipnozy, lecz wynikiem optymalizacji warunków do przypominania w czasie badania. Stworzenie identycznych warunków do przypominania pod hipnozą i w czasie czuwania prowadzi do zrównania ilościowego odtworzonego materiału.

W 1944 roku Rosenthal stwierdził, że hipermnezja jest większa dla materiału sensownego i zorganizowanego. W przeprowadzonym przeze mnie eksperymencie uzyskałem wynik sprzeczny z wyżej cytowanym. Badani pod hipnozą odtwarzali lepiej od osób odtwarzających w stanie czuwania materiał sensowny o 29%, a materiał bezsensowny o 28% (Augustynek 1978).

Rozbieżność ta skłoniła mnie do podjęcia obszernych badań własnych. Chciałem uzyskać w nich odpowiedź na następujące pytania: Czy hipnoza wpływa

w sposób statystycznie istotny na przypominanie materiału pamięciowego zapamiętanego w stanie czuwania oraz czy wielkość hipermnezji hipnotycznej zależy od cech materiału pamięciowego?

Badania przeprowadziłem przy użyciu czterech różnych materiałów pamięciowych w 12 grupach (po trzy grupy dla każdego materiału pamięciowego). W każdej grupie badałem 10 osób, a w badaniach uczestniczyli ochotniczo studenci i studentki pierwszych trzech lat psychologii UJ.

Każdy uczestnik eksperymentu najpierw indywidualnie uczestniczył w identycznym dla wszystkich czterokrotnym ekspozowaniu materiału pamięciowego z nagrania magnetofonowego. Po każdej ekspozycji badany w stanie czuwania odtwarzał materiał. Nagrywane to było na drugim magnetofonie.

Po tygodniowej przerwie, o tej samej godzinie, w tej samej sali i przy identycznym ustawieniu sprzętów, badany odtwarzał materiał pamięciowy. W grupie I – bezpośrednio po wejściu do laboratorium. W grupie II – pod hipnozą. Po wejściu do laboratorium przygotowywano osobę do badania EEG i RSG. Następnie hipnotyzowano badanego przy użyciu we wszystkich przypadkach identycznej techniki, polegającej na kolejnym sugerowaniu: zmęczenia, opadania powiek, zasypiania, braku uczucia w lewej ręce a nadwrażliwości w prawej. Dalej sugerowano całkowite odprężenie, uczucie przyjemnego ciepła, otwarcie oczu bez obudzenia się, widzenie światła zapalającej się lampy (niepodłączonej do sieci) lub też słyszenie dźwięku dzwonka (nieistniejącego w laboratorium). Przyjęcie przez badanego podanych sugestii kontrolowano przy pomocy EEG i RSG oraz obserwacji zachowania. Po uzyskaniu wymaganego stopnia zahipnotyzowania sugerowano badanemu regresję do sytuacji sprzed tygodnia, mówiąc, że czas cofnął się o tydzień, że jest w laboratorium i słyszy bardzo wyraźnie ekspozowany materiał i teraz bez najmniejszego wysiłku odtwarza to, co usłyszał.

W grupie III badani odtwarzali po przerwie materiał pamięciowy w stanie relaksacji. Przebieg badania był następujący. Badanemu, którego reakcje były kontrolowane zapisem elektroencefalografu i wskazaniami psychogalwanometru, sugerowałem całkowite odprężenie, niemyślenie o sprawach codziennych, maksymalne skoncentrowanie się na badaniu. Po osiągnięciu przez badanego stanu relaksacji, której towarzyszył wzrost oporu skór nego, spadek tonusu mięśni, zanik artefaktów mięśniowych w zapisie EEG, prosiłem go o odtworzenie materiału.

W eksperymencie użyto czterech materiałów pamięciowych różniących się sensownością (paralogi i słowa) oraz organizacją (tekst i zbiór zdań).

Po przerwie przypominanie pod hipnozą zawsze było najlepsze. Różnica przypominania pod hipnozą i w stanie czuwania dla wszystkich materiałów była statystycznie istotna.

W stanie relaksacji przypominanie także było lepsze niż w stanie czuwania. Różnica ta jednak była statystycznie nieistotna. Nie stwierdzono natomiast istnienia prostej zależności wielkości hipermnezji hipnotycznej od stopnia zahipnotyzowania (Augustynek 1978). Kontynuując te badania, w latach 1986–1989 wybrałem dwa materiały pamięciowe. Obydwa były werbalne i sensowne. Rezygnacja z materiałów bezsensownych (np. figur geometrycznych) jest uzasadniona tym, że wielkość hipermnezji hipnotycznej jest największa dla werbalnych i sensownych materiałów, dzięki czemu można było uzyskać bardziej jednoznaczne wyniki.

Pierwszy materiał był krótki i łatwy do zapamiętania. Składał się z dziesięciu pięcioliterowych słów. Drugi materiał był dłuższy i trudniejszy do zapamiętania. Składał się z dziesięciu podobnie zbudowanych zdań.

Badanie rozpoczynano od ekspozycji materiałów pamięciowych.

Każdemu badanemu znajdującemu się w stanie czuwania z taśmy magnetofonowej prezentowano czterokrotnie listę dziesięciu słów. Bezpośrednio po każdej ekspozycji badany odtwarzał materiał. Nagrywano to na drugim magnetofonie. Następnie realizowano identyczną procedurę z drugim materiałem.

Po tygodniowej przerwie (optymalnej do uzyskania wysokiej hipermnezji hipnotycznej) badani odtwarzali materiały pamięciowe, z tym, że najpierw proszono każdego uczestnika eksperymentu, aby zdobył się na maksymalny wysiłek w celu jak najlepszego przypomnienia sobie eksponowanych przed tygodniem materiałów.

Badanych podzielono na trzy dwudziestoosobowe grupy. W pierwszej odtwarzano materiał po przerwie w stanie czuwania. W drugiej symulując hipnozę, a w trzeciej pod hipnozą po podaniu sugestii regresji do sytuacji eksponowania materiału pamięciowego.

Do grupy I i II rekrutowano osoby niepodatne na hipnozę, a do III podatne. Badanymi byli uczestnicy prowadzonego przeze mnie seminarium monograficznego poświęconego sugestii oraz hipnozie w psychoterapii i badaniach naukowych. Każdy z badanych przechodził wcześniej trzykrotne próby zahipnotyzowania wykonywane w trakcie badania zmian sugestywności pod wpływem kolejnych zahipnotyzowań. Na ich podstawie przydzielano studenta do odpowiedniej grupy.

W grupie I – bezpośrednio po wejściu badanego do laboratorium i podaniu mu instrukcji motywacyjnej prosiłem go o odtworzenie kolejno dwóch materiałów pamięciowych.

W grupie II – badanemu, którego reakcję skórno-galwaniczną kontrolowano psychogalwanometrem, sugerowałem całkowite odprężenie oraz zagranie roli osoby głęboko zahipnotyzowanej (do odegrania tej roli wiedza studentów była wystarczająca). Następnie prosiłem badanego o zreprodukowanie obydwu materiałów pamięciowych.

W grupie III – badanego po instrukcji motywacyjnej hipnotyzowałem. Gdy uzyskał on w danej próbie maksymalny stopień zahipnotyzowania, sugerowano mu, że czas się cofną o tydzień, że jest znowu w laboratorium, bardzo wyraźnie słysząc eksponowany po raz czwarty materiał i bez wysiłku może dokładnie go odtworzyć. Po opamiętaniu pierwszego materiału analogicznie postępowalem z drugim materiałem.

W oparciu o statystyczną analizę wyników przedstawioną w mojej pracy (Augustynek 1996) można było sformułować następujące wnioski:

1. Badani pod hipnozą najlepiej przypominali sobie materiał pamięciowy wyuczony wcześniej w stanie czuwania. Różnica pomiędzy nimi a pozostałymi badanymi jest istotna statystycznie. Natomiast różnica między symulującymi hipnozę a odtwarzającymi materiał w normalnym stanie czuwania jest nieistotna, mimo że wystąpiła tendencja do uzyskiwania wyższych wyników przez symulujących hipnozę. Zależności te dotyczą obydwu materiałów.
2. Nie wykryto związku pomiędzy stopniem zahipnotyzowania a poziomem przypominania (zależność tą potwierdziła także obserwacja, że wielkość efektu terapeutycznego nie zależy od głębokości hipnozy).

Także regresja hipnotyczna stała się przedmiotem licznych badań. Zaczęto od eksperymentów z wykorzystaniem testów inteligencji. Ich przebieg był analogiczny u większości autorów. Badanych dzielono na dwie grupy. Jednych hipnotyzowano, drugich nie. Następnie sugerowano wszystkim badanym, że mają 5 lat. Zastosowanie testów inteligencji miało umożliwić ocenę, w której grupie badani zachowywali się w sposób charakterystyczny dla sugerowanego wieku.

Platonow (1933) i wielu innych stwierdziło, że wyniki pod hipnozą odpowiadają sugerowanemu wiekowi. W stanie czuwania badani, którzy odgrywali rolę dzieci, robili to dużo gorzej.

Z kolei Watkins w 1949 roku sugerował pod hipnozą swoim studentom regresję do 6. roku życia i polecał przeczytać pewien tekst raz głośno, drugi raz cicho. Badani z trudem literowali poszczególne słowa. Podobnie zachowywali się studenci z grupy kontrolnej, których zadanie polegało na odgrywaniu w stanie czuwania roli 6-letniego dziecka. Jednak sfilmowane ruchy gałek ocznych u badanych podczas czytania wykazały ciekawy fakt. Badani z grupy kontrolnej mieli ruchy te normalnie skoordynowane z liniami tekstu, natomiast zahipnotyzowani wykazywali obniżenie stopnia koordynacji. Zgodnie z prawem Heringa, mówiącym o stałym skoordynowaniu gałek ocznych podczas czytania u osób mających dobrze opanowaną tę umiejętność, rezultat taki jest niemożliwy do osiągnięcia poprzez symulację. Natomiast w początkach nauki czytania zjawisko takie jest typowe.

Natomiast w roku 1948 Wolberg przeprowadził podobne badanie, stosując regresję do 10., 7. i 4. roku życia. Za każdym razem pytał, jaki był dzień tygodnia w Boże Narodzenie, imieniny i urodziny badanego. Na poziomie sugerowanego wieku 10 lat 92% odpowiedzi było poprawnych, 82% przy regresji do 7 roku życia, a 68% – na poziomie 4 roku. Wynik u czterolatków zaskoczył samego L. Wolberga, gdyż w badaniach porównawczych okazało się, że większość dzieci w tym wieku nie zna jeszcze nazw poszczególnych dni tygodnia.

Barber (1976), analizując przebieg eksperymentu L. Wolberga, doszedł do wniosku, że przede wszystkim eksperymentator znał prawidłowe odpowiedzi na zadawane przez siebie pytania. Zadawano je w następujący sposób: „Czy była to niedziela, czy był to poniedziałek... itd.” Zadanie badanego polegało na powiedzeniu „tak” lub „nie”. W tej sytuacji brzmienie i modulacja głosu hipnotyzera podczas zadawania pytań mogły podpowiadać badanym prawidłowe odpowiedzi.

Nie można także wykluczyć, że badani obliczyli prawidłową odpowiedź według uczonej w szkołach angielskich zasady, że dni tygodnia cofają się w tył o jeden dzień każdego roku i o dwa dni w latach przestępnych.

W 1948 roku Girdo i Bowersbuch przeprowadzili eksperyment, w którym sześciu dorosłym mężczyznom sugerowano w trakcie snu hipnotycznego regresję do 4. miesiąca życia. U trzech uzyskali pojawienie się odruchu Babińskiego, typowego dla sugerowanego wieku. Lekkie potarcie o podeszwę stopy zdrowego, dorosłego człowieka powoduje, że duży palec zgina się do dołu. Natomiast u niemowląt do 6. miesiąca życia duży palec zgina się do góry, a pozostałe prostują się.

Gdy u dorosłego człowieka wystąpi reakcja typowa dla niemowląt, świadczy to o głębokim uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego.

Wynik uzyskany przez Girdo i Bowersbucha (1948) można jednak podważyć. Już w 1921 roku Burr stwierdził, że pojawienie się odruchu Babińskiego u dorosłych jest zawsze diagnostyczne przy uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego. Badając zaś dzieci otrzymujemy tak szerokie odchylenia w obrazie odruchu, że nie może on być diagnostyczny. Przykładowo na 389 przebadanych dzieci tylko u 13 wystąpił „podręcznikowy” odruch.

Barber (1976) uważa, że badani w omawianym eksperymencie, będąc poinformowanymi o jego celu, mogli samorzutnie symulować oczekiwaną przez eksperymentatora reakcję. Ponadto sama ocena wystąpienia reakcji była wysoce subiektywna.

Natomiast dwóch amerykańskich badaczy, Reiff i Scherer (1959), uważa, że regresja hipnotyczna, stanowiąc formę przypominania, prowadzi do aktywizacji śladów pamięciowych dawno nieaktualizowanych. Dlatego w regresji hipnotycznej może dojść do przypomnienia sobie pewnych zdarzeń niedostępnych w stanie czuwania. Nierozwiązanym problemem według nich jest to, czy w tym przypadku

dochodzi tylko do wyobrażenia sobie minionych wydarzeń, czy też do ich ponownego, subiektywnego przeżywania. Reiff i Scherer (1959) eksperymentalnie próbowali rozwiązać ten problem. W pierwszym badaniu, testem „lizaka”, badanemu sugerowano: „baw się w piaskownicy”. Następnie eksperymentator daje badanemu lizak do zjedzenia. Przy regresji do 4. roku życia 80% zahipnotyzowanych bez wahania zjadło lizak, a w grupie osób odgrywających rolę czteroletniego dziecka tylko 20%. Pozostali chcieli najpierw umyć ręce. W badaniu czteroletnich dzieci okazało się, że wszystkie dzieci zjadły lizak.

Następne badania prowadzili sugerując regresję do 4. i 7. roku życia. Prosimi w nich o: odczytanie wskazań zegara, pokazanie lewej i prawej strony, wykonanie prostych działań arytmetycznych, podanie słowa przychodzącego na myśl po słowie wypowiedzianym przez eksperymentatora (test wolnych skojarzeń), przypomnienie sobie, jaki był dzień tygodnia ich imienin w danym roku, nazwiska kolegów z przedszkola i szkoły.

F. Reiff i W. Scherer uzyskali we wszystkich badaniach istotne różnice. Cechowały je pewne prawidłowości. Jeżeli przy regresji hipnotycznej dochodzi do różnic zachowania badanych z poziomem typowym dla sugerowanego wieku, to osoba badana ma tendencję do wykonywania zadania poniżej poziomu dla danego wieku. Natomiast osoba odgrywająca rolę dziecka – powyżej tego poziomu.

Jeden z najciekawszych eksperymentów nad regresją hipnotyczną, przeprowadził profesor kliniki psychiatrycznej w Jenie, Katzenstein (1971). Badał ruchy gałek ocznych, pismo i rysunki zahipnotyzowanych 2 kobiet i 3 mężczyzn. Badanie składało się z następujących etapów:

1. Badanie motoryki oczu w normalnym stanie czuwania.
2. Hipnotyzowanie badanych.
3. Sugerowanie regresji do: 8. i 1. roku życia, 6. mies. i wreszcie do 2. dnia życia.

A. Katzenstein stwierdził, że w stanie czuwania, a także pod hipnozą sugestia: „oczy twoje zaczynają poruszać się niezależnie jedno od drugiego” nie wywarła żadnego wpływu na motorykę oczu badanych. Kiedy zaś sugerowano regresję do 2. dnia życia, gałki oczne zaczęły wykonywać nieskoordynowane, powolne ruchy, bardzo podobne do ruchu oczu noworodka.

Również analiza pisma i rysunków badanych ujawniła cechy charakterystyczne dla sugerowanego wieku. Katzenstein (1971) omawiając swój eksperyment próbował dać odpowiedź na pytanie, jaki jest mechanizm regresji i dlaczego sama sugestia, podana pod hipnozą bez zastosowania regresji, nie może zostać zrealizowana, jeżeli dotyczy odruchu Babińskiego, nieskoordynowanych ruchów gałek ocznych itp.

Katzenstein (1971) uważa, że sugestia regresji aktywizuje ślady pamięciowe nabyte od urodzenia do sugerowanego wieku. Równocześnie charakterystyczne dla

hipnozy rozszerzenie korowych procesów hamowania blokuje możliwość aktualizacji nieaktywizowanych sugestią zespołów śladów pamięciowych, (czyli w tym przypadku nabytych w późniejszym okresie). Tym samym zostają wytworzone warunki do odnowienia działalności poszczególnych funkcji na poziomie typowym dla sugerowanego wieku. Mowa, myślenie, inteligencja osoby badanej stają się charakterystyczne dla sugerowanego wieku.

Wielu autorów jest jednak odmiennego zdania. W swoich eksperymentach nie uzyskali analogicznych rezultatów. Barber (1976) twierdzi, że regresja hipnotyczna jest jedynie symulowaniem zachowania typowego, zdaniem zahipnotyzowanego, dla sugerowanego wieku. Badany dzięki swojej wyobraźni, fantazji, uleganiu halucynacjom (łatwym do wywołania podczas snu hipnotycznego) i wiedzy o zachowaniu się dziecka, gra jego rolę w sposób mniej lub bardziej udany. Z takim samym skutkiem można sugerować badanemu, że przykładowo w wieku 24 lat ma 4 lata lub 70.

Erickson i Kubie (1941) szukając przyczyny rozbieżności w tych poglądach doszli do wniosku, że można uzyskać dwa rodzaje regresji hipnotycznej. Pierwszym jest regresja pozorną. Badany przypomina sobie minione wydarzenia relacjonując je lub starając się je odegrać. Drugi rodzaj to regresja rzeczywista. Badany przeżywa subiektywnie minione zdarzenia niejako na nowo, a na jego zachowanie nie wpływają doświadczenia nabyte później. W tym miejscu nasuwa się jednak pytanie. Czy regresja do wieku niemowlęctwa nie powinna być równoznaczna z utratą kontaktu z zahipnotyzowanym? Przecież w sugerowanym wieku nie rozumiał on jeszcze mowy i nie może reagować na sugestie. A jednak zahipnotyzowany w regresji adekwatnie rozumie i wykonuje polecenia hipnotyzera.

Dobrym przykładem regresji, zarówno rzeczywistej jak i pozornej, jest następujący przypadek. Podczas demonstrowania hipnozy dla grup lekarzy użyto jako badanego mężczyzny w wieku 45 lat. Po wprowadzeniu go w głęboki trans był on cofany stopniowo aż do okresu, w którym liczył trzy lata. W wyniku tego eksperymentu badany zaczął spazmatycznie chwytać powietrze, gwałtownie sapać, kaszleć i dusić się. Jego twarz i szyja zaczerwieniły się silnie. Manifestował oznaki silnego niepokoju. Było oczywiste dla wszystkich, że uległ atakowi astmy. Jeden z lekarzy zrobił szybkie badanie stetoskopem i poinformował obecnych o przyspieszonej akcji serca. Obszerniejsze badania nie były robione, ponieważ zahipnotyzowany naprawdę cierpiał. Dlatego został szybko obudzony. Atak wtedy ustąpił.

Po zasięgnięciu informacji okazało się, że mężczyzna ów przechodził w dzieciństwie astmę. Jego matka pamiętała, że właśnie, kiedy ukończył trzy lata – miał silny atak. Oczywiście, ścisłość jej pamięci w stosunku do wydarzenia, które miało miejsce przed 42 laty, nie mogła być sprawdzona.

Kilka tygodni później badany został ponownie poddany próbie powtórzenia poprzedniego epizodu. Działo się to za jego zezwoleniem. Był też obecny lekarz, aby obserwować ten przypadek. Astmatyczny atak powtórzył się, ale jego przebieg był o wiele mniej gwałtowny. Stetoskop nie wykazał ani rżenia, ani też znacznego wzmożenia akcji serca, a twarz pacjenta była tylko lekko zaczerwieniona. Wnioskowano z tego, że tym razem atak był symulowany, a sam badany opowiadał później, że odczuł wyraźny sprzeciw wobec wykonania polecenia regresji do poziomu trzech lat (Augustynek 1996).

Podobnie jak amnezja pohipnotyczna, również regresja może wystąpić spontanicznie. Szczególnie psychoanalitycy interesowali się takimi przypadkami. Pasały do ich teorii hipnozy. Oto jeden z przykładów, pochodzących z pracy Chertoka (1989).

Pacjent był 34-letnim mężczyzną, alkoholikiem poddanym hipnoanalizie. Już podczas pierwszej hipnozy pacjent zaczął gwałtownie szlochać i okazywać inne oznaki wzruszenia. Badający starał się go pocieszyć, ale pacjent płakał coraz rozpaczliwiej. Zapytany, dlaczego płacze, odpowiedział z rozpaczą, posługując się dziecięcymi słowami i tonem głosu: „Mama postąpiła podle w stosunku do mnie”. Ile masz lat? zapytał hipnotyzer. „Mam 5 lat” – brzmiała odpowiedź – „I dziś są moje urodziny”. Zapytany ponownie, czemu płacze, odpowiedział, że jego ojciec dał mu na prezent urodzinowy upragnionego ponad wszystko koziołka. Ale mama nie pozwoliła mu przyprowadzić go do domu, „... Ponieważ on cuchnie. Mówi, że nie mogę go trzymać. Ona jest podła”.

Sugestia regresji znalazła zastosowanie w terapii. Jest to uzasadnione, gdyż istnieje teoria mówiąca, że osobę chorą na nerwicę można wyleczyć poprzez przypomnienie i uświadomienie zatartych wspomnień z jej przeszłości, kiedy to zaistniały rzeczywiste przyczyny powstania schorzenia. Tylko w ten sposób czasem można odblokować emocje związane ze stresowymi przeżyciami i odreagować je.

Eysenck (1971) opisuje taki przypadek ze swojej praktyki:

Pacjentka w wieku 42 lat, inteligentna i wykształcona, cierpiała od lat na ataki astmy. Będąc asystentem społecznym musiała często odwiedzać różne szpitale. Każda taka wizyta wywoływała u niej silną reakcję lękową. Również para owłosionych, męskich rąk budziła u niej niezrozumiałe przerażenie. Podobnie reagowała na widok noży.

Pod hipnozą cofnięto ją do okresu wczesnego dzieciństwa i wówczas przeżyła na nowo pewne wydarzenie, o którym z biegiem czasu zapomniała. Leżała na stole pod oślepiającym światłem. Obok niej stał mężczyzna trzymający mały nóż. Para owłosionych rąk chwyciła ją, gdy próbowała uciekać i zmusiła do leżenia. Próbowała nadal stawiać opór, ale ktoś ją powstrzymywał i kilkakrotnie uderzył w twarz.

Po przeprowadzeniu wywiadu okazał się, że w wieku 16 miesięcy wykonano jej operację usunięcia wyrostka sutkowego, przed którą anestezjolog bardzo brutalnie ją potraktował. Matka o całym wydarzeniu dowiedziała się od dwóch pielęgniarek, które zresztą na znak protestu wymówiły pracę. Właśnie po tej operacji zaobserwowano u pacjentki pierwsze ataki astmy. W rezultacie przypomnienia sobie traumatycznego zdarzenia pacjentka przestała cierpieć na astmę i zniknął u niej strach przed owłosionymi rękami, nożami i szpitalami.

Posługiwano się również hipnozą, aby usunąć amnezję powypadkową. Raginsky (1951), psychiatra kanadyjski, ogłosił artykuł na temat przyczyn pewnej katastrofy lotniczej.

Pilot samolotu, który uległ katastrofie, zwrócił się do lekarza, aby ten pomógł mu odzyskać pamięć wydarzeń, które doprowadziły do katastrofy. Dotychczasowe leczenie, trwające dwa lata, nie dało bowiem rezultatu. Pacjent nie mógł sobie przypomnieć niczego, co zaszło tuż przed upadkiem samolotu na ziemię. Komisja badająca przyczyny wypadku doszła do wniosku, że był to błąd pilota. Nie było jednak możliwości stwierdzenia, jakiego był on typu. Samolot został zniszczony, a pilot z obrażeniami głowy przebywał w szpitalu i nie mógł nic sobie na temat wypadku przypomnieć.

Lotnik bardzo przygnębiony sytuacją nalegał, żeby podjęto dalsze badania, które uświadomiłyby jemu samemu, jakie popełnił błędy.

Poddany hipnozie opisał dokładnie swoje zachowanie przed katastrofą. Lot odbywał się w chmurach, bez widoczności ziemi. Pilot miał duże trudności w korzystaniu z nowego modelu wysokościomierza, którego wcześniej nie znał. Popęłnił błąd w jego obsłudze, to doprowadziło do błędu w ocenie wysokości, obniżenie lotu i zawadzenie o wysoki budynek w czasie podejścia do lądowania.

Wolberg (1975) opisuje następujący przypadek. Pacjentka chorowała na kręcz karku (torticollis). Stan ten utrzymywał się przez dwa lata i opierał się leczeniu zarówno farmakologicznemu, jak psychoterapeutycznemu. Kiedy po wprowadzeniu jej w trans zapytano o przyczynę schorzenia, podniecona opisała swe poprzednie wcielenie, w którym była członkiem rodziny królewskiej. Została powieszona przez zrewoltowany tłum na publicznym placu. Po tej relacji zbudziła się snu hipnotycznego z głową wyprostowaną.

L. Wolberg nie podważał jej wywodów, zamiast tego opowiedzianą przez nią historię rozpatrywał tak, jakby to był sen wypełniony znaczącymi symbolami, ujawniającymi stłumione marzenia i lęki.

W toku dalszej terapii, już bez stosowania hipnozy, wyznała, że w dzieciństwie dręczyła ją starsza siostra, bijąc ją często po karku. Przez wiele lat nie myślała o tym. Miała narzeczonego. Zaprosiła siostrę na wieczór zaręczynowy. W jego

trakcie nakryła siostrę z jej narzeczonym w łóżku. Po chwili pojawił się u niej kręcz karku.

A oto inny przypadek, tym razem z mojej praktyki. Był on opisywany w prasie. Piszę o nim również w rozdziale poświęconemu związkom hipnozy z prawem.

Z. M. został dotkliwie pobity przez nieznanych wtedy sprawców. Doznał licznych obrażeń. W efekcie doszło u niego do złamania podstawy czaszki, krwawienia podpajęczynówkowego, stłuczenia mózgu. Przed śmiercią uratowało go otwarte złamanie kości skroniowej, która przebiła opony mózgowie tworząc okołoszną przetokę, przez którą krew mogła wydostać się nie niszcząc mózgu. Na szyi ofiara miała zaciśnięty sznur przewodu elektrycznego.

Odnaleziony przez brata, został przewieziony do szpitala. Stan jego był krytyczny. Przez dwadzieścia dni pozostawał nieprzytomny. Zastosowana intensywna terapia umożliwiła przeżycie. Po odzyskaniu świadomości nie pamiętał niczego z krytycznego wydarzenia. Ponadto całkowitą amnezją objęty był okres ostatnich trzech tygodni przed pobiciem. Nie było żadnych poszlak co do sprawców, nie odnaleziono też skradzionego wtedy zbioru monet o pewnej wartości kolekcjonerskiej. W tej sytuacji zwrócono się do mnie, abym podjął próbę hipnotycznego przełamania amnezji u Z.M. Nie wykazywał on żadnych objawów zmian świadomości ani też nie ujawniał zaburzeń w orientacji. Na badanie chętnie się zgadzał i aktywnie w nim uczestniczył.

W toku dalszych badań stwierdziłem, że Z.M. miał nienaruszone funkcje zapamiętywania, rozumienia i logicznego myślenia. Jedynie pamięć ostatnich trzech tygodni przed wydarzeniem miał objętą całkowitą amnezją. Z punktu widzenia funkcjonowania pamięci amnezja pourazowa przy urazach analogicznych do doznanych przez Z.M. obejmuje zwykle okres od kilku do najwyżej kilkunastu minut. Dłuższa amnezja świadczy o emocjonalnym charakterze zaburzeń. W tej sytuacji uznałem za celowe podjęcie próby uzyskania pod hipnozą przypomnienia sobie zdarzeń z okresu poprzedzającego rozbój.

Zastosowałem standardową technikę hipnotyzowania. Reakcje fizjologiczne i zachowanie Z.M. wykazywały, że został on zahipnotyzowany w stopniu głębokim. Wtedy to przystąpiłem do właściwej części badania. Byłem do niej przygotowany. Wcześniej w rozmowie z ojcem uzyskałem informacje o pewnych epizodach z życia syna w ostatnich dniach przed napadem. Pod hipnozą, stosując regresję do minionego okresu, zasugerowałem mu, że przeżywa znowu tamte dni. Opisywałem sytuacje, których nie mógł sobie przypomnieć. Następnie podałem sugestię, że kurtyna niepamięci spada i bez trudu przypomina sobie, co krytycznego dnia robił. Z.M. zaczął pod hipnozą opowiadać, że tamtego dnia wrócił około południa do domu. Nikogo w nim nie było. Rodzice pracowali, brat był w szkole. Zadzwoił

telefon. Podniósł słuchawkę, dzwoniła jego ciotka (zostało to później potwierdzone, wtedy był to nieznaną fakt). Po kilku minutach ktoś zadzwonił do drzwi. Otworzył je i zobaczył kolegę szkolnego S.M. w towarzystwie nieznanego mu chłopca (Z. M. po obudzeniu podał jego dokładny rysopis). S.M. zapytał, czy jest brat. Z. M. odpowiedział, że nie ma, jest w szkole. S.M. zapytał wtedy, czy mogą wejść na chwilę. Z.M. wpuścił ich. Po kilku minutach normalnej rozmowy poprosili Z.M. o pokazanie im kolekcji monet. Przeglądając je drugi chłopak chciał je kupić. Z.M. odmówił, gdyż był kolekcjonerem. Dalszych szczegółów wydarzenia Z.M. nie pamiętał. Przed wyprowadzeniem Z.M. z hipnozy zasugerowałem mu, że przypomnienie będzie miało trwały charakter.

Wiarygodność wyniku badania potwierdzał fakt, że badany nie przypominał sobie szczegółów samego ataku na jego osobę. Nie mógł sobie tego przypomnieć, gdyż jak wykazują liczne badania ostatnie kilka minut przed urazem mózgu jest objęte amnezją. Dzieje się tak, gdyż przerwaniu ulega proces konsolidacji śladów pamięciowych trwający zwykle kilka minut. Badany o tym oczywiście nie wiedział. A od opisaną rozmowy do rozboju musiał upłynąć pewien czas. Dowodzi to, że nie wyobrażał sobie, ani nie konfabulował tamtego wydarzenia, lecz przypominał je sobie. Po zakończeniu badania złożył oficjalne zeznanie. Stało się ono podstawą do wydania wyroku.

Na poziomie aktualnej wiedzy o hipnozie i pamięci nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, jaki jest mechanizm hipermnezji i regresji hipnotycznej. Niemniej wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że hipnoza wpływa dwójako na procesy pamięciowe. Po pierwsze, aktywizuje selektywnie pewne zespoły śladów pamięciowych przy równoczesnym zahamowaniu pozostałych. Po drugie, pod hipnozą powstają korzystne warunki do przypominania dzięki lepszej koncentracji uwagi, nie zwracaniu uwagi na bodźce zakłócające, braku myśli niezwiązanych z zadaniem i wreszcie z większą motywacją do przypominania. W tym przypadku wpływ hipnozy byłby analogiczny do wpływu relaksacji czy narkoanalizy, chociaż mógłby on się różnić siłą swego wpływu.

Przeglądu 38 eksperymentów różnych autorów poświęconych przypominaniu pod hipnozą dokonał Geiselman (1987). W konkluzji stwierdził, że w 21 eksperymentach uzyskano poprawę w przypominaniu, natomiast w 17 nie uzyskano różnic w wynikach grupy kontrolnej i eksperymentalnej. Na zależność tę miał wpływ rodzaj materiału. Hipermnezja była większa dla materiałów naturalnych (film, tekst) w porównaniu z materiałem sztucznym (np. zgłoski bez sensu). Wyraźny wpływ miała również długość przerwy pomiędzy zapamiętywaniem a odtwarzaniem. Przy przerwie krótkiej (poniżej 24 godzin) na 12 eksperymentów w 9 nie uzyskano różnic w wynikach. Natomiast hipermnezja osiąga maksymalną

wartość przy przerwie o długości od kilku dni do kilku tygodni. Geiselman (1987) twierdzi, że przy zastosowaniu określonych zasad metodologicznych hipnoza prowadzi do istotnego polepszenia poziomu odtwarzania. Wniosek ten sformułował w oparciu o dokonaną przez siebie statystyczną analizę (równania regresji) wyników porównywanych badań.

Interesującym zagadnieniem wymagającym omówienia jest to, w jaki sposób hipnoza wpływa na poprawę przypominania.

Jednym z pierwszych, który podjął to zagadnienie, był Hull (1933). Uważał, że wpływ sugestii wzmocniony hipnozą zmniejsza konkurencyjność różnych śladów pamięciowych w przypominaniu. Tym samym hipnoza osłabia siłę hamowania retroaktywnego.

Z kolei Blum (1961) uważa, że w normalnych warunkach może nie dojść do aktywizacji pewnego zespołu engramów. W specyficznych warunkach hipnozy silny bodziec, jakim jest sugestia hipnotyczna, ułatwia aktywizację odpowiednich engramów. Skuteczność sugestii zależy od bogactwa powiązań danego zespołu engramów z innymi. Powiązania te są wynikiem wcześniejszych czynności podmiotu. Tym samym im bardziej jest włączone w nasze działanie to, co spostrzegamy, tym aktywizacja engramów jest łatwiejsza w różnym kontekście sytuacyjnym, np. podczas hipnozy. Rolę działania może zastąpić reakcja emocjonalna wywołana tym, co zapamiętujemy. Następuje wtedy aktywizacja zespołów engramów związanych z przeżytą emocją. To zjawisko według Bluma stało się podstawą wielu technik psychoterapeutycznych.

Natomiast Katzenstein (1971) stoi na stanowisku, że zjawisko hipermnezji powstaje dzięki aktywizacji odpowiednich śladów pamięciowych. Równocześnie uogólnione korowe hamowanie blokuje aktywność innych śladów, zmniejszając tym samym ich konkurencyjność. Odmienne stanowisko prezentują autorzy twierdzący, że hipermnezja nie jest efektem hipnozy, lecz jedynie optymalizacji warunków do przypominania. Analogiczny do hipnotycznego efekt można uzyskać, ich zdaniem, poprzez odpowiednią modyfikację sytuacji eksperymentalnej.

Young (1940) reprezentuje natomiast pogląd, że zastosowanie tej samej procedury do osób nieulegających hipnozie da ten sam efekt, co przy hipnozie dokonanej.

Z nieco innej strony do zagadnienia poszedł Zilverder (1971), twierdząc, że hipermnezja hipnotyczna nie jest efektem aktywizacji większej ilości engramów, lecz lepszej organizacji procesu przypominania. Jest to możliwe dzięki zaistnieniu pod hipnozą konstelacji czynników ułatwiających przypominanie. Należą do nich: zwiększenie koncentracji uwagi na przypominaniu, odcięcie od zakłócających bodźców, odprężenie psychiczne, podwyższona motywacja. Stworzenie analogicz-

nych warunków do przypominania, ale bez zastosowania hipnozy da ten sam efekt w postaci hipermnezji.

Dużo mniej opracowań istnieje na temat uczenia pod hipnozą. Jednym z tych nielicznych jest praca Wood'a z 1986 roku, w której podjął właśnie to zagadnienie. 253 badanych w wieku szkolnym poddano hipnozie sugerując im łatwość uczenia się. Zanotowano 70% przyrost efektywności uczenia się w porównaniu do osób, którym sugestie łatwego zapamiętania podano w stanie czuwania. Różnice autor przypisuje modyfikacji motywacji do uczenia się, większej, gdy sugestia podawana jest pod hipnozą.

Mimo iż badacze są zgodni co do możliwości poprawy poziomu zapamiętywania pod hipnozą zastosowania hipnozy do uczenia ograniczają się w praktyce jedynie do intensywnego nauczania języków obcych. Metoda ta jest jednak stosunkowo mało popularna. Zdecydowanie bardziej znana jest w tym zakresie metoda stworzona przez bułgarskiego naukowca G. Lozanowa, zwana sugestopedią (sugestologią), którą omawiam w innym miejscu tego opracowania.

Rozdział IX

Hipnoza w świetle prawa

Prawnoetyczne aspekty stosowania hipnozy

Podejmując zagadnienie prawno-etycznych aspektów stosowania hipnozy, należy odpowiedzieć na kilka pytań:

1. Kto może hipnotyzować?
2. Jakie są ograniczenia stosowania hipnozy?
3. Kogo i w jakich warunkach można hipnotyzować?
4. Jakie są niebezpieczeństwa użycia hipnozy związane z:
 - a) jej specyfiką,
 - b) nieumiejętnym lub nieetycznym jej użyciem?

Przechodząc do pierwszego pytania, należy stwierdzić, że wszelkie czynności o charakterze medycznym mogą wykonywać jedynie specjaliści o udokumentowanych w tym zakresie kwalifikacjach. Jeżeli chodzi o stosowanie hipnozy, trafnie ujął to zagadnienie krakowski psychiatra Jerzy Aleksandrowicz (1993). Píše on: „Abstrahując od sprawy uczciwości, istotnej wobec możliwości wprowadzenia hipnotyzowanego w błąd, bardzo kontrowersyjna jest sprawa wymagań w zakresie kwalifikacji hipnotyzującego. Wydaje się, że tak samo jak w przypadku przepisywania leków również, gdy idzie o hipnozę, uprawnienia powinny zostać ograniczone do tych grup zawodowych, które dysponują odpowiednią wiedzą o człowieku. Stosowanie hipnozy przez нефachowców, dziennikarzy, chemików itp., nawet jeśli przeszli oni najwyższe przeszkolenie w tym zakresie, budzi ogromne wątpliwości. Same techniczne umiejętności hipnotyzowania nie stanowią o kompetencji, ponieważ nawet przy najlepszej woli i rzetelności hipnotyzerzy amatorzy nie mają

wystarczającej wiedzy o tym, kiedy ich oddziaływanie może pomóc, a kiedy zaszkodzić. I wszystko jedno, czy przedmiotem ich zabiegów są osoby zdrowe, czy chore – mogą oni wyrządzić niepowetowane szkody”.

Istotne znaczenie wiedzy psychologicznej i psychopatologicznej powoduje, że najbardziej upoważnieni do stosowania hipnozy są psychiatrzy i psycholodzy kliniczni. Sprzyjają temu również możliwości doskonalenia się tych specjalistów w zakresie psychoterapii. Jednak, jeśli lekarze innych specjalności opanują niezbędną wiedzę do stosowania hipnozy, to mogą także tą metodą nieść pomoc swoim pacjentom, ale tylko w zakresie własnej specjalizacji medycznej. W 1979 roku Międzynarodowe Towarzystwo Hipnozy przyjęło Kodeks Etyczny dotyczący jej stosowania.

Odpowiadając na drugie pytanie należy uwzględnić cel hipnozy. Może on być:

- a) naukowy,
- b) medyczny,
- c) kryminalistyczny.

W pierwszym przypadku wymagana jest zgoda osoby badanej, której stan psychiczny nie może nasuwać przypuszczeń co do ograniczenia poczytalności. Ponadto jej zdrowie nie może stwarzać przeszkód do zastosowania hipnozy. Badany powinien także znać cel badania i w zarysach jego przebieg.

W drugim przypadku najważniejsze jest to, aby schorzenie, na które cierpi pacjent, nie było przeciwwskazaniem do stosowania hipnozy. Następnie terapeuta powinien wyjaśnić cel użycia hipnozy, przebieg terapii i efekty, które zamierza uzyskać.

Natomiast w trzecim przypadku osoby zahipnotyzowane można podzielić na cztery grupy:

- 1) ofiary,
- 2) świadkowie,
- 3) podejrzani,
- 4) skazani prawomocnym wyrokiem sprawcy przestępstwa.

Aby wiadomości uzyskane dzięki hipnozie miały wartość dla sądu, musi być spełnionych szereg warunków. Przede wszystkim chodzi tu o przestrzeganie zasad sformułowanych przez M. Orne'a. Są one następujące (Wójcikiewicz 1989):

1. Hipnoza powinna być przeprowadzona przez niezależnego, kompetentnego psychiatrę lub psychologa, którego zaznajamia się tylko z niezbędnymi faktami.
2. Przed badaniem należy przeprowadzić z badanym rozmowę wstępną o sprawie, specyfice hipnozy, a ponadto o samym przebiegu badania.
3. Nikt poza hipnotyzerem i badanym nie powinien być obecny podczas hipnozy.
4. Cała sesja, łącznie z rozmową wstępną, musi być rejestrowana.

Większość ekspertów oraz wiele sądów uważa, że przestrzeganie tych reguł zapewnia otrzymanie informacji wystarczająco wiarygodnych, by nadać im rangę

dowodu i chociaż nie gwarantuje to prawdziwości odświeżonych przez hipnozę zeznań czy wyjaśnień (dotyczy to także w sposób oczywisty wszystkich zeznań uzyskanych bez zastosowania hipnozy), sprawia, że w wielu sprawach odpamiętanie w hipnozie będzie traktowane jako wiarygodne.

Ale nawet spełnienie zasad Orne'a według wielu prawników jest niewystarczające, aby stosowanie hipnozy było dopuszczalne. Od lat trwa zagorzały spór na ten temat. Wyczerpującego omówienia tego zagadnienia dokonał Wójcikiewicz (1989). Na przykład uważa on, iż hipnoza jest przymusem absolutnym i wyłącza swobodę wypowiedzi, formułuje wniosek o niedopuszczalności przesłuchania oskarżonego lub świadka w stanie hipnotycznym. Odrzuca też możliwość wykorzystania dowodów uzyskanych na podstawie informacji zawartych w zdyskwalifikowanych zeznaniach lub wyjaśnieniach, byłoby to bowiem obejściem zakazu dowodowego z art. 157 § 2 kpk. Metoda ta stanowi brutalną ingerencję w prawa człowieka i prowadzi do naruszenia prawa do własnej myśli. Dopuszcza jednak dowód z ekspertyzy prywatnej opartej na hipnozie, co w tym kontekście jest pewną niekonsekwencją.

Z kolei J. Widacki uważa, iż stosowanie hipnozy wobec świadków, którzy nie są w stanie przypomnieć sobie istotnych dla sprawy szczegółów jest, za ich zgodą, w naszej procedurze prawnej możliwe. Wskazuje jednak na brak rodzimych kryminalistycznych badań eksperymentalnych, które dostarczyłyby obiektywnych kryteriów oceny tej metody i metodycznych wskazówek jej stanowienia a także na nieobecność procesowych rozstrzygnięć, co do sposobu i formy takiego badania. Uznając, że po wprowadzeniu w sen hipnotyczny świadek traci kontrolę nad swoimi wypowiedziami, widzi potrzebę faktycznego zabezpieczenia gwarancji procesowej, przewidzianej w art. 166 kpk. Według J. Widackiego, dopiero po przedstawieniu propozycji rozwiązania tych zagadnień można by się wypowiedzieć na temat dopuszczalności lub niedopuszczalności stosowania hipnozy wobec świadka (Wójcikiewicz 1989).

Najczęściej hipnozę stosuje się w tych przypadkach, gdy istnieje możliwość, że jakiś ważny fakt znany ofierze lub świadkowi nie może zostać przypomniany spontanicznie. Zwykle dotyczy to zdarzeń, które wywołały szok emocjonalny. Np. młodziociane ofiary gwałtów często nie mogą sobie przypomnieć wielu istotnych szczegółów zdarzenia. Jest to wynik pourazowej amnezji, która jest psychologicznym mechanizmem obronnym chroniącym ofiarę przed lękiem wywołanym przypomnianiem sobie traumatycznego wydarzenia. Aby przezwyciężyć amnezję, musimy narazić ofiarę na emocje związane z przeżytym zdarzeniem. W zależności od cech psychicznych danej osoby reakcje na takie badanie mogą być bardzo różne, często trudne do opanowania, a nawet szkodliwe dla ofiary czynu przestępczego.

Musi o tym pamiętać hipnotyzer, starając się zminimalizować niepożądane efekty hipnozy. Czasami jest to poważne utrudnienie, które może wywołać konflikt etyczny, w którym hipnotyzer musi wybierać pomiędzy opieką nad osobą badaną a bezpieczeństwem wielu potencjalnych ofiar.

W przypadkach świadków trudności te na ogół są mniej istotne. Badanie prowadzi się przeważnie w celu rozpoznania przestępcy lub przypomnienia istotnych faktów. Przy przypominaniu rysopisu sprawcy korzystnie jest wtedy współpracować z rysownikiem opracowującym portret pamięciowy przestępcy. Oczywiście, należy wykluczyć nieetyczne działanie hipnotyzera polegające na zasugerowaniu fałszywych zeznań.

Wątpliwość ta często wynika z nieznaności specyfiki hipnozy. Wielu prawników przypisuje jej nadnaturalną niemal moc. Są przekonani, że podczas jej trwania można zahipnotyzowanemu prawie wszystko zasugerować, a uwzględniając domniemaną nieuczciwość hipnotyzera, hipnozę porównują niemal z elektryczną pałką czy innymi formami tortur. Wątpliwości te w dużej mierze znikają po zapoznaniu się działaniem hipnozy. Dlatego niewątpliwie ma rację Wójcikiewicz (1989, s. 64) pisząc: „Hipnoza nie narusza ani integralności ciała, ani innych podstawowych wartości człowieka. Mam nadzieję, że [...] dowodnie wykazałem, iż ze względu na swą istotę nie nadaje się ona do wykorzystania przeciwko komukolwiek. Traktowanie jej jako środka przymusu czy wręcz tortury jest nieporozumieniem i wynika z nieznaności istoty i natury oddziaływania hipnotycznego”.

Natomiast wątpliwości dotyczące etyki hipnotyzera są zarzutem nie przeciw metodzie, tylko wobec ludzi ją stosujących. Przez analogię można by wątpić w uczciwość chirurga. Kto bowiem zagwarantuje nam, że podczas zabiegu np. usunięcia wyrostka robaczkowego nie wytnie nam serca potrzebnego komuś innemu? Jednak nie można zapominać, że w historii zdarzały się przypadki nieetycznego czy wręcz zbrodniczego użycia hipnozy. Przykładem może być sprawa „rytualnego morderstwa” dokonanego w Tissa Elsar na początku naszego wieku. Zaginęła mała dziewczynka. Rozpoczęto śledztwo. Między innymi przesłuchiwano 13-letniego chłopca. Dziecko nic nie wiedziało. Wtedy wziął je na badanie pod hipnozą komisarz sądowy, niekryjący się z poglądami antysemitycznymi. Po paru godzinach badania chłopiec zeznał: jego ojciec, Żyd – organista zwiabił dziewczynkę do synagogi. Gdy chłopiec usłyszał krzyk dochodzący z synagogi pobiegł tam. Drzwi były zamknięte, ale przez dziurkę od klucza widział dziewczynkę rozciągniętą na podłodze i trzymaną przez trzech ludzi. Jeden z nich puszczał jej krew z gardła, którą pozostali zbierali na dwa talerze. Chłopiec przez trzy miesiące podtrzymywał swoje zeznanie. Nawet widok ojca i dwunastu wspólo-

skarżonych nic nie zmienił. A jednak wszystko to było jedynie efektem sugestii nieuczciwego sędziego śledczego. Żadne zabójstwo rytualne nie miało miejsca. Gdy po wielu dniach znaleziono w lesie ciało dziewczynki, okazało się, że umarła na skutek zadławienia się własną śliną podczas ataku epileptycznego, który miała podczas samotnego spaceru.

W tej sytuacji rodzi się pytanie czy informacje uzyskane dzięki hipnozie mają jakąkolwiek wartość? Aleksandrowicz (1993) tak na nie odpowiedział: „Informacje uzyskane przy pomocy procedur hipnotycznych nie mogą być dowodem, gdyż odróżnienie przypominania od fantazji jest praktycznie niemożliwe. Trudno jednak zaprzeczyć, że treści przypominania dzięki tym procedurom mogą okazać się pomocne w pokierowaniu biegiem śledztwa. Nie sądzę, by pomaganie wymiarowi sprawiedliwości w ustalaniu prawdy stanowiło „per se” czyn nieetyczny, niezależnie od tego, jaka wiedza została w tym celu użyta. Wymiar etyczno-moralny pojawia się jednak w kwestii, czy hipnozę stosuje się, zbierając informacje od oskarżonego czy od świadka, jak traktuje się zebrane informacje i jaki robi się z nich użytek. Czy dysponuje się zgodą hipnotyzowanego na pobudzenie jego wspomnień? Problemów takich jawi się wiele...”.

Przytoczę teraz przykład pochodzący z mojej praktyki biegłego sądowego. W 1997 roku badałem wojskowego odpowiedzialnego za magazyn broni, z którego zginęły trzy ręczne karabiny maszynowe. Żołnierz nie umiał powiedzieć, co się z tą bronią stało. Dochodzenie w tej sprawie nie dało żadnych rezultatów. W tej sytuacji przełożeni żołnierza zwrócili się do mnie z prośbą o podjęcie próby pod hipnozą wyjaśnienia tego wydarzenia. W czasie trwania hipnozy żołnierz przypomniał sobie, że kiedy był pod wpływem alkoholu wrzucił do pobliskiego stawu trzy ręczne karabiny (odnaleziono je tam) a następnie o tym zapomniał.

Problem dopuszczalności stosowania hipnozy dla celów kryminalistycznych w różnych krajach rozwiązywany jest odmiennie. W Stanach Zjednoczonych przeważa pogląd, iż hipnoza nie powinna być stosowana w kryminalistyce. W szeregu stanów przyjęto nawet zasadę, że hipnotyzowanych wcześniej świadków nie należy w ogóle przesłuchiwać, a uzyskane dzięki hipnozie informacje nie mogą stanowić dowodu.

W Niemczech § 136a kpk. reguluje zakazane metody pozyskiwania dowodów. Zgodnie z tym przepisem swoboda oskarżonego w podejmowaniu decyzji i przejawianiu jego woli nie może być naruszona przez złe traktowanie, wywołanie zmęczenia, ingerencję fizyczną, podanie narkotyków, zadawanie bólu, stosowanie podstępów lub hipnozy. Niedopuszczalne jest także stosowanie środków, które ingerują w pamięć oskarżonego lub w zdolność rozumienia i akceptowania danej sytuacji, dotyczy to zwłaszcza użycia hipnozy.

Wymienione zakazy obowiązują nawet, jeżeli oskarżony wyrazi zgodę na stosowanie zakazanych środków. Oświadczenia uzyskane z naruszeniem opisanych zasad nie mogą być użyte jako dowód w postępowaniu karnym, nawet jeżeli oskarżony zgadza się na ich użycie (Wąsek-Wiaderek 2006).

Bardziej szczegółowo do tego zagadnienia powrócę w następnym rozdziale.

W przypadku podejrzanych o dokonanie przestępstwa sytuacja jest inna. Użyte pod hipnozą zeznania nie mogą być dowodem w sądzie. Ponadto hipnoza może stanowić zagrożenie dla prawnie zagwarantowanej swobody obrony. Z drugiej jednak strony są sytuacje, gdy podejrzany z pewnych powodów nie może sobie przypomnieć określonych epizodów (upojenie alkoholowe, szok emocjonalny, normalne zapomnienie). Przypomnienie ich mogłoby się przyczynić do udowodnienia niewinności. W takim przypadku, na wyraźną prośbę podejrzanego, moim zdaniem, jest możliwe i zgodne z prawem użycie hipnozy.

Niedopuszczalne jest natomiast wywieranie nacisku na podejrzanego, aby poddał się hipnozie, chociażby poprzez stwierdzenia, że odmowa udziału w badaniu będzie go obciążająca. Może ona być przecież spowodowana na przykład lękiem przed samym badaniem. W praktyce hipnozę stosuje się najczęściej wtedy, gdy podejrzany nie tylko, że nie może przedstawić alibi, ale również nie pamięta zdarzeń z krytycznego dnia.

Przejdę teraz do trzeciego pytania.

Od razu należy stwierdzić, iż stan hipnotyczny w swojej naturze jest obojętny dla zdrowia. Istotne jest tylko to, w jakim celu i w jaki sposób ją przeprowadzono. Nie ma wątpliwości, co do tego, że nieumiejętne prowadzenie hipnozy może zaszkodzić zdrowiu osoby zahipnotyzowanej. Jednak niebezpieczeństwo to nie wynika, podkreślam jeszcze raz, ze specyfiki tej metody, a tylko z niekompetencji lub nierzetelności hipnotyzera.

W literaturze poświęconej hipnozie bardzo kontrowersyjnym zagadnieniem pozostaje to, czy pod hipnozą można zasugerować osobie działania z gruntu sprzeczne z jej potrzebami, wartościami życiowymi lub normami moralnymi.

Wielu znakomitych naukowców zajmujących się hipnozą jest zdania, że pod hipnozą nawet hipnotyzer kryminalista nie może zmusić zahipnotyzowanego do działań społecznych, jeżeli zahipnotyzowany nie zechce z nim współpracować. Dopóki sytuacja jest fikcyjna, dopóty pacjent gra rolę przyjmującego sugestie. Ale jak tylko poczuje, że żąda się od niego zrobienia czegoś, co stoi w ostrej sprzeczności z jego etyką lub naraża go na niebezpieczeństwo, albo nie wykona sugestii, albo wybudzi się z transu.

Niestety, praktyka nie potwierdza tych optymistycznych stwierdzeń. I to niezależnie od definicji czynu społecznego. Z jednej strony możemy rozumieć przez

czyn społeczny świadome działanie, społecznie naganne, wykonane z pełnym rozeznanem znaczenia czynu. W tym rozumieniu przestępstwa popełnione przez chorych psychicznie nie są czynami społecznymi. W drugim możliwym rozumieniu czynem społecznym będzie każde działanie społecznie naganne, niezależnie od stanu psychicznego osoby czyn realizującej.

H. Eysenck (1965) uważa, że jeśli osoba świadomie czy nieświadomie nie sprzyja podawanym jej wprost sugestiom, sprzecznym z jej systemem wartości, nie wykona ich. Oznacza to, że odrzuci sugestię samobójstwa, zabicia innej osoby, uwiedzenia czy też kradzieży. Jednak hipnotyzer odpowiednimi sugestiami może stworzyć taki kontekst sytuacyjny, że zahipnotyzowany zrealizuje takie sugestie. Przykładowo, hipnotyzer wręczając szklankę i mówiąc: „wypij to lekarstwo” doprowadzi do tego, że zahipnotyzowany wypije podany mu płyn. Gdy będzie to trucizna, może umrzeć wywołując przekonanie u najbliższych, iż popełnił samobójstwo. W innej sytuacji hipnotyzer może zasugerować: „osoba x jest twoim wrogiem, chce cię zabić, musisz ją w tym uprzedzić”. Mimo że zahipnotyzowany nigdy nie traci do końca zdolności oceny swojego postępowania, to jednak w stanie hipnotycznego zawężenia świadomości, przeżywania halucynacji, ulegania autorytetowi, taką sugestię może zrealizować.

Jak widać z dotąd przedstawionych informacji, stosowanie hipnozy niesie z sobą wiele niebezpieczeństw. Wpływają one na ograniczenie możliwości jej wykorzystania. Nadrzędnym warunkiem jest bowiem zapewnienie bezpieczeństwa i szeroko rozumianego dobra osobie badanej czy leczonej.

Prowadząc terapię, szkolenie oraz badania naukowe pod hipnozą bezwzględnie musimy stosować się do kilku zasad:

1. Ochotnicy biorący udział w badaniach naukowych nie mogą być wykorzystani do eksperymentów ujawniających ich tajemnice osobiste, zagrażające ich zdrowiu bądź pozycji społecznej.
2. Hipnotyzerowi nie wolno poprzez rozmowę, wykład, publikację ujawniać sposobów hipnotyzowania osobom nieprzygotowanym do tego zawodowo.
3. Hipnozę prowadzić można tylko w warunkach do tego przystosowanych (laboratorium, gabinet lekarski).
4. Niedopuszczalne jest demonstrowanie hipnozy dla celów towarzyskich.
5. Podczas szkoleń z zakresu hipnozy nie może być widzów. Uczestnikami szkolenia mogą być tylko przyszli hipnotyzerzy, aktywnie uczestniczący w zajęciach.

Decyzję co do możliwości użycia hipnozy należy każdorazowo pozostawić hipnotyzerowi. Jakikolwiek wątpliwości w tym zakresie powinny być równoznaczne z odstąpieniem od jej zastosowania.

Hipnoza w kryminalistyce

Mimo że od udokumentowanych początków stosowania hipnozy w kryminalistyce minęło już ponad 100 lat, kiedy to w 1897 roku Sąd Najwyższy Kalifornii w sprawie Ebanksa, oskarżonego o morderstwo pierwszego stopnia orzekł, iż: „Prawo Stanów Zjednoczonych nie uznaje hipnotyzmu” (Wójcikiewicz 1989), metoda ta ciągle budzi kontrowersje zarówno wśród prawników, jak i stosujących ją specjalistów. Sytuacja ta nie zmieniła się w Polsce po wejściu nowego kpk, gdyż art. 171, par. 4 pkt. 2 stanowi, że: „niedopuszczalne jest stosowanie hipnozy albo środków chemicznych lub technicznych, wpływających na procesy psychiczne przesłuchiwanej osoby albo mających na celu kontrolę nieświadomych reakcji jej organizmu w związku z przesłuchaniem”.

Interpretacja tego zapisu budzi kontrowersje. Część prawników (głównie prokuratorów) uważa, że jest to bezwzględny zakaz stosowania hipnozy dla celów procesowych. Nie można bowiem dokonywać interpretacji rozszerzającej art. 171 par. 4, (że zapis dotyczy tylko przesłuchania). Np. Grzegorzcyk (1998) uważa, że zakazano stosowania hipnozy dla celów procesowych, gdyż wyłącza ona z założenia swobodę wypowiedzi. Z kolei Sobolewski (1998) stoi na stanowisku, iż obecnie obowiązujący u nas kpk w sposób niedwuznaczny eliminuje hipnozę z postępowania dowodowego. Inni stoją na odmiennym stanowisku: Waltoś (1998, s. 359): „Kodeks nie zabrania posłużenia się hipnozą przez biegłego celem odblokowania pamięci osoby, która będzie zeznawać lub wyjaśniać. Trafnie podniesiono, że jest ona jedną z metod psychologicznych, w dodatku umożliwiającą nawiązanie kontaktu z badanym, a tym samym ułatwiającą poznanie jego stanu psychicznego, motywów, cech osobowości itp.”. Natomiast Hanausek (1998, s. 278) pisze: „Mimo wprowadzonych przez ustawodawcę zakazów, należy się liczyć z kontynuacją badań w zakresie fizjodetekcji i w sferze wykorzystania hipnozy (np. na odcinku wykorzystania zjawiska hiperamnji). Zgodnie bowiem z art. 171 par. 4 pkt. 2 kpk. niedopuszczalne jest stosowanie przy przesłuchiwanie hipnozy oraz urządzeń ze sfery fizjodetekcji. Wydaje się jednak oczywiste, że zakaz ten nie ma zastosowania ani do ekspertyzy i eksperymentu procesowego, ani do czynności operacyjno – rozpoznawczych, a jedynie odnosi się do przesłuchania. W tej sytuacji uzasadniona wydaje się teza, że w świetle obowiązującego w Polsce kpk niedopuszczalne jest stosowanie hipnozy tylko podczas przesłuchania. Jednak, gdy dotyczy to hipnozy w badaniach psychologicznych prowadzonych przez biegłego a mających na celu przełamanie amnezji świadka lub ofiary przestępstwa, sytuacja się zmienia”.

Podobny pogląd reprezentuje Wójcikiewicz (1999, s. 95): „Kodeks nie zakazuje jednak stosowania w ramach ekspertyzy metod, których nie dopuszcza art. 171, w odniesieniu do przesłuchania. Wynika to niedwuznacznie z faktu usunięcia z tekstu ustawy dawnego art. 194 par. 1 projektu z 1995 roku, który zabraniał biegłemu stosowania środków i metod określonych w dawnym art. 168 par. 4, a obecnym art. 171 par. 4 kpk.

Sytuacja prawna hipnozy w kryminalistyce polskiej, moim zdaniem, uległaby jednoznaczному wyjaśnieniu poprzez nowelizację art. 171 kpk polegającą na dodaniu do niego zapisu: „... Podczas przesłuchania”. Jeżeli natomiast intencją ustawodawcy było zakazanie stosowania hipnozy, należałoby to jednoznacznie stwierdzić, chociażby poprzez sformułowanie: „niedopuszczalne jest stosowanie hipnozy dla celów procesowych”. Jednak taki zakaz domyślnie mógłby świadczyć o nieufności ustawodawcy nie wobec metody hipnozy, a wobec etyki biegłych ją stosujących.

Nie jest moim celem w tym miejscu dyskusja prawna nad dopuszczalnością stosowania hipnozy dla celów procesowych. Jednak jako biegły psycholog, stosujący hipnozę od 17 lat w ponad 80 sprawach, uważam, że jest to cenna, użyteczna i niejednokrotnie skuteczna metoda. Może znaleźć zastosowanie w kryminalistyce przy przełamywaniu amnezji pourazowej, podniesieniu poziomu przypominania częściowo zapomnianych faktów (tzw. hipermnezja hipnotyczna), procesie redukcji lęku przed przypomnianiem traumatycznych przeżyć. Równocześnie reprezentuję pogląd, że hipnozy nie powinno stosować się podczas przesłuchania. Obok istotnych wątpliwości etyczno-prawnych ważne jest to, że nie zachodzi taka potrzeba. Poprawa pamięci uzyskana podczas hipnozy trwa po hipnozie i już w niemodyfikowanym stanie czuwania osoba może zeznawać wykorzystując uzyskane pod hipnozą przypomnienie.

Jednak, aby informacje uzyskane dzięki hipnozie miały wartość dowodową, należy przestrzegać następujących zasad:

1. Wszelkie czynności związane z hipnozą mogą wykonywać wyłącznie niezależni specjaliści o udokumentowanych w tym zakresie kwalifikacjach. Istotne znaczenie wiedzy psychologicznej i psychopatologicznej przy stosowaniu hipnozy powoduje, że przygotowani do jej użycia są jedynie psycholodzy kliniczni i psychiatrzy.
2. Badany winien znać cel badania i sposób jego przeprowadzenia.
3. Aby rozpocząć hipnotyzowanie, wymagana jest zgoda osoby badanej, której stan psychiczny nie może nasuwać podejrzeń co do ograniczenia poczytalności. Ponadto jej zdrowie nie może nieść przeciwwskazań do zastosowania hipnozy (bardzo niskie ciśnienie krwi, niewydolność krążeniowo-oddechowa, schorzenia napadowe np. padaczka).

4. Przebieg sesji hipnotycznej musi być zarejestrowany na taśmie magnetowidowej lub, co najmniej magnetofonowej.
5. Nikt poza badanym i hipnotyzerem nie może być obecny w laboratorium podczas hipnozy.
6. Celowe jest ograniczenie do niezbędnego minimum wiedzy hipnotyzera o sprawie.
7. W czasie trwania badania biegły nie może sugerować osobie zahipnotyzowanej żadnych faktów związanych ze sprawą (aby nie „wdrukować” fałszywych wspomnień lub zniekształcić tendencyjnie treści przypomnienia).
8. Prawdziwość przypomnienia dokonanego dzięki hipnozie musi być weryfikowana operacyjnie i dowodowo. A biegły może jedynie określić psychologiczną a nie treściową jego wiarygodność (dotyczy to zresztą wszystkich zeznań także tych niezależnych od hipnozy).

Zastosowanie hipnozy w kryminalistyce z założenia ogranicza się do przypadków, gdy jakiś ważny fakt nie może zostać przypomniany spontanicznie. Zwykle dotyczy to wydarzeń krótko i przelotnie przez świadka spostrzeganych a tym samym słabo pamiętanych, a także tych, które wywołały szok emocjonalny u pokrzywdzonych. Przykładowo ofiary gwałtów często nie mogą sobie przypomnieć wielu istotnych szczegółów zdarzenia (choćby wyglądu napastnika). Jest to wynik działania psychicznych mechanizmów obronnych chroniących ofiarę przed lękiem wywołanym przypominaniem sobie traumatycznych wydarzeń.

Aby przezwyciężyć amnezję, musimy niejednokrotnie narazić osobę pokrzywdzoną na emocje związane z przeżytym traumatycznym zdarzeniem. W zależności od cech psychicznych osoby reakcje te mogą być bardzo różne, często trudne do opanowania, a nawet szkodliwe dla niej. Musi o tym pamiętać hipnotyzer, starając się zminimalizować niepożądane skutki badania. Czasami jest to poważne utrudnienie wywołujące konflikt etyczny, w którym hipnotyzer wybiera pomiędzy interesem ofiary a bezpieczeństwem potencjalnych następnych ofiar.

W przypadku świadków badanie prowadzi się najczęściej w celu opracowania portretu pamięciowego przestępcy lub przypomnienia istotnych dla sprawy informacji, np. przebiegu wydarzeń czy wyglądu samochodu sprawców.

Sytuacja podejrzanych jest odmienna. Użycie hipnozy może ograniczać prawo zagwarantowaną im swobodę obrony. Dlatego z reguły nie poddaje się ich hipnozie. Są jednak sytuacje, gdy podejrzany nie może sobie przypomnieć czegoś, co mogłoby się przyczynić do udowodnienia jego niewinności. W takich wyjątkowych przypadkach, na jednoznaczną prośbę podejrzanego i jego obrońcy, w mojej opinii, jest dopuszczalne skorzystanie z hipnozy. Przykładowo, pewnego człowieka podejrzewano o zabójstwo, a on nie mógł przedstawić alibi. Dopiero pod hipno-

zą przypomniał sobie, że spacerując po ulicy ominął robotników, sprawdzających ulatnianie się gazu. Jak się w wyniku dochodzenia okazało, robotnicy byli tam bardzo krótko i zapamiętali podejrzanego, który niemal wpadł do odkrytej studzienki ulicznej (Haward 1981).

Jeżeli zaś chodzi o niebezpieczeństwa użycia hipnozy, od razu należy stwierdzić: stan hipnotyczny w swojej naturze jest obojętny dla zdrowia, a odpowiednio stosowany jest wartościową metodą leczenia wielu schorzeń, przede wszystkim nerwic i uzależnień. Nie ma jednak wątpliwości co do tego, że nieumiejętne prowadzenie hipnozy może zaszkodzić zdrowiu hipnotyzowanego. Jednak niebezpieczeństwo to nie wynika, podkreślam jeszcze raz, ze specyfiki tej metody, a tylko z niekompetencji lub nierzetelności hipnotyzera.

Zakres stosowania hipnozy sądowej w różnych krajach cechuje duże zróżnicowanie. Wśród wielu krajów w USA najpełniej udokumentowano to zagadnienie w literaturze naukowej. Przeważa tam pogląd, iż hipnoza nie powinna być stosowana w kryminalistyce. W szeregu stanów przyjęto nawet zasadę, że hipnotyzowanych wcześniej świadków nie należy w ogóle przesłuchiwać, a uzyskane dzięki hipnozie informacje nie mogą stanowić dowodu. Stanowisko to jest sprzeczne jednak z wnioskami płynącymi z raportu opublikowanego w 1994 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Hipnozy Klinicznej: „Hipnoza może być przydatna w przypomnieniu zdarzeń z dużym ciężarem emocjonalnym oraz w przypadkach, w których wcześniejsze ślady pamięciowe są przechowywane raczej w postaci wizualnej a nie werbalnej”. Także opublikowany dziesięć lat wcześniej raport Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego zawiera stwierdzenie, że: hipnoza jest efektywna u niektórych osób przy wydobywaniu z pamięci informacji o zdarzeniach objętych wsteczną amnezją emocjonalną (pourazową) (Hibbard i Worring 1996).

Wątpliwości te nie przeszkadzają jednak podejmować w USA szeregu praktycznych działań w tym zakresie. Do końca lat 80. naszego wieku hipnozą posłużono się w 441 apelacyjnych sprawach i 73 federalnych. Natomiast w 1977 roku Biuro Szeryfa Okręgu Los Angeles przy współpracy American Society of Clinical Hypnosis wykonało badania pilotażowe, które polegały na przeprowadzeniu ponad pięćdziesięciu sesji z zahipnotyzowanymi ofiarami i innymi świadkami takich przestępstw, jak zabójstwo, zgwałcenie, uprowadzenie i rozbój. W 90% przypadków prowadzący śledztwo stwierdzili, że sesje były dla nich pomocne (Wójcikiewicz 1989).

W Wielkiej Brytanii historia wielokrotnych procesowych zastosowań hipnozy liczy co najmniej 40 lat. Z kolei australijska policja często korzysta z usług hipnotyzerów. W samym stanie Victoria w latach 1981–1988 hipnozy użyto 115 razy. Natomiast sądy australijskie uznają zeznania hipnotyzowanych wcześniej osób za

dopuszczalny dowód w procesach. A w Szwecji do końca lat osiemdziesiątych hipnozy użyto tylko trzykrotnie (w tym do sprawy zabójstwa premiera Olofa Palmego). Natomiast policja izraelska zaczęła stosować hipnozę w stosunku do świadków począwszy od 1973 roku. Do roku 1977 użyła jej co najmniej 60 razy (Wójcikiewicz 1999).

Stosowanie hipnozy w roli biegłego sądowego rozpocząłem w 1982 roku. Od tego czasu sądy, prokuratury i policja zwróciły się do mnie o przeprowadzenie badania łącznie 116 razy. Dominowały zabójstwa (dane w tabeli nr 19) oraz rozboje, pobicia i gwałty. Jedynie trzy sprawy były odmienne. Dotyczyły utraty broni. W pierwszej badałem wojskowego odpowiedzialnego za magazyn broni. W czasie trwania hipnozy przypomniał sobie, że wrzucił do pobliskiego stawu trzy ręczne karabiny. Dokonał tego podczas epizodu psychozy, na którą cierpiał. W okresie remisji objawów choroby nie pamiętał, co stało się z bronią. Dzięki hipnozie broń odzyskano. Dwa pozostałe przypadki dotyczyły policjantów, którzy w upojeniu alkoholowym zagubili swoją broń osobistą. W jednym przypadku broń odzyskano (policjant przypomniał sobie, gdzie ją schował). Liczbowe zestawienie tych wyników przedstawiono w tabeli nr 19.

Tabela nr 19

Sprawy zgłaszane do badania pod hipnozą

Rodzaj przestępstwa	Zgłoszono do badania	Wykonano badanie
Zabójstwa***	80 (69%)**	56 (70%*)
Rozboje	24 (20%)**	12 (50%*)
Gwałty	6 (5%)**	6 (100%*)
Utrata broni	3 (3%)**	3 (100%*)
Pobicia	3 (3%)**	3 (100%*)

* podano % przeprowadzonych badań w stosunku do ogólnej liczby zgłoszonych wniosków o badanie.

** wynik został zaokrąglony.

*** 3 przypadki w momencie zlecenia przeprowadzenia badania dotyczyły zaginięcia i dopiero później okazało się, że były to zabójstwa.

W świetle prawnie-etycznych zasad prowadzenia hipnozy istotne jest to, kto został podany badaniu pod hipnozą w celach kryminalistycznych. Przedstawiono to w tabeli nr 20.

Tabela nr 20

Związek ze sprawą osoby badanej (w 80 przeprowadzonych badaniach)

	Ilość badań	Sprawy dotyczyły
Ofiary	9 (11%)	6 gwałtów i 3 pobicia
Świadkowie	68 (85%)	61 w sprawie morderstwa
Podejrzani	1 (1%)	Co robił pod wpływem alkoholu?
Skazani	2 (3%)	Miejsce ukrycia zwłok

Pośród badanych dominowali świadkowie. Ale badanie przeprowadziłem także w przypadku skazanych prawomocnym wyrokiem za zabójstwa. Zabójcy nie mogli przypomnieć sobie miejsca, gdzie ukryli ciała. Dobrowolnie zgodzili się na badanie. Pierwszy zakopał zwłoki w lesie, ale nie mógł sobie przypomnieć miejsca, gdzie to zrobił. Badanie zakończyło się sukcesem. Odnaleziono szkielet ofiary (mięso ze zwłok objadły mrówki). W drugim przypadku szok po zabiciu rodziców zablokował pamięć sprawcy. Pod hipnozą przypomniał sobie, że zwłoki ojca zakopał tuż za bramką treningowego boska miejscowego klubu sportowego.

Spośród 80 w 22 sprawach o morderstwo odmówiłem wykonania hipnozy, gdyż badanymi mieli być podejrzani. W dwóch pozostałych przypadkach nie zaszła potrzeba przeprowadzenia hipnozy. Raz oskarżony o morderstwo podał bez hipnozy, gdzie ukrył zwłoki (wcześniej twierdził, że tego nie pamięta). W drugim przypadku do badania zgłoszono w charakterze świadka matkę, której dziecko zostało uduszone. W trakcie wstępnej rozmowy poprzedzającej hipnozę kobieta przyznała się, że to ona zabiła swoje dziecko (osoba ta cierpiała na schizofrenię). Natomiast w przypadku rozbojów dwukrotna odmowa przeprowadzenia badania wynikała z faktu, że hipnoza miała objąć podejrzanych, pozostałe przyczyny były zróżnicowane (tabela nr 21).

Tabela nr 21

Przyczyny niezastosowania hipnozy (łącznie 36 razy)

Przyczyny	Liczba	Uwagi
Stan zdrowia świadka	2 (6%)	Zaawansowana choroba wieńcowa
Wiek świadka	5 (16%)	64 lat (2 razy), 65, 67, 78 i niedosłyszenie

Przypomnienie (przyznanie) bez hipnozy	3 (6%)	do zabójstwa dziecka; 2 razy gdzie ukryto zwłoki
Odmówił hipnotyzowania podejrzanego	26 (72%)	22 razy o morderstwo, 2 razy o rozbój, 2 razy o gwałt

W przeważającej ilości przypadków hipnozę prowadziłem ze świadkami. Jedyny wyjątek od zasady niestosowania hipnozy wobec podejrzanych zrobiłem w sytuacji, kiedy osoba nie pamiętała, co robiła po spożyciu alkoholu. Nie była pewna czy dokonała zarzucanego czynu czy też nie. Niestety hipnoza nie rozwiązała tych wątpliwości. Zwraca uwagę fakt, iż ani raz nie proponowano mi badania w sprawach gospodarczych czy też cywilnych. Świadczy to o dojrzałym podejściu prowadzących śledztwa do zagadnienia zastosowań.

Badania zlecali przeważnie funkcjonariusze policji (dla celów operacyjnych) i prokuratorzy dla celów procesowych (tabela nr 22).

Tabela nr 22

Kto zlecał badanie?

Zlecający badanie pod hipnozą	Liczba	Odmowy przeprowadzenia
Policja dla celów operacyjnych	52	27
Prokurator powołując biegłego	60	8
Obrońca	3	1
Sąd	1	0

Jak z tabeli nr 22 wynika, najczęściej odmawiałem przeprowadzenia badania Policji. Działo się tak, gdyż niektórzy funkcjonariusze w hipnozie widzieli formę przesłuchania lub testu prawdomówności.

Zestawienie celów badania przedstawiono w tabeli nr 23.

Tabela nr 23

Cel badania (przypomnienie sobie)

Cel badania	Ilość
Rysopis sprawcy	44*
Cechy samochodu	25
Przebieg zdarzenia	24

Cel badania	Ilość
Weryfikacja zeznań świadka	6
Miejsce zakopania zwłok	2
Opis widzianego dokumentu	2

W tabeli nr 24 zestawiono wiek osób poddanych badaniu.

Tabela nr 24

Wiek badanych w przeprowadzonych próbach

Wiek badanych	Ilość
15–18	12
19–21	18
22–31	32
32–41	12
42–51	4
52–61	2

Niewątpliwie istotnym zagadnieniem jest to, jaki efekt dały omawiane badania. Aby móc to ocenić, każdorazowo prosiłem o wiadomość, jaki rezultat dała ekspertyza i ewentualnie jak oraz z jakim efektem ją wykorzystano. Niestety, aż w 38 przypadkach nie uzyskałem informacji na ten temat. Oczywiście trudno jest rozdzielić, co jest efektem hipnozy, a co pracy śledczej czy wreszcie rezultatem zastosowania innych metod. W większości spraw hipnoza była jedynie jednym z mniej lub bardziej istotnych elementów śledztwa lub postępowania procesowego. W niniejszej książce podjąłem tylko zagadnienie czy, jak i kiedy można wykorzystać hipnozę do celów procesowych. Poza ramy tej książki wykracza zaś zagadnienie wartości diagnostycznej tej metody. Powrócę do niego w aktualnie przygotowywanym opracowaniu. Natomiast warto w tym miejscu podać, że w sprawach, do których wykonywałem badanie pod hipnozą, sześć zakończyło się na sali sądowej przyjęciem dowodu w postaci opinii biegłego (tabela nr 25).

Tabela nr 25

Wyroki w 6 sprawach, gdzie jako dowód przyjęto opinię biegłego stosującego hipnozę

Wyrok	Liczba
Skazanie	4
Uniewinnienie	2

Zestawienia liczbowe nie oddają wszelako specyfiki poszczególnych spraw. Każda z nich była inna. Toteż w tym miejscu pragnąłbym przykładowo przedstawić trzy sprawy charakterystyczne dla problematyki kryminalistycznych zastosowań hipnozy (do innych spraw powrócę przy innej okazji).

Do jednej z nich ustosunkował się Sąd Najwyższy, przyjmując za dowód wyniki badania pokrzywdzonego pod hipnozą („... Po odblokowaniu jego pamięci drogą leczenia hipnozą”) w wyroku z dnia 12 III 1987 roku, sygnatura akt: I KR 43/87). Prokurator powołał mnie w tej sprawie jako biegłego celem ustalenia, czy amnezja obejmująca okres trzech tygodni poprzedzających zdarzenie u pokrzywdzonego Z.M., będąca skutkiem odniesionych obrażeń głowy, ma charakter trwały oraz czy jest możliwe i w jakim zakresie, przypomnienie zdarzeń związanych z czynem przestępczym. Dokładnie samo badanie opisuję w rozdziale poświęconym pamięci pod hipnozą.

Badania (trzykrotne zahipnotyzowanie w kolejnych dniach) miały miejsce w marcu 1985 roku, cztery miesiące po usiłowaniu zabójstwa. Pod hipnozą Z.M. przypomniał sobie wydarzenia z całego trzytygodniowego okresu objętego amnezją, np. rozmowę telefoniczną parę minut przed feralnym wydarzeniem, o której nikt wcześniej mu nie mówił. Potwierdzało to pośrednio psychologiczną wiarygodność jego zeznań (szczegółowemu sprawdzeniu prawdziwości przypomnień dokonanych przez ofiarę, nawet tych niezwiązanych ze sprawą, prowadzący śledztwo poświęcili wyjątkowo dużo czasu). Przed wszystkim jednak odtworzyli dzięki hipnozie przebieg zdarzenia (do pewnego momentu), nazwisko jednego ze sprawców, (którego znał osobiście) oraz opisał wygląd drugiego (znanego mu z widzenia). Zeznania złożył potem w śledztwie i na rozprawie. Zostały one uznane przez sąd za pełnowartościowy dowód (II K 16/85, Ostrołęka). Sąd stwierdził bowiem, że badania, jakim poddany został pokrzywdzony, jakkolwiek nietypowe, zostały przeprowadzone zgodnie z wiedzą i doświadczeniem, jakie w tej dziedzinie posiada powołany biegły.

Wyrok w sprawie wydano w oparciu o zeznania świadków, zabezpieczone monety u jednego ze sprawców i wreszcie przyznanie się do winy oskarżonych podczas procesu (potem odwołane).

W aktach sprawy liczących 8 tomów hipnoza jest wymieniona jako metoda „przełamania amnezji pourazowej ofiary”. Wyniki zastosowania tej metody umożliwiły podjęcie działań operacyjnych, w wyniku których aresztowano podejrzanych.

Obrońcy oskarżonych podczas sprawy nie kwestionowali wiarygodności przypomnienia Zbyszka, a jedynie metodę jego uzyskania. Zastrzeżenia te odrzucił Sąd Wojewódzki. Również Sąd Najwyższy w pełni podzielił to stanowisko, nie uwzględniając zarzutów obrońców w przedmiocie wartości diagnostycznej metody. Tezę swoją sformułował następująco: „Hipnoza, jako metoda odblokowania pamięci pokrzywdzonego jest metodą nową, ale przesłuchanie pokrzywdzonego nie odbyło się bynajmniej w transie hipnotycznym, lecz po odblokowaniu jego pamięci drogą leczenia hipnozą”. Sąd Najwyższy ocenił także pozytywnie fakt, iż hipnotyzer „...Został potraktowany przez Sąd Wojewódzki jako biegły, gdyż w takim charakterze występował w toku całego postępowania”. Tak więc, Sąd Najwyższy zaaprobował stosowanie hipnozy w procesie karnym i obecność w nim biegłego hipnotyзера. Sąd orzekł jednocześnie, że poddanie świadka hipnozie nie dyskwalifikuje go jako źródła dowodu.

Omawiana sprawa jak i werdykty sądów doczekały się kilku komentarzy zamieszczonych w publikacjach prawniczych. Tak na ten temat pisze Wójcikiewicz (1989): „Ten precedensowy wyrok należy generalnie uznać za słuszny. Pewne zastrzeżenia budzi jedynie – ze względu na dyskusyjną wartość diagnostyczną metody – bezkrytyczne zaakceptowanie hipnotyзера w roli biegłego. Sąd Najwyższy jednak trafnie neguje dopuszczalność przesłuchiwanie świadka w „transie hipnotycznym”, choć nie wyjaśnia, jakie powody legły u podstaw takiego przekonania. Zauważmy, że w tym wyroku jest mowa o hipnozie w roli metody leczniczej, co bez wątplenia ułatwiło sądowi jej akceptację. Należałoby jednak się zastanowić, czy także w sytuacji, gdy świadek jest zdrowy, a tylko ma trudności z przypomnieniem, hipnoza mogłaby być w myśl tego orzeczenia zastosowana? Wydaje się, że tak, o czym świadczy choćby pierwsza część przytoczonej tezy. Rodzi się, zatem kolejne pytanie, czy sąd byłby skłonny również zaakceptować takie odblokowywanie pamięci podejrzanego?”.

Natomiast Doda (1989) stwierdził, że Sąd Najwyższy w wyroku dotyczącym sprawy z Ostrołęki zanegował dopuszczalność przesłuchania świadka w „transie hipnotycznym”, a jednocześnie trafnie orzekł, że jest dopuszczalne przesłuchanie pokrzywdzonego „po odblokowaniu jego pamięci drogą leczenia hipnozą”.

Inny epilog miała sprawa prowadzona przez Sąd Wojewódzki w Łomży (sygn. akt: II K 1/97). W efekcie napadu na kantor walutowy a zarazem wypożyczalnię filmów video (15 października 1995 roku) ofiarami zostały dwie młode pracownice. Jedna zginęła wskutek ran postrzałowych. Druga, A.P. doznała poważnych uszkodzeń mózgu (rany postrzałowe głowy).

W siedem miesięcy po napadzie (okres na leczenie i rehabilitację) rozpocząłem badania. Pokrzywdzoną podczas trzech sesji pięciokrotnie poddałem hipnozie. Po każdej sesji składała zeznania przed prowadzącymi śledztwo.

Po pierwszej (16 maja 1996 roku) twierdziła, że przypominała sobie jedynie fragmentaryczny zarys twarzy i sylwetki dwóch mężczyzn wchodzących do kantoru. Druga sesja miała miejsce 17 i 18 czerwca 1996 roku. W zeznaniach po niej podawała, że do kantoru weszło dwóch mężczyzn. Drugi z pistoletem w ręce. Pierwszy był szczupłym, wysokim mężczyzną o ciemnych włosach, drugi krępej budowy miał włosy jaśniejsze. Trzecia sesja odbyła się 22 i 23 października 1996 roku. W zeznaniach po tej sesji pojawiła się informacja, że druga osoba o ciemnej karnacji miała kręcone, kędzierzawe, prawdopodobnie tlenione włosy. Uważała, że był to „typ południowy człowieka”.

Po ostatniej sesji hipnozy prowadzący sprawę funkcjonariusze policji okazali jej 22 zdjęcia twarzy różnych mężczyzn (na słabej jakości odbitkach ksero). Ofiara wskazała na dwa z nich. Równocześnie w kolejno składanych zeznaniach dodawała coraz to nowe szczegóły wyglądu sprawców. W tej sytuacji trudno było rozdzielić elementy rzeczywistego przypomnienia od wyobrażeń to przypomnienie zniekształcających.

W dalszym toku sprawy A.P. okazano 10 mężczyzn. Z tym, że wśród nich jeden był śniadym, krępy Ormianin i dziewięciu szczupłych Polaków. A.P. bez wahania wskazała na Ormianina. Rozpoznanie to później podtrzymała na sali sądowej. Był to jednak klasyczny przykład „wdrukowania fałszywych wspomnień”. Badana pamiętała jedynie ogólny zarys twarzy i sylwetki. Na to nałożył się obraz konkretnej osoby. Dlatego też w wyjaśnieniach do mojej opinii złożonych przed Sądem w Łomży określiłem wiarygodność zeznań pokrzywdzonej jako niską. W prawidłowo przeprowadzonym bowiem okazaniu powinno uczestniczyć co najmniej kilku podobnych do podejrzanego osób. Pikanterii sprawie dodaje, że drugim podejrzanym w tej sprawie był Rom. Też krępy z kędzierzawymi włosami. Nie dziwi więc wyrok uniewinniający. Co nie znaczy, że podsądny zbrodni tej nie dokonał! Sąd jednak miał wątpliwości, które słusznie rozstrzygnął na korzyść oskarżonego.

Trzecia sprawa dotyczyła serii gwałtów na nieletnich dziewczynach. Prowadziła ją Komenda Rejonowa Policji w Myślenicach (RSD – 65/97).

W 1997 roku nieznanymi sprawcami dokonano kilku gwałtów na dziewczynach samotnie wracających z dyskoteki. Dokonywał ich w niezamieszkałej okolicy brzegów rzeki Raby. Ofiary mało dokładnie opisywały sprawcę. Nie potrafiły też podać żadnych indywidualnych szczegółów charakteryzujących napastnika.

Badaniami pod hipnozą objęto dwie dziewczyny. Przypomniały sobie w czasie jej trwania, że gwałcieł miał czerwoną okrągłą plamę na prawym łokciu. Początkowo myślałam, że jest to objaw łuszczycy. Po ujęciu sprawcy (zasadka policyjna przy brzegu rzeki) okazało się, że na łokciu miał okrągłą bliznę po oparzeniu. Ułatwiło to jednoznaczną jego identyfikację, oskarżenie i skazanie.

Do analizy innych spraw powrócę przy okazji analizy wartości diagnostycznej hipnozy w kryminalistyce.

Podsumowując niniejsze opracowanie uważam, że jest uzasadnione sformułowanie tezy, iż nie ma ani merytorycznych, ani prawnych przeszkód w stosowaniu hipnozy do przełamania niepamięci świadków i pokrzywdzonych przez biegłego psychologa. Co się zaś tyczy podejrzanych i oskarżonych, należy zachować jak najdalej idącą ostrożność. Badanie pod hipnozą w ich przypadku powinno być realizowane tylko wyjątkowo i to jedynie w sytuacji, gdy może ono im pomóc w przypomnieniu sobie informacji wskazujących na ich niewinność. Uważam też, że nie wolno, a ponadto nie ma takiej potrzeby, aby przesłuchanie prowadzić pod hipnozą (przypomnienie uzyskane pod hipnozą trwa po jej zakończeniu). Zakaz ten dotyczyć także powinien prób wykorzystania hipnozy w formie testu prawdziwości.

Czy zeznania uzyskane dzięki hipnozie są wiarygodne?

Wiarygodność zeznań świadków jest jednym z podstawowych zagadnień psychologii sądowej, dotyczy też psychologii pamięci. Zeznający, często działając w dobrej wierze, starają się opisywać dokładnie minione zdarzenia, a mimo to popełniając istotne błędy w swoich relacjach.

Gdy nie potrafimy przypomnieć sobie czegoś, powstaje luka pamięciowa. W oparciu o inne wspomnienia, posiadane notatki, rozmowy ze znajomymi można zrekonstruować to, co się wtedy wydarzyło. Można również lukę pamięciową wypełnić wyobrażeniami. W psychologii zjawisko to nazywamy konfabulacją. Na przykład ludzie starzy, czasami konfabulując, uzupełniają luki swojej pamięci odnośnie dawno przeżytych wydarzeń. W efekcie dochodzi do tak zwanej subiektywizacji wspomnień. W ten sposób normalne dzieciństwo przypominane po

wielu latach może być pasmem nieszczęść lub przeciwnie, okresem jednej wielkiej sielanki. Inny przykład to obiektywizm zeznań świadków. Dwóch ludzi obserwujących to samo zdarzenie często daje zupełnie odmienny ich opis.

Udowodniono w wielu eksperymentach, że gdy naoczny świadek zdarzenia otrzyma od kogoś odmienną na jego temat informację, to jego wspomnienia ulegają często istotnym zmianom. Tak dzieje się, gdy przysłuchujemy się rozmowie innych, gdy czytamy opis wydarzenia lub odpowiadamy na sugerujące pytania. Zmiana przypomnienia może mieć różną postać – od przekształcenia paru szczegółów w dokładnym pod innymi względami przypomnieniu wydarzenia aż po wszczęcie fałszywych wspomnień.

Badania dowodzą, że sugestie i wyobrażenia mogą przyczyniać się do powstania „wspomnień” o zdarzeniach, które nigdy nie zaistniały.

Jak daleko można osobom zasugerować nieistniejące fakty, pokazuje eksperyment Kassina (1997). Grupa osób uczestniczyła w kursie komputerowym. Indywidualnie każdą z nich informowano, iż zepsuła komputer. Początkowo badani zdecydowanie odrzucali ten zarzut. Następnie jednak podstawieni przez eksperymentatora „świadkowie” twierdzili, iż widzieli, jak ta osoba uszkodziła komputer. W efekcie około 60% badanych przyznawało się do winy opisując szczegółowo jak do tego doszło.

W innym eksperymencie jego uczestnicy oglądali symulację wypadku samochodowego, który zdarzył się na skrzyżowaniu ze znakiem STOP. Następnie połowie badanych zasugerowano, że stojący przy skrzyżowaniu znak drogowy był znakiem podporządkowania. Gdy zapytano później uczestników o ten znak, ci, którym poddano sugestii, skłonni byli twierdzić, że widzieli znak podporządkowania. Natomiast osoby, którym nie przekazano fałszywej informacji, trafniej przypominały sobie znak drogowy.

Funkcjonariusze policji czy prokuratorzy, chcąc uzyskać potwierdzenie swojej wersji śledztwa, przesłuchując świadków, usiłują niejednokrotnie dotrzeć do rzekomo ukrytych wspomnień. Zachęcają przesłuchiwaną do wyobrażania sobie tego, co kiedyś się wydarzyło. Sugerują, by ci pozwolili działać swobodnie wyobraźni i nie martwili się, czy wyobrażenia odnoszą się do rzeczywistej przeszłości. Podczas takiego przesłuchania pytają, jaka to była pora dnia, gdzie to było, kto w tym uczestniczył? Następnie zaczynają sugerować odpowiednimi pytaniami, czy sprawcą była osoba podobna do x. A może to był sam x itd.

Jednak nie tylko przedstawiciele służb specjalnych, organów ścigania czy wymiaru sprawiedliwości manipulują pamięcią swoich „klientów”. Niestety, dotyczy to także niekiedy psychologów i psychiatrów. Znane są przypadki, gdy nieetyczny i niekompetentny psychoterapeuta sugerował pacjentom (najczęściej były to mło-

de kobiety), iż ich zaburzenia emocjonalne wywołały zapomniane z dzieciństwa fakty molestowania seksualnego.

W 1986 roku N.C. z Wisconsin zgłosiła się do psychiatry, który zastosował psychoterapię i hipnozę. Chciał przy ich pomocy dotrzeć się do ukrytych wspomnień o przemocy, której rzekomo doświadczyła w dzieciństwie N.C. Kobieta ta nabrała z czasem przekonania, że wyparła ze swojej świadomości następujące wspomnienia: należała do sekty satanistycznej, pożerała niemowlęta, była gwałcona, odbywała stosunki seksualne ze zwierzętami i zmuszona była przyglądać się zabójstwu swojej ośmioletniej koleżanki. Uwierzyła, że ma ponad 120 osobowości — dziecięce, dorosłe, anielskie, a nawet kacze. Przyczyną było to, iż w dzieciństwie była wykorzystywana seksualnie i maltretowana. Psychiatra następnie dokonał na niej egzorcyzmów.

Kiedy N.C. zrozumiała, że zaszczepiono jej fałszywe wspomnienia, pozwała psychiatrę do sądu i po trwającym pięć lat procesie przyznano jej w 2,4 mln dolarów odszkodowania.

N.C. nie jest jedyną pacjentką, której wszczepiono fałszywe wspomnienia. W 1992 roku w Missouri pewien pracownik poradni przykościelnej podczas terapii „pomógł” B.R. „przypomnieć” sobie, że jej ojciec, osoba duchowna, systematycznie gwałcił ją między siódmym a czternastym rokiem życia, w czym niekiedy – przytrzymując ją – pomagała mu jej matka. Pod wpływem terapeuty B.R. przypomniała sobie także, że dwukrotnie zaszła z ojcem w ciążę i że ten zmusił ją do ich przerwania. Gdy posądzenia te ujawniono, ojciec pacjentki musiał zrezygnować z funkcji pastora. Badanie lekarskie wykazało jednak, że 22-letnia B.R. wciąż jest dziewicą i nigdy w ciąży nie była. Rodzina pokrzywdzonej pozwała terapeutę do sądu i otrzymała w 1996 roku milion dolarów odszkodowania.

Te bardzo drastyczne przykłady dowodzą, że istnieje zawsze możliwość nieetycznego użycia hipnozy w różnych celach także sądowych. Powtarzam jednak jeszcze raz – nie są to zarzuty przeciw hipnozie, a jedynie ludziom nieetycznie z niej korzystających.

Kodeks Etyczny Międzynarodowego Towarzystwa Hipnotycznego (International Society of Hypnosis – ISH) zatwierdzony w sierpniu 1979 r.

Celem działalności Międzynarodowego Towarzystwa Hipnotycznego jest naukowe badanie hipnozy oraz jej kliniczne zastosowanie na najwyższym fachowym

poziomie. Fakt, że członkowie towarzystwa reprezentują różne dyscypliny naukowe, znajduje odbicie w treści wskazań etycznych, którym członkowie muszą się podporządkować. W myśl tych wskazań każdy człowiek powinien osobiście zobowiązać się do przestrzegania norm moralnych we wszystkich dziedzinach życia.

Zasady etyczne

Zasada I

1. Członek Towarzystwa powinien zawsze stawiać na pierwszym miejscu dobro pacjenta czy obiektu eksperymentu w momencie, gdy stosuje hipnozę czy techniki hipnotyczne w praktyce klinicznej czy w eksperymentowaniu.
 - 1 a. Zawodowe normy etyczne, którymi kieruje się lekarz, dentysta, psycholog lub inny fachowiec odpowiedniej dyscypliny zawodowej i naukowej, powinny być przestrzegane w czasie wykorzystywania przez niego wszystkich technik hipnotycznych.
 - 1 b. Odpowiednie środki ostrożności powinny być przedsięwzięte zawsze, ilekroć pacjent lub obiekt eksperymentu jest narażony na wyjątkowy stres lub inną formę ryzyka. Jeżeli przewiduje się wystąpienie stresu lub innego ryzyka, pacjent lub obiekt eksperymentu powinien być o tym poinformowany i wyrazić na to swoją zgodę. Ocena ryzyka jest sprawą niewątpliwie trudną i w razie wątpliwości wskazane są konsultacje z innymi specjalistami w zakresie hipnozy.

Zasada 2

2. Hipnoza traktowana jest jako metoda pomocnicza w stosunku do innych form postępowania naukowego czy klinicznego i stąd znajomość samych tylko technik hipnotycznych nie jest uznawana jako wystarczająca podstawa do badań lub pracy zawodowej.
 - 2 a. Ponieważ istnieje uzależnienie praktyki hipnotycznej od podstawowych kwalifikacji osób stosujących hipnozę, warunkiem członkostwa w ISH jest posiadanie odpowiedniej pozycji w uznanych narodowych stowarzyszeniach naukowych czy klinicznych właściwych dla danej dziedziny wiedzy, innej niż hipnoza. Oznacza to, że doktor medycyny powinien należeć do odpowiedniego stowarzyszenia lekarskiego, dentysta – odpowiedniego stowarzyszenia stomatologicznego, psycholog – psychologicznego itd.
 - 2 b. Paragraf 2 a stawia wymóg przyjęcia norm etycznych i naukowych odpowiedniej organizacji zawodowej. Nie oznacza to jednak poparcia ze strony ISH dla kierunku działalności i szczegółowych praktyk poszczególnych organizacji.

Zasada 3

3. Każdy członek ISH powinien ograniczyć kliniczne i naukowe użycie hipnozy do zakresu własnej kompetencji zawodowej, z którą wiążą się określone normy etyczne.

Zasada 4.

4. Nie wolno stosować hipnozy w celach rozrywkowych.
- 4 a. Żaden członek ISH nie może oferować swoich usług dla celów publicznej rozrywki ani współpracować z żadną osobą czy agencją organizującą tę rozrywkę.

Zasada 5.

5. Członek ISH nie powinien popierać praktykowania hipnozy przez osoby niefachowe.
- 5 a. Za osobę niefachową uważa się tutaj każdego, kto nie posiada odpowiednich kwalifikacji jako terapeuta lub pracownik naukowy, to znaczy nie posiada on dyplomu lekarza, dentysty, psychologa, względnie nie reprezentuje innego uznanego kierunku naukowego czy klinicznego, będącego podstawą do uprawiania praktyki hipnotycznej.
- 5 b. Członek ISH nie powinien prowadzić kursów obejmujących nauczanie technik dla osób niefachowych, którym brak profesjonalnej wiedzy. Lektury informujące niefachowców o hipnozie są oczywiście dopuszczalne pod warunkiem, że nie zawierają demonstracji i materiału dydaktycznego dotyczącego prowadzenia hipnozy.
- 5 c. Dopuszczalne są wyjątki wobec studentów w trakcie odpowiednich studiów. Chociaż ISH wyraźnie stwierdza, że hipnoza nie jest niezależną nauką czy sztuką, może być ona skutecznie wykorzystywana przez pielęgniarki lub asystentów paramedycznych pod bezpośrednim nadzorem osoby, której dyplom i praktyka pozwalają na członkostwo w ISH i która zobowiązała się przestrzegać tego kodeksu etycznego bezpośrednio lub poprzez Narodowe Stowarzyszenie Ustawodawcze. Nauczanie hipnozy dla tychże pielęgniarek i personelu paramedycznego może być organizowane pod warunkiem, że pokieruje nim członek ISH lub równie wyszkolony profesjonalista jako konsultant.
- 5d. Konsultacje z niefachowymi reprezentantami prasy lub innych środków masowego przekazu są dozwolone w celu minimalizowania zniekształcenia i fałszywego przedstawiania hipnozy. Rozmowy z niefachowymi reprezentantami prasy i wywiady w radio czy TV są pożądane w tej mierze, w jakiej przynoszą one korzyść poprzez objaśnianie i informowanie o poglądach na temat hipnozy.

Zasada 6.

Jest oczywiste, że kodeks etyczny nie może sam przecież określić wszystkich sposobów działania, które są uważane za etyczne, i wymienić wszystkich praktyk, uznanych za nieetyczne. Stąd zachowanie zgodne z normami etycznymi tych narodów, w których żyją praktycy i naukowcy zajmujący się hipnozą, jest uznane za wskazane i obowiązujące, a naruszenie tychże norm (np. poprzez samowolne lub niegodne zachowania, dyskredytujące innych, którzy stosują hipnozę) może być karane przez ISH – chociaż nie są wyszczególnione w tym kodeksie.

Rozdział X

Hipnoza w medycynie

Hipnoterapia zespołu uzależnienia od alkoholu

Terapia hipnozą zespołu uzależnienia od alkoholu jest metodą znaną od dawna. Pierwsze naukowe doniesienia na ten temat przedstawił Voisin, psychiatra z Salpêtrière, na Kongresie w Grenoble (1884). Natomiast w Polsce temat ten podjęli pod koniec XIX wieku Cybulski (1887) i Abramowicz (1989).

Współcześnie istnieje kilka technik hipnoterapii choroby alkoholowej. Niektórzy terapeuci, np. Wolberg (1948), są zwolennikami jednorazowego działania hipnozą. Warunkiem zastosowania tej techniki jest zahipnotyzowanie pacjenta do stopnia głębokiego. Metodę tę stosuje się najczęściej w celu przełamania negatywnego nastawienia do leczenia.

Do diagnostyki przyczyn nałogu wykorzystać można tzw. regresję wieku – czyli zasugerowany powrót do minionych, często zapomnianych przeżyć, będących podstawą później ukształtowanego nałogu. Hipnozę łączy się też z podawaniem anticolu lub wszywaniem Esperalu.

Najczęściej stosowaną metodą jest sugerowanie pod hipnozą uczucia wstrętu do alkoholu. Terapię taką stosuje się zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Chertok (1959) zabieg prowadził następująco: chorzy siedzą w fotelach z zamkniętymi oczyma i poddawani są sugestii zwiótczenia mięśni, senności, zasypiania itp. Cierpliwe powtarzanie sugestii pozwala na zahipnotyzowanie w końcu całej grupy. Sugestie awersyjne w czasie zabiegów są analogiczne do podawanych przez Roźnowa (1978), który nazywa swoją technikę grupowej hipnoterapii metodą emocjonalnie stresowej hipnozy; polega ona na tym, że podaje się sugestie szybkiego zapadania w hipnozę. W czasie trwania hipnozy Roźnow (1978) sugeruje pacjentom: „... Odór wódki, duszności i torsje...” W następnej fazie seansu przekazuje następujące treści: „jeste-

ście wartościowymi ludźmi, specjalistami w swoim zawodzie, chcecie twórczo pracować, pragniecie być dobrymi mężami i ojcami, życie jest piękne bez alkoholu”.

Skuteczność hipnoterapii rośnie w miarę kolejnych zahipnotyzowań. Dlatego też hipnozę stosuje się wielokrotnie. Częstotliwość seansów nie powinna być niższa niż dwa razy w tygodniu. Pod koniec terapii przerwy są stopniowo wydłużane. Pojedynczy zabieg trwa zwykle około godziny.

Porównując skuteczność różnych metod leczenia, Völgyesi (1967) doniósł, że 23% spośród uzależnionych od alkoholu i leczonych hipnozą oraz farmakoterapią nie wróciło do nałogu przez co najmniej 12 miesięcy. Natomiast, gdy F. Völgyesi stosował samą farmakoterapię, tylko 15% pacjentów wytrzymało bez picia ponad rok. Brak efektów terapii (powrót do nałogu przed upływem miesiąca od zakończenia leczenia) wystąpił u 15% pacjentów leczonych hipnozą, gdy u leczonych farmakologicznie liczba ta sięgnęła 4,5%. Zbliżone wyniki uzyskało wielu innych terapeutów (m.in. Heron 1950; Gorsky 1982).

Ustosunkowując się do tych rezultatów, Waden w roku 1982 zwraca uwagę, że w terapii hipnozą uzależnienia od alkoholu sukces terapeutyczny zależy od wielu czynników niehipnotycznych. Należą do nich: motywacja do leczenia, oddziaływanie środowiskowe na pacjenta, stopień uzależnienia, wiara w skuteczność hipnozy, predyspozycje osobowościowe. Warunkiem powodzenia tej metody jest dostosowanie technik hipnotycznych do cech osobowości pacjenta oraz relacja interpersonalna hipnotyzera z leczonym.

Wśród nowszych doniesień na ten temat warta zacytowania jest praca Schoena (1985), w której autor twierdzi, że podczas hipnoterapii osób uzależnionych obok powodowania awersji do alkoholu najważniejsza jest redukcja poczucia przymusu picia. Dotyczy to szczególnie wstępnej fazy leczenia. Ale nawet po wielu latach abstynencji upicie się najczęściej prowadzi do odnowienia objawów uzależnienia od alkoholu. Dlatego nie można mówić o wyleczeniu, a jedynie o uzyskaniu mniej lub bardziej trwałej abstynencji.

Warto jednak w tym miejscu przypomnieć o jednym problemie. Wiara w hipnoterapię u przeciętnego pacjenta jest bardzo duża. Toteż ewentualne niepowodzenie terapii traktuje on za ostateczny dowód niemożności wyrwania się z nałogu. Traci motywację do leczenia. Często popada w depresję. Völgyesi (1967) podaje, że często u takich pacjentów pojawiają się myśli samobójcze, nierzadko realizowane.

Ale nawet sukces terapii może się okazać dla pacjenta niebezpieczny. Posłużę się przykładem z własnej praktyki. Pięćdziesięcioletni alkoholik po hipnoterapii przestał pić po raz pierwszy od wielu lat i wtedy stanął przed problemem bilansu życiowego. Przepił zdrowie i pieniądze. Stracił rodzinę i pozycję społeczną. Przed

sobą nie miał żadnych perspektyw. Taka sytuacja była zbyt ciężka dla niego i po nieudanej próbie samobójczej powrócił do nałogu.

Z tych powodów do hipnoterapii należy podchodzić ostrożnie, już na wstępie starając się ocenić prawdopodobieństwo przynajmniej okresowego jej powodzenia. Mimo tych zastrzeżeń właściwie wszyscy autorzy podejmujący zagadnienie hipnoterapii alkoholizmu są zgodni co do tego, że hipnoza jest tutaj jedną z najskuteczniejszych metod.

Hipnoza bywa stosowana w terapii zespołu uzależnienia od alkoholu jako samodzielna technika albo też element psychoterapii.

W pierwszym przypadku służy do eliminacji niepożądanego objawu, jakim jest patologiczne nadużywanie alkoholu, np. poprzez wytworzenie awersji do picia. Wtedy to walor terapeutyczny posiada treść sugestii, a nie sam fakt wystąpienia hipnozy. Jak pisze Aleksandrowicz (1996, s. 158): „Hipnoza pełni więc funkcję analogiczną do np. strzykawki zawierającej lek. Tym, co leczy, jest jej zawartość, nie zaś procedura, w którą jest opakowana”.

W drugim z zastosowań wykorzystuje się właściwości samej hipnozy najczęściej do redukcji niepokoju związanego z abstynencją.

Można wykorzystywać hipnozę także do zmiany nastawienia uzależnionego do leczenia i swojego nałogu. Także tutaj warto zacytować fragment opracowania Aleksandrowicza (1996, s. 158): „Należy jednak pamiętać o tym, że zbudowanie związku terapeutycznego nie jest jeszcze leczeniem, a jedynie stworzeniem warunków do tego, by mógł zaistnieć proces oddziaływania”.

Oczywiście zdaje sobie sprawę, że hipnoterapia alkoholizmu w skali społecznej jest metodą marginalną, chociaż niejednokrotnie skuteczną. Dużo szersze zastosowanie ma psychoterapia grupowa w różnych jej formach (mityngi, kluby AA itp.) czy też farmakoterapia (implantacje Esperalu czy podawanie Anticolu).

Poniżej przedstawiam opis wieloletnich doświadczeń w tym zakresie na przykładzie zrealizowanego programu badań.

Grupa badanych

Grupę badanych wyselekcjonowano spośród 530 mężczyzn uzależnionych od alkoholu, dobrowolnie zgłaszających się na leczenie do prowadzonego przeze mnie Ośrodka Psychologiczno-Psychiatrycznego w Krakowie od 1 X 1982 r. do 30 XII 1998 r.

W analizie wyników ująłem 280 osób, które przeszły założony cykl terapeutyczny. Informacje o abstynencji zdobyłem z przynajmniej dwóch źródeł (pacjenta i jego najbliższych).

Pacjenci rekrutowali się ze wszystkich grup społecznych, wykształcenia i zawodów. 82 osoby miały wyższe wykształcenie, 189 średnie, 101 zawodowe, 58 podstawowe. 74 uzależnionych pracowało na stanowiskach kierowniczych lub było właścicielami firm. Byli wśród nich także między innymi lekarze (5), weterynarze (2), aktorzy (4), plastycy (7), rolnicy (27) i nigdzie niepracujący (38) – żyjący z zasiłku, zapomogi lub będący na utrzymaniu rodziny. 210 osób pochodziło z Krakowa, 45 z innych dużych miast, 86 z małych miast i 99 ze wsi.

Spośród nich 12 było w tak ciężkim stanie (zatrucie alkoholem, atak padaczkowy lub stan deliryjny), że zostali od razu skierowani na leczenie szpitalne. 270 z nich wcześniej podejmowało już próby leczenia przeciwalkoholowego, a 211 wśród nich miało co najmniej raz wszyty Esperal. 11 uzależnionych wcześniej przechodziło leczenie hipnozą u innych specjalistów.

Pacjenci objęci badaniami byli w różnym stopniu uzależnieni od alkoholu. Pozaawczy od sporadycznie nadużywających, poprzez pijących okresowo, aż po tych pijących prawie codziennie. Byli wśród nich pijący aż do całkowitego upojenia, byli też „drinkujący”, utrzymujący się przez długie okresy czasu na „rauszu”.

Część z badanych prowadziła aktywne życie zawodowe, społeczne i towarzyskie. Inni wykoleili się życiowo. Nie pracowali, znęcali się nad rodzinami.

Jak wynika z przedstawionej charakterystyki, grupa badanych była pod względem swojego składu reprezentatywna dla populacji uzależnionych od alkoholu w Polsce. Natomiast z punktu widzenia procedury eksperymentalnej była bardzo niejednorodna, nie tylko pod względem statusu społecznego czy wieku. Przede wszystkim pod względem stopnia uzależnienia i stanu zdrowia. Różne były też doświadczenia badanych z wcześniejszych prób leczenia (od kilkunastu pobytów w szpitalach aż po osoby podejmujące leczenie po raz pierwszy). Część z uzależnionych przyjmowała w czasie terapii postawę „samoobwiniającą się”. Inni natomiast nie dostrzegali swojego problemu.

Trudna też do określenia była wiarygodność informacji o długości okresu całkowitej abstynencji (starałem się je każdorazowo weryfikować u członków rodzin, ale także i ich informacje nie zawsze były miarodajne i prawdziwe). Ponadto osoby badane w różnych grupach miały różną ilość posiedzeń terapeutycznych. Wszystko to mogło mieć wpływ na rezultat badania. Jednak należy wyraźnie zaznaczyć, że prezentowane wyniki nie są uzyskane podczas eksperymentu, a tylko na drodze analizy wyników prowadzonej przez kilkanaście lat terapii kilkuset osób uzależnionych od alkoholu. Dlatego też do uzyskanych rezultatów należy podchodzić bardzo ostrożnie i traktować wyłącznie za wstępną eksplorację problemu.

Zespół terapeutyczny

Zespół terapeutyczny składa się z: psychiatry, dr med. Ireny Doliwy – Góreckiej; autora tej publikacji – psychologa klinicznego, oraz z pielęgniarki zabiegowej, Ewy Augustynek, wykonującej zlecone jej iniekcje i kroplówki. Współpracowaliśmy także z pracownią analityczną wykonującą badania biochemiczne krwi pacjentów.

Przebieg terapii

Postępowanie terapeutyczne składało się z następujących etapów:

I Diagnostycznego

Na pierwszym posiedzeniu przeprowadzono wywiad kliniczny na temat przyczyn i historii uzależnienia w kontekście całokształtu życia pacjenta. Proszono także pacjenta o wykonanie badań biochemicznych krwi i moczu: morfologia, próby wątrobowe (Alat, Aspat, Ggtp, bilirubina) i nerkowe (mocznik, kreatynina, kwas moczowy), cholesterol, elektrolity (potas, magnez, żelazo) oraz w miarę potrzeb inne badania diagnostyczne (EEG, EKG, USG).

II Terapii farmakologicznej

Podczas drugiej wizyty u psychiatry ordynowano dobierane indywidualnie odpowiednie leki. Przeważnie były to preparaty wzmacniająco-odtruwające (wlewy dożylny z glukozy i płynu wieloelektrolitowego, iniekcji domięśniowych – Cocarboxylasum, witaminy B 1, 2, 6, ewent. B 12 oraz preparaty doustne: (np. Nootropil, Geriavit, Hepatil, Silimarol), a w razie potrzeby leki uspokajające, np. Hemineurinum. Ewentualnie, gdy pozwalał na to stan zdrowia pacjenta, zlecano 1 tabletkę Anticolu dziennie.

III Zasadniczej terapii

Początek zasadniczej terapii dla wszystkich objętych badaniem był jednakowy. Podczas czwartej wizyty omawiano uzyskane podczas badań wyniki. Informowano też pacjenta, że celem leczenia jest uzyskanie całkowitej abstynencji jako jedynej, rozsądnej życiowo alternatywy, gdyż nawet po kilku latach przerwy w picciu pierwsze upicie się może spowodować powrót do nałogu. W końcowej części posiedzenia podejmowano decyzję odnośnie sposobu dalszego leczenia zróżnicowanego w zależności od decyzji pacjenta.

Pacjentów podzielono na trzy grupy:

1. **Leczonych farmakologicznie** – niewyrażających zgody na leczenie hipnozą – 70 osób.

2. **Niepodatnych na hipnozę** – leczenie farmakologicznie oraz wykonanie trzech nieudanych prób zahipnotyzowania – 50 osób.
3. **Podatnych na hipnozę** (w różnym stopniu) – leczonych farmakologicznie oraz hipnotycznie na 10 sesjach hipnozy odbywanych 2 razy w tygodniu – 160 osób.

Podczas pierwszego seansu hipnozy sugerowano pacjentowi wizualizację, że uczestniczy w pijackiej libacji, której uczestnicy wymiotują, zachowują się ordynarnie i w końcu zasypiają. W trakcie drugiego seansu hipnozy sugerowano, że pacjent odpoczywa w parku. Jest odprężony i zadowolony. Obok niego siada jakiś alkoholik, który pije wódkę prosto z butelki i namawia pacjenta do współuczestnictwa. Leczony, czując wstręt do alkoholu, odmawia mu.

W czasie trzeciego seansu hipnozy sugerowano rozpacz po porażce życiowej polegającej na powrocie do picia, które spowodowało utratę zdrowia, pozycji społecznej i pracy.

Sugestie podczas czwartego seansu hipnozy polegały na tym, że pacjent w przyszłości zdrowy, od lat niepijący, widzi kogoś podobnego do siebie w stanie krańcowego wyniszczenia przez alkohol. Czuje lęk przed alkoholem, a zarazem nadzieję na uniknięcie takiego losu.

I wreszcie podczas kolejnych sześciu hipnoz sugerowano umiejętność odmawiania alkoholu w każdej sytuacji, każdej osobie, ale przede wszystkim sobie samemu.

IV Kontrolnego

Po zakończeniu trzeciego etapu leczenia utrzymywano kontakt z pacjentem, który co 4–10 tygodni miał się zgłaszać do Ośrodka na wizytę kontrolną.

Wyniki

Sposób opracowania wyników

Istotnym problemem w omawianych badaniach było przyjęcie kryteriów oceny skuteczności leczenia. Niewątpliwie najbardziej obiektywnym wskaźnikiem jest okres bezwzględnej abstynencji. Okres ten jest jednak czasami trudny do obliczenia. Pacjenci często tracą kontakt z poradnią. Nie oznacza to jednak natychmiastowego powrotu do picia. Do obliczeń statystycznych wykorzystałem zdobyte informacje od pacjentów (niekoniecznie prawdziwe) o ich abstynencji potwierdzone przez kogoś z członków rodziny uzależnionego.

Z kolei wskaźnikiem (pośrednim) motywacji do leczenia było to, przez ile dni pacjent miał kontakt z poradnią.

W analizie statystycznej korzystałem z następujących metod statystycznych:

- średnia arytmetyczna,

- współczynnik korelacji według wzoru Pearsona,
- aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją znaczące różnice pomiędzy wynikami grup stosowano analizę wariacji testem F. Ten sposób analizy umożliwia stwierdzenie, czy w badanym zbiorze wyników istnieją istotne statystyczne różnice. W przypadku stwierdzenia takich różnic badano, między którymi grupami lub próbami one występują. Stosowano do tego celu test Duncana.

Uzyskane rezultaty

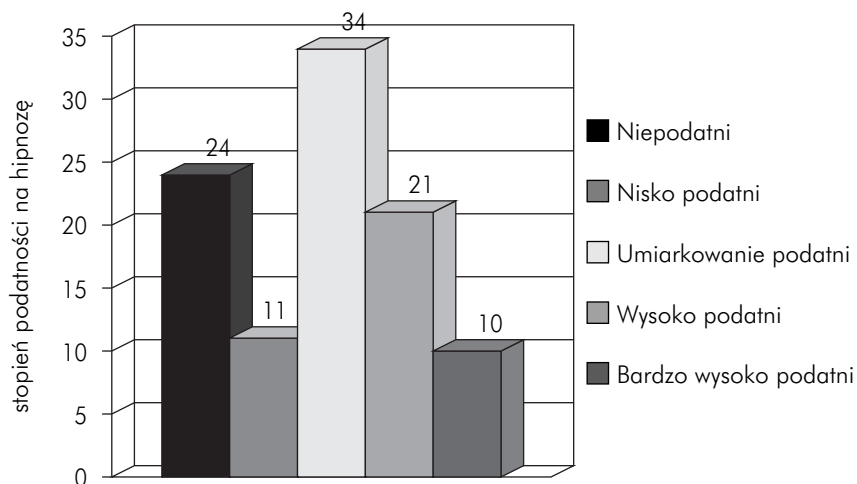
Wśród zgłaszających się na leczenie pod hipnozą wystąpiło duże zróżnicowanie podatności na hipnozę (mierzono ją przy pomocy Skali podatności na hipnozę A. Augustyńska). Przedstawiono to w tabeli nr 26 i na wykresie.

Tabela nr 26

Podatność na hipnozę osób objętych badaniami

STOPIEŃ podatności na hipnozę	% badanych
Niepodatni	24
Nisko podatni	11
Umiarkowanie podatni	34
Wysoko podatni	21
Bardzo wysoko podatni	10

Porównanie podatności na hipnozę (wykres do tabeli nr 26)



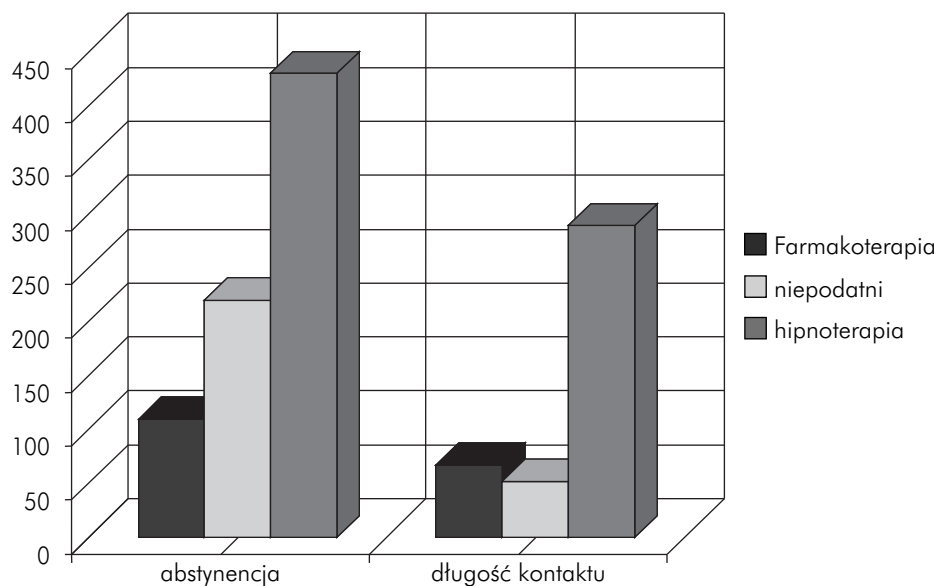
Na wstępie obliczono średnią długość okresu abstynencji i czasu trwania kontaktu z Ośrodkiem. Przedstawiono to w tabeli nr 27 i poniższym wykresie.

Tabela nr 27

Uzyskane wyniki

Grupa badanych	Okres abstynencji w dniach	Okres kontaktu z Ośrodkiem w dniach
I. Farmakoterapia	110	67
II. Niepodatni	220	52
III. Terapia hipnozą	430	289

Wyniki terapii w poszczególnych grupach (wykres do tabeli nr 27)



Różnice między grupami w większości przypadków były statystycznie istotne (test F, a także test Duncana wskazuje na istnienie znaczących różnic). Leczeni hipnozą mieli znacząco dłuższą abstynencję. Z kolei niepodatni na hipnozę uzyskali także istotnie wyższy wynik od leczonych tylko farmakologicznie. Także podatni na hipnozę znacząco dłużej mieli kontakt terapeutyczny z Ośrodkiem. Natomiast niepodatni na hipnozę w porównaniu z leczonymi tylko farmakolo-

gicznie krócej przychodzili na umówione wizyty w Ośrodku. Jednak ta ostatnia różnica była statystycznie nieistotna.

Obliczono też korelację między stopniem zahipnotyzowania w trakcie terapii u poszczególnych pacjentów a długością ich abstynencji. Jej wartość $r = 0,08$ wskazuje, że **nie ma związku między badanymi zmiennymi. Oznacza to, że podatność na hipnozę nie warunkuje wielkości efektu terapii.**

Podsumowanie

Uzyskane rezultaty wykazały, że sama farmakoterapia była najmniej skuteczną metodą leczenia z zastosowanych w omawianych badaniach. Natomiast najlepsze wyniki uzyskano w terapii osób podatnych na hipnozę. Z kolei jednak nie wykazano istnienia związku między stopniem zahipnotyzowania a efektami terapii.

W opracowaniu zebranego materiału należałoby dokonać także analizy wielu poszczególnych przypadków. Jak okazało się, reakcje pacjentów były bardzo zróżnicowane. Na przykład najkrótszy okres abstynencji u poddanego terapii hipnozą wyniósł 10 dni, a najdłuższy (u kilku osób) trwa już kilkanaście lat. Z kolei utrata kontaktu z pacjentem nie oznacza, że natychmiast powrócił on do nałogu.

Przeprowadzone badania na stosunkowo dużej ilości uzależnionych od alkoholu dowiodły, że hipnoterapia zespołu uzależnienia od alkoholu w wielu przypadkach może być użyteczną metodą leczenia. Jednak ze względu pilotażowy charakter prezentowanych badań, moim zdaniem, warto do nich powrócić w następnym eksperymencie. Należy w nim maksymalnie ujednoclić procedury, tak by jedyną różnicą pomiędzy grupami była metoda terapii.

Hipnoterapia narkomanii

Liczne doniesienia o skutecznym zastosowaniu hipnozy przy leczeniu alkoholizmu budziły nadzieje na analogiczny sukces hipnotycznej terapii narkomanii.

W przypadku narkomanii jest jednak inaczej. Procedura terapeutyczna polegała na kontrolowanym ograniczaniu dawek narkotyku podawanego pod hipnozą. Zahipnotyzowanym sugeruje się duży efekt malejącej dawki narkotyku oraz wstręt i lęk przed nim.

Przy stosowaniu tej metody leczenie musi składać się z wielokrotnego hipnotyzowania. Przeważnie potrzebnych jest, co najmniej kilkanaście posiedzeń 2–3 razy w tygodniu. Następnie można stopniowo zmniejszać ich częstotliwość.

Wyniki stosowania tej metody Völgyesi (1967) uważa za kontrowersyjne. Po zakończeniu farmakoterapii połączonej z hipnotyzowaniem 25% pacjentów nie wróciło do nałogu przez 12 miesięcy, a przy zastosowaniu samej farmakoterapii 15%. Natomiast 15% pacjentów hipnotyzowanych wracało do nałogu już w pierwszym miesiącu po zakończonej terapii, przy 45% nieleczonych hipnozą. Zbliżone wyniki uzyskał Rachman (1982). Natomiast Barber (1982) podaje przykłady licznych negatywnych wyników. Stwierdził on, że niepowodzenie terapii pod hipnozą wielu narkomanów traktuje zwykle za dowód niemożności wyrwania się z nałogu. Tracą wiarę w leczenie. Dodatkowo niezwykle istotne jest wzrastające, w miarę kolejnych zahipnotyzowań, uzależnienie pacjenta od terapeuty, przejawiające się narastającymi trudnościami w samodzielnym podejmowaniu decyzji, często nawet w najprostszych czynnościach dnia codziennego. Bez terapeuty czuje się on osamotniony, popada w depresję i apatię. W coraz większym stopniu oczekuje rozwiązania swoich problemów przez hipnotyzera. A co ten może zaproponować? Stara się wytworzyć wzory zachowania, w których nie ma miejsca na narkotyki. Jednak takie „gotowe recepty” w konfrontacji z życiem codziennym w środowisku narkomanów okazują się mało skuteczne.

Obecnie referowane badania objęły 14 przypadków prowadzonych w latach 1982–2007. Zbyt mała grupa pacjentów nie pozwala na opracowanie statystyczne ani też na dalej idące uogólnienia. Pozwala jednak na postawienie tezy o dalszym postępowaniu badawczym i terapeutycznym.

Pacjentami byli mężczyźni w wieku 19 do 24 lat. W dziesięciu przypadkach zostali przyprowadzeni przez osoby najbliższe – rodziców lub żonę. Czterej zgłosili się sami. Motywacje do leczenia były różne. W dziesięciu przypadkach była to namowa najbliższych. Pacjenci ci niezbyt chętnie poddawali się leczeniu. Pozostali chcieli się uwolnić od wyniszczającego uzależnienia. Dwóch z nich zażywało Lorafen, jeden relanium, inny Metagvalonm a jeden był morfinistą. Pozostali narkotyzowali się tym, co było w danej chwili dostępne: Makiwarą, „polską heroiną”, okazjonalnie kupowanymi LSD, kokainą lub marihuaną, a także środkami typu kleje syntetyczne. W trzech przypadkach obok narkomanii mieliśmy do czynienia także z nałogowym alkoholizmem.

Wszyscy pacjenci oczekiwali leczenia hipnozą. Aura tajemniczości, jaką jest owiana hipnoza, jej domniemane związki ze spirytyzmem i filozofią azjatycką, wywoływały u nich żywe zainteresowanie chcieli, bowiem przeżyć coś nowego. Natomiast nie interesowali się efektywnością leczenia. Bardzo niechętnie wykonywali badania diagnostyczne. Nie chcieli podporządkować się rygorowi procesu terapeutycznego ani konieczności zażywania leków.

Jako zasadniczy cel naszego oddziaływania założyłem uniknięcie uzależnienia się pacjentów od terapeuty oraz oczywiście uzyskanie możliwie długiej abstynencji. W przypadku niepowodzenia terapii dążyliśmy do uniknięcia negatywnych emocji i nastawień wypływających z tego faktu.

Wiedza pacjentów o hipnozie była minimalna, wobec czego mogliśmy swobodnie kształtować ich opinię na temat, jak powinno wyglądać zastosowanie hipnozy i co jest konieczne, aby uzyskać pożądaną efekt.

W celu przełamania negatywnego nastawienia do terapii stosowałem na początku jednorazową hipnozę. Sugerowałem wtedy chęć leczenia, wiarę w jego skuteczność. Ponadto poznawałem podatność pacjenta na sugestie hipnotyczne. Dalsze postępowanie terapeutyczne uzależnione było od informacji uzyskanych w badaniu diagnostycznym.

Oczywiście w warunkach Ośrodka nie było możliwości zastosowania metody podawania malejących dawek narkotyku.

Przez pierwszy miesiąc mieliśmy kontakt z pacjentem cztery razy w tygodniu. Później częstotliwość spotkań stopniowo malała, aby po upływie trzech miesięcy ograniczyć się do dwóch spotkań miesięcznie.

Każdy pacjent był wielokrotnie hipnotyzowany. Z czternastu pacjentów trzech było całkowicie niepodatnych na sugestie hipnotyczne, a czterech udało się zahipnotyzować tylko do stopnia niskiego. Pozostali byli zahipnotyzowani w stopniu co najmniej umiarkowanym.

W wyniku zastosowania leczenia trzech pacjentów miało ponad czternastomiesięczny okres pełnej abstynencji. U trzech wyniósł on około pół roku. Dwóch nie brało narkotyków przez trzy miesiące, a o sześciu brak informacji, z tym że byli to pacjenci, których nie udało się w wystarczającym stopniu zahipnotyzować.

Aby zobrazować stosowaną metodę, przytoczę przypadek Krzysztofa T., 21-letniego narkomana i alkoholika.

Zanim jednak przejdę do omówienia sposobu leczenia tego młodego człowieka, chciałbym przedstawić, w jakim stanie i w jakiej sytuacji zgłosił się on do poradni po pomoc. Stwierdzenie „zgłosił się” jest może nie najtrafniejsze. Został on przyprowadzony przez matkę po dwuletnim, bezskutecznym leczeniu farmakologicznym, dwukrotnie w Szpitalu im. J. Babińskiego w Krakowie i w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej, także w Krakowie.

Leczenie, które nie przyniosło efektu, spowodowało, że Krzysztof był od pierwszego kontaktu pacjentem trudnym. Brak wiary w możliwość wyleczenia manifestował się w jego wręcz agresywnej postawie do terapeutów.

Z wywiadu od pacjenta i jego matki dowiedzieliśmy się, że: ciąża i poród przebiegały normalnie, jako niemowlę Krzysztof rozwijał się dobrze, nie chorował i nie

miał urazów. Wychowywany był w dobrych warunkach mieszkaniowych i materialnych, lecz atmosfera rodzinna nie była najlepsza. Razem z siostrą był świadkiem częstych kłótni pomiędzy rodzicami (ojciec jest inżynierem mechanikiem, matka inżynierem geodetą). Z biegiem lat doszedł do tego konflikt dorastającego, ekscentrycznego Krzysztofa z autokratycznym ojcem.

Pacjent zetknął się po raz pierwszy z narkotykami w wieku 15 lat. Został namówiony przez starszych kolegów. Stworzyli oni melinę młodzieżową w jednej z piwnic. Zbierali się tam mniej lub bardziej regularnie i uciekali w inny świat za pomocą narkotyków i alkoholu. Młody chłopak, mający w dodatku konflikt z ojcem, bardzo szybko zaczął spędzać tam większość swojego wolnego czasu. Właściwie codziennie pił albo brał narkotyki. Najczęściej makiwarę, polską heroinę, a gdy dysponował większą sumą pieniędzy, sporadycznie kupował LSD lub kokainę. Okazjonalnie palił marihuanę. Pił też każdy rodzaj alkoholu, przeważnie najtańsze wino jabłkowe. Trudno mu było powiedzieć, kiedy to wszystko stało się dla niego nie tylko ucieczką od rzeczywistości, ale przymusem. Mimo nałogu skończył liceum ogólnokształcące i zdał maturę.

Przed dwoma laty, licząc od daty zgłoszenia się do poradni (styczeń 1983 r.), matka postanowiła ratować syna i, jak już o tym wspomniałem, rozpoczął się proces leczenia młodego człowieka. W tym okresie Krzysztof poznaje dziewczynę. Konsekwencją ich spotkania jest ciąża i ślub dwojga 19-letnich ludzi. Krzysztof zostaje ojcem. Mieszkają z żoną i dzieckiem u matki Krzysztofa razem z jego siostrą, jej mężem i dzieckiem. Pomimo że mają własny pokój, warunki mieszkaniowe nie są najlepsze – trzy rodziny wspólnie używają kuchni i łazienki. Warunki materialne mają znacznie lepsze, bo chociaż ani on, ani jego żona nie pracują, to dość duże sumy pieniędzy przysyła ojciec, który wyjechał na okresowy kontrakt do Nigerii.

Motywacja Krzysztofa do zażywania narkotyków jest niezbyt oryginalna. Jak sam stwierdził, pije i narkotyzuje się, aby zmienić codzienne szare życie, aby przeżyć coś nowego i innego. Krzysztof miał wprawdzie swoją pasję. Było nią malarstwo – lecz prawdopodobnie rodzice, a zwłaszcza ojciec, nie traktowali jego zainteresowania zbyt poważnie. Dowodem jest postawa ojca, który uważał, że Krzysztof powinien wziąć się za „uczciwą” pracę, a nie zajmować się głupstwami. Interesowała Krzysztofa również muzyka rockowa.

Pod wpływem narkotyków u Krzysztofa pojawiły się halucynacje o treści wywołującej lęk. Miał także trudności z zasypianiem lub budził się w nocy pod wpływem koszmarnych snów w silnym lęku. W czasie, gdy zgłosił się do poradni, określał siebie za nerwowego, wybuchowego, drażliwego. Kontakt z pacjentem był bardzo trudny. Interesowała go tylko hipnoza. Oczekiwał od niej nowych doznań, nie inte-

resował się natomiast jej leczniczym aspektem. Był to bardzo ważny moment w całej terapii. Poprzez zainteresowanie pacjenta niekonwencjonalną i dość tajemniczą w potocznym rozumieniu metodą, jaką jest hipnoza, nawiązany został prawidłowy kontakt oraz uzyskano pełną gotowość pacjenta do podjęcia próby leczenia. Bardzo istotne jest również to, że Krzysztof pozytywnie zareagował na sugestie hipnotyzera i już na pierwszym posiedzeniu hipnoterapii (jeszcze przed analizą wyników testu) udało się wprowadzić go w głęboki trans hipnotyczny. Wykorzystując to, zasugerowano pacjentowi chęć leczenia i wiarę w możliwość skutecznej terapii.

Po obudzeniu się Krzysztof określił swoje przeżycia związane z hipnozą jako bardzo przyjemne i wyrażał chęć uczestniczenia w dalszych tego typu spotkaniach, godząc się jednocześnie na niezbędną zdaniem hipnotyzera farmakoterapię.

Lekarz psychiatra zapisał Krzysztofowi następujące leki: Cocarboxylasum, Fosfobin, Biostyminę – podawane domięśniowo iniekcje, glukozę, B 12 – dożylnie, ponadto Methovit, Anticol, Hepason, Signopam, Nootropil, Tranxena.

Podczas rozmów z pacjentem na temat jego osobowości starano się uświadomić mu, w jaki sposób funkcjonuje, jakie mechanizmy kierują jego zachowaniem, dlaczego popada w konflikty i jakie są możliwości wyjścia z sytuacji kryzysowych.

W przypadku Krzysztofa jego wielką pasją było malarstwo.

Z jego relacji oraz informacji uzyskanych od matki i żony, można było wnioskować o nieprzeciętnych zdolnościach Krzysztofa w tej dziedzinie. Został on więc poproszony o przyniesienie swoich prac. Jego obrazy okazały się niezłe technicznie oraz bardzo ciekawe pod względem kompozycyjnym. Duże wrażenie zrobił pokazany przez niego autoportret, który składał się niejako z dwóch części, „jasnej” i „ciemnej”. Autor, powiedział, że wyrażają one dwie jego postawy, lepszą i gorszą. Znamienne było to, że strona „ciemna” była prawie czarna, a strona „jasna” – ciemnobrązowa.

Wtedy postawiono przed Krzysztofem problem, że pasja może być jego przyszłością, że dzięki niej osiągnie w życiu sukces w życiu. Ale realizacja tego jest możliwa poprzez podjęcie próby zdawania egzaminu na wydział malarstwa Akademii Sztuk Pięknych.

Aby dodatkowo wzmocnić kontakt z psychoterapeutą, Krzysztof został zaproszony na zajęcia II roku psychologii, których tematem były psychologiczne aspekty percepcji muzyki. To posunięcie dało jeszcze jeden efekt. Krzysztof bardzo pozytywnie ocenił środowisko studenckie, co znacznie wpłynęło na motywację do pracy, aby dostać się na studia.

Wykorzystując pozytywne nastawienie do terapeuty i akceptację nadrzędności starań o przyjęcie na studia, przystąpiono do hipnoterapii. Złożyły się na nią cztery posiedzenia, podczas których sugerowano: wiarę w ostateczne wyrwanie się

z nałogu, chęć intensywnej pracy przy przygotowaniu się do egzaminu wstępnego, wstręt, a nawet lęk przed narkotykami i alkoholem. Sugerowano też, iż każda chwila nieproduktywnego działania zmniejsza jego szanse na sukces w życiu.

Początek terapii był bardzo obiecujący. Krzysztof rozpoczął intensywną naukę rysunku, przestał brać narkotyki, nie pił.

Po trzech miesiącach, po bardzo intensywnej pracy, na półtora miesiąca przed egzaminem wstępnym u Krzysztofa zaznaczyło się obniżenie nastroju. Zaczął wątpić w możliwość dostania się na studia. Czuł lęk przed niepowodzeniem swoich starań. W chwili gorszego samopoczucia wypił 3 piwa i 200 g wódki. Zgłosił się wówczas do poradni. Wyraźne było obniżenie nastroju z komponentą objawów wegetatywnych. Ujawniły się ponownie lęki, niepokój, poczucie osamotnienia.

Przeprowadzono rozmowę podtrzymującą i przygotowującą pacjenta do możliwej porażki na egzaminie wstępnym i ewentualnej próby za rok, gdyż przy bardzo dużej ilości kandydatów nie można było takiej sytuacji wykluczyć. Nauczono również pacjenta autorelaksacji. Uzyskano pozytywny efekt. Nastroj pacjenta uległ poprawie.

Krzysztof przystąpił do egzaminu wstępnego i zdał go z najlepszym wynikiem; jako jedyny miał prace wykonane podczas egzaminu ocenione wyżej niż przygotowane w domu. Na pytanie, dlaczego tak się stało, odpowiedział: „Przez sześć tygodni wiele się mogłem jeszcze nauczyć”.

Właściwie w tym momencie kończy się pozytywnie przeprowadzony proces terapii. Na jego sukces złożyło się kilka czynników, wśród których nadrzędną rolę odegrało odnalezienie konkretnego, a przy tym bardzo atrakcyjnego celu życiowego. Hipnoza była tylko czynnikiem wzmacniającym oddziaływanie psychoterapeutyczne.

Na zakończenie warto jeszcze dodać, że Krzysztof ma za sobą półtoraroczny okres abstynencji i wielkie osiągnięcia na studiach. Po pierwszym semestrze został przeniesiony na drugi rok z kilku artystycznych przedmiotów. Jedyne, co może budzić niepokój to fakt, że w środowisku artystów narkotyki są modne i często brane. Czy lęk przed nimi wywołany sugestią pohipnotyczną będzie wystarczający? Na razie wszystko jest w porządku.

Hipnoterapia innych uzależnień

Podobna sytuacja jak z narkomanami, chociaż w innej skali problemu, dotyczy nałogowych palaczy papierosów. Stoją oni wobec dylematu, czy palić dla przyjemności, czy rzucić palenie wobec niebezpieczeństwa licznych chorób. Wiele takich

osób zgłasza się na leczenie hipnozą, nie wykazując jednak żadnej motywacji do zerwania z nałogiem. Deklaratywnie chcą przestać palić, twierdząc równocześnie, że mają zbyt słabą wolę. Na hipnotyzera chcą zrzucić cały wysiłek przeciwdziałania paleniu, a od hipnozy oczekują zniesienia przykrych doznań związanych z zaprzestaniem palenia.

Z moich doświadczeń wynika, że hipnoza jest mało skuteczna w terapii hazardu i obżarstwa.

W swojej 25-letniej praktyce psychoterapeutycznej zgłosiło się do mnie 4 hazardzistów i 1 hazardzistka. Jednak w żadnym z tych przypadków terapia nie zakończyła się powodzeniem, gdyż hazardziści tylko deklarowali chęć leczenia, gdy w rzeczywistości myśleli o jednym, że to jest ten dzień, kiedy się odegrają.

Najbardziej dramatycznym przykładem jest los 42-letniego mężczyzny. Na początku 2000 roku był właścicielem dwóch hurtowni skór, dwóch sklepów futrzarskich w centrum Krakowa, luksusowej willi i drogiego samochodu. Pierwszy raz w życiu odwiedził kasyno w marcu 2000 roku i od tego czasu kilka razy na tydzień prawie całą noc tam spędzał grając w ruletkę. W listopadzie 2000 roku stracił wszystko, miał olbrzymie długi i zakaz wstępu do krakowskich kasyn. Aby mieć środki na przeżycie, sprzedawał używaną odzież w budce brata na placu targowym. Nawet tam kradł pieniądze i przegrywał je w automatach do gier hazardowych. Był całkowicie bezkrytyczny do swojego nałogu. Opuściła go rodzina, wierzyciele w coraz bardziej agresywny sposób domagali się zwrotu długów. W Ośrodku uczestniczył w trzech posadzeniach terapeutycznych, zdecydowanie jednak odmawiając poddaniu się hipnozie. W grudniu 2001 r. popełnił samobójstwo, wjeżdżając („pod prąd”) motocyklem pod ciężarówkę.

Nowym wyzwaniem dla psychoterapeutów jest rosnąca ilość uzależnień komputerowych. Uzależnienia te można i należy leczyć. Powstaje więc pytanie, w jaki sposób pomagać uzależnionym od internetu? Czy terapia uzależnienia od internetu powinna polegać, tak jak w przypadku innych uzależnień, na całkowitym odcięciu Internauty od czynnika uzależniającego, a tym samym pozbawieniu go możliwości korzystania ze zdobyczy kształtującego się społeczeństwa informacyjnego? Celem terapii jest w tej sytuacji nie zupełna rezygnacja z korzystania z sieci, ale umiejętność kontrolowania spędzanego tam czasu i sposobu jego wykorzystywania. Ponieważ jest to zjawisko stosunkowo nowe, nie opracowano jeszcze specyficznych metod terapii. Na ogół stosowana obecnie terapia zespołu uzależnienia od internetu przypomina metody leczenia uzależnienia od alkoholu czy hazardu (choćaby metoda 12 kroków stosowana w grupach samopomocy prowadzonych przy kościołach). Organizuje się grupy uzależnionych na wzór klubów AA.

Ostatnio pojawiają się coraz bardziej zaawansowane próby opracowania specyficznych technik terapii uzależnień komputerowych. Ich elementem wspólnym jest przede wszystkim przygotowanie a następnie przestrzegania drobiazgowego planu dnia, a w nim ściśle określenie czasu nie tylko korzystania z internetu, ale i innych codziennych zajęć.

Powstają organizacje i ośrodki pomocy dla uzależnionych Internautów. Najbardziej rozbudowana taka pomoc jest w Stanach Zjednoczonych. Powstało tam wiele instytucji specjalizujących się w tego rodzaju terapii. Do najbardziej znanych należą The Center for On-Line Addiction w Pittsburghu założone w roku 1995 przez K. Young oraz Computer Addiction Services w Belmont. Z kolei pierwszy badacz zespołu uzależnienia od internetu, psychiatra I. Goldberg z Columbia University utworzył internetową Grupę Wsparcia dla Osób Uzależnionych od internetu. Powstała także grupa Anonimowych Siecioholików (Netaholics Anonymous).

W Warszawie działa ośrodek, który od kilku lat zajmuje się uzależnieniami od komputerów. Jest nim Stołeczne Centrum Odwykowe, gdzie aktualnie jest zarejestrowanych ponad 100 nałogowych Internautów. Oddzielną, kilkudziesięcioosobową grupę pacjenci uzależnieni od gier komputerowych (Jakubik 2005).

W wielu miastach polski wyodrębnia się z placówek przeciwdziałających alkoholizmowi i narkomanii struktury przeciwdziałające uzależnieniom czynnościowym (najczęściej są to hazard i komputer).

W przypadku braku nowych, specyficznych metod leczenia uzależnienia od internetu należy zbadać możliwość skutecznej transformacji używanych dotąd metod terapii innych uzależnień. Tak zresztą postępuje wielu terapeutów.

Wychodząc z takiego założenia podjąłem taką próbę. Wykorzystałem swoje 25-letnie doświadczenia w hipnoterapii uzależnień, głównie alkoholizmu, ale także narkomanii, lekomanii, nikotynizmu i hazardu.

Poniżej przedstawiam szczegółowo analizę przypadków osób, które zgłosiły się do mnie na terapię.

Analiza przypadków osób uzależnionych od internetu

I J.K. – mężczyzna, l. 24, kawaler, mgr inż. Politechniki – budownictwo lądowe.

Wyniki badania zestawem testów psychologicznych i kwestionariuszem stylu posługiwania się komputerem zamieszczonym na końcu tego podrozdziału (KSPK):

- Skala Inteligencji H. Eysencka I. I. = 127 (inteligencja bardzo wysoka).

- Test Znajomości Słów = 6 (przeciętny zasób leksykalny, przy I.I. = 127 wynik ten świadczy o małym odczycaniu i wąskich zainteresowaniach).
- Inwentarz Osobowości H. Eysencka MPI – E = 5 N = 9 K – 9 (badany przyjmując postawę dysymulacji) stara się ukryć swoje wady. Ujawnia jednak wysoki neurotyzm.
- (KSPK): poziom wiedzy komputerowej jest przeciętny i obejmuje umiejętność posługiwania internetem i programami użytkowymi. Przyznaje się do 6 z 11 objawów uzależnienia. Na internet przeznaczą 30 godzin tygodniowo, (co drugi dzień od godz. 19 do 4 rano, w nieprzerwanych sesjach grając w swoją ulubioną strategiczną grę). Nie ma zainteresowań informatycznych. Internet służy mu praktycznie tylko do jednej gry. Bezkrytyczny do swoich objawów. Zaprzecza, że jest uzależniony, nie zgadza się na żadną terapię. Ponad rok temu za namową matki miał wizyty u psychologa, jednak nie kontynuował ich gdyż, jego zdaniem, nic mu nie dawały. Także wizyty u mnie uważał za stratę czasu. Dane z wywiadu i posiedzeń terapeutycznych:

Kontakt z pacjentem zainicjował list od jego matki, który przytaczam poniżej w całości (nie podając jedynie nazwiska).

Od: E.K. [m@interia.pl] – Wysłano: 11 lutego 2006 20 22

Do: aaugust@uci.agh.edu.pl

Temat: uzależnienie od gier

Szanowny Panie doktorze!

Pozwalam sobie napisać do pana krótką wiadomość, bo kieruje mną desperacja zrozpaczonej matki, która szuka ratunku dla syna (24 lata) uzależnionego od gier komputerowych. Znalazłam wiadomość o Panu na stronie Uniwersytetu Śląskiego, gdzie miał Pan odczyt na temat uzależnień komputerowych i dowiedziałam się, że bada pan tę chorobę. Jeżeli byłby Pan zainteresowany kontaktem ze mną, może moje doświadczenie przyda się Panu do czegoś nawet, jeśli mojemu synowi pomóc się już nie da. Pokróćce sprawa wygląda tak:

Syn, 24 lata, absolwent studiów technicznych, pierwszy własny komputer dostał dopiero na studiach, wcześniej korzystał z pracowni w szkole i "wspólnego" komputera domowego. Wychowany w mieście powiatowym, rodzice wykształcenie wyższe, młodsza o 3 lata siostra. W liceum uczeń bardzo dobry, studia skończył z wysiłkiem, gdyż był już w nałogu. Gra w gry typu: Fallout Diabło. Aktywnie uczestniczy w forum dyskusyjnym graczy, pisze ogromne ilości wątków. W środowisku zajmuje wysoką hierarchię. Uzależniony jest od około 3 lat, sam sobie to też uświadomił, nie protestuje, ironicznie, jakkolwiek smutno żartuje z siebie na ten temat. Próby pomocy oferowała mu najpierw jego sympatia, od około 1,5 roku ja przejęłam to zadanie. Obecnie styl życia syna całkowicie

wymyka mi się spod kontroli. Syn pracuje w godzinach 7–17, a reszta jego czasu rozkłada się w cyklu dwudniowym. Jednego dnia natychmiast po pracy około 18 kładzie się spać i śpi aż do następnego rana, drugi dzień po pracy poświecony jest graniu. Sprawdza pocztę, czyta wątki i zaczyna grać bez przerwy do 3–4 nad ranem. Nie muszę tłumaczyć, że próby zbudzenia go do pracy po takim seansie, doprowadzają mnie do ciężkiej depresji psychicznej. Zaburzenia łaknienia, jakie widzę w osobowości syna (je szybko rzeczy gotowe typu drożdżówki, cebularze – szkoda mu czasu na odgrzanie obiadu), zanik wizji przyszłości, nie potrafi wyrazić swoich oczekiwań wobec życia, kariery (dla odczepnego mówi, że musi zarabiać duże pieniądze, podczas gdy wkrótce nadejdzie dzień, kiedy nie wstanie do pracy...). Brak udziału w życiu rodziny, utrata dziewczyny, niesprawiedliwa ocena innych kandydatek na sympatie "wszystkie się czepiają i są takie same jak ty (!!??)". Wreszcie całkowita abnegacja i zaniechanie higieny osobistej i staranności w ubiorze. Mogłabym długo pisać na ten temat, zresztą myślę, że Pan doskonale zna te objawy. Syn chodził na badanie osobowości w poradni psychicznej miasta akademickiego, ale podobno "nie stwierdzono zaburzeń". Poddał się badaniu po tym, jak go wystraszyłam, że zabieram go ze studiów "na leczenie". Miał też wówczas około miesięczną przerwę w graniu. Panie doktorze, czy może Pan zaoferować mi jakąś pomoc czy ukierunkowanie. Ja przewertowałam już masę literatury dostępnej przynajmniej w Internecie, cóż z tego, gdy tam mówi się głównie o objawach i skutkach, a tak mało o terapii... Syn odmawia spotkań z psychologiem płatnym, wyśmiewa je, jako „leczenie na kozetce” i wynętrzenie się przed kimś, kto nie wie nawet, co to jest Fallout. Może najbardziej pomogłoby mu koło takich, co sami byli w takim nałogu. Będę Panu wdzięczna za jakiegokolwiek ustosunkowanie się do mojego listu czy ewentualnie skierowanie do kogoś, kogo taka tematyka zainteresuje. Z poważaniem – E.K.

Przebieg terapii.

Pacjent zgłosił się do Ośrodka 20 II 2006. Uczestniczył łącznie w 3 posiedzeniach terapeutycznych, potem bez podania przyczyny nie zgłosił się na umówione terminy.

Nie ma innych uzależnień. Jest bezkrytyczny do objawów uzależnienia, całkowicie zaprzeczając mu. Twierdzi, że matka prześladowa go nadopiekuńczością, a on przecież potrafi kontrolować czas na grę. Jednak specyfika gry i interakcje w niej uczestniczących osób wymagają poświęcenia co 2. dzień praktycznie całej nocy.

Wciągnął się w świat fantasy – Fallout Diabło – walki klanów. Był szefem jednego z polskich klanów Hell Warrior. W inne gry nie gra. Z pozostałych funkcji

internetu korzysta sporadycznie. Uważa, że ta gra wzbogaca jego osobowość. Reaguje złością, gdy sugeruje się mu, iż jest uzależniony od tej gry.

Wnioski:

Na podstawie badań i wywiadu klinicznego uważam, że nie wykryłem związku cech osobowości czy też jednoznacznych czynników motywacyjnych uzależnionego z objawami uzależnienia, które osiągnęło już fazę destrukcji. Prawdopodobnie uzależnienie powstało w wyniku zafascynowania się wirtualnym światem gry.

Ilość czasu przeznaczanego na grę praktycznie nie zmienia się od 3 lat i wynosi średnio 30 godzin tygodniowo, (co 2 dzień po około 8–9 godzin nieprzerwanej gry). Badany potwierdza wystąpienie u siebie 7 objawów uzależnienia (10, 12, 13, 14, 15, 18, 19). Terapia całkowicie nie powiodła się ze względu na negowanie jej sensu i przerwanie jej przez pacjenta po 3 spotkaniach.

II E.L. – kobieta, l. 43, mgr ekonomii, w okresie terapii była w trakcie sprawy rozwodowej, makler giełdowy (pracę straciła w IV 2006), jedna córka – 18 lat – uczennica LO. Mieszkała od I 2006 r. sama, niespodziewanie 17 II 2007 r. zmarła na zawał serca.

Wyniki badania zestawem testów psychologicznych i kwestionariuszem Stylu Posługiwania się Komputerem (KSPK):

- Skala Inteligencji H. Eysencka, I.I. = 106 (inteligencja przeciętna).
- Test Znajomości Słów = 4 (poniżej przeciętny zasób leksykalny).
- Inwentarz Osobowości H. Eysencka MPI: E = 1 N = 9 K = 1. Badany jest melancholikiem. Pesymistyczny, mało odporny na stres, izoluje się od innych ludzi.
- KSPK: badana posiadała nikłą wiedzę informatyczną. Potrafiła tylko załogować się do sieci, skorzystać z podstawowych funkcji wyszukiwarki, korzystać z GaduGadu i napisać prosty tekst w Wordzie. Twierdziła, że przy komputerze spędza tylko do 20 godzin tygodniowo. Nie przyznaje się do żadnego z objawów uzależnienia od internetu!

Dane z wywiadu i posiedzeń terapeutycznych:

Na próbę terapii przyprowadzili ją mąż i córka, mimo iż ona sama nie dostrzegала w sobie żadnych problemów czy zaburzeń. Według jej męża i córki od momentu, gdy straciła pracę, praktycznie cały czas spędzała przy komputerze domowym. W Internecie spędzała ponad 60 godzin tygodniowo. Czas ten przeznaczala tylko na GaduGadu, prowadząc korespondencję z licznym gronem znajomych (pewnego dnia przed komputerem spędziła nieprzerwanie 14 godzin). Zrezygnowala z kontaktów towarzyskich, praktycznie nie wychodziła z domu, nie wykonywała żadnych prac domowych. Zaniedbała się nawet w zakresie podstawowym czyn-

ności higienicznych. W domu panował straszliwy bałagan i brud. Mimo obietnic od trzech miesięcy nie było dnia, by przed komputerem spędziła mniej niż 7 godzin dziennie. Pozbawiona nawet na krótko dostępu do komputera przeżywała lęk i stany depresyjne. W rezultacie mąż wniósł o rozwód i opuścił wraz z córką dom przeprowadzając się do wynajętego mieszkania. Żyła z zasiłku dla bezrobotnych. Płaciła tylko rachunek za internet i prąd. Wyłączono jej gaz. Grożono eksmisją.

Pacjentka była ogólnie wyniszczona i wychudzona (prawie nic nie jadła), nie potrafiła ukryć drżenia rąk. Była uzależniona od papierosów (paliła ich do 40 szt. dziennie), wypijała kilkanaście kaw dziennie.

Osoba o typie niezrównoważonej introwertyczki, (temperamentalnie melancholiczka). Pesymistyczna, depresyjna, niechętnie nawiązywała kontakt z innymi. Nienawidziła swojej pracy ze względu na ciągły kontakt z innymi ludźmi. E.L. zdecydowanie zaprzeczała informacjom rodziny twierdząc, że jest to ich zemsta. Twierdziła, że bez trudu ograniczy czas korzystania z komputera do dwóch godzin dziennie. Mimo to kategorycznie odmówiła udziału w terapii i jakiegokolwiek ograniczanie jej dostępu do komputera (uczestniczyła tylko w 2 spotkaniach, podczas których cały czas manifestowała swoje niezadowolenie). Osoba ta na początku 2007 roku zmarła na skutek zawału serca. Jej zwłoki znaleziono po około dwóch tygodni od zgonu, gdy zapach rozkładającego się ciała przedostał się na zewnątrz jej mieszkania. Komputer działał i stale był zalogowany do sieci.

Wnioski:

Próby podjęcia terapii całkowicie zawiodły. Uzależnienie od internetu zdegradowało i wyniszczyło pacjentkę. Doprowadziło do ruiny zarówno materialnej, psychicznej i fizycznej, a także izolacji od najbliższych. Uważam, że jej śmierć jest bezpośrednio powiązana z uzależnieniem. Jest to najbardziej dramatyczny przypadek, z jakim się spotkałem.

Osoba ta miała przeciętny poziom inteligencji i zasób słów. Była skrajną introwertyczką o bardzo wysokim poziomie neurotyzmu. Temperamentalnie typ melancholika. Bała się kontaktu z innymi ludźmi w świecie rzeczywistym.

Jej cechy są zgodne z oczekiwanymi u kobiet uzależniających się od internetu (introwertyzm i wysoki poziom neurotyzmu).

III K.P. – mężczyzna, l. 47, wykształcenie wyższe informatyczne (AGH), żonaty, troje dorosłych dzieci, od dwóch lat niepracujący. Był on programistą komputerowym kilku krakowskich firm.

Wyniki badania zestawem testów psychologicznych i kwestionariuszem Stylu Posługiwania się Komputerem (KSPK):

- Skala Inteligencji H. Eysencka, I.I. = 118 (inteligencja ponadprzeciętna).

Pozostałych testów nie zdążył zrobić z powodu aresztowania.

Dane z wywiadu i posiedzeń terapeutycznych: Do Ośrodka przyprowadziła go żona, która uważała, że mąż przegrywa życie przez uzależnienie od komputera. Przed dwoma laty wyrzucono go z pracy za ciągłe spóźnienie. Zaniedbał się. Stracił inne zainteresowania. Pacjent potwierdzał w pełni informacje żony. Uważał się, że jest uzależniony i potrzebuje specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej.

W domu miał trzy komputery, przed którymi codziennie spędzał 18 godzin. W tym czasie pisał i rozsyłał po sieci wirusy a ponadto miał kilka intymnych, sieciowych związków z kobietami (nigdy nie spotkał się z nimi w realnym świecie). Każdą godzinę spędzoną nie przed komputerem uważał za straconą.

Został aresztowany za przestępstwa komputerowe i aktualnie przebywa w więzieniu, pozbawiony dostępu do komputera.

Wnioski:

Pacjent odbył jedno wstępne spotkanie w Ośrodku. Terapii nawet nie rozpoczęto powodu aresztowania. Żona deklaruje, że zaraz po wyjściu z więzienia zgłosi się na leczenie.

IV M.S. – mężczyzna, l. 27, żonaty, fizyk, doktorant UJ. Pracuje w Instytucie Badawczo – Rozwojowym, jako fizyk – programista komputerowy, żonaty, dziecko urodzone 3 kwietnia 2007 roku.

Wyniki badania zestawem testów psychologicznych i kwestionariuszem Stylu Posługiwania się Komputerem (KSPK):

- Skala Inteligencji H. Eysencka, I.I. = 135 (inteligencja bardzo wysoka).
- Test Znajomości Słów = 8 sten (duży zasób słów).
- Inwentarz Osobowości H. Eysencka MPI: E = 8 N = 5 K = 2 (ekstrawertyk o średnim poziomie neurotyzmu, nie boi się ujawniać swoich wad).
- KSPK: najwyższy poziom wiedzy komputerowej, przed komputerem spędza 70 godzin tygodniowo, z tego na internet po odliczeniu czasu na pracę zawodową 20 godzin, z których 17 godzin to przeglądanie stron pornograficznych. Zgłasza 2 objawy nadmiernego użycia.

Dane z wywiadu i posiedzeń terapeutycznych:

Na terapię zgłosił się 22 marca 2007 roku. Uzależniony od pornografii internetowej. Codziennie 2–3 godziny (wieczorem) spędza odwiedzając strony pornograficzne, masturbuje się przy tym. Nie interesują go inne formy pornografii (np.

kasety video czy pisma). Ma poczucie, że w Internecie jest zawsze coś nowego. Nie nawiązuje kontaktu z innymi ludźmi poprzez internet.

Ma młodą, atrakcyjną żonę. Seksualnie prawie się nią nie interesuje, do zbliżeń między nimi dochodziło 1–2 razy w miesiącu. Żona dowiedziała się o nałogu męża w 7. miesiącu ciąży przypadkowo uruchamiając historię działań na komputerze męża. Bardzo to przeżywa. Kobieta ta 3 lata wcześniej rozwiodła się z mężczyzną uzależnionym od filmów pornograficznych (kasety video)!

Za namową żony mąż zgłosił się na terapię przy użyciu hipnozy. Odbił już 5 sesji terapeutycznych. W pełni krytyczny do swojego nałogu, chce z nim walczyć i zerwać z uzależnieniem. W terapii uczestniczy aktywnie. Twierdzi, że od trzech tygodni nie odwiedza stron pornograficznych. Według żony w ostatnich dniach poprawiły się między nimi relacje.

Nie chorował, nie ma zaburzeń emocji ani innego uzależnienia.

Wnioski:

Pacjent uzależniony tylko od pornografii internetowej. Zaburza to jednak jego małżeństwo. Terapia ma szansę dać pozytywny efekt.

Hipnoza w walce z bólem

Ból to jeden z podstawowych mechanizmów obronnych sygnalizujący różnorodne zagrożenia i choroby, przede wszystkim oddziaływania uszkadzające nasze tkanki. Może mieć swe źródło w bodźcach zewnętrznych, wewnętrznych w tym również psychicznych. Może być efektem zaburzeń funkcji lub struktury poszczególnych narządów. Rozróżnia się bóle ostre, tępe, kłujące, palące a ponadto umiejscowione, rozlane i wędrujące. Jego subiektywne natężenie zmienia się w bardzo szerokim zakresie pod wpływem wielu czynników, także psychologicznych, socjologicznych i kulturowych. Doznanie bólu potęguje się u osób znerwicowanych. Oczekiwanie na jego nadejście (choćby u dentysty) wywołać może silny lęk. Z drugiej jednak strony emocje wywołane aktualnymi przeżyciami mogą stłumić odczuwanie bólu. Natomiast koncentracja na bólu wzmacnia jego siłę. Tak na ten temat pisze L. Wolberg „... Ból może zostać na pewien czas wyłączony ze świadomości, kiedy uwaga jest odeń odwrócona. Udręka fizyczna spowodowana rozległym obrażeniem narządów ciała może pozostać niezauważona w chwilach wielkiego podniecenia, aby pojawić się później po przeminięciu doraźnej sytuacji. Żołnierze w czasie walki są często świadomi tego, że utracili kończyny, chociaż początkowo nie odczuwają bólu. Istnieje wiele wzmianek

o sportowcach, którzy ze zwichniętą nogą, a nawet złamaniem kości kontynuują rozgrywkę w gorączce współzawodnictwa (np. polski bokser Kasprzyk w olimpijskim finale zwycięsko walczył z Tamulisem mając złamany kciuk prawej ręki – przypis A.A.). Z drugiej strony ból może nasilać się na przykład wskutek skupienia uwagi na dotkniętej nią okolicy”.

Istnieje wiele sposobów redukcji (analgezji, znieczulania) bólu. Przede wszystkim są to środki przeciwbólowe (od łagodnie działających i powszechnie dostępnych chociażby jak Panadol, aż do narkotycznych jak morfina). Podczas zabiegów chirurgicznych stosuje się znieczulenie ogólne (anestezja, narkoza). Popularnością cieszy się akupunktura igłowa i laserowa. Od ponad stu pięćdziesięciu lat jest wykorzystywana do tego celu także hipnoza.

Pierwsze doniesienia na temat hipnotycznej analgezji pochodzą ze źródeł nie-naukowych. W latach trzydziestych XIX wieku wielu magnetyzerów twierdziło, że „magnetyzm zwierzęcy” jest skutecznym sposobem anestezji i analgezji.

L. Chertok twierdzi, że pierwszym opisanym w literaturze naukowej eksperymentem ze znieczuleniem hipnotycznym (nazywanym wtedy znieczuleniem magnetycznym) była próba w dniu 7 listopada 1820 roku przeprowadzona przez Du Poteta z 18 – letnią dziewczyną, która w transie nie reagowała na bodźce bólowe. Natomiast według Lakshmana (2007) pierwszy udokumentowane znieczulenie przy użyciu hipnozy podczas zabiegu chirurgicznego zostało przeprowadzone w 1829 przez paryskiego chirurga podczas mastektomii. W niecałe dwadzieścia lat później brytyjski chirurg, John Elliotson (1843) doniósł o kilku bezbolesnych operacjach w hipnozie (mesmeryzmie). Z kolei szkocki chirurg, James Esdaile (1846) wykonał kilkaset mniejszych zabiegów oraz ponad 300 dużych operacji w Indiach stosując anestezje hipnotyczną. Według niego w czasie tych operacji 80% pacjentów nie odczuło bólu. Warto też w tym miejscu przytoczyć to, że w roku 1843 lekarz okulista a równocześnie prekursor naukowych badań nad zagadnieniem hipnozy, Braid (1843) wykonał pod hipnozę operację zabieg okulistyczny. Pacjentką była 24-letnia kobieta mająca bolesny ropień, bojąca się jednak interwencji chirurgicznej. Braid (1843) zahipnotyzował chorą, a następnie operację wykonali R. Follin i P. Broca. Jedyłą reakcją pacjentki podczas trwania operacji był lekki krzyk trwający niecałą sekundę. Kobieta była rozluźniona i nie przejawiała żadnych obronnych reakcji. Po obudzeniu nic nie pamiętała i dziwiła się, że ją zoperowano.

W tym samym czasie J. Esdaile (1808–1859), szkocki chirurg pracujący w Indiach stosował z wielkim powodzeniem znieczulenie hipnotyczne. Wykonał ponad tysiąc mniejszych i trzysta większych zabiegów chirurgicznych w sposób całkowicie bezbolesny.

Jednak zainteresowanie hipnotyczną analgezą szybko wygasło, bowiem w roku 1848 wynaleziono anestezję chemiczną chloroformem. Po kilku latach zastosowano do tego celu eter. W latach późniejszych anestezjologia przeżyła bujny rozwój. A metody przez nią stosowane okazały się skuteczniejsze, szybsze i bezwzględnie pewniejsze. Wykorzystanie hipnozy ograniczyło się więc tylko do stosunkowo nielicznych przypadków.

Współcześnie uważa się, że uzasadnione jest użycie hipnozy w wielu sytuacjach. Przede wszystkim jako formy przygotowania psychicznego pacjenta do operacji. Chodzi głównie o zmniejszenie napięcia emocjonalnego towarzyszącego oczekiwaniu na zabieg.

W małym odsetku przypadków u osób mogących zapaść w bardzo głęboki trans hipnotyczny można ją stosować także przy dużych operacjach. Jednak jest to ryzykowne, gdyż nie możemy być pewni, czy osoba operowana niespodziewanie się nie rozbudzi z zasugerowanego snu. Nietrudno sobie wyobrazić, czym mogłoby to się skończyć przy operacji narządów wewnętrznych. Są jednak chirurdzy podejmujący takie ryzyko. Ich zestawienia dokonał L. Chertok w roku 1989. Z ciekawszych przypadków można przytoczyć następujące zabiegi wykonane pod hipnozą bez zastosowania środków chemicznych: cięcie cesarskie, amputacja piersi (A. Mason – w roku 1955), chirurgia serca (M. Marmer – 1959), przeszczep skóry (M. Tinterow – 1960), wycięcie prostaty (B. Schwarcz – 1965), usunięcie tarczycy (W. Kroger – 1959), operacja zaćmy (Ruiz 1960), zszycie nerwu (Crasilneck 1958).

Zespół do oceny nowych technik medycznych powołany przez National Institutes of Health uznał w 1996 roku, że hipnoza może być skutecznym środkiem uśmierzającym przewlekły ból wywołany na przykład nowotworem. Badania kliniczne z udziałem dużej liczby pacjentów wykazały, że hipnoza może również zmniejszyć ostry ból u pacjentów, którym oczyszcza się rany powstałe wskutek oparzeń, a także u dzieci poddanych zabiegowi pobrania szpiku z kości i kobiet w czasie porodu.

Opublikowany w 2000 na łamach specjalnego wydania International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis przegląd wyników 27 eksperymentów i analiz klinicznych dowodzi, że sugestia hipnotyczna skutecznie uśmierzała ból u 75% spośród 933 przebadanych osób. Przeciwbólowe działanie hipnozy u 2, 7% badanych było silniejsze niż morfiny. Jednak Society for Clinical and Experimental Hypnosis stoi na stanowisku, że w żadnym przypadku nie wolno stosować hipnozy jako jedynej metody przeciwbólowej podczas interwencji medycznej. Może ona stanowić jedynie metodę dodatkową do rutynowych technik analgezji czy też anestezji (Nash 2001).

Chociaż chemiczne środki znieczulające są znacznie skuteczniejsze i bardziej niezawodne, nie zawsze można je bezpiecznie zastosować. Przy poważnych zaburzeniach pracy serca, nerek, płuc, nawet ich niewielkie dawki są szkodliwe. Ponadto mogą istnieć szczególne przypadki uzasadniające zastosowanie hipnozy. Przykładowo można przytoczyć wypadek pewnego młodego robotnika, któremu wbiło się w przedramię kilka stalowych igieł, konieczna była natychmiastowa operacja, jednak znieczulenie ogólne było przeciwwskazane, ponieważ niedawno zjadł on obfite śniadanie. Środków znieczulenia miejscowego nie było pod ręką, ale na szczęście robotnik okazał się bardzo podatny na sugestie hipnotyczne a operujący go chirurg znał metodę hipnotycznej anestezji. Podczas dwugodzinnej operacji ranny leżał spokojnie, a po obudzeniu twierdził, że w czasie zabiegu nie odczuwał żadnego bólu.

Są i inne zastosowania hipnozy w walce z bólem. Na przykład I. Ecker używa jej przy operacjach plastycznych. Uważa, że hipnoza w przypadku rozległych zabiegów odtwórczych po zranieniu twarzy bądź w przypadku drutowania kości szczęki powoduje, że pacjenci nie mają trudności w oddychaniu pojawiających się przy narkozie.

Hipnoza znalazła także zastosowanie w bezbolesnych porodach. I tak, położnik R. August w ciągu 3 lat przyjął 850 porodów stosując hipnozę. Tylko 36 kobiet z tej grupy wymagało dodatkowych środków chemicznych, a pięć z nich zastosowania cesarskiego cięcia. Z kolei W. Werner, ginekolog i położnik, stwierdził, że w 175 porodach prowadzonych przez niego przy zastosowaniu hipnozy ani raz nie zaszła konieczność zastosowania chemicznych środków znieczulających, a ponadto żadne dziecko nie urodziło się w zamartwicy. Dzieje się tak, gdyż zahipnotyzowana matka oddycha swobodnie, a ruchy partu wykonuje spokojnie i w sposób skoordynowany.

Nie trudno się także dziwić popularności tzw. hipnodontozji, stosowanej zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Dla większości ludzi przerażonych perspektywą zabiegów dentystycznych jest ona niezwykle pożądana. Ma jednak jedną wadę. O ile zwykły zabieg kosztuje tam przeciętnie 100 dolarów, to pod hipnozą jego cena waha się od 500 do 800 dolarów. Kilkanaście lat temu na publicznym pokazie, w obecności dużej liczby dentystów, zademonstrowano bezpośrednio po sobie następujące u jednego pacjenta usuwanie dwóch górnych i jednego dolnego zęba. Nie użyto chemicznych środków znieczulających, a jedynie hipnozę. Nie wystąpiły objawy bólu, nie było też krwawienia. Po przebudzeniu się pacjent nie pamiętał zabiegu.

Skuteczność hipnozy zaobserwowano także przy zwalczaniu bólu odczuwanego w tzw. „kończynie fantomowej”. Niektóre osoby po amputacji uskarżają się

na uporczywe bóle w nieistniejącej już kończynie (dotyczy to około 60% ludzi po amputacjach). Bóle te często nie ustępują pod działaniem najsilniejszych nawet leków znieczulających. Najskuteczniejsze są wtedy zabiegi chirurgicznego przecięcia odpowiednich dróg nerwowych. Ale gdy w około 30% takich przypadków chirurgia nie pomaga zostają akupunktura i hipnoza (przykładowo na 37 opisanych w literaturze naukowej przypadkach bólu w fantomowej nodze dzięki hipnozie 20 pacjentów pozbyło się bólu całkowicie, a 10 osób doznało ulgi pozwalającej odstawić leki).

Inne pole zastosowań hipnozy to walka z migrenami i naczyniowymi bólami głowy. Na 90 pacjentów poddanych podczas pięciu sesji hipnoterapii 38% z nich uzyskało pełne uwolnienie od bólu na okres, co najmniej 9 lat. W ostatnich latach opublikowano nadto szereg doniesień o hipnotycznym łagodzeniu cierpień u chorych na nowotwory.

Zdaniem Burkharda (2005) hipnotyczna kontrola bólu może być wyuczona i zastosowana stosunkowo łatwo. Zapewnia pacjentowi dodatkowy środek kontrolowania choroby nowotworowej i bólu z nią związanego. To prowadzi do polepszenia, jakości jego życia. Oczekiwania pacjenta odnośnie skuteczności tej metody powinny jednak powinny być realistycznie. Hipnotyczna kontrola bólu nie powinna być uważana za substytut opioidów. Jednak w wielu przypadkach analgezja hipnotyczna może zmniejszyć ilość, tak czy inaczej niezbędnych, analgetyków, a w pewnych przypadkach nawet zastąpić je przez długi okres czasu.

Badania wykazały, że najczęściej dzięki hipnotycznej analgezji, ból wprawdzie jest odczuwany, ale spostrzeżeniu temu nie towarzyszy cierpienie. Hipnoza w tym przypadku okazuje się zmienionym stanem świadomości, dzięki któremu lekarz może manipulować percepcją bólu u pacjenta (Paper 2008).

Sugestywne działanie na percepcję człowieka będącego pod hipnozą jest skuteczne także w drugą stronę. Jeżeli przyłożymy komuś do skóry chłodną monetę, sugerując pod hipnozą, że jest to rozpalony kawałek metalu, w miejscu tym powstanie pęcherz oparzeniowy, któremu towarzyszyć będzie uczucie silnego bólu.

Wyniki przytoczonych doświadczeń wskazują, że znieczulenie hipnotyczne powstaje pod wpływem sugestii werbalnych, które otwierając kanał komunikacji między słowem hipnotyzera a organizmem zahipnotyzowanego z częściowym przynajmniej pominięciem świadomości.

W eksperymentach z 1986 roku J. Barber zaobserwował zaskakujący fakt: nie ma dodatniej korelacji (czyli wprost proporcjonalnego związku) pomiędzy stopniem analgezji a podatnością na hipnozę lub uzyskaną głębokością zahipnotyzo-

wania. Wskazywałoby to, że samo wprowadzenie w hipnozę, niezależnie od jej stopnia, umożliwia osiągnięcie analgezji.

Autor ten analizując różne techniki uzyskiwania analgezji hipnotycznej wyróżnił cztery podstawowe w tym zakresie sposoby:

Odpężenie: badanemu sugeruje się, że ból jest coraz mniejszy, że jest odpężony, łatwo i równomiernie oddycha, przestaje przejmować się swoimi kłopotami itd.

Zastąpienie: sugeruje się, że to, co pacjent odczuwa, jako ból zmienia się w obojętne doznanie, np. swędzenie lub mrowienie.

Przemieszczenie: sugeruje się, że ból przemieszcza się do innego obszaru ciała np. do kończyn a następnie stopniowo opuszcza ciało.

Rozdzielenie: sugeruje się, że ból oddziela się od świadomości pacjenta, że przestaje go interesować, staje się obojętny i daleki a on równocześnie wspomina sobie jakieś przyjemne doznania ze swojej przeszłości.

Istnieje ponadto technika **anestezji, czyli znieczulenia ogólnego w głębokim śnie hipnotycznym**. Choremu sugeruje się sen, podczas którego nic nie będzie odczuwał. Możliwe jest wtedy prowadzenie nawet dużych zabiegów chirurgicznych.

Barber poszukując mechanizmu analgezji hipnotycznej stwierdził, że dominują tutaj dwie teorie:

Psychologiczna, reprezentowana np. przez R. Shora, w której analgezja hipnotyczna polega na redukcji lęku przed bólem. Jednak teoria ta nie tłumaczy, zdaniem J. Barbera, faktów bezbolesnych zabiegów chirurgicznych. Zwolennikiem teorii psychologicznej jest natomiast L. Chertok. Uważa, że pod hipnozą są wykonalne nawet najpoważniejsze zabiegi operacyjne bez użycia środków chemicznych przy zastosowaniu samej hipnotycznej analgezji lub anestezji. Jest to możliwe, jego zdaniem, gdyż, mimo iż zahipnotyzowany odczuwa ból, to nie dochodzi on do jego świadomości w formie przykrych doznań. Zachodzi więc wtedy dysocjacja w obrębie psychiki podmiotu. I nie jest to cecha znieczulenia, ale cecha charakteryzująca stan hipnozy. Pod hipnozą transformacji bowiem ulega percepcja bólu.

Fizjologiczna, w której analgezja hipnotyczna jest efektem wydzielania endomorfina ustrojowych pod wpływem sugestii.

W celu zweryfikowania tych teorii J. Barber podawał badanym zastrzyk substancji neutralizujących endomorfiny. Nie wpłynęło to jednak na osłabienie hipnotycznej analgezji bólu zęba.

Innym odkryciem z tych badań było to, że nawet całkowicie niepodatni na hipnozę pacjenci mogli uzyskać pełną analgezję pod wpływem samej tylko sugestii. Wyniki te wskazywałyby jednoznacznie, że analgezja hipnotyczna ma psychologiczne podłoże.

Mimo bezspornych sukcesów praktycznego zastosowania analgezji hipnotycznej w chirurgii badania eksperymentalne nie dają w tym zakresie jednoznacznych rezultatów. Jest to skutkiem przede wszystkim tego, że w warunkach laboratoryjnych nie można stosować takich bodźców bólowych, na które reakcja byłaby niemożliwa do świadomego zahamowania. Tym samym nie można stwierdzić, czy brak reakcji na bodziec bólowy jest efektem hipnozy, czy też odpowiednio umotywowanego świadomego działania.

Zastosowanie hipnozy w terapii innych schorzeń

Są i inne zastosowania medyczne hipnozy. Jednym z nich jest leczenie bezsenności, która niekiedy przybiera takie rozmiary, że terapia staje się sprawą pilną. Człowiek z góry przewiduje, że nie będzie mógł zasnąć przez całą noc. W tej sytuacji sięga po prozki, a wtedy już niedaleko do lekomanii pogarszającej sprawę. W takich przypadkach skuteczne jest nauczanie pacjenta autohipnozy lub treningu autogennego. Natomiast sama hipnoza może przyczynić się do likwidacji lęku przed bezsennością, czyli do przerwania nerwicowego błędnego koła: im bardziej chcemy zasnąć, tym więcej o tym myślimy, a tym samym coraz bardziej rozbudzamy się.

Dobre efekty przynosi hipnoterapia w zaburzeniach psychicznych. Dotyczy to zwłaszcza nerwic i lżejszych postaci depresji. Znakomite rezultaty osiągnięto dzięki niej przy eliminowaniu skutków traumatycznych przeżyć. Umożliwia redukcję niepokoju, podwyższenie nastroju, zwiększenie motywacji do życia a przy okazji odstawienie leków antydepresyjnych (Assen, Alisha 2007).

Hipnoza okazała się również użyteczna w leczeniu nadciśnienia tętniczego, gdyż uwalnia pacjentów od stanów lękowych spowodowanych wzrostem ciśnienia. To samo odnosi się do zaburzeń układu trawiennego: wymiotów, skurczów przełyku, kolek żołądka i jelit, zaparcia itd.

Hipnozy używano też z powodzeniem w pewnych nagłych przypadkach pediatrycznych. Obok tradycyjnych zastosowań przy dziecięcej astmie, moczeniu nocnym, reakcjach histerycznych N. Mellory resocjalizował skutecznie trzynastoletnią spośród czternastu dzieci, które popełniły czyny przestępcze. Dzieci te zostały doń skierowane przez miejscowy urząd nadzoru sądowego. Jedyne powodzenie niepowodzenia dotyczył narkomana, niewykazującego chęci do skorzystania z pomocy. Bywają i niepowodzenia, na przykład, gdy rodzice zgłaszając swoje jękające się dzieci, chcą dzięki hipnozie uniknąć żmudnych i długotrwałych ćwiczeń mowy.

Uważają, że jeśli zapewnili dziecku hipnoterapię, to zrobili już wszystko, co było w ich mocy. Nie docierają do nich natomiast argumenty o konieczności wytrwałej pracy z dzieckiem (Vólgyesi 1975).

Terapię jąkających się prowadzi między innymi w Moskwie W. Szkłowski (Rożnów 1978). Leczeniu poddawał najcięższe przypadki wad wymowy uwarunkowanych psychogennie. Zabiegi odbywały się grupowo wobec licznego audytorium. Pamiętajmy w tym momencie, że ludzie z wadą wymowy często unikają kontaktu z innymi i są szczególnie podatni na destrukcyjne działanie audytorium (lęk przed ekspozycją społeczną). Terapeuta w sposób arbitralny pod hipnozą podawał sugestie: „A teraz będziesz wyraźnie i spokojnie mówić, będziesz tak mówić również po obudzeniu się z hipnozy”. Część pacjentów pod hipnozą zaczynała mówić płynnie i wtedy Szkłowski budził ich w ten sposób, aby sami usłyszeli swoje ostatnie słowa płynnie wypowiedane. Niejednokrotnie pacjenci mówili dalej płynnie, przeżywając równocześnie silne wzruszenie. Oczywiście wada wymowy po chwili wracała, ale był to początek skutecznego oddziaływania, gdyż pacjent mógł uwierzyć, iż potrafi mówić bez zająknięć. Tym samym bariera lęku i niemoicy zostawała w dużej mierze przełamana i dalsza terapia logopedyczna była już znacznie łatwiejsza.

Hipnoza jest skuteczna tam, gdzie pomaga relaksacja, tam, gdzie schorzenie ma emocjonalne przyczyny. Szczególnie dotyczy to moczenia nocnego, tików, obgryzania paznokci, wrywania włosów, szeregu postaci nerwic, egzemy, łuszczycy, brodawek, otyłości psychogennej, migren, braku miesiączki, zaburzeń seksualnych, astmy, wędrujących bóli itd. Hipnoza jest efektywna także w stanach przemęczenia lub sytuacjach o przewlekłego i silnego stresu. W tych przypadkach samo wprowadzenie w hipnozę przypominającą półsen wzmacnia i regeneruje siły psychiczne. Ta technika znajduje zastosowanie np. w leczeniu owrzodzenia żołądka.

W tym miejscu chciałem jeszcze napisać parę słów o modnym w latach osiemdziesiątych naszego stulecia kierunku psychoterapii, zwanym terapią behawioralną. Połączono w niej liczne metody terapii stosowane już wcześniej. A wywodzi się ona z teorii głoszącej, że wszystkie objawy są wytworem wadliwego uczenia się i mogą być wyeliminowane w trakcie nowego, intensywnego procesu uczenia. Najpierw analizuje się przyczyny objawów (analiza behawioralna). Następnie stosuje się metody mające za zadanie przerwać związek pomiędzy lękiem i chorobowymi reakcjami. Chorego uczy się, jak ma opanowywać i przewycięzać lęk. Zachęca się do jawnego wyrażania swoich uczuć. Metoda ta okazuje się często skuteczna u cierpiących z powodu rozbudowanych zespołów lękowych (fobii) i nieśmiałości w stosunkach interpersonalnych. Hipnoza jest składnikiem tej metody, można ją wykorzystać w celu redukcji napięcia emocjonalnego u pacjenta.

Natomiast zastosowanie hipnozy w roli metody diagnostycznej przy terapii behawioralnej może prowadzić do ujawnienia rzeczywistych przyczyn schorzenia. Wyrazistym tego przykładem jest historia pewnego dyrektora, opisana przez Wolberga (1975). Pacjent był żonaty, niezależny materialnie, ale miał wadę – odwiedzał prostytutki i żądał, aby go bezlitośnie biczowały. Doznawał wtedy silnego orgazmu. Następnie przeżywał uczucie wstydu, a przede wszystkim strachu, że wszystko się w końcu wyda. Doprowadziło go to do stanu depresji i myśli samobójczych. Nie potrafił się jednak wyzwolić od kontaktu z prostytutkami.

W trakcie badań diagnostycznych, na podstawie hipnotycznie wzbudzonych snów i wolnych skojarzeń L. Wolberg stwierdził, że w dzieciństwie matka biła pacjenta, karząc w ten sposób jego onanizm. Zespolecie tych czynności wytworzyło stałe skojarzenie. Mimo że przyczyny uległy zapomnieniu, związek między odczuciami seksualnymi a biciem pozostał. Po odkryciu tych faktów dalsze leczenie było już stosunkowo łatwe.

Jednak nie zawsze użycie hipnozy pozwala na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Nawet jeżeli terapeuta dysponuje dobrymi umiejętnościami, nie każdorazowo odnosi sukces. Zwykle przyczyną niepowodzenia jest niemożność zahipnotyzowania pacjenta z powodu jego obawy przed zapadnięciem w trans. Właściwy stosunek do hipnozy oczywiście ułatwia leczenie. U przeważającej liczby moich pacjentów taka postawa dominowała. Wiara w możliwość wyleczenia jest silniejsza od oporu przeciw poddaniu się hipnozie. Niebagatelne znaczenie ma też ciekawość, chęć przeżycia czegoś nowego. Taka motywacja dominuje na przykład wśród studentów, zgłaszających się ochotniczo na badania eksperymentalne pod hipnozą. W licznych eksperymentach z tego zakresu nie miałem nigdy kłopotów ze skompletowaniem odpowiednio licznej grupy badanych.

Terapeuta może ograniczyć do minimum liczbę nieudanych zahipnotyzowań, kiedy pozna czynniki wywołujące opór pacjenta. Jeżeli swoim zachowaniem umie wzbudzić zaufanie, zainteresować badanego badaniem, rozproszyc błędne obawy przed transem, wtedy najczęściej hipnoza bywa udana. Z mojej praktyki jednoznacznie wynika, że rozmowa wstępna jest zwykle ważniejsza od późniejszych, często już technicznych działań, w których oczywiście niezwykle istotne jest dostosowanie techniki hipnotyzowania do indywidualnych cech badanego. Zazwyczaj wymaga to dużej cierpliwości i pomysłowości.

Ale nawet wtedy, gdy procedura hipnotyczna przebiega pomyślnie, można nie uzyskać zakładanych efektów leczniczych. Najczęstszą tego przyczyną jest błędne rozumienie celów, którym służy hipnoza. Przyciąga ona niektórych neurotyków, wierzących w jej magiczną moc. Również wielu ludzi o zaburzeniach psychotycznych traktuje hipnozę jza pole do realizowania swojego urojeniowego, magicznego

myślenia. Wielu innych pacjentów poszukuje szybko działających środków leczniczych. Chociaż jest prawdą, że hipnoza może skrócić leczenie, nie może ona błyskawicznie usuwać nawyków kształtowanych przez wiele nieraz lat.

Pacjentowi trzeba pomóc w zrozumieniu, że jego leczenie musi trwać. Natomiast, kiedy pacjent do nas przychodzi, oczekuje, że wystarczy, gdy przedstawi swoje problemy, a my go pod hipnozą od nich uwolnimy. Szybko i bez wysiłku z jego strony. Te nierealne oczekiwania rozmiągają się z celami terapeuty, który chce doprowadzić pacjenta do stanu, w którym będzie on zdolny korzystać z własnych sił i możliwości. Umożliwi mu to skuteczną samodzielną walkę z nękającą go chorobą, w której terapeuta będzie oparciem i przewodnikiem. Dlatego też hipnotyzer powinien otwarcie mówić o celach i sposobach terapii. Dobrze jest uzgadniać z chorym poszczególne kroki terapeutyczne, jak i podane sugestie. Z czasem należy wytworzyć przekonanie chorego o tym, że sam może rozwiązywać swoje problemy, a hipnoza czy inne metody lecznicze są jedynie środkami, które pomagają w samodzielnym przezwyciężaniu trudności.

STYL POSŁUGIWANIA SIĘ KOMPUTEREM – Zaznacz lub wpisz określające Ciebie informacje:	
Płeć K/M, Wiek Wykształcenie (stopień i kierunek).....	
Wykonywany zawód (lub rok studiów).....	
Miejsce pracy (rodzaj firmy lub uczelni).....	
1. Posiadam dostęp do komputera: stały, sporadyczny, nie posiadam.	
2. Posiadam dostęp do internetu: stały, sporadyczny, nie posiadam.	
Poniższe stwierdzenie dotyczy mnie (skorzystaj z poniższej skali wpisując odpowiednią cyfrę: 0. Nie dotyczy, 1. Rzadko, 2. Sporadycznie, 3. Często, 4. Bardzo często, 5. Zawsze	
3	Najbliższe mi osoby mają pretensje, że zbyt długo używam komputera.
4	Efekty mojej nauki lub pracy obniżają się w skutek zbyt długiego przebywania przy komputerze.
5	Denerwuję się, gdy ktoś mówi do mnie a ja właśnie korzystam z komputera.
6	Późno w nocy nie śpię tylko siedzę przy komputerze.
7	Marzę, fantazuję lub natrętnie myślę o tym, co będę robił przy użyciu komputera w czasie, gdy nie jestem przy nim.
8	Proszony o wyłączenie komputera mówię „jeszcze tylko parę minut”.
9	Próbuję bezskutecznie ograniczyć czas spędzany przy komputerze.
10	Ukrywam przed innymi to, ile czasu pochłania mi komputer.
11	Wybieram komputer zamiast spotkań z innymi.

12	Potrafię posługiwać się komputerem w zakresie (zaznacz odpowiednie):	
a	Nie potrafię	
b	Gier	
c	Programów użytkowych	
d	Internetu	
e	Zaawansowanych programów	
f	Konfiguracji oprogramowania	
g	Serwisu sprzętu	
h	Pisania prostych programów	
i	Pisania złożonych programów	
13	W Internecie szukam (zaznacz odpowiednie):	
a	Informacji potrzebnych mi w pracy, nauce lub życiu codziennym	
b	Ciekawych stron WWW, bez wcześniej określonego celu	
c	Seksu	
d	Filmów, muzyki, programów, zdjęć	
e	Kontakt z innymi ludźmi	
f	Aukcji, promocji, licytacji, handlu	
14	Ile średnio godzin tygodniowo spędzasz przed komputerem?	
15	Ile godzin tygodniowo spędzasz przed komputerem niezależnie od pracy zawodowej i nauki?	
16	Ile średnio godzin tygodniowo przeznaczasz na internet?	
17	Ile godzin tygodniowo przeznaczasz na internet niezależnie od pracy zawodowej i nauki?	

Rozdział XI

Zjawiska pokrewne hipnozie

Amerykański kosmonauta Cooper ujawnił, że w czasie lotu orbitalnego, z wysokości 330 km, zobaczył gołym okiem domy i inne zabudowania. Nie jest to jednak możliwe z takiej wysokości. Potraktowano to więc jako halucynacje wywołane izolacją sensoryczną.

Do wiejskiego, bieszczadzkiego ośrodka zdrowia przywieziono ugryzionego przez węża człowieka. Jego stan był ciężki. Zaznaczały się wyraźnie typowe objawy zatrucia jadem: zaburzenia krążenia i oddychania. Na szczęście dla niego przywieziono również zabitego węża. Okazał się niejadowitym zaskrońcem – „gniewozem”. Lekarz podał pacjentowi potężną dawkę środków uspokajających i ten zasnął po kilku minutach. W czasie snu wszelkie objawy zatrucia cofnęły się. Jednak gdyby jednak ukąszonemu nie udzielono pomocy lekarskiej, zmarłby po kilku godzinach. Byłaby to tak zwana „zasugerowana śmierć”.

W pewnym mieszkaniu znaleziono zwłoki związanego mężczyzny. Sekcja nie wykryła przyczyny śmierci. Jedyнным obrażeniem było płytkie nakłucie skóry ramienia. Tajemnica tego przypadku przez wiele lat nie została wyjaśniona. Dopiero jej sprawca tuż przed swoją śmiercią wyznał, jak to się wydarzyło. Obezwładnił ofiarę, zawiązał jej oczy, następnie ukłął silnie mężczyznę w ramię mówiąc, że podcina mu żyły i poczeka, aż się zupełnie wykrwawi. Pojawiło się kilka kropel krwi. Morderca zaczął polewać to miejsce ciepłą wodą. Ofiara sądziła, że to jej własna krew tak spływa i po upływie około 40 minut zmarła.

Przytoczone wyżej trzy zdarzenia są przykładem zjawisk pokrewnych hipnozie, a wywołanych sugestią (Augustynek 1990).

Nie jest to jedyna droga uzyskania stanów pokrewnych hipnozie. Służyć do tego mogą też pewne środki chemiczne oraz izolacja względnie deprywacja sensoryczna. Pokrewieństwo z hipnozą wynika z analogicznych „zjawisk” występujących

podczas ich trwania, a także z faktu, że techniki hipnozy zmirają również w kierunku izolowania hipnotyzowanego od bodźców płynących z zewnątrz. Sugeruje mu się, że nie zwraca uwagi, a nawet nie słyszy niczego poza głosem hipnotyzera. Badany ma oczy zamknięte, mięśnie rozluźnione. Leży lub siedzi bez ruchu. W tej sytuacji dopływ bodźców zmysłowych zostaje w znacznym stopniu ograniczony.

Efekt placebo

Z działaniem sugestii często spotykamy się w medycynie. Zasugerowana wiara w skuteczność leczenia jest doniosłym czynnikiem warunkującym uzyskanie poprawy stanu zdrowia. Zjawisko to zostało nazwane „efektem placebo”. Definiuje się je, jako podanie obojętnej farmakologicznie substancji lub zastosowanie obiektywnie nieskutecznej metody leczenia dla osiągnięcia efektu psychologicznego.

Spektakularne wyniki uzyskano w badaniach nad placebo przy uśmierzaniu bólu. Stwierdzono, że placebo osiąga w znoszeniu bólu około 50% skuteczności morfiny (morfina znosi ból w przybliżeniu u 75% pacjentów, placebo u około 36% pacjentów). Co więcej okazuje się, że skuteczność placebo jest w przybliżeniu wartością stałą w grupie badanych i osiąga skuteczność na poziomie od 54 do 56 procent takich środków, jak morfina, aspiryna, kodeina. Największą skuteczność placebo wykazuje przy uśmierzaniu bólu towarzyszącego reumatyzmowi i chorobie wrzodowej (Łukaszewski 2008).

Działanie placebo jest od dawna za potężną siłą uzdrawiającą. Przepisywanie substancji nieaktywnych, stosowanie dziwnych metod diagnostycznych lub terapeutycznych jest od wielu lat nieodłączną częścią wykonywania praktyki lekarskiej, a typowym tego przykładem jest podawanie bardzo rzadkich leków lub ziół sprzedawanych przeważnie z bardzo odległych miejsc.

Jeden z moich kolegów opowiedział następujące zdarzenie. Przed paru laty w lekospisie pojawił się nowy farmaceutyk. Z informacji o nim wynikało, że jest to prawdziwa rewelacja, z ochotą więc przepisywał go pacjentom. Działanie leku było znakomite. Tak działo się do czasu, gdy mój kolega przeczytał pracę naukową na temat tego specyfiku. Wynikało z niej, że działanie farmaceutyku jest bardzo słabe. Zaskoczyło to lekarza, gdyż jego doświadczenia w tym zakresie były inne. Dlatego też nadal stosował ten lek. Niemniej jego skuteczność gwałtownie zmalała. Zastanawialiśmy się wspólnie nad przyczynami tego faktu i doszliśmy do wniosku, że istotna była tu wiara terapeuty w lek. Przepisując go pacjentom i informując o jego działaniu, robił to inaczej przed i po przeczytaniu doniesienia.

Inny przykład podał Kozłowski (2008): 47 letnia kobieta od dwudziestu lat chorowała na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, powikłaną tzw. sercem płucnym. Pomimo pełnego zabezpieczenia lekowego i wyrównanych parametrów życiowych, każdego dnia kilkakrotnie wzywała lekarza z powodu duszności. Lekarz podawał dodatkową dawkę leków (zwykle sterydów) i stan pacjentki wracał do normy. Po którymś wezwaniu zdecydowano się zamiast leków podać kroplówkę z soli fizjologicznej, która obiektywnie nie powinna wywołać zmian w stanie pacjentki. Okazało się jednak, że duszność ustąpiła, a chora prosiła o kroplówkę każdego dnia. Gdy ją dostawała, duszności w ogóle nie było, gdy kroplówki nie otrzymała, duszności wracały.

Wielu lekarzy zna cytowany w wielu podręcznikach przypadek J. Wrighta, który był ciężko chory na złośliwy nowotwór. W roku 1957 był w takim ciężkim stanie, że długość jego życia liczono w dniach. Gdy przyjęto go do szpitala w Long Beach (Kalifornia) z guzem wielkości pomarańczy, usłyszał, że odkryto surowicę (Krebiozen), która wydawała się być skuteczna w walce z rakiem. Wright błagał swego lekarza, aby mu ją podano. Lekarz, po długich namowach, zgodził się w końcu i w piątek po południu dano pacjentowi zastrzyk. W poniedziałek zdumiony lekarz zobaczył pacjenta żartującego z pielęgniarkami. Guz znacznie zmalał. Dwa miesiące później Wright przeczytał w piśmie medycznym artykuł, w którym o Krebiozynie wypowiadano się bardzo niepocholebnie. Od tego momentu rozpoczął się nawrót choroby. „Nie wierz w to, co przeczytałeś” – starał się tłumaczyć lekarz. Aby podtrzymać wiarę pacjenta dał mu zastrzyk ze specyfikiem, który miał być „udoskonaloną, i o podwójnej sile działania”, wersją leku. W rzeczywistości był to obojętny płyn – jednak guz powtórnie zmalał. Wright cieszył się z poprawy stanu zdrowia przez następne dwa miesiące, aż do momentu, gdy powtórnie przeczytał artykuł, w którym napisano, że Krebiozen jest bezwartościowy. Zmarł po dwóch dniach (Novella 2008).

Prace badawcze poświęcone nowym środkom farmakologicznym od dawna uwzględniają efekt placebo. Jego wielkość bada się metodą podwójnej ślepej próbki. Nowy lek i substancja obojętna wyglądają tak samo i mają ten sam smak. Farmaceuta prowadzący próby dzieli lek i substancję obojętną na numerowane porcje. Tylko on wie, pod którym numerem kryje się lekarstwo. Następnie lekarz nadzorujący stosowanie farmaceutyku rozdziela porcje dla poszczególnych pacjentów. Wie oczywiście, co komu zleca. Na koniec lekarze prowadzący leczenie zespołowo oceniają uzyskany efekt. Jeżeli placebo daje analogiczny lub zbliżony efekt, co testowany lek, to znaczy, że jest on bezwartościowy.

Metody oceny medykamentów są stale doskonałe. Uwzględnia się w nich coraz to nowe zmienne (wiek, płeć, zaawansowanie choroby). Bada się, pod jaką po-

stacją działa on najskuteczniej (tabletki, czopki, zastrzyki, krople). Ostatnio w prasie amerykańskiej znalazłem komunikat o wpływie telepatii na wielkość efektu placebo. Autor artykułu sformułował wniosek, aby rozdział porcji leku i substancji obojętnej dokonywał się losowo. Informacja o tym powinna znajdować się wyłącznie w pamięci komputera. Umożliwi to wyeliminowanie wpływu telepatycznego farmaceuty, znającego numery próbek z substancją aktywną, na postępowanie lekarzy podających preparat poszczególnym pacjentom. Natomiast przed kilkunastu laty w „Journal of the American Medical Association” opisano doświadczenie, w którym przebadano osiemdziesięciu chorych cierpiących na depresję. Pacjentów podzielono na trzy grupy. Jednej z nich podawano silne środki uspokajające, drugiej środki o charakterze placebo, zaś trzeciej nic nie podawano. W ostatniej grupie chorzy wykazywali nasilenie lęku i objawów depresyjnych. Najlepsze wyniki uzyskano w grupie drugiej, gdyż chorzy obok (zasugerowanego) złagodzenia objawów chorobowych nie doznawali, tak jak pacjenci z grupy pierwszej, stanów oszołomienia i ośpienia wynikających ze specyfiki działania neuroleptyków. W tym samym piśmie kilka lat później ukazało się doniesienie o wynikach programu badawczego, prowadzonego na Uniwersytecie Michigan. Tamtejsi uczeni doszli do wniosku, że skuteczność wielu współczesnych leków co najmniej w jednej trzeciej zależy od osobowości lekarza (Gardner 1995).

Prowadząc terapię, obserwuje się, że pacjenci uważają lek zagraniczny za skuteczniejszy, mimo że ma on takie same składniki, jak produkowany w kraju. Sugestywne działanie tego leku jest tym większe, im jest on droższy, trudniej dostępny i mniej znany.

Na silnej sugestii oparta jest również metoda maski tymolowej, stosowana w Leningradzkim Instytucie Psychoneurologicznym. Pacjent zostaje powiadomiony o niezwykle skutecznym działaniu tego kosztownego leku, którego podanie odkłada się kilkakrotnie wyjaśniając, że trzeba składać specjalne podanie do Ministerstwa Zdrowia o jego przydział i że jest go w ogóle bardzo mało i nie dotarł jeszcze do Instytutu. Ustala się w końcu termin zabiegu. Lekarze ubierają się jak do operacji. Pacjent kładzie się na stole. Stojący obok lekarze, niby mimochodem, rozmawiają o doskonałym wyniku tego zabiegu w jakimś ciężkim przypadku. Następnie maską używaną do narkozy pompuje się strumień aromatycznego, farmakologicznie obojętnego gazu. Zabieg ten jest czasami skuteczny w przypadkach nerwic histerycznych, zwłaszcza przy niedowładach i mutyzmie (Augustynek 1996).

Pod koniec 2007 roku naukowcy ze Stanford University w oparciu o przeprowadzone badanie zidentyfikowali fizjologiczny sposób, w jaki działa część leków, które teoretycznie nie powinny działać. Chodzi o placebo redukujące odczuwanie bólu.

Badacze informowali badanych, że wezmą udział w testach nowego leku przeciwbólowego. Potem pytali uczestników, jak wielkiego efektu spodziewają się po tym leku. Następnie sprawiali stymulatorem elektrycznym osobom biorącym udział w eksperymencie słaby ból, po czym pytali badanych, jak silny to był ból i czy według nich lek rzeczywiście ból zmniejszył. Przez cały czas za pomocą obrazowania pracy mózgu (przy użyciu rezonansu magnetycznego) monitorowano reakcje zachodzące w mózgach ochotników.

Okazało się, że im więcej badani spodziewali się po leku, tym większa była aktywność neuronów w ich jądrach półleżących (łac. *nucleus accumbens*); jest to mały obszar w podkorowej części mózgu odpowiadający przede wszystkim za powstawanie w naszej świadomości uczucia przyjemności. Dlatego ośrodek ten nazywano układem nagrody. W jądrach półleżących dochodzi do uwalniania endorfin – naturalnych substancji znieczulających, przypominających działaniem morfinę (Novella 2008).

Wykorzystując sugestywność badanego nawet osoba niewykwalifikowana może uzyskać sukcesy w leczeniu. Załóżmy, że uzdrowiciel pomógł jednej dziesiątej pacjentów. Naturalnie, będzie podkreślał swoje osiągnięcia, nie wspominając o porażkach. W ten sposób tworzy wokół siebie mit cudownej, nadnaturalnej mocy. Ułatwia to mu dalsze działanie.

Praktyki magiczne i irracjonalne

Wywołana odpowiednią sugestią atmosfera obcowania z mocami nadprzyrodzonymi towarzyszy nie tylko praktykom medycznym. Jest ona podstawą spirytyzmu i okultyzmu. Także wiele religii opiera na tym swoje obrzędy.

Wśród prymitywnych plemion, praktykujących obrzędy magiczne, znany jest efekt złamania tabu, czyli sprzeniewierzenia się zakazowi wykonania pewnych czynności. Plemienny szaman rzuca na winowajcę czary lub przekleństwo. Nie stosuje żadnej przemocy fizycznej, mimo to ukarany popada w depresję i popełnia samobójstwo lub umiera na skutek potężnego stresu. W takim przypadku działa niezwykle silna sugestia. Jeżeli się ją przyjmie, nie ma przed nią obrony ani ucieczki. Bezlitośnie dosięga swojej ofiary. Obserwują to inni członkowie plemienia i wiara w moc zaklęć czarownika rośnie, wzmagają się też strach przed złamaniem tabu.

Podobne zjawiska, w mniejszym może zakresie i ze słabszym natężeniem, pojawiają się również współcześnie. Opisy ich budzą powszechne zainteresowanie. W dużych nakładach rozchodzą się książki o horoskopach, życiu po śmierci i re-

inkarnacji. Prawie bezkrytycznie czytelnicy przyjmują opisy zjawisk telekinetycznych (np. łamanie łyżeczek na odległość) i telepatycznych. Tworzy to podatny grunt pod działalność wielu szarlatanów. Przy krytyce współczesnej odhumanizowanej medycyny wzrasta popularność uzdrowicieli, bioenergoterapeutów, a nawet klasycznych znachorów. Moim zdaniem, skuteczność ich metod w przeważającej mierze jest wynikiem umiejętnego stosowania sugestii. Składa się na to wytworzenie wiary w wyleczenie, poczucie bezpośredniego kontaktu z terapeutą oraz zapewnienie samej metodzie odpowiedniej oprawy. Niezwykle ważne jest też, czy prowadzący leczenie wierzy w swoją metodę. Są ludzie ogarnięci ideą bezinteresownej pomocy innym. Poświęcają swoje życie propagowaniu, a często nawet naukowemu wyjaśnianiu stosowanej przez siebie metody, która rzeczywiście niesie ulgę w cierpieniach wielu chorych. Idealem w tej sytuacji jest połączenie profesjonalnej wiedzy medycznej z umiejętnością kształtowania opinii na temat skuteczności używanych środków.

Efekt zastosowania sugestii występuje także i w innych metodach leczenia. Techniki sugestywne stanowią najstarszą chyba formę psychoterapii, stosowaną od niepamiętnych czasów. Pod ich wpływem człowiek pozytywnie reaguje na metody leczenia, pozbawione – obiektywnie – waloru terapeutycznego. Przykładem może tu być terapia organowa. Stworzona została przez znanego psychoanalityka amerykańskiego, Wilhelma Reicha.

W. Reich początkowo był psychoterapeutą. Praktykował w Austrii. Następnie w 1931 roku zakłada własne wydawnictwo w Niemczech. Odcina się też od trwającej kilka lat współpracy z Austriacką Partią Komunistyczną. W 1936 roku otwiera w Oslo Instytut Psychoterapeutyczny. Spotyka się tam jednak z zawziętym oporem miejscowych specjalistów. W 1939 roku na zaproszenie profesora psychiatrii Uniwersytetu w Columbii T.P. Wolfa przybywa do Stanów Zjednoczonych. Przez dwa lata jest wykładowcą Nowojorskiej Szkoły Badań Społecznych. Następnie kieruje wydawnictwem w Green Village oraz laboratoriami badawczymi w Forest Hill i Organon (Gardner 1995).

Reich (1947) twierdził, że wykrył ogniwo łączące materię żywą i nieożywioną. Nazwał je bionem i uważał, że jest ono nosicielem, organu czyli energii promienistej kosmosu. Według jego projektu skonstruowano na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych naszego wieku skrzynie organowe, które zawierały naprzemienne ułożone warstwy materiału organicznego i nieorganicznego. Miały one być akumulatorami organu, wzbogacającymi w energię ludzi z nich korzystających.

Reich (1947) uważa swe odkrycie za porównywalne z przewrotem kopernikańskim. Odmowa uznania jego metody przez przedstawicieli oficjalnej medycyny jest oczywiście „oporem przeciw nowej idei”. Reich interpretuje Freudowskie „Id”,

jako działanie energii orgonalnej w ciele. Energia orgonalna jest odpowiedzialna za powstanie zorzy polarnej, piorunów, błękitu nieba, zakłóceń elektrycznych w czasie podwyższonej aktywności plam słonecznych, a także niebieskiego zabarwienia ropuch podnieconych seksualnie. Powstawanie chmur uzależnione jest od koncentracji orgonu.

W 1947 roku Reich zmierzył tę energię licznikiem Geigera i sfotografował – miała niebieski kolor. Również migotanie gwiazd to fluktuacje orgonu. Najbardziej zdumiewające odkrycie Reich opisał w swoim artykule pt. „Naturalne powstawanie pierwotniaków z pęcherzyków orgonu”. Zamieszczonym w wydanym przez niego czasopiśmie „International Journal of Sex and Orgone Research” – listopad 1942 roku. Opisuje tam, co dokumentuje mikrofotografiami, spontaniczne formowanie się pierwotniaków z agregatów bionu. Biony formują się nieustannie jako rezultat przemian materii żywej i nieżywej. Jego zdaniem komórki nowotworowe to pierwotniaki rozwinięte z bionów tkankowych. Na zarzuty krytyków, że pierwotniaki pod postacią cyst dostały się do próbki z powietrza, Reich odpowiedział po prostu, że tak nie jest, choć nie stosował żadnych zabezpieczeń materiału przed zanieczyszczeniem.

Wielu inteligentnych ludzi spędzało swój wolny czas w skrzyniach orgonowych. Wolberg (1948) opisuje pacjenta, który twierdził, że trzy miesiące codziennego, kilkugodzinnego dreptania w skrzyni dały mu więcej niż trzy lata intensywnej psychoterapii prowadzonej przez znanego i doświadczonego terapeutę. Pacjent ten zakupił dla siebie i swojej żony osobne skrzynie, zbudował również małą skrzynkę dla kota. Jego zdaniem, skrzynie zredukowały do minimum wydatki na leczenie internistyczne, psychiatryczne, a także weterynaryjne. Jak pisze Wolberg (1948), nie trzeba większej wyobraźni i wprawy w logicznym myśleniu, aby efekty te odnieść wyłącznie do wpływu sugestii.

Koncepcje W. Reicha, będące w prostej linii kontynuacją teorii magnetyzmu zwierzęcego Mesmera, spotkały się z bardzo ostrą krytyką oficjalnych instytucji naukowych, co spowodowało, że stosowanie metody orgonowej zostało zabronione.

Relaksacja i techniki medytacyjne

Jedną z cech charakterystycznych transu hipnotycznego jest zrelaksowanie się badanego. Hipnotyzer podaje w tym celu odpowiednie sugestie. Podobne efekty uzyskuje się stosując różnorodne metody relaksacyjne, opierające się na założeniu, że istnieje wzajemny związek między trzema czynnikami: napięciem psychicz-

nym, stanem narządów wewnętrznych i tonusem mięśni. Ponieważ napięcie mięśni szkieletowych można dowolnie zmieniać, to metoda likwidacji tego napięcia stanowi jeden ze sposobów zmniejszenia skutków stresu psychicznego, a tym samym osiągnięcia relaksacji psychicznej i poprawy funkcjonowania narządów wewnętrznych kierowanych przez ośrodkowy układ nerwowy.

Znaczenie umiejętności odprężenia się odkryto na przełomie XIX i XX wieku. W. James zwrócił wtedy uwagę na stałe pobudzenie nerwowe Europejczyków i przeciwstawił mu spokój i kontemplację Hindusów. Wywołało to trwające do dziś zainteresowanie kulturami Azji, powstały liczne systemy leczenia wypoczynkiem, które dały podstawę do stworzenia dwóch najbardziej znanych metod: relaksacji progresywnej E. Jacobsena i treningu autogennego J. Schultza (Augustynek 1990).

Jacobsen (1948) opracował metodę systematycznych ćwiczeń, polegających na rozluźnieniu mięśni wszystkich części ciała. Ćwiczenia podzielił na sześć lekcji:

1. Pacjent uczy się rozróżniać uczucie napięcia i rozluźnienia mięśni rąk. Nauka trwa tak długo, dopóki nie nauczy się on rozluźniać jednocześnie wszystkich mięśni przedramienia i ramienia.
2. Ćwiczenia relaksacyjne mięśni głowy. W pierwszej kolejności mięśni twarzy, a szczególnie czoła, następnie ust i skroni. Ułożenie warg jest jednym z istotnych czynników osiągnięcia relaksacji. Prawidłowo powinny być na kilka milimetrów rozchylone.
3. Uwaga jest skierowana na mięśnie języka, których napięcie można wyczuć przez przyciskanie końca języka do przednich zębów.
4. Pacjent rozluźnia mięśnie barkowe.
5. Ćwiczy się rozluźnianie mięśni pleców, klatki piersiowej i brzucha.
6. Na ostatniej lekcji wykonuje się relaksację palców rąk i nóg.

Przy ćwiczeniach bardzo pomagają równomierne i głębokie wdechy i wydechy. Po zakończeniu lekcji pacjent codziennie przez pół godziny prowadzi relaksację samodzielnie.

Spośród wszystkich technik relaksacyjnych najbardziej i najdokładniej opracowana jest metoda „treningu autogennego”, stworzona na początku lat 30. XX wieku przez niemieckiego lekarza Schultza (1960), a oparta na niektórych ćwiczeniach hinduskiej jogi. Trening autogeny podzielony jest na kilka stopni. Niższy obejmuje wykonanie standardowych zadań, które polegają na rozluźnieniu mięśni, powolnym i równomiernym oddychaniu, wytwarzaniu poczucia „pustki myślowej”. Trening rozpoczyna się od mięśni nóg, następnie obejmuje ręce, kark i czoło. W ten sposób uzyskuje się odprężenie psychiczne, zwiotczenie ciała, a ponadto zwolnienie akcji serca.

Stopień wyższy polega na podnoszeniu – w drodze autosugestii – temperatury rąk i nóg oraz wytwarzaniu uczucia chłodu na czole.

Doszedłszy do tego etapu, człowiek zapada w pewnego rodzaju „błogostan”, który jest właśnie istotą treningu autogennego. Jeszcze wyższy stopień treningu nazywa się medytacją autogenną. Przejściem do niego jest ćwiczenie polegające na utrzymaniu przez dłuższy czas gałek ocznych w pozycji do góry i do wewnątrz – (spojrzenie w kierunku środka czoła). Następnie ćwiczący uczy się wywoływać wyobrażenia bezkształtnej kolorowej plamy, dalej – wizję określonych przedmiotów: najpierw konkretnych, później abstrakcyjnych, a wreszcie nawet symbolicznych. Dalszym etapem jest wspomnianie minionych przeżyć silnie zabarwionych emocjonalnie. Potem ćwiczący wywołuje w pamięci obrazy określonych osób, przy czym powinien uświadamiać sobie swój stosunek do nich oraz uzyskać zdolność pełnej z nimi empatii. Końcowym etapem treningu autogennego jest formułowanie podczas medytacji planów życiowych, wynikłych z przemyślenia swoich wad i zalet, sensu życia oraz własnych pragnień. Trening w postaci nadanej przez Schultza jest właściwie stanem lekkiej autohipnozy. Może być stosowany w leczeniu zaburzeń nerwicowych, bezsenności i depresji.

Joga, trening autogeny i szereg innych metod medytacyjnych pozwalają na osiągnięcie znacznej kontroli nad funkcjami własnego organizmu. W skrajnych przypadkach kontrola taka jest wręcz nieprawdopodobna. W latach pięćdziesiątych 35-letni mężczyzna objeżdżał polskie uniwersytety i kliniki, demonstrując umiejętności osiągnięte w wyniku wieloletnich ćwiczeń. Potrafił wykonywać niezależne ruchy każdym mięśniem. Co więcej, przy mięśniach wieloprzyczepowych, każdym przyczepem osobno. Wywoływał u siebie wywichnięcie stawu biodrowego, skracając kończynę o 12 cm. Mógł dowolnie rozszerzać lub zwęźać każdą źrenicę z osobna. Zwalniał tętno do 8 uderzeń na minutę. I co najdziwniejsze, mógł pocić się jedną stroną ciała, gdy druga pokryta była „gęsią skórka”.

Jeszcze bardziej zdumiewające są możliwości jogów. Poddano ich ścisłym badaniom naukowym. Wśród wielu zadziwiających zjawisk, sprawiających wrażenie niemal nadprzyrodzonych, warto wskazać na dowolne wstrzymanie czynności serca przez 30 sekund (potwierdzone badaniem elektrokardiograficznym). Wraz z ustaniem akcji serca zanikała również reakcja źrenic na światło. Jogowie mogą także wprowadzać się w stan letargu, zbliżony do snu zimowego zwierząt. W stanie tym ich serce uderza raz na minutę, temperatura ciała ulega znacznemu obniżeniu, a oddech staje się praktycznie niewyczuwalny. Może to trwać, bez późniejszego uszczerbku dla zdrowia, nawet kilka tygodni (Bilikiewicz 1979).

Reklama

Sugestia wpływa także na postawy, poglądy i zainteresowania. Badania nad tymi zagadnieniami pozwoliły na rozwinięcie propagandy i reklamy.

Często nie uświadamiamy sobie mechanizmów naszych zachowań. Wydaje się, że działania podejmujemy świadomie, a w praktyce są one efektem zastosowania odpowiednich metod indoktrynacji.

W Stanach Zjednoczonych istnieje wiele szkół kształcących specjalistów od reklamy. Wypracowano w nich wiele technik wpływania sugestywnego na potencjalnych klientów reklamowanych firm. Przede wszystkim – reklama powinna działać na emocje, a nie na intelekt. Wykorzystuje się więc zdjęcia nagich dziewcząt. Ponadto najważniejsza (najlepiej opłacona) reklama powinna być skonstrastowana z pozostałymi. Jeżeli w czasopiśmie są kolorowe zdjęcia reklamujące określone wyroby, to jedna reklama może być czarno-biała. Natomiast, gdy wszystkie posługują się zdjęciami kobiet, to jedna może przedstawiać młodego psa lub kota. W nowoczesnych reklamach uwzględnia się prawa spostrzegania (np. to, gdzie najpierw kieruje się wzrok czytelnika lub obserwatora. Jest to przeważnie centralna część, następnie wzrok zmierza do lewego górnego rogu i dalej porusza się tak, jak przy czytaniu tekstu. Zależność ta determinuje sposób rozmieszczania poszczególnych elementów reklamy) (Woodworth, Schlosberg 1963).

Sugestopedia

Teraz chciałbym przejść do następnego zagadnienia. Z wielu doniesień wynika, że pod hipnozą zdolność uczenia się rośnie. To stwierdzenie stało się punktem wyjścia poszukiwań Bułgara Georgi Lozanowa. Zainteresowało go, w jakim stopniu sama sugestia może przyspieszyć nauczanie. Lozanow (1978) na bazie własnych doświadczeń opracował metodę nazwaną sugestopedią, przy użyciu której można nauczyć dowolnych przedmiotów pod warunkiem zaadaptowania programu do potrzeb sugestologii. Stosując ją, otrzymał wyniki porównywalne z najlepszymi osiągnięciami uzyskanymi pod hipnozą, a w wielu przypadkach wyraźnie ją przewyższające. Lozanow (1978) powołuje się też na prastarą tradycję kształtowania pamięci. Wśród ludów Wschodu jako przykład mogą posłużyć tzw. stotrays, najlepsi spośród kandydatów na braminów, których od najwcześniejszych lat życia

poddawano intensywnemu treningowi pamięci. Po okresie zdobywania wiedzy mogli odtworzyć potrzebne wersety w dowolnym momencie i sprawnie posługiwać się nimi. Ilość zapamiętanego przez nich materiału była ogromna, można ją porównać jedynie z zawartością wielotomowej encyklopedii. Świadczy to, że nasza pamięć posiada ogromne, niewykorzystane możliwości.

G. Lozanow od 1964 roku kieruje nowatorskim w skali światowej Sofijskim Instytutem Sugestologii. Ponadto koordynuje działanie ośrodków sugestologicznych w świecie, organizuje międzynarodowe badania i sympozja, szkoli dydaktyków oraz specjalistów, opracowuje programy nauczania.

Sugestologią zainteresowało się UNESCO, czego wyrazem jest fakt zorganizowania pod auspicjami tej organizacji Międzynarodowego Sympozjum Sugestologicznego w Sofii – grudzień 1978) (Lozanow 2006)

Jakkolwiek sugestologia istnieje już od dwudziestu lat, dopiero ostatnio pojawiły się publikacje krytyczne na ten temat. Według samego Lozanowa informacje należy publikować nader ostrożnie, sugestologia bowiem doprowadza do uwolnienia niezbadanych jeszcze w pełni rezerw psychiki człowieka. W pewnych przypadkach może stać się straszliwą bronią, której działanie trudno sobie nawet wyobrazić. Podstawowe zasady sugestologii wykorzystywane są w wielu dziedzinach życia (medycynie, wychowaniu, sztuce, handlu, sporcie i wojsku).

Najbardziej spektakularne rezultaty sugestologii związane są z nauką języków obcych. Osiągnięto je, stosując w praktyce podstawowe kanony sugestologii. Towarzystwo nauczaniu „rytuały”, skomplikowana aparatura, klimat i organizacja procesu dydaktycznego, a wreszcie – co najważniejsze – niesłychanie silna wiara uczniów i nauczycieli spowodowały w efekcie faktyczne zwiększenie skuteczności nauczania w stopniu przekraczającym najśmielsze oczekiwania organizatorów kursu. W czasie jednego czterogodzinnego seansu było możliwe nauczenie się całego podstawowego słownictwa (około 3000 jednostek leksykalnych).

Podobno istnieje, przy zastosowaniu tej metody nauczania, możliwość przyswojenia sobie prawie całego zasobu leksykalnego danego języka, nauczania się gramatyki i sprawnego posługiwania się językiem obcym w ciągu zaledwie 8–10 dni. Jest to znajomość odpowiadająca 8 latom intensywnego nauczania, wzbogaconego dodatkowo pobyt w kraju, gdzie używa się tego języka.

Jakby nie dość było tych sukcesów, okazało się, że uczestnik kursu w czasie seansu odpoczywa, a nawet leczy z zaburzeń emocjonalnych. Eksperymenty prowadzone w latach 1971–1973 wykazały, że z 87 neurotyków poddanych nauczaniu sugestywnemu u 67 uzyskano całkowite wyleczenie lub znaczną poprawę, a tylko u 4 przejściowe pogorszenie. Osiągnięte efekty terapeutyczne były trwałe, jak to stwierdzono w badaniach kontrolnych po upływie trzech lat.

Omówione wyniki badań są tak rewelacyjne, że aż budzą wątpliwości. Przede wszystkim byłaby to najskuteczniejsza ze wszystkich znanych form psychoterapii zaburzeń nerwicowych. Ponadto sugestologia całkowicie zrewolucjonizowałaby całą dotychczasową dydaktykę. Nie spotkałem się jeszcze z krytycznymi opracowaniami na ten temat. Mimo że w swoich badaniach podejmowałem zagadnienie funkcjonowania pamięci pod hipnozą, w tym zakresie nie mam żadnych doświadczeń. Dlatego też wyniki te przytaczam bez szerszego komentarza i przechodzę do omówienia następnego problemu.

Deprywacja sensoryczna

Przejdę teraz do omówienia kwestii wpływu na naszą psychikę deprywacji sensorycznej. Pierwszy zwrócił uwagę na to zjawisko w latach dwudziestych naszego wieku znany badacz hipnozy Ferenczi (1909, s. 46), który w czasie swojego pobytu na Grenlandii uczestniczył w polowaniu na foki. Tak wspomina tamten epizod: „Tuż przed południem myśliwi wypływają na swoich łódkach po foki. Następnie zamierają bez ruchu, aby ich nie płoszyć. Oślepia ich wtedy ostry blask słońca odbitego od lustra nieruchomej wody. Wokół panuje niczym niezmacona cisza. Podczas gdy cierpliwie oczekują na wypłynięcie fok, chwytają je paraliż, uniemożliwiający poruszanie mięśniami. Siedzą jak skamieniały i doznają uczucia, że woda podnosi się, zatapia ich, a oni nie mogą poruszyć nawet ręką. Stopniowo ogarniają ich barwne wizje... Ja sam doznałem transu lub choroby łódkowej (pisze Ferenczi, przyp. autora). Siedziałem w mojej łódce już od paru godzin. Ostre słońce, bezchmurne niebo, zupełna cisza i bezruch spowodowały, że mój umysł jakby zwariował. Śniłem bez spania, zmartwychwstały zapomniane epizody z mojego dzieciństwa. Nagle wielkie tajemnice stały się na moment jasne dla mnie. Później uświadomiłem sobie, że znajdowałem się w nienormalnym stanie, zbliżonym do hipnozy. Nie mogę opisać dokładnie uczucia, które wtedy przeżywałem. Wyglądało na to, jakby moja dusza została uwolniona z ciała, życia, obowiązków i wzbiła się w górę. Mogłem oglądać samego siebie siedzącego nieruchomo w łódce. Zbliżyłem się wtedy do zrozumienia tajemnic niedostępnych dla mnie w normalnym życiu...”

Każdemu z nas podobne doznania są dostępne, a nawet wielokrotnie je przeżywamy, często pozostają jednak niezauważone. Na przykład, gdy wędkarz łowi ryby, koncentruje się tylko na spławiku. Inne bodźce wzrokowe nie odwracają jego uwagi, na słuch działa uspokajający szum wody. Wtedy może doznać wrażenia, że poziom wody podnosi się. Wystarczy jednak drobny ruch głowy, aby iluzja zniknęła.

Również wielu kierowców doświadcza analogicznych przeżyć podczas jazdy autostradą w nocy. Dookoła panuje ciemność, jedynie wstęga drogi jest oświetlona reflektorami samochodu, a pracujący silnik wydaje jednostajny, uspokajający pomruk. Kierowcy często nie pamiętają później, jak przebyli długie odcinki drogi. Wydaje im się, że spali lub zamysłili się do tego stopnia, że przestali reagować na to, co dzieje się na zewnątrz. A przecież prawidłowo reagowali wtedy na sytuacje drogowe. Jest to zjawisko zbliżone do spontanicznej amnezji zdarzeń z okresu transu hipnotycznego.

Opisane zjawiska są efektem ograniczania stymulacji zmysłowej lub monotonnego powtarzania się tych samych bodźców o umiarkowanym natężeniu. Człowiek może prawidłowo funkcjonować bez stałego dopływu bodźców zmysłowych. Gdy zostanie ich pozbawiony lub ilość ich jest niewystarczająca, pojawia się szereg zaburzeń.

W 1949 roku przeprowadzono opisany przez Hebba (1969) eksperyment, w którym płacono studentom 20 dolarów dziennie za to, że przez 8 godzin dziennie nic nie robili. Leżeli w wygodnych łóżkach z oczyma przysłoniętymi półprzezroczystymi okularami (przepuszczały światło, lecz uniemożliwiały spostrzeganie kształtów) z przymocowanymi na rękach specjalnymi cylindrami (badany mógł poruszać ręką, lecz nie doznawał żadnych dotykowych wrażeń), z założonymi na uszy słuchawkami, w których stale było słycać brzęczenie. Warunki eksperymentu zezwalały jedynie na spożycie posiłku i wyjście do toalety. Tylko niewielu studentów mogło wytrzymać taką monotonię przez więcej niż dwa lub trzy dni. Górna granica wyniosła sześć dni. Badani chętnie słuchali czegokolwiek, co przerywało tę monotonną sytuację – nawet dziecięcego gaworzenia, którego unikaliby w normalnych warunkach. W końcu odczuwali nieodpartą chęć patrzenia, słyszenia, normalnej aktywności. Skarżyli się na niemożność logicznego myślenia, byli mniej sprawni w rozwiązywaniu prostych zadań i pojawiały się u nich omamy. Jeden widział szeregi żółtych ludzików w czarnych czapkach, inni maszerujące wiewiórki z workami na plecach lub prehistoryczne zwierzęta w dżungli. Sceny te opisywali jako podobne do filmów rysunkowych. Występowały również omamy czuciowe. Odczuwali np., jakby mieli dwa ciała, czuli oddzielanie się głowy od reszty ciała. Niektórzy badani podawali, że mieli wrażenie, iż ich umysł odłącza się od ciała i mogą obserwować samych siebie leżących nieruchomo na łóżku.

Eksperyment D. Hebba uważany jest w tej dziedzinie za pionierski. Wiele ośrodków naukowych, zwłaszcza w Kanadzie i USA, podjęło później badania nad deprywacją sensoryczną. Miały one ogromne znaczenie praktyczne. Rozwój cywilizacji zmusza bowiem człowieka do działania, w tzw. „sztucznych warunkach”,

charakteryzujących się ograniczeniem dopływu bodźców zmysłowych. Dzieje się tak podczas przebywania w szpitalu lub więzieniu. W jeszcze większym stopniu narażeni są na to zjawisko kosmonauci i lotnicy, wykonujący loty bez widoczności ziemi. Nie można zapominać o załogach okrętów podwodnych, mieszkańców schronów i uwięzionych podczas katastrof górnikach kopalni głębinowych.

Szczególne zainteresowanie problematyką izolacji przejawia kosmonautyka. Powodzenie długotrwałych lotów kosmicznych z załogą ludzką w dużej mierze uzależnione jest od wyeliminowania depriwacji sensorycznej.

Najbardziej wyrafinowane badania nad depriwacją zapoczątkowano w Veterans Administration Hospital of Oklahoma City. Ograniczano w nich wszystkie rodzaje bodźców zmysłowych. Osoby badane, nagie, zaopatrzone tylko w maskę tlenową, zanurzone były w wodnym roztworze soli fizjologicznej o takim stężeniu, że całe ciało człowieka utrzymywało się tuż pod powierzchnią. Temperatura wody odpowiadała temperaturze ciała. Basen znajdował się w ciemności. Eksperymentator noktowizyjnie (w paśmie promieniowania podczerwonego) kontrolował zachowania uczestników eksperymentu. Taka sytuacja redukowała praktycznie do minimum nie tylko bodźce wzrokowe, słuchowe i dotykowe, ale także odczucia ciężaru i położenia przestrzennego własnego ciała. Poddający się eksperymentowi już po kilkudziesięciu minutach doznawali licznych halucynacji wzrokowych i słuchowych, mieli zaburzoną zdolność myślenia logicznego, tracili poczucie czasu i położenia własnego ciała. Przeżywali silny lęk, stopniowo pojawiały się u nich mimowolne skurcze i drgawki mięśniowe. W miarę upływu czasu coraz trudniej oddychali, a funkcje poszczególnych narządów wewnętrznych rozregulowywały się. Żaden z badanych nie był w stanie wytrzymać w takiej sytuacji dłużej niż 6 godzin. Po zakończeniu badania przez kilkanaście minut widzieli wszystko dwuwymiarowo, a poziom ich logicznego myślenia był znacznie obniżony (Riesen 1975).

Od dwudziestu paru lat prowadzi się badania kosmonautów w warunkach lotów orbitalnych. Stwierdzono, że depriwacja doznań grawitacyjnych, a także ograniczenie innych bodźców wywołuje u kosmonautów szereg efektów. Na przykład w czasie orbitowania Jegorowa i Fieokistowa jednemu z nich wydawało się, że znajduje się głową w dół, drugiemu, że głową w górę. Kiedy Jegorow siedząc w fotelu zamykał oczy, od razu doznawał uczucia obrotu do tyłu. Gdy tylko otwierał oczy, iluzja znikała.

Amerykański kosmonauta Grissom, odbywający lot w ramach programu „Mercury”, doznał w nieważkości zawrotów głowy. Wnętrze kabiny zaczęło mu wirować przed oczami z dużą szybkością, a on sam miał uczucie spadania w otchłån bez dna. Ponadto szybko rozwinęły się u niego symptomy „choroby morskiej”.

W przeważającej liczbie przypadków iluzje u kosmonautów przebywających w nieważkości dotyczą uczucia spadania lub zawieszenia głową w dół. Niekiedy doznania takie miały skrajnie silne natężenie. Towarzyszyły im: przerażenie, krzyki i bezładne miotanie się po kabinie. Jeden z kosmonautów opisuje swoje doznania: „... Przed startem byłem spokojny, mogłem spokojnie rozmawiać. Od pierwszych sekund nieważkości poczułem, że spadam w dół. Wydawało się, że wszystko wokół się wali. Ściany kabiny, grożąc zgnieceniem, zbliżały się do mnie. Następnie zaczęły się wydłużać, uciekając na wielką odległość. Ogarnęło mnie skrajne przerażenie. Nie rozumiałem, co wokół się dzieje. Nagle poczułem, jakby coś uderzyło mnie w głowę. Moje ciało z olbrzymią szybkością zaczęło krążyć po kabinie. Nie mogłem się niczego uchwycić. Obraz kabiny migotał i wirował. Cały czas oczekiwałem straszliwego uderzenia w ciało na skutek upadku. Gdy później oglądałem na taśmie filmowej samego siebie, widziałem przerażenie na swojej twarzy, podczas gdy ciało nieruchomo wisiało w kabinie”.

Dezorientacji przestrzennej może doznać każdy, chodząc w gęstej mgle. Lotnicy znają uczucie utraty orientacji, co do położenia statku powietrznego względem Ziemi podczas lotów bez jej widoczności. Sam przeżywałem to zjawisko, wykonując szybowcowe loty w chmurach. Miałem np. wyraźne uczucie krążenia w lewo, podczas gdy przyrządy wskazywały na obrót w przeciwnym kierunku. Wylatując z chmury każdorazowo stwierdzałem, że to przyrządy miały rację, a nie mój błędnik. Piloci samolotowi w trakcie długotrwałych nocnych lotów tracą często poczucie położenia własnego ciała względem ziemi i za punkt odniesienia przyjmująabinę. Wydaje im się, że lecą prawidłowo, gdy w rzeczywistości lot odbywa się głową w dół. Nie reagują na wskazania przyrządów, co może się zakończyć katastrofą.

Efekty deprywacji sensorycznej są zbliżone do tego, co dzieję się z człowiekiem przez dłuższy czas pozbawionego snu na skutek bezsenności lub uniemożliwiania mu zaśnięcia. Powstają wtedy:

- zaburzenia percepcji,
- zaburzenia w procesie przetwarzania informacji – myśleniu, przypominaniu sobie,
- zaburzenia sfery motorycznej,
- iluzje, urojenia, sny na jawie itd.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na interesujący fakt, iż podobnie jak w wypadku pozbawienia snu czy w głębokiej depresji, także w przypadku deprywacji sensorycznej, psychotycy (chorzy na psychozy np. schizofrenię) bardzo dobrze je znoszą. Nie stwierdzono u nich prawie żadnych obserwowalnych skutków w psychice czy funkcjonowaniu organizmu (Łukaszewski 2008).

Deprywacja sensoryczna bywa stosowana w psychoterapii a także niestety, jako forma tortur. Przykładowo, 2 grudnia 2002 roku sekretarz obrony USA Donald Rumsfeld zatwierdził metody przesłuchań, które można wedle uznania stosować w Guantánamo m.in. zakładanie kapturew, rozbieranie, deprywację sensoryczną, izolację, stresujące pozycje oraz używanie psów do „wywoływania nacisku psychicznego”. Sześć tygodni później uchylił generalne zezwolenie na stosowanie takich metod, stwierdzając, że do ich zastosowania za każdym razem potrzebne jest wydanie osobnego zezwolenia (Irina, Erchova, Rasmus 2003).

Przeglądając internet, napotkałem stronę firmy zajmującej się produkcją i dystrybucją domowych komór do deprywacji sensorycznej (<http://www.floatation.com>). Dzięki tym komórkom każdy z nas może przeżyć stan głębokiej deprywacji sensorycznej. Osoba zanurza się w głębokim na 25 centymetrów roztworze $MgSO_4 \cdot 7H_2O$ o temperaturze powierzchni skóry, czyli ok. 34,5 st. C.

W celu jak najlepszej izolacji zmysłowej należy dokładnie zamknąć się w takim pojemniku, odcinając się od źródeł światła i dźwięku. Oczywiście, nigdy nie osiągniemy stanu idealnej deprywacji sensorycznej, jednakże komory te umożliwiają ograniczenie napływających w kierunku nas bodźców do minimum. Słyszymy jedynie własny oddech i szum krwi w uszach, przestajemy widzieć, odczuwać tarcie spowodowane kontaktem z ubraniem, przestajemy czuć siłę grawitacji, temperaturę powietrza i cieczy, w której jesteśmy zanurzeni. Wszystko to sprawia, że mózg zostaje pozbawiony dostatecznej ilości wrażeń i zaczyna funkcjonować w sposób zupełnie nieprzewidywalny (Crozier, Wang, Cheng-Hang, Bear 2007).

Telepatia

Wielu badaczy uważa, że badać telepatię można efektywnie tylko przy użyciu hipnozy. Pod koniec 1959 roku we francuskim piśmie „Constellation” ukazał się artykuł zatytułowany: „Przekazywanie myśli – bronią wojenną (*La transmission de pensée – armée de guerre*)”, opisujący doświadczenia, które podobno przeprowadzono na marynarzach amerykańskiej łodzi podwodnej „Nautilus”. Następnie w „Science et Vie” ukazał się w lutym 1960 roku podobny artykuł pt. „O Nautilusie” (*Du Nautilus*). Odbitki artykułów przesłano prof. fizjologii Uniwersytetu Leningradzkiego L. Wasiliewowi, który doszedł do wniosku, że doświadczenia te wykazały możliwość telepatycznego komunikowania się poprzez wodę morską i metalowe boki łodzi podwodnej. Później stwierdził, że należy zachować ostroż-

ność wobec takich doniesień, gdyż miarodajne źródła w Waszyngtonie zdementowały wiadomości o tych eksperymentach. Jednocześnie Wasiliew (1962) wskazał, że Parapsychologiczne Laboratorium Uniwersytetu Duke otrzymało w roku 1952 finansową dotację z biura Badań Naukowych Marynarki Stanów Zjednoczonych na doświadczenia nad spostrzeganiem pozazmysłowym.

W swojej książce zatytułowanej „Sugestie na odległość”. Wasiliew (1962) opisał doświadczenia, które przeprowadzał w latach trzydziestych, a które jego zdaniem dowodzą w sposób rozstrzygający, że osoba działająca w drugim pokoju może telepatycznie wprowadzić człowieka w stan snu hipnotycznego i następnie obudzić go.

Podstawowe doświadczenia polegały na testach telepatii, w których badany miał w trakcie każdej próby odgadywać, czy osoba nadająca widzi czarny czy biały krążek. Do tego celu służyło proste urządzenie złożone z czarnego i białego krążka osadzonych na końcach poziomego pręta, obracającego się w łożysku. Pręt z krążkami obracano przed każdą próbą, a jeden z nich – czarny lub biały – zatrzymywał się przed nadawcą. Odbiorca miał odgadnąć, jaki krążek widzi nadawca.

Uzyskano wyniki nieco wyższe od przypadkowych, zarówno wtedy, kiedy badany znajdował się w obitej metalom kamerze, jak i wtedy, kiedy nie był osłonięty. Wasiliew (1962) był niezadowolony z tych testów, ponieważ opisując je, zauważył: „Dla uzasadnienia naszych wstępnych wniosków musieliśmy zatem zastosować inną metodę sugestii psychicznej – metodę, która umożliwiała znacznie wyraźniejsze wykazywanie pozytywnych wyników; polegała ona na wprowadzeniu w sen i budzeniu za pomocą sugestii psychicznej”.

Następne testy Wasiliewa polegały na tym, że nadawca usiłował wywołać sen lub obudzenie badanego, znajdującego się w pewnej odległości lub zamkniętego w metalowej komorze. Uczestniczące w tym teście osoby brały udział wcześniej w zwykłych testach hipnozy i nadawca bez trudu wprowadzał odbiorcę w sen lub budził bez pośrednictwa telepatii.

Podczas większości doświadczeń nad telepatią nadawca i odbiorca przebywali w różnych pokojach. W niektórych umieszczano badanego w tzw. klatce Faradaya, tj. osłoniętej, metalowej kamerze, która nie przepuszcza promieniowania elektromagnetycznego. W innych jeszcze testach znajdował się on w ołowianej kamerze uszczelnionej rtęcią.

Badany trzymał w ręku gumową gruszkę, którą miał rytmicznie naciskać. Każde naciśnięcie poruszało pisakiem połączonym rurką z gruszką, a zapis oscylacji otrzymywano na obracającym się ze stałą szybkością bębnie i następnie usiłował wywołać sen u odbiorcy. W niektórych doświadczeniach, gdy badany spał, nadawca przesuwał ponownie przełącznik, robiąc następny znak na zapisie starając

się obudzić badanego. Czas między podaniem sugestii telepatycznej a zaśnięciem badanego oraz między podaniem dzięki telepatii sugestii a przebudzeniem można było zatem określić na podstawie zapisu.

Podczas testów badany znajdował się sam w pokoju i miał naciskać rytmicznie gruszkę. Nadawca przechodził do innego pokoju, gdzie włączał obracający się bęben i obsługiwał urządzenie z czarnymi i białymi krążkami. Jeśli pokazywał się czarny, zaczynał natychmiast próbę wywołania snu (seria doświadczalna) aż do chwili, w której ustanie oscylacji pisaka wskazywało, że badany zasnął. Jeżeli ukazywał się biały krążek, nie próbował wywołać snu (seria kontrolna).

Przeprowadzono łącznie 53 testy tego typu, badając 4 różne osoby. Nie podano wyników każdego badanego, lecz tylko wyniki zbiorcze; obejmują one 27 obserwacji w grupie kontrolnej (bez sugestii) – średni czas potrzebny na zaśnięcie w tej serii wynosił 17,7 minuty i 26 obserwacji w grupie eksperymentalnej – średni czas 6,8 minuty.

W latach 1977–1979 osobiście przeprowadziłem w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego serię własnych badań nad telepatią pod hipnozą. Materiałem do prób przekazu telepatycznego były cztery figury: potrójna fala, kropka, trójkąt, dwie proste pionowe przecięte dwiema prostymi poziomymi. Nadawcą był hipnotyzer, a odbiorcą osoba bezpośrednio przed badaniem zahipnotyzowana (do stopnia głębokiego). W grupie kontrolnej nadawcą był hipnotyzer, a odbiorcą osoba w stanie czuwania (niezahipnotyzowana).

Każdorazowo przekazywano serię 64 figur w losowej kolejności (rzut kostką decydował, która z czterech figur ma być w danej chwili przekazywana telepatycznie). Aby wzmocnić siłę ewentualnego przekazu, w momencie nadawania nadawca rysował figurę w protokole badań, wyobrażał ją sobie i bezgłośnie powtarzał jej nazwę.

Osoba zahipnotyzowana siedziała tyłem do hipnotyzera w odległości około dwóch metrów od niego. Gdy hipnotyzer rozpoczynał przekaz danej figury, mówił „już”. Po chwili osoba zahipnotyzowana wymieniała którąś z figur. Przebieg badania nagrywano na taśmie magnetofonowej.

Przeprowadziłem kilkadziesiąt prób eksperymentalnych. We wszystkich, poza jedną, uzyskałem wyniki przypadkowe, nieświadczące o istnieniu telepatii. Natomiast w jednej serii uzyskałem 63 poprawne odpowiedzi w 64 próbach. Do chwili obecnej nie znalazłem odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak się stało. Może popełniłem jakiś błąd metodologiczny i osoba zahipnotyzowana mogła zorientować się, co próbuję jej przekazać. W ponawianych badaniach z tą samą osobą nigdy już nie osiągnąłem ponad przypadkowego wyniku. A osoba badana też nie umiała odpowiedzieć, w jaki sposób uzyskała wtedy taki rezultat.

Narkoanaliza

Jedną z cech transu hipnotycznego jest zwiększona sugestywność zahipnotyzowanego na sugestie hipnotyzera. Analogiczny efekt można uzyskać na drodze chemicznej, podając pacjentowi szybko działające barbiturany. W 1882 r. M. Griesinger stosując Amytal stwierdził, że pacjenci wpadają w dziwny trans przejawiający się zupełnym zniesieniem hamulców w mówieniu nawet o największych osobistych tajemnicach (Vaya, Goyal 2007).

Narkoanaliza jest to wprowadzenie człowieka w stan półsnu za pomocą środków farmakologicznych. Stosuje się do tego Skopolaminę, Penthiobarbitalu, Amobarbitalu Amythal, Evipan, Pentothal, Rohypnol i wiele innych. Pod działaniem tych specyfików badany pogrąża się w półśnie sprzyjającym nieświadomym „zwierzeniom”.

Nowsze metody polegają na zaaplikowaniu osobie poddanej narkoanalizie dużej dawki środków uspakajających, a następnie na gwałtownym wyrwaniu takiej osoby ze snu za pomocą zastrzyku z amfetaminy. W stanie tym traci ona kontrolę nad swymi wypowiedziami. Niekiedy stosuje się ją w leczeniu psychiatrycznym do przełamania stuporu lub głębokiej depresji. Niektórzy psychiatrzy uważają ponadto, iż mogą dzięki tej metodzie odkryć u badanego głęboko utajone skłonności afektywne oraz przyczynę zaburzeń i problemów konfliktogennych odpowiedzialnych za zachowania neurotyczne.

Pierwszy narkoanalizę zastosował w celach śledczych amerykański lekarz Robert House. Jedną z jego pierwszych prac nad zastosowaniem „serum prawdy” w sądownictwie ukazała się w czasopiśmie lekarskim stanu Teksas w 1922 roku (Lakshman 2007).

Jeśli chodzi o samą skuteczność narkoanalizy, to zdania wśród badaczy są podzielone. Od entuzjastycznych twierdzeń, iż tylko narkoanaliza potrafi ujawnić rzeczywisty stan psychiczny badanego, po sceptyczne, twierdzące, iż żaden środek chemiczny nie jest w stanie zmusić nikogo do przyznania się do winy.

Narkoanaliza może być niebezpieczna dla życia i zdrowia badanego, a także stanowi pogwałcenie prawnie zagwarantowanej swobody zeznań, dlatego jej stosowanie w procesie śledczym jest w większości państw kategorycznie zabronione. W polskim prawie wyniki stosowania narkoanalizy nie mogą być traktowane w sądzie jako dowód, gdyż stoją w sprzeczności z wymogiem warunku swobodnej wypowiedzi przesłuchiwanego (bez względu na to czy przesłuchiwany wyraził swoją zgodę).

Jednak znane są sytuacje, że narkoanaliza dostarczyła dla postępowania faktów, które zostały potwierdzone innymi dowodami. Niezależnie od tego, jaką

wartość dowodową dla postępowania operacyjnego mają wyniki uzyskane metodami psychofizjologicznymi, pamiętać należy, że w praktyce polski system wyłącza ich zastosowanie w ramach czynności śledczych. Art. 171 § 4 pkt. 2 kk zabrania stosowania hipnozy i środków chemicznych lub technicznych, które wpływają na procesy psychiczne przesłuchiwanego albo kontrolujących nieświadome reakcje jego organizmu w związku z przesłuchaniem, a pkt. 6 zakazuje wykorzystania w ten sposób uzyskanych wyjaśnień dla celów dowodowych.

Podczas II wojny światowej narkoanaliza stosowana była przez policję niemiecką w celu uzyskania zeznań od więźniów, bojowników ruchu oporu i prawników czy urojonych szpiegów. Nazywano to „serum prawdy”.

Obecnie moda na narkoanalizę minęła. Rozwój demokratycznych procedur prawnych ograniczył jej stosowanie. Natomiast substancje wywołujące ten stan coraz częściej wykorzystywane są do działań przestępczych, szczególnie na tle seksualnym. Do najpopularniejszych leków wykorzystywanych obecnie w tym celu należy Rohypnol. Aktywna substancja w nim zawarta o nazwie Lunitrazepam wykorzystywana jest w medycynie w celu wywołania snu, a także stosowana przed operacją chirurgiczną do redukcji lęku i oszołomienia pacjenta. Efekt jego działania zależy od ilości podanej substancji. Stan po zażyciu Rohypnolu zazwyczaj przypomina odurzenie alkoholowe. W większych ilościach powoduje utratę samokontroli. Osoba, która go zażyła, staje się bezbronna, a okres działania (kilka godzin) narkotyku objęty jest często całkowitą niepamięcią. Po 72 godzinach od zażycia narkotyk nie jest już możliwy do wykrycia w organizmie.

Rosnąca popularność Rohypnolu zachęca grupy przestępcze do wytwarzania jego podróbek. Ostatnio na terenie Polski skonfiskowano 50 000 sztuk tabletek przypominających do złudzenia oryginalny Rohypnol, ale zawierających inną, nie mniej groźną substancję psychoaktywną.

Oprócz Rohypnolu bardzo często jako „pigułkę gwałtu” (Date Rape Drugs) wykorzystywane jest GHB i Ketamina. Ich dystrybucja jest jednak ściślej kontrolowana i przez to są one trudniejsze do zdobycia.

Dla własnego bezpieczeństwa, zwłaszcza młode kobiety powinny unikać picia na dyskotekach czy innych imprezach drinków, do których miały niekontrolowany dostęp inne osoby. Nie powinny zażywać z pozoru niewinnie wyglądających leków, które mają je tylko rozluźnić i ułatwić dobrą zabawę. To, co może przytrafić się im potem, może nie mieć nic wspólnego z dobrą zabawą (Krawczyk 2008).

Jest jeszcze jedno zjawisko, o którym chciałem napisać, chociaż, moim zdaniem, nie ma ono nic wspólnego – poza nazwą – z hipnozą. Chodzi mianowicie o tzw. hipnozę zwierząt.

Hipnoza zwierząt

Hipnoza u zwierząt ma odmienny mechanizm od hipnozy ludzkiej. U zwierząt stanem hipnozy został nazwany stan niemożności kurczenia mięśni szkieletowych a tym samym wykonywania ruchów. Najczęściej stan hipnozy u zwierząt wywołuje nagle pojawienie się wroga i pełni ona funkcje obronne, ponieważ drapieżnik najczęściej spostrzega i atakuje poruszające się zwierzęta. Ale nie tylko pojawienie się drapieżnika może wywołać stan hipnotyczny, spowodować go może również silny i niespodziewany nacisk na odpowiednie partie skóry, ograniczenie swobody ruchów, zadziałanie nagłego bodźca dźwiękowego.

Panuje wśród wielu ludzi przekonanie, że wąż potrafi zahipnotyzować wzrokiem swą ofiarę. Podważył je Arkady Fiedler, który zauważył ptaka wpatrującego się w zbliżającego się węża. Gdy wąż był coraz bliżej, ptak cofał się z gałęzi na gałąź, lecz nie odlatywał. Było tak, gdyż w pobliżu znajdowało się jego gniazdo z pisklętami i ptak starał się odwrócić uwagę węża i odciągnąć go od swoich młodych. Natomiast żaba nie ucieka przed wężem, dlatego że go nie widzi. Może ona dostrzec tylko obiekty poruszające się. Dla niej wolno pełznący wąż jest niedostrzegalny.

Jedną z pierwszych publikacji na ten temat był opis doświadczenia wykonanego w 1646 roku przez austriackiego mnicha D. Schwentera. Równocześnie z nim podobne badania prowadził A. Kircher. Ich przebieg nie różni się od tych dzisiaj demonstrowanych. A wygląda to następująco. Na czarnym stole kładzie się kurę ze związanymi łapami i przytrzymuje się ją przez pewien czas w pozycji głową w dół. Jeżeli następnie od głowy kury nakreślić kredą długą linię, a ją samą rozwiązać i puścić, to pozostanie ona w bezruchu przez dłuższy czas wpatrzona w wykreśloną linię. Postępując delikatnie, można zmienić położenie kury, np. posadzić ją, a mimo to ona nie poruszy się. Podniesiona łapa pozostanie w nadanej pozycji, przekręcony łeb także nie zmieni ułożenia. Ponadto kura zupełnie nie reaguje nawet na silne bodźce bólowe (kłucie, parzenie). Gdy, jak to robił Danilewski, dać jej do wdychania jakąś substancję drażniącą lub odurzającą, nie wykona żadnego ruchu obronnego. Wprawione w taki stan zwierzę po pewnym czasie otrząsa się i stopniowo wraca do normalnego stanu. Im częściej powtarza się to doświadczenie z danym zwierzęciem, tym łatwiej daje się ono wprowadzić w trans, który trwa coraz dłużej (Volgyesi 1967).

Od A. Kirchnera pojawiło się w literaturze naukowej ponad 700 doniesień dokumentujących reakcje hipnotyczne u ponad 50 różnych gatunków, między

innymi owadów, skorupiaków, ryb, gadów, ptaków, ssaków, w tym i naczelnych. Wszyscy autorzy podejmujący to zagadnienie są zgodni, że typowa reakcja hipnotyczna zwierząt polega na stanie zupełnego bezruchu, który może trwać od kilku minut do nawet wielu godzin. Ale zastygłe w bezruchu ciało nie jest jedyną reakcją zahipnotyzowanych zwierząt. Często zamykają one oczy, co daje wrażenie snu lub śmierci. Do innych zmian zaliczyć można wzrost częstości skurczów serca, przyspieszenie oddechu, zmiany w aktywności bioelektrycznej mózgu, woskowatą gibkość (ciało pozostaje w nadanej mu pozycji), a w krańcowych przypadkach zesztynnienie wszystkich mięśni. Nie zauważono jednak objawów utraty przytomności pomimo braku reakcji na bodźce.

Przez wiele lat wywołany bezruch zwierząt utożsamiano z hipnozą u człowieka. Dopiero rozwój badań w tym zakresie pozwolił na jednoznaczne stwierdzenie, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem odruchowego, kataleptycznego znieuruchomienia wywołanego silnym, nagłym bodźcem, a nie sugestią. Najpopularniejsza obecnie teoria mówi, że znieuruchomienie to jest wynikiem odruchowej reakcji obronnej na sytuację zagrażającą, w której inne metody obronne zawiodły. Znieuruchomienie bowiem powoduje często, że drapieżnik porzuca swoją ofiarę. Wiele kur zawdzięcza życie takiej reakcji w starciu z psem. Także koty zostawiają często znajdującą się w bezruchu mysz. Dzieje się tak, gdyż wiele drapieżników zdradza niechęć do spożywania martwej ofiary, a więc symulacja śmierci może zwiększyć szansę przeżycia. Tak zwana hipnoza zwierząt może być ostatnią reakcją obronną z serii możliwych do zastosowania (ucieczka, walka itp.). Dotyczy organizmów na różnych szczeblach rozwoju ewolucyjnego, poczynając od dżdżownic, poprzez owady, kijanki, kaczki, kończąc na ssakach naczelnych.

Rozdział XII

Manipulacja i obrona przed nią

Manipulacja to świadome wywieranie wpływu na innych w celu kierowania kimś bez jego wiedzy, wpływanie na cudze sprawy, sterowanie zachowaniem i emocjami dla osiągnięcia własnych celów (Maruszewski, Ścigała 1999).

Niemal każdego dnia jesteśmy manipulowani poprzez próby wpłynięcia na nasz sposób myślenia, odczuwania i działania. Manipulują nami środki masowego przekazu nakłaniając nas do nabycia nie zawsze nam potrzebnych produktów i usług. Politycy starają się wpływać na nasze poglądy; nauczyciele próbują kształtować nasze myślenie; przyjaciele wpływają na nasz styl ubierania się, i „gust” muzyczny, rodzice zaś przekonują o wyższości uczenia się nad rozrywkami, do pewnych postaw wobec seksu itd. (Zimbardo, Ruch 1997). Manipulują nami też dzieci (najczęściej chodzi o pieniądze i wolny czas), a nawet zwierzęta domowe. Te ostatnie robią to wręcz perfekcyjnie. Sam jestem bezbronny wobec manipulacji, jaką dokonuje na mnie moja perska kotka „Judi”, która dawno sprowadziła mnie do roli służącego.

Przed manipulacją możemy się bronić lub jej ulec. Zależy to od oceny sytuacji i jej konsekwencji. Aby jednak móc ocenić działania manipulacyjne, musimy sobie je najpierw uświadomić. A to nie zawsze jest proste. Zręczny manipulator potrafi dobrze ukryć swoje rzeczywiste cele.

Negocjatorzy niejednokrotnie używają nie zawsze etycznych sposobów manipulowania, wprost zaczerpniętych z arsenału „wojny psychologicznej”.

Poziomy (cele) ingerencji poprzez manipulacje w psychikę ludzi:

Zmiana zachowania – (wywołanie uległości – osiąganie własnych celów kosztem innych). Manipulator zadawała się zmianą zachowania, nie interesując się

motywami działania manipulowanego. A ten z kolei albo bezkrytycznie zgadza się, albo, gdy nawet dostrzeże fakt manipulacji na nim podporządkowuje się manipulatorowi chcąc uniknąć walki, konfrontacji lub wysiłku związanego ze sprzeciwem. Taką postawę często określamy jako konformizm.

Tak dzieje się w szeregu firm i niestety w wielu szkołach, gdzie wydaje się polecenia bez jakiegokolwiek zainteresowania stosunkiem do nich osób mających je wykonać.

Zmienianie postaw i przekonań – badania nad strategiami zmiany postaw to obszerny dział psychologii społecznej. W licznych badaniach wykazano, w jakiej kolejności należy podawać argumenty mocne i słabe, na kogo silniej działają argumenty mocne, a na kogo słabe. Politycy, prawnicy czy zawodowi negocjatorzy są często wytrawnymi znawcami technik zmiany postaw. Ich wiedza ma często charakter intuicyjny, ale jej zaletą jest skuteczność. Wiele razy parlamenty różnych krajów pod wpływem perswazji przyjmowały ustawy, które później okazały się błędne lub wręcz szkodliwe.

Zmiana postaw jest procedurą trudniejszą i bardziej czasochłonną niż zmiana samego zachowania. Daje ona jednak efekty utrzymujące się przez dłuższy czas. Zmiana postaw sprawia, że osoba sama zaczyna przekonywać innych co do słuszności własnych, nowych postaw lub poglądów. Tak przykładowo działają sekty lub wiele firm sprzedaży pozarynkowej. Jednak nie tylko jest to ich domena. W ostatnich latach tak działa coraz więcej korporacji. Wynika to z faktu, że przygotowanie pracownika do pracy jest niejednokrotnie długotrwałe i kosztowne. Starają się uniknąć rotacji pracowników poprzez związanie ich z firmą. Dla kierownictwa korporacji praca w nich staje się nie tylko celem, ale i stylem lub wręcz filozofią życia.

Zmiana systemu wartości i celów życiowych – jest procesem pojawiającym się, w wyniku manipulacji najpóźniej, ale i zmiany w psychice człowieka są najgłębsze. Może być wynikiem wychowania lub oddziaływania, terapeutycznego, ale może też być skutkiem długotrwałej indoktrynacji.

Współczesne formy manipulowania psychiką dokonywane są najczęściej bez stosowania przemocy lub przymusu, a manipulowana jednostka jest przekonana, że wszystkie zabiegi, jakim jest poddawana, służą jej dobru.

Najbardziej zaawansowane metody psychomanipulacji prowadzą do podporządkowywania się regułom panujących w sektach, samobójczych ataków islamskich terrorystów, współuczestniczenia w zbrodni ludobójstwa. Ze względu na zakres ich możliwości celowe jest, na wybranym przykładzie, poznać je dokładniej.

Jedną z bardziej zaawansowanych metod manipulacji jest tzw. „pranie mózgow”. Terminu tego po raz pierwszy użył amerykański korespondent wojenny

Edward Hunter na łamach „Miami News” we wrześniu 1950 roku, na określenie oddziaływania, jakiemu poddawani byli amerykańscy jeńcy wojenni podczas wojny w Korei. Natomiast wcześniej, bo już w 1929 roku Mao Tse Tung opisał metodę „hsi-nao”; (w tłumaczeniu wymazywanie z umysłu lub kontrola umysłu). Ten sposób indoktrynacji stosowano do nakłaniania obywateli Chin by wstępowali do partii komunistycznej (Witkowski 2003).

Na początku lat 50. XX wieku, podczas wojny koreańskiej zostało wziętych do niewoli przez wojska chińskie ponad 5 000 żołnierzy amerykańskich. Poddani zostali wyrafinowanym oddziaływaniom na psychikę. W efekcie wielu z nich, już po uwolnieniu, stało się aktywnymi działaczami komunistycznej partii Stanów Zjednoczonych. Inni przyznawali się do zbrodni, których nie popełnili.

Edgar Schein na podstawie relacji żołnierzy wracających z niewoli w Korei stwierdził, że chiński stosunek do jeńców od początku różnił się od północnokoreańskiego. Koreańczycy byli wobec więźniów brutalni, natomiast Chińczycy ciepło witali jeńców składali im, gratulacje z powodu „wyzwolenia”. Jeńcy umieszczani byli w obozach zlokalizowanych na terenie działań wojennych, czyli w górach lub dżungli. Panowały w nich skrajnie złe warunki życiowe. W takich samych żyli jednak i Chińczycy.

Nieogrodzonego obozu pilnowało zwykle 2–3 chińczyków uzbrojonych często tylko w przestarzałe karabiny, w tym jeden oficer znający język angielski. W tej sytuacji ucieczka z obozu była łatwa. Nie było jednak gdzie uciekać. Miejscowa ludność była bardzo wrogo nastawiona do najeźdźców, a przeżycie samodzielne w dżungli bez broni graniczyło z cudem.

Aby dotrzeć do obozu, żołnierze musieli przetrwać długie marsze, podczas których dostawali niewiele jedzenia. Aby przeżyć, zmuszani byli do rywalizowania między sobą o pożywienie, ubranie i schronienie. To uniemożliwiło im podtrzymanie więzi grupowych.

Do obozu dostawy żywności były niewystarczające. Trzeba było zdobywać pożywienie w dżungli, a przeciętny młody amerykański chłopak nie wiedział, co jest jadalne, nie miał też możliwości polowania. W tej sytuacji szansą przeżycia była współpraca z Chińczykami. Tworzyły się między nimi często więzy przyjaźni.

Przez cały czas Chińczycy rozbudzali nadzieje żołnierzy na lepsze warunki, a następnie gasili je, „wyjaśniając”, że ONZ stwarza trudności albo, że zbyt wielu więźniów odmawia współpracy i dlatego wszyscy muszą cierpieć.

Po przybyciu do obozu nie było lepiej. Więźniowie wstawali o świcie, przez godzinę wykonywali ćwiczenia gimnastyczne, a następnie, po śniadaniu złożonym z płatków zbożowych lub kartoflanki, cały dzień pracowali albo byli poddawani indoktrynacji (jesteście najeźdźcami niszczącymi biedny naród, wasz rząd to zbrodniarze wojenni; itp.).

Jeńcy żyli w grupach 10–15 osobowych. Strażnicy dobierali żołnierzy według rasy i stopnia tak, aby rozbić ustaloną strukturę grupy. Oddzielano dotychczasowych dowódców od ich podwładnych. Często na czele grupy stawiano młodych i niedoświadczonych żołnierzy. Jeśli tylko pojawiały się oznaki nieformalnej hierarchii, strażnicy rozwiązywali grupę. Żołnierzom nie pozwalano na jakiegokolwiek praktyki religijne. Zatrzymywano ich pocztę i twierdzono, że nikt do nich nie pisze, bo nikogo nie obchodzi, co się z nimi stało.

Przez cały czas Chińczycy rekrutowali żołnierzy do tzw. komitetów pokojowych. Nakłaniali ich do ciągłego pisania wezwań do zawarcia pokoju w tej „brudnej” wojnie. Zachęcano jeńców do podpisywania petycji pokojowych i przyznania się do popełnienia zbrodni wykorzystywania broni biologicznej i chemicznej. Gdy żołnierz nie przyznawał się do ich popełnienia, dawano mu do przeczytania przeważnie spreparowane, zeznania innych żołnierzy. Były tam zawarte brutalne opisy masakr, egzekucji, kradzieży, gwałtów, niszczenia infrastruktury. Ci, którzy wcześniej uważali takie oskarżenia za propagandę, zaczęli zastanawiać się nad ich wiarygodnością.

Chińczycy stosowali także wyczerpujące psychicznie przesłuchania. Mogły one trwać tygodniami. Przesłuchujący mieszkał z więźniem i był wobec niego bardzo przyjazny. W sytuacji, gdy żołnierz odmawiał odpowiedzi, mógł być zmuszony do przepisania (odpowiednio spreparowanych) zeznań kogoś innego. Potem zeznanie to pokazywano innym jeńcom, twierdząc, że ów żołnierz napisał je dobrowolnie.

Żołnierzom brakowało kontaktu z rodziną. W tej sytuacji chętnie w cenzurowanych listach do najbliższych pisali propagandowe apele o pokój. Dawało to gwarancję, że listy zostaną wysłane i rodzina otrzyma sygnał, że ich bliski żyje.

W obozach do maksimum wykorzystywano system nagród. Ci Amerykanie, którzy współpracowali z władzami obozowymi, otrzymywali specjalne przywileje. Innych zwabiano do współpracy obietnicą szybkiego powrotu do domu.

Jednym z warunków skutecznego wywołania totalnej zmiany zachowania jest odcięcie osoby od jej dotychczasowa środowiska, a więc oddzielenie od rodziny, znajomych czy kręgu rówieśników. Początkowo może to przyjmować formę wielogodzinnych spotkań poza miejscem zamieszkania (maratonu), potem spotkań wielodniowych (obozu), na końcu dochodzi do całkowitego zerwania z rodziną i wejścia do grupy, która faktycznie przejmuje wiele funkcji rodziny.

Grupy o charakterze destrukcyjnym starają się przyspieszyć proces indoktrynacji poprzez oderwanie jednostki od jej środowiska. Zapraszają kandydatów na nowych adeptów wraz z rodzinami. Do rodziców w trakcie spotkania podchodzą rozmaite osoby i podejmują ożywioną rozmowę, a w tym samym czasie podmiotem manipulacji zajmują się inni członkowie grupy (Maruszewski, Ścigała 1999).

Do broni psychologicznych stosowanych w głębokiej manipulacji zalicza się narkoanalizę. Szczegółowo piszę niej w rozdziale poświęconemu zjawiskom pokrewnym hipnozie.

Na szczęście wyrafinowane bronie psychologiczne nie są zbyt łatwe w stosowaniu. Na co dzień manipulując innymi manipulatorzy posługują się mniej spektakularnymi metodami.

Reguły i sposoby manipulowania innymi

Znany autorytet w zagadnieniu sposobów wpływania na ludzi Cialdini (2003) wyróżnił następujące, podstawowe reguły manipulacji:

- **Wzajemności;**
- **Zaangażowania i konsekwencji;**
- **Społecznego dowodu słuszności;**
- **Lubienia i sympatii;**
- **Autorytetu;**
- **Niedostępności.**

Inni autorzy, w tym autor tej publikacji, wyróżniają jeszcze szereg innych reguł manipulacji. Są one jednak często pochodnymi od tych wyróżnionych przez Cialdiniego (2003) i zostaną omówione w dalszej części tego rozdziału.

Reguła wzajemności – (odwzajemnienia, odwzajemnienia, np. spirala prezentów). Reguła ta stanowi bardzo skuteczne narzędzie wywierania wpływu na innych. Często prowadzi do spełnienia próśb lub oczekiwań, które w innej sytuacji spotkałyby się z odmową. Odmianą tej reguły jest tzw. „bombardowania miłością” – ja ciebie kocham, więc oczekuję tego samego.

Cialdini (2003) podaje następujący przykład: Wysłał kartki z bożonarodzeniowymi życzeniami do dużej grupy absolutnie nieznanych sobie osób. W efekcie zupełnie obcy ludzie odwzajemnili mu się, zalewając go falą swoich kartek świątecznych. W dodatku w większości nie podjęli żadnych kroków w celu wyjaśnienia, dlaczego nieznaną im osobą przysłała do nich kartkę. Po prostu, skoro dostali życzenia, odwzajemnili się swoją własną kartką z życzeniami.

Badanie to ilustruje działanie jednego z najsilniejszych narzędzi wpływu społecznego – reguły wzajemności. Na zasadzie tej reguły jesteśmy zobowiązani do przyszłego rewanżowania się za przysługi, prezenty, zaproszenia itp., jakie otrzymaliśmy. Owo zaciąganie długu w momencie otrzymywania jakiegoś dobra jest przy tym typowe do tego stopnia, że w wielu językach nawet wyrażenie „byłbym

bardzo zobowiązany” stało się synonimem wyrażenia „z góry dziękuję”. Oczywiście, manipulator wykorzystując tą regułę oczekuje reakcji z „nawiązką”, to znaczy dając niewiele przegnie uzyskać bardzo dużo.

Reguła zaangażowania i konsekwencji (faktów dokonanych) – jest to tendencja do bycia konsekwentnym w swoim działaniu. Przez to nieraz jest trudno wycofać się z raz podjętej decyzji, choćby przynosiła ona straty (np. z zaręczyn czy podpisanej wcześniej umowy). Najczęściej temu sposobowi manipulacji ulegają osoby o niskim poziomie asertywności.

Reguła społecznego dowodu słuszności – zasada ta obowiązuje przy określaniu, jakie zachowanie jest poprawne, a jakie nie. Zachowanie innych będzie dla nas punktem odniesienia do oceny własnego postępowania.

Jakie poglądy czy zachowania uznane będą za właściwe w danej sytuacji? Zachowanie jest właściwe o tyle, o ile inni również tak postępują. Śmiejemy się, słysząc śmiech puszczonego w trakcie seriali komediowych. Kupujemy produkty, które według reklam są najczęściej kupowane.

Latane i Nida (1981) przeprowadzili serię badań nad tym zagadnieniem, które dały jednoznaczne rezultaty. Aranżowali oni różne nagłe i wymagające interweniowania sytuacji, którym przyglądała się jedna lub większa liczba osób. Mierzono liczbę przypadków, w których pomoc została udzielona. Student dostający ataku padaczki w 85% przypadków otrzymywał pomoc ze strony samotnego obserwatora, natomiast tylko w 31% przypadków pomoc nadchodziła, gdy obserwatorów było aż pięciu, z czego czterech nie reagowało (byli osobami podstawionymi do tego badania).

Regułę tę można zobrazować też innym, dramatycznym zjawiskiem. Przykładowo po nagłośnionym w mediach samobójstwie ważnej w danej grupie społecznej osoby w ciągu kilku następnym dni wzrasta niejednokrotnie o 1000% liczba samobójstw. Zjawisko to określa się jako efekt Wertera i tłumaczy działaniem modelowania zachowania (Maruszewski, Ścigała 1999). Osoby przeżywające kryzys psychiczny mogą dostrzec w samobójstwie drogę do rozwiązania swoich problemów. Tak było po śmierci J. Joplin, J. Hendrixa, czy J. Morrisona.

Posłużę się teraz innym przykładem, aby zobrazować regułę społecznego dowodu słuszności. Prośba o datki wśród mieszkańców pewnego miasta dla chorych na AIDS dała słabe efekty. W innym mieście mieszkańcy najpierw podpisywali petycję, iż chorzy na AIDS powinni otrzymywać pomoc. Po kilku dniach poproszono tych, co podpisali petycję o datki. Efekt był wielokrotnie lepszy. Jeszcze większą efektywność prośby odnotowano, gdy proszący o pomoc pokazywali listę osób, które już wpłaciły darowiznę.

Przytoczę inny przykład. Gdy jedna osoba na ruchliwej ulicy wpatruje się uporczywie w niebo tylko 4% przechodniów robi to samo. Gdy wpatrujących jest kilku

liczba zatrzymujących się wzrasta do około 20%. Natomiast, gdy na niebo patrzy grupa kilkunastu osób, prawie wszyscy przechodnie zatrzymują się, by patrzeć na niebo blokując ruch pieszy na ulicy.

Reguła lubienia i sympatii (przyjaźni) – łatwiej ulegamy wpływom i częściej spełniamy prośby tych, których lubimy. Sympatię i przyjaźń wykorzystują nie tylko dzieci i zwierzęta domowe, ale przykładowo też podwładni ubiegający się u szefa o podwyżkę, handlowcy czy też agenci sprzedaży bezpośredniej.

Pewien szeregowy sprzedawca z małego salonu w Detroit, Joe Girard, ze sprzedaży samochodów marki chevrolet uzyskiwał 200 tysięcy dolarów dochodu rocznie. Był on fenomenalnie skutecznym sprzedawcą. Przez 12 lat z rzędu zdobywał tytuł „Najlepszego Sprzedawcy Samochodów”, a sprzedając przeciętnie ponad pięć samochodów dziennie, zdobył sobie także miano najlepszego sprzedawcy wszechczasów w Księdze Rekordów Guinnessa (Cialdini 2003).

Metoda, która zapewniła mu wszystkie te sukcesy, była niezwykle prosta. Polegała na oferowaniu klientom jedynie dwóch rzeczy – uczciwej ceny samochodu i miłej, ale nienarzucającej się obsługi. Oczywiście nasuwa się w tym przypadku pytanie, dlaczego klienci lubili J. Girarda bardziej niż wielu innych sprzedawców oferujących sprawiedliwe ceny. Nasuwa się tu ogólniejsze pytanie o to, co sprawia, że jednego człowieka lubimy, a innego nie. Znając odpowiedź na to pytanie, byłibyśmy w stanie zrozumieć, jak ludzie w rodzaju Joe Girarda doprowadzają nas do tego, że ich lubimy i na odwrót – jak my moglibyśmy doprowadzić do tego, żeby inni nas polubili.

Reguła autorytetu – wierzymy bezkrytycznie lub prawie bezkrytycznie w opinię lub pogląd osoby o dużym dla nas, w danej dziedzinie, autorytecie. Dotyczy to również przekazów medialnych skutecznych w kształtowaniu opinii publicznej jak i kontaktów bezpośrednich.

Gdy ulicę na czerwonym świetle przechodzi ktoś niedbale ubrany, znajduje niewielu naśladowców. Jednak, gdy zrobi to ktoś w mundurze lub garniturze, podąża za nim szereg osób.

Autorytet może być tworzony nie tylko poprzez merytoryczną wartość opinii czy przekonań. Buduje się go często poprzez tytuły naukowe (dawniej arystokratyczne pochodzenie), mundur, samochody, rezydencje itd.

Reguła niedostępności (atrakcyjne jest to, co trudne do zdobycia). Łatwo nas skusić czymś, do czego mamy ograniczony dostęp. Studenci Uniwersytetu na Florydzie byli niezadowoleni ze swojej stołówki. Dziewięć dni później ocenili ją zdecydowanie przychylniej. Dlaczego? Nie zmieniła się jakość posiłków, ceny ani wystrój lokalu. Lecz dowiedzieli się, że z powodu pożaru nie będą mogli z niej korzystać przez następne dwa tygodnie (Cialdini 2003). Stało się tak, gdyż pociąga nas to,

co jest rzekomo „bezpowrotnie mijającą okazją”, białym krukiem, co można nabyć tylko w nieprzekraczalnym terminie. Niejednokrotnie brzydsza, ale bardziej niedostępna dziewczyna jest atrakcyjniejsza niż ta ładniejsza, jednak bardziej przystępna.

Reguła niedostępności dobrze jest znana kolekcjonerom. Czy będą to znaczki pocztowe, płyty, czy antyki – okazy rzadkie i niedostępne – automatycznie zyskują na wartości tylko dzięki temu, że są „białymi krukami”. Czasami owa dodatkowa wartość okazu wynika z jego usterek – błędnego nadruku na znaczku pocztowym czy źle wybitego godła na monecie. Znaczek z trzyokim Jerzym Waszyngtonem jest oczywiście „anatomicznie” niepoprawny, estetycznie nieudany – niemniej cenny, jako element kolekcji.

Posiadając dyskografię jakiegoś zespołu, kupujemy jego nowe płyty, choćby nie miały one dla nas wartości muzycznej. Tą tendencję wykorzystuje wiele zespołów wydając coraz to nowe kompilacje z jednym nieznanym dotąd utworem, bootlegi, płyty koncertowe. Przykładowo Rick Wakeman czy zespół King Crimson wydali już po kilkadziesiąt takich płyt o bliźniaczej niemal zawartości i podobnych nawet okładkach.

Do innych sposobów manipulacji można zaliczyć:

- **Podnoszenie wartości partnera (prawienie komplementów).** Skuteczne podnoszenie wartości partnera polega na dostrzeganiu tych cech, na których drugiej osobie szczególnie zależy lub co, do których nie jest ona pewna czy je posiada (Stoch-Barejko 1999). Najłatwiej wpadają w pułapkę komplementów osoby o zaniżonej samoocenie. Zazwyczaj chwalimy widoczne zalety i atuty drugiej osoby. To błąd. Jeśli dziewczyna jest wyjątkowo ładna, na pewno nieraz o tym słyszała. Wtedy lepiej patrząc na książkę, którą czyta, zachwycić się jej romantyczną „duszą” czy też rozległością zainteresowań.
- **Wzbudzanie pozytywnych emocji przy jednoczesnym wyzwalaniu negatywnych uczuć w stosunku do innych.** Tak działają sekty. Przekonują, że dobro to oni, a zło to reszta świata.
- **Efekt niedokończonego zadania** – rozpoczynając jakąś czynność mamy tendencję do jej kończenia. Gdy nam się to uniemożliwia powstaje napięcie psychiczne, które rozładowuje dopiero zrealizowanie tej czynności. Dlatego lepiej pamiętamy czynności, które nam przerwano od tych, które dokończyliśmy. Stosowanie tego sposobu jest ważnym elementem technik negocjacyjnych.
- **Efekt walki lub podstępu** („cel uświęca środki” lub „wszystkie chwytły są dozwolone”).
- **Efekt hierarchii celów** – żona chcąc dostać perfumy zaczyna prosić swojego męża o kulię brylantową. Po bardzo burzliwej i niejednokrotnie agresywnej reakcji męża popada w smutek, by po kilkadziesiąt minutach poprosić przynajmniej o perfumy. Na ogół technika ta jest skuteczna.

- **Efekt pozornych ustępstw** – chociaż proces negocjacji polega na wzajemnej i stopniowej wymianie ustępstw, nie oznacza to jednak, że za każdym razem musimy oferować naszemu przeciwnikowi ustępstwo o takiej samej lub zbliżonej wartości. Zamiast godzić się na obniżenie ceny o 5%, czy przedłużenie terminu płatności o 30 dni, oferujemy ustępstwo, które nie ma dla nas wymiernej wartości. Przykładowo podniesienie, jakości serwisu, który jak dotąd i tak stał na wysokim poziomie. W oczach strony przeciwnej krok taki jest postrzegany, jako ustępstwo i ma wpływ na utrzymanie pozytywnej atmosfery negocjacji.
- **Efekt nieprzekraczalnego terminu – presja czasu**; teraz albo nigdy, promocja trwa tylko do jutra, musisz się zdecydować natychmiast, gdyż są inni chętni.
- **Efekt udręczonego pracownika, partnera lub członka rodziny** – przeciążony, cierpiący, niedoceniony człowiek prosi o coś, co w gruncie rzeczy mu się nie należy (pracownik o podwyżkę w obliczu śmierci głodowej całej chorującej rodziny, student o jeszcze jeden termin kolejnego egzaminu poprawkowego z powodu czwartej już śmierci jego ukochanej babci, de facto cieszącej się bardzo dobrym zdrowiem).
- **Ultimatum** – ja albo on, my albo oni – wybór należy do ciebie.
- **Efekt stopniowych i logicznych ustępstw** – grupę studentów jednego z roczników psychologii UJ poprosiłem przed laty, aby jako opiekunowie wybrali dziecko z domu dziecka i poszli z nim na dwugodzinną wycieczkę do ZOO. Zgodziło się wtedy zaledwie 7 proc. studentów. Gdy jednak rok później najpierw zaproponowałem studentom by, jako wolontariusze, przez dwa lata pracowali po dwie godziny tygodniowo w Domu Dziecka – zgłosiły się dwie studentki, (co stanowiło około 1, 7% studentów na roku). Następnie pół wykładu poświęciłem na negatywną ocenę postawy studentów i panującą znieczulicę wśród przyszłych psychologów. W końcowej części tego zaproponowałem im rolę opiekunów dzieci z domu dziecka w czasie jednorazowej, dwugodzinnej wycieczki do ZOO. Wszyscy obecni na sali studenci nie tylko, że wyrazili zgodę, ale też stworzyli komisję koordynującą akcję.
- **Efekt audytorium** (tendencja do zachowania się takiego jak inni – naśladowania, ulegania innym, chęć bycia akceptowanym). Gdy inni biją brawo, ty też je bijesz, dlatego czasami artyści zatrudniają klakierów. Uleganie modzie to też przykład efektu audytorium.
- **Efekt bezosobowych pleceń lub zasłaniania się innymi** – to nie ja, to on; to nie ja, lecz oni. „Z radością spełniłbym Pana prośbę” – mówi urzędnik – „Niestety, przepisy/ kierownik mi tego zabraniają”.
- **Efekt drażniących, irytujących, wyprowadzających z równowagi zachowań** – czytanie gazety lub oglądania telewizji w czasie wizyty znajomego, prowadze-

nie prywatnej rozmowy telefonicznej, gdy petent czeka, drwienie z przeciwnika na ringu by sprowokować go do nieprzygotowanego ataku.

- **Efekt niekończącej się dyskusji** – po długiej i męczącej dyskusji stwierdzamy, że argumenty strony przeciwnej zaczynamy rozumieć, lecz by uzgodnić stanowiska musimy to zagadnienie jeszcze bardzo dokładnie i wielokrotnie omówić).
- **Efekt nieuczciwej reklamy** – np. nasz produkt jest najlepszy na świecie.
- **Wykorzystywanie niewiedzy drugiej strony** – czyżbyś nie wiedział, że.... Osoba z niskim poczuciem własnej kompetencji, niepewna własnej wiedzy, łatwo ulega temu sposobowi manipulacji.
- **Plotki** – jest to najgroźniejsza broń w ręku manipulatora. Często nie ma przed nią skutecznej obrony. Przykładowo rzetelny i uczciwy urzędnik, zgodnie z przepisami odmawia realizacji wniosku petenta. Ten z zemsty rozpuszcza plotkę, że urzędnik ten to „super człowiek”. Jak mu się da łapówkę, to wszystko zrobi, ale trzeba wiedzieć jak mu dać, bo nie od każdego weźmie! Równie ciężko jest się bronić przed plotką, że zdradza się swojego partnera; a gdy w tej plotce jest jeszcze dużo prawdy? Lepiej nie rozwijajmy tematu konsekwencji tego wydarzenia.

Obrona przed manipulacją

Nie ma niezawodnych sposobów obrony przed manipulacją. Warto oczywiście być ostrożnym, krytycznym czy niejednokrotnie wręcz podejrzliwym, ale z drugiej strony nadmierny krytycyzm czy podejrzliwość stać się może powodem paranoidalnego ustosunkowania do innych (dzieje się tak przykładowo w obłądziej zazdrości zwanym zespołem Otella). Sprawny manipulator może to zresztą wykorzystać, mówiąc: „Nie możesz być tak podejrzliwy. Trzeba przecież komuś ufać, w coś wierzyć. Na przykład w to, że twoja żona nie wróciła na noc do domu, gdy wyjechałeś na delegację – na pewno nic to nie znaczy. Ona z pewnością tylko plotkowała z koleżankami”.

Z badań nad podmiotowymi uwarunkowaniami odporności na manipulację wynika, że osoby o takich cechach osobowości, jak wysoki poziom inteligencji emocjonalnej, otwartość na nowe doświadczenia, przy jednoczesnej refleksyjnej postawie wobec nowości potrafią skuteczniej od innych bronić się przed manipulacją (Maruszewski, Ścigała 1999).

Broniąc się przed manipulacją stosujemy w swoim zachowaniu:

- ostrożność,
- próbę odkrycia rzeczywistej motywacji innych ludzi,

- działanie we własnym rytmie, nie ulegając presji czasu,
- nie wdawanie się w zbędną dyskusję (np. „Nie jestem zainteresowany”),
- dostrzeżenie alternatywnych możliwości rozwiązania problemu,
- bez wahania mówmy, że czegoś nie chcemy, nie wiemy lub nie rozumiemy.

Istnieje też inny sposób chroniący przed manipulacją w sytuacji kierowanych do nas aluzji. Jeśli usłyszysz: „Ale panu nawciskali tego towaru. I to za ile? Spytaj; „Co pan sugeruje? Czy chce pan powiedzieć, że jestem przez nich oszukiwany?” Aluzję trzeba demaskować. Warto zadbać o jasną komunikację, dążyć do nazywania rzeczy po imieniu (Fijewski 1999).

Często zmuszani jesteśmy do pośpiechu. „Nie daj się, działaj w swoim rytmie”. Jeśli ktoś ci mówi: „Nad czym się tu zastanawiać? Potrzebna jest szybka decyzja!” – Powiedz mu: „Potrzebuję co najmniej godzinę na zastanowienie się”. Porozumienie lub jego brak opieraj na decyzjach, nie na preferencjach. „Postaram się to dla pana zrobić” – słyszymy czyjeś zapewnienie. Brzmi obiecująco, ale jest całkiem niezobowiązujące i niekonkretne. Odpowiedz: „Rozumiem, że ma pan dobre chęci. Chciałbym jednak znać pańską decyzję w tej sprawie”. Pilnuj też, by okoliczności rozmowy były dla ciebie do przyjęcia. Jeśli przeszkadza ci dym papierosów, a rozmówca zaciągnął się właśnie i dmucha ci prosto w twarz, poproś go, by nie palił w twojej obecności. Gdy wokół panuje hałas i nie możesz się skupić, zaproponuj rozmowę w innym miejscu. Jeśli ktoś umówił się z tobą, a potem w trakcie waszej rozmowy odbiera telefony, przegląda dokumenty i załatwia sprawy innych osób, powiedz: „Jak widzę, jest pan zajęty. Może przełożymy naszą rozmowę na inny, dogodny dla pana termin”, Nie ulegaj presji. Presja to również uporczywe próby namówienia nas do czegoś, na co nie mamy ochoty. Jeśli zaczniesz uzasadniać swoją odmowę, zawsze znajdą się kontrargumenty i tym samym wdasz się w niepotrzebną dyskusję. Obroną w takich sytuacjach jest tzw. „zdarta płyta”, czyli powtarzanie niezmiennie swojej decyzji: „Nie jestem zainteresowany tą propozycją” (Fijewski 1999).

Zakończenie

Wprzedstawionej Państwu pracy starałem się pokazać, jak różnie podchodzi się do sugestii, hipnozy i manipulacji. Trudno jest stwierdzić, gdzie kończy się nauka, a zaczyna pseudonauka, dziwactwo, oszustwo czy zwykła głupota. W zakończeniu postaram się w szerszym kontekście przedstawić, czym są rubieże nauki i ludzkiego „zdrowego rozsądku”.

Przytoczone poniżej przykłady w pierwszej chwili będą wywoływały śmiech a po chwili być może refleksję: jak to było możliwe lub dlaczego?

Środowisko naukowe stara się eliminować prace niezasługujące na miano naukowych. Jednak nawet system recenzji publikowanych prac czasami jest niewystarczający. Dobitym tego przykładem są prace uhonorowane nagrodą Ig Nobla. Przyznawane są one corocznie w październiku (począwszy od 1991 roku) za opublikowane prace, które nie powinny być wydane a badania w nich przedstawione powtarzane.

Imprezę, w której jako goście uczestniczą laureaci „prawdziwych” Nobli, organizują i sponsorują Massachusetts Institute of Technology Museum, Journal of Irreproducible Results a także Annals of Improbable Research. Warto w tym miejscu przytoczyć kilku laureatów Ig Nobli.

Pierwszą ceremonię otworzył jej pomysłodawca, Marc Abrashams, redaktor naczelny Journal Of Irreproducible Results, a przewodniczyli imprezie czterej „prawdziwi” laureaci Nobla.

Pierwszy na liście Ig Nobli wpisał się Jacques Benveniste z Francuskiego Instytutu Zdrowia i Badań Medycznych za badania oraz opublikowanie ich wyników (Nature 1988) nad tzw. „pamięcią wody”. Benveniste dowodził, że woda zapamiętuje właściwości fizykochemiczne substancji w niej rozpuszczonej. Jego zdaniem po rozpuszczeniu czegoś w wodzie można następnie rozcieńczać roz-

twór aż do momentu, kiedy praktycznie substancji tej już w wodzie nie będzie. Mimo to woda wykazywać będzie dalej właściwości fizykochemiczne stężonego roztworu. Skandal wybuchł po pierwsze, gdy nikt nie potwierdził tych wyników, po drugie, gdy okazało się, że badania finansował koncern produkujący leki homeopatyczne.

Erich von Daniken otrzymał z kolei literackiego Ig Nobla za niestrudzone propagowanie idei odwiedzin kosmitów i ich wpływu na rozwój ludzkości.

W 1992 roku „nagrodzono przede wszystkim w dziedzinie literatury Jurija Struczkowa z Instytutu Struktur Organicznych w Moskwie za opublikowanie w okresie 1981–1990 aż 948 artykułów.

Z kolei za „wkład” do archeologii uhonorowano członków młodzieżowej organizacji Eclaireurs de France (w tłumaczeniu Oświetlający Drogę), którzy wymaza- li liczące 15 000 lat malowidła naskalne Jaskini Meyrieres. Wandalizm?! Ależ nie, walczyli oni jedynie z graffiti szpecącymi mury miast francuskich. A, że trafili do Meyrieres? Ciężkim atakiem serca przypłacił to zdarzenie kustosz jaskini.

Bywa, że podjęty temat wywołuje uśmiech. Na przykład A. Baerheim i H. Sandvik (Uniwersytet w Bergen) opublikowali pracę pt. „Wpływ piwa, czosnku i kwaśnej śmietany na aktywność pijawek” – uhonorowanej Ig Noblem w 1996 roku. Z tekstu pracy dowiadujemy się, że gdy karmiono pijawki piwem, wędrowa- ły zygzakami po ręce dawcy. Po śmietanie z dużym zapalem wykonywały swoją powinność, natomiast po czosnku całkowicie i nieodwracalnie traciły motywację do wykonywania swojej pracy. W drugim etapie badań mierzono, ile krwi wypijają pijawki w zależności od diety „dawcy”. Niezbyt odkrywczym stwierdzeniem było to, że najmniej smakowała im krew z czosnkiem.

A jak ustosunkować się do publikacji C. Okamury z Fossil Laboratorium w Nagoya (Ig Nobel za 1996 rok), w której autor twierdzi, iż odkrył skamieniałości koni, smoków, księżniczek i ponad 1 000 innych wymarłych gatunków, których przedstawiciele mieli rozmiary nieprzekraczające 0,3 mm?

Z dziedziny meteorologii Ig Nobla otrzymała Tokijska Agencja Meteorologiczna, za raport opisujący 7 lat trwające i kosztujące 10 milionów dolarów badania, w których starano się odpowiedzieć na pytanie, czy trzęsienia ziemi są wywoływane przez sumy machające energicznie ogonami (w konkluzji raportu stwierdzono, że konieczne są dalsze badania). Bezsens, absurd? Niezupełnie. W tradycji japońskiej istnieje przeświadczenie, że sumy stają się niespokojne przed trzęsieniem ziemi. Gdy jednak badania agencji jednoznacznie wykazały, że sumy nie potrafią przewidzieć (przeczuć) trzęsień ziemi, wysnuto hipotezę, że być może ruchy potężnych ogonów ważących ponad 100 kg sumów mogą poprzez rezonans wywołać to zjawisko.

Natomiast w dziedzinie medycyny Ig Nobel przyznano zespołowi: pacjent (przeżył) i lekarz. Doniesienie „Nieskuteczność elektrowstrząsów w zatruciu jadem grzechotnika” opublikowano w *Annals of Emergency Medicine*. Opisano w nim „terapię” po ugryzieniu człowieka w wargę przez oswojonego grzechotnika. Użyto do tego celu prądnicy poruszanej przez silnik samochodowy (3 000 obrotów na minutę). Przewody podłączono do wargi ukąszonego. Nawet tutaj było jądro racjonalnego myślenia. Lekarz nie mając pod ręką innych środków chciał zastosować „jonoforezę”, czyli zabieg wprowadzenia za pomocą prądu stałego do organizmu poprzez skórę zdysocjowanej substancji, aby częściowo bodaj zneutralizować działanie jadu.

Ellen Jasmuheen z Australii (przed przejściem na buddyzm znana jako Ellen Greve) otrzymała w 2001 roku nagrodę literacką za książkę „Living on light”, zawierającą tezę, że ludzie jedzą, choć nie muszą.

W tym samym roku Hagopa Akiskal (z USA) dostał Ig Nobla za wykazanie, że miłość jest w istocie chorobą psychiczną. Na chłodno jednak analizując tą tezę – może ona jest prawdziwa?

Jak dotąd, jedynym polskim laureatem Ig Nobla (2001) jest ekonomista – Wojciech Kopczuk (University of British Columbia). Wraz z Joelem Slemrodem (University of Michigan Business School) odkrył statystyczny związek pomiędzy datą śmierci a zobowiązaniami wobec fiskusa czy oczekiwaniem na emeryturę. Ludzie są w stanie „przesunąć” termin swego zgonu, jeśli mają nadzieję, że na skutek tej zmiany otrzymają emeryturę czy zwrot podatku.

Laureatami z chemii zostali prof. Edward Cussler i jego student Brian Gettelfinger z Uniwersytetu w Minnesocie. Dzięki ich eksperymentowi wiadomo już, że pływacy poruszają się równie szybko w kisielu jak w wodzie, choć z pozoru wydaje się to nieprawdopodobne. Najtrudniej przyszło naukowcom przekonać władze uczelni, by pozwoliły im napełnić kisiem cały uniwersytecki 25-metrowy basen. Jak się okazało, kisel stawia wprawdzie ciału większy opór, ale też ramiona mogą go mocniej zagarniać i odpychać. Pływak mknie więc w gęstszej mazi równie szybko jak w wodzie.

W dziedzinie medycyny wyróżniono Briana Witcombe’a, który w szacownym „British Medical Journal” opublikował fascynujące studium o urazach trapiących zawodowych połykaczy mieczy. Niemal połowa z badanych cierpiała na bóle gardła, co przecież nie jest dziwne, gdyż ten fach polega na włożeniu w przełyk metalowego ostrza o szerokości co najmniej 2 cm szerokości i długości 40 cm (tak stanowią normy Międzynarodowego Stowarzyszenia Połykaczy Mieczów). Jednak nie było wśród nich poważnych ofiar. Tylko jeden się skaleczył, a winna temu była źle zachowująca się papuga ara, która w czasie pokazu siedziała na plecach połykacza).

W XXI wieku wzrosła sława Ig Nobli. Z dumą zauważył ten fakt Marc Abrahams. Naukowcy już sami starają się i konkurują o tę nagrodę. Dawniej obrażali się i rzadko przyjeżdżali odebrać wyróżnienie. W 2007 roku stawili się prawie wszyscy laureaci, choć niektórzy musieli przyjechać na swój koszt z Japonii i Australii. Nieobecni przysłali nagrania na wideo.

Każdy z nich miał 60 sekund na wyjaśnienie doniosłości swojego odkrycia. Porządku pilnował zawodowy sędzia piłkarski, bezceremonialnie przerywając przemówienie, które zostało przedłużone choćby o sekundę. Podczas tej właśnie uroczystości nagrodę z psychologii otrzymał zespół: Juan Manuel Toro, Josep B. Trobalon oraz Nuria Sebastian-Galles za badanie nad tym, czy szczury potrafią odróżnić odtwarzane wspaniałe wypowiedzi po japońsku i duńsku.

Pisząc o rubieżach nauki, nie powinno się zapominać o granicach ludzkiej głupoty. Dobrym jej przykładem są Nagrody Darwina. Przyznawane są za przyczynienie się do przetrwania naszego gatunku, gdy laureaci wskutek swojej śmierci wyeliminowali swój materiał genetyczny z puli genów ludzkości w nadzwyczaj idiotyczny sposób. Ci, którym udało się przeżyć, otrzymują tylko wyróżnienia.

21 czerwca 2007 roku (Filipiny) trzech mężczyzn chciało zarobić na kradzieży złomu. Weszli na teren dawnej bazy wojskowej USA i zaczęli piłować nogi olbrzymiego, starego zbiornika na wodę. Gdzie zbiornik upadł? Oczywiście, prosto na złodziei. Ich nieco płaskie ciała z trudem zostały zidentyfikowane.

Przykład z mojej branży. Psycholog z Astrachania Eugeniusz Frenkiel stworzył teorię totalnej mobilizacji organizmu. W myśl tej teorii zagrożony organizm jest w stanie samą siłą myśli poruszać przedmiotami. Początkowe doświadczenia z zatrzymywaniem rowerów, samochodów i tramwajów nie powiodły się – pojazdy nie chciały się zatrzymać. Psycholog pomyślał, że być może zagrożenie nie było dostatecznie duże i postanowił spróbować z pociągiem. Maszynista prowadzący lokomotywę opowiadał później, że wyprężone ciało z uniesionymi w górę rękami i opuszczoną głową zauważył zbyt późno.

Mieszkaniec Olate w Kansas – John B. miał awarię samochodu, który zatrzymał się na przejeździe kolejowym. Po nieudanych próbach uruchomienia samochodu mężczyzna zaczął wzywać pomocy przez telefon komórkowy. Maszynista pociągu, który akurat wtedy nadjechał, włączył syrenę, jednocześnie hamując skład. John nie odwracając się machnął kilkakrotnie ręką, odganiając się od natrętnego hałasu i zakrył ucho dłonią, gdyż zgrzyt hamulców, łoskot kół i dźwięki syreny przeszkadzały mu w rozmowie. Policja uwolniła maszynistę od winy za zgon pechowego kierowcy.

A teraz przytoczę zdarzenie związane ze sportem, który uprawiam – lotnictwem. Larry T. już w dzieciństwie marzył o lataniu. Los nie pozwolił mu zrea-

lizować tego pragnienia, gdyż z uwagi na słaby wzrok nie mógł być pilotem. Aby jednak zrealizować swoje marzenia, kupił czterdzieści pięć balonów meteorologicznych i umocował je do leżaka. Następnie napełnił półtorametrowe balony helem. Swoją powietrzną statek nazwał „Inspiration I”. Następnie przywiązał się do leżaka, biorąc na drogę trochę kanapek, parę puszek piwa i pistolet na śrut. Larry miał zamiar wznieść się nad ogród na wysokość kilkunastu metrów, przez kilka godzin cieszyć się lotem, zjeść kanapki i wypić piwo. Zaplanował, że gdy przyjdzie pora lądowania, przestrzeli z pistoletu kilka balonów i stopniowo opadnie na ziemię. Warto zaznaczyć, że nie tylko nie miał spadochronu, ale nie posiadał żadnej łączności z ziemią, gdyż nie zabrał nawet telefonu komórkowego. Niestety, wydarzenia, potoczyły się nieco inaczej, niż planował. Gdy przyjaciele odcięli cumę przywiązaną do jeepa, Larry poleciał szybko w górę i zawisł dopiero na wysokości pięciu tysięcy metrów. Na tej wysokości Larry pewnie uznał, że ryzykowne jest strzelać do balonów, gdyż leżak mógłby stracić stateczność. Przez kilka godzin latał, najprawdopodobniej jedząc kanapki i popijając piwo. W pewnej chwili zaczął przecinać korytarz powietrzny, używany przez samoloty ładujące na międzynarodowym lotnisku w Los Angeles. Piloci samolotów pasażerskich przekazali kontrolerom lotów wiadomość o tym nietypowym statku powietrznym. Historia może zakończyłaby się tylko wyróżnieniem, gdyby ten aerostat nie dostał się w strugi powietrza za silnikami Boeinga 767.

W 1999 r. nagrodę otrzymali Kambodżańczycy z prowincji Svay Rieng, którzy poszukiwali dreszczyku emocji skacząc na potężną minę przeciwczołgową.

Francuz, Jacques LeFevier postanowił popełnić samobójstwo. Aby mieć pewność, że próba samobójcza się powiedzie, stanął na urwisku i przywiązał ciężki kamień do szyi. Następnie wypił truciznę i podpalił swoje ubranie. Próbował nawet zastrzelić się podczas skoku, ale kula chybiła przecinając linę z kamieniem. Woda morską, do której wpadł samobójca, ugasiła ogień i zalewając usta, spowodowała wymioty, które usunęły truciznę z żołądka. Jacques został wyciągnięty z wody przez rybaków i odwieziony do szpitala, gdzie zmarł z powodu wychłodzenia organizmu.

Iracki terrorysta Khay Rahnajet, nie nakleił wystarczającej ilości znaczków na liście – bomby i powróciła ona do niego, oznaczona „zwrócić nadawcy”. Otworzył list i zginął na miejscu.

Podobna historia przydarzyła się kolumbijskiemu terrorystce – Fernando, Varro, który wysłał paczkę z bombą do ambasady USA. Na przesyłce zapomniał jednak nakleić znaczka, więc poczta zwróciła ją nadawcy. Varro podzielił los K. Rahnajeta.

M.A. Goldwin oczekiwał na wykonanie wyroku śmierci na krześle elektrycznym za morderstwo. Po kilku lat wyrok został zredukowany do dożywocia. W parę

dni później siedząc na metalowym krześle w swojej celi, próbując naprawić telewizor, przegryzł drut pod napięciem.

W sylwestrową noc Brazylijczyk Antonio S. postanowił wraz z przyjaciółmi zagrać w odmianę rosyjskiej ruletki. Zwycięzcą miał zostać ten, kto najdłużej wytrzyma z zapaloną petardą w zębach. Wygrał Antonio. Jego pogrzeb był bardzo uroczysty.

Bywało, że naukowcy szydzili z teorii później udowodnionych. Jednak, co najmniej na każdą przyjętą teorię, którą wcześniej wyśmiewano, jest sto, o których zapomniano na zawsze. Obok często szalonych idei brakowało w nich rzetelnego podejścia metodologicznego i matematycznego. Ponadto nie było możliwości ich sprawdzenia. Książki prezentujące takie teorie mogą być nieszkodliwą zabawą intelektualną. Czy UFO jest faktem, czy epidemie grypy są pochodzenia kosmicznego, (np. z przelatujących obok ziemi komet), jak układać horoskopy zwierzętom domowym, w jaki sposób ostrzyć żyłki w tekturowych modelach wielkiej piramidy Cheopsa? Gorzej, gdy autorzy takich teorii działają w medycynie, wychowaniu czy antropologii. Namawianie do rezygnacji z zabiegów chirurgicznych i zażywania leków w chorobie nowotworowej na rzecz "naturalnych preparatów" czy zabiegów bioenergetycznych jest tutaj jaskrawym, acz często tragicznym przykładem.

W historii sugestii, hipnozy i manipulacji wszystkie te zjawiska skumulowały się, tworząc w obiegowej opinii o niej fałszywy obraz. Badania naukowe dowiodły bezpodstawności takich poglądów. Niemniej podsycane przez sensacyjne książki i filmy nadal istnieją, a nawet w sytuacji braku na rynku księgarskim rzetelnych opracowań na ten temat umacniają się. Równocześnie w świecie co roku ukazuje się kilka czasopism naukowych poświęconych wyłącznie tym zagadnieniom, dotyczą ich tysiące monografii i artykułów. Podejmuje się liczne badania.

Wróćmy jednak w obszar nauki. Jej rubieże to nie tylko głupota i brak kompetencji. Zdarzały się w historii nauki świadome oszustwa. Znamiennym przykładem mogą być prace i badania psychologa brytyjskiego C. Burta. Publikował on przez wiele lat wyniki eksperymentów nad inteligencją bliźniąt jednojajowych. Opisywał szczegółowo, jak on i jego asystentka prowadzili badania w sumie kilkuset par bliźniąt. Uzyskiwał w nich ciągle jednakowe rezultaty (Burr 1921). Wynikało z nich, że inteligencja jest zdeterminowana przez czynniki wrodzone w 80%, a przez środowisko i aktywność podmiotu tylko w 20%. Dopiero po śmierci C. Burta okazało się, że w całej Wielkiej Brytanii nie było w sumie tylu bliźniąt, a asystentka naukowca nigdy nie istniała. On sam nie prowadził żadnych badań, tylko pisał prace, opierając się na zmyślonych danych empirycznych.

Wielu znakomitych uczonych na pewnym etapie swojej działalności podejmowało zagadnienia spoza ich specjalności. Niestety zdarzało się, że efekty tego były opłakane, rzucające cień na pozostały niejednokrotnie wartościowy dorobek.

Przykładem może tu być terapia orgonowa. Stworzona została przez znanego psychoanalityka amerykańskiego Wilhelma Reicha, który był światowej sławy psychoterapeutą. Praktykował początkowo w Austrii. W 1931 roku wyemigrował i założył własne wydawnictwo naukowe w Niemczech. W 1936 roku otworzył w Oslo Instytut Psychoterapeutyczny. W 1939 roku na zaproszenie profesora psychiatrii T.P. Wolfa przybył do USA. Przez dwa lata był wykładowcą w Nowojorskiej Szkole Badań Społecznych. Następnie kierował wydawnictwem w Green Village oraz laboratoriami badawczymi w Forest Hill i Organon.

Reich (1947) twierdził, że wykrył ogniwo łączące materię żywą i nieożywioną. Nazwał je bionem i uważał, że jest ono nosicielem orgonu, czyli energii promienistej kosmosu. Według jego projektu skonstruowano na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych naszego wieku skrzynie orgonowe, które zawierały naprzemiennie ułożone warstwy materiału organicznego i nieorganicznego. Miały one być akumulatorami orgonu, wzbogacającymi w energię ludzi z nich korzystających. Wiele osób spędzało prawie cały swój wolny czas w skrzyniach orgonowych. Wolberg (1975) opisuje pacjenta, który twierdził, że trzy miesiące codziennego, kilkugodzinnego dreptania w skrzyni dały mu więcej niż trzy lata intensywnej psychoterapii prowadzonej przez znanego i doświadczonego terapeutę. Pacjent ten zakupił dla siebie i swojej żony osobne skrzynie, zbudował również małą skrzynkę dla kota. Jego zdaniem, skrzynie zredukowały do minimum wydatki na leczenie internistyczne, psychiatryczne, a także weterynaryjne. L. Wolberg uważa, że nie trzeba dużej wyobraźni i wprawy w logicznym myśleniu, aby efekty te odnieść wyłącznie do wpływu sugestii.

Reich uważał swe odkrycia za porównywalne z przewrotem kopernikańskim. Odmowa uznania jego metody przez przedstawicieli oficjalnej medycyny była oczywiście „oporem przeciw nowej idei”. Reich interpretował Freudowskie „Id” jako działanie energii orgonalnej w ciele. Energia orgonalna, zdaniem Reicha, jest odpowiedzialna za powstanie zorzy polarnej, piorunów, błękitu nieba, zakłóceń elektrycznych w czasie podwyższonej aktywności plam słonecznych, a także niebieskiego zabarwienia ropuch podnieconych seksualnie! Powstawanie chmur uzależnione jest od koncentracji orgonu a migotanie gwiazd to fluktuacje orgonu. W 1947 roku Reich zmierzył tę energię licznikiem Geigera i sfotografował na filmie Kodaka – miała niebieski kolor.

Najbardziej zdumiewające odkrycie Reich opisał w artykule pt. „Naturalne powstawanie pierwotniaków z pęcherzyków orgonu”, zamieszczonym w wydawa-

nym przez jego wydawnictwo czasopiśmie „International Journal of Sex and Orgone Research” – listopad 1942 roku. Opisuje tam, co dokumentuje fotograficznie, spontaniczne formowanie się pierwotniaków z agregatów bionu. Biony formują się nieustannie jako rezultat przemian materii żywej i nieżywej. Jego zdaniem komórki nowotworowe to pierwotniaki rozwinięte z bionów tkankowych. Na zarzuty krytyków, że pierwotniaki pod postacią cyst dostały się do próbki z powietrza, Reich odpowiedział po prostu, że tak nie jest, choć nie stosował żadnych zabezpieczeń materiału przed takim zanieczyszczeniem.

Teoria W. Reicha spotkała się z bardzo ostrą krytyką oficjalnych instytucji naukowych i stosowanie metody orgonowej zostało zabronione.

Na fali zainteresowań filozofią i kulturą wschodu wielu szarlatanów i oszustów postanowiło zdobyć popularność i pieniądze. Należeli do nich także i hipnotyzerzy. Wykorzystali naukowo poznane zjawisko regresji hipnotycznej twierdząc, że pod hipnozą badany może nie tylko przypomnieć sobie zapomniane epizody z własnego życia, ale także przeżycia z okresu przed urodzeniem, a nawet z poprzednich wcieleń! Ukazało się wiele książek opisujących wyniki takich eksperymentów. Budzą wśród laików powszechne zainteresowanie, a wśród naukowców wywołują ironiczny uśmiech.

W Polsce problematyka ta jest mało znana, być może dlatego owiana nimbem tajemnicy i stwarza wrażenie dotarcia do istoty zjawisk paranormalnych.

Naukowcy mają czasami pewną wadę. Patrzą, ale nie widzą, słuchają, lecz nie słyszą, przekonani o prawdziwości swojego stanowiska. W 1979 roku Uniwersytet Waszyngtona w Saint Louis dostał od koncernu Forda subwencję w wysokości 500 000 dolarów. Przeznaczona była na zorganizowanie specjalnego laboratorium mającego zbadać czy istnieją zjawiska paranormalne.

Dyrektorem laboratorium został profesor fizyki, Peter Philips. Zajmował się tą tematyką już od ponad dziesięciu lat. Zapowiedział w prasie, że laboratorium przeprowadzi przede wszystkim doświadczenia z psychokinezy. Dokładnie zbada też możliwości wykrzywiania siłą woli metalu. Dyrektor skompletował zespół składający się z naukowców reprezentujących różne dyscypliny, w tym psychologów.

Zanim jeszcze rozpoczęły się eksperymenty światowej sławy iluzjonista, James Randi wysłał profesorowi Philipsowi kilkanaście wskazówek dotyczących formy przeprowadzanych eksperymentów. Sugerował, że „obiekty” badań mogą mieć różne żądania, które spowodują nieprzestrzeganie metodologii badań naukowych. Zaproponował swój udział w badaniach za darmo, tak, aby nie dopuścić do oszustwa. Miał on wieloletnie doświadczenie w ujawnianiu oszust różnych szarlatanów. Między innymi położył kres karierze znanego „wyginacza łyżek”, Uri Gellera. Został jednak odrzucony.

Laboratorium ogłosiło prasowy konkurs dla osób posiadających właściwości parapsychiczne. Otrzymano ponad 300 kandydatur. W międzyczasie Randi zaangażował dwóch młodych iluzjonistów, którzy wygrali ten konkurs deklarując posiadanie „mocy psychokinetycznej”. Byli to 17-letni Steven Shaw – iluzjonista amator oraz 18-letni student Michael Edwards, znany wśród znajomych jako utalentowany iluzjonista. Zostali jedynymi przyjętymi kandydatami. Mieli wtedy 18 i 17 lat.

Ustalili z Randim, jeszcze przed przystąpieniem do badań, że po upływie określonej daty oszustwo zostanie ujawnione. Ponadto ustalono, że jeżeli eksperymentator bezpośrednio zapyta czy używają sztuczek iluzjonistycznych, odpowiedzą: „tak, zostaliśmy tu przysłani przez Jamesa Randi”.

Eksperymenty prowadzone były praktycznie nie przez eksperymentatorów, lecz przez „wyjątkowo uzdolnione parapsychologicznie podmioty”. Odbywało się to w prosty sposób – jeśli warunki eksperymentu nie odpowiadały młodym iluzjonistom, awanturami i krzykiem doprowadzali do ich zmiany. Mimo że Randi jasno uprzedzał w swym liście prof. Philipa, że warunki eksperymentu zmienione być nie mogą i że nie należy dopuścić do sytuacji, w której więcej niż jeden przedmiot testu, łyżeczka czy gwóźdź, leżeć będą przed badanym. W praktyce stół laboratoryjny był zwykle zasypany różnymi przedmiotami. Ponadto, nie były one oznakowane w sposób pozwalający na pełną identyfikację, posiadały jedynie etykiety przywiązane sznurkiem.

Jeden z testów telepatii polegał na tym, że badany dostawał zamkniętą kopertę zawierającą jakiś rysunek. Pozostawiano samego badanego w zamkniętym pomieszczeniu. Następnie badany oddawał kopertę eksperymentatorowi, który sprawdzał, czy nie została otwarta. Zaś ten opisywał następnie, jaki rysunek był w kopercie.

Odniesiono wspaniałą sukces. Ponad 80% rysunków zostało odczytanych poprawnie. Być może trudno w to uwierzyć, ale koperty zamykane były zszywkami. Wystarczyło wyjąć je, zobaczyć rysunek i założyć z powrotem. W czasie jednego z testów Michael zgubił dwie zszywki. Aby nie dać się złapać postanowił, wbrew zasadom i regulaminowi eksperymentu, otworzyć samemu kopertę na oczach eksperymentatora, tak, żeby ten nie zobaczył brakujących zszywek. Nikomu to nie przeszkodziło, że badany zmienił zasady eksperymentu.

Innym eksperymentem, w którym brał tym razem udział Steven, przewidziano próbę wygięcia siłą woli metalowego przedmiotu. W tym celu zrobiona została plastikowa płytką z wyżłobioną w środku szczeliną, w którą włożono metalowy pręcik. Eksperyment polegał na (bardzo naiwnej) hipotezie, że pręcika nie da się wyjąć inaczej, niż odwracając płytkę lub posługując się jakimś narzędziem. Steven

miał dotknąć prętu w szczelinie palcem i spowodować wygięcie siłą woli. Młody człowiek natychmiast zorientował się, że jeżeli naciśnie palcem na końcówkę pręta, ten podniesie się i da się go wyjąć ze szczeliny. Reszta była dziecinną igraszką dla iluzjonisty. Wyjął pręcik, wygiął go w palcach i włożył z powrotem. Eksperymentatorzy uznali, że nie mogło być mowy o żadnym oszustwie.

Inne doświadczenie polegało na stwierdzeniu, czy można zmienić „siłą woli” natężenie prądu elektrycznego tak, aby przepaliły się bezpieczniki. Chłopcy uzyskali doskonałe rezultaty. Wyglądało na to, że wyłącznie siłą woli przepalali bezpieczniki. Oni zaś wielokrotnie wkładali przepalone bezpieczniki na miejsce dobrych. Chłopcy zauważyli również, że jeśli dotknęli lub nacisnęli tylko pewną część obwodu, aparaty pomiarowe zaczynały szaleć i wykazywać niezwykle wyniki. Wystarczyło, to by odnotowane zostały objawy niezwyklej mocy „parapsychologicznych”.

Steven stwierdził, że potrafi nawet wpłynąć na kamerę video. Siedząc przed nią, poruszył dwukrotnie rękami i spowodował falowanie obrazu. To „wydarzenie” pokazane zostało w oficjalnym filmie dokumentującym badania. Naukowcy twierdzili, że zjawisko to nie było wytłumaczalne inaczej niż siłami „psi”. W rzeczywistości Steven dotknął guzika regulacji kamery w obecności i na oczach personelu laboratorium. Jednym z przedmiotów przeznaczonych do zbadania obiektów „psychokinetycznych” było akwarium, odwrócone do góry nogami i solidnie przyśrubowane do stołu. Znajdowały się w nim różne przedmioty, a pomieszczenie zamykane było dokładnie na klucz. Doskonałe zamki, klucz na szyi prof. Philipsa, kontrola eksperymentu wydawała się absolutna. Tak jednak nie było. Edwards i Shaw pozostawili dzień wcześniej niedomknięte okno i wrócili nocą spuszczać się po linie z dachu budynku. Otworzyli „zapięczętowane” akwarium i mogli zrobić, co chcieli z przedmiotami znajdującymi się w środku. Rano, personel laboratorium znalazł wszystko powyginane, połamane, poprzestawiane. Oczywiście wyłącznie dzięki „siłom paranormalnym”. Na dodatek pojawiły się dziwne znaki kabalistyczne wewnątrz akwarium, co jeszcze bardziej zdziwiło eksperymentatorów, a nawet przestraszyło.

Badacze głęboko wierzyli, że Edwards i Shaw byli nadzwyczajnie uzdolnionymi „obiektami psi”. Właśnie to pozwoliło na przeprowadzenie wszystkich sztuczek iluzjonistycznych, które nazwano następnie „psychokinezą”.

Steve i Mike przychodzili do laboratorium przez 3 lata. W tym czasie James Randi wielokrotnie pisał do prof. Philipsa listy, proponując swój udział w eksperymentach. Dyrektor laboratorium nie przyjmował konsekwentnie jego propozycji.

W lipcu 1981 roku na kongresie iluzjonistów w Pittsburghu J. Randi omówił projekt alfa. Philips, który okazał się jeszcze raz rzetelnym naukowcem, kiedy tylko zapoznał się z treścią referatu, zareagował natychmiast, prosząc Randiego

o dostarczenie mu taśmy video z nagraniem „falszywych” zjawisk psychokinetycznych, z komentarzem na temat metod dokonania oszustw w celu pokazania ich na kongresie parapsychologicznym w Syracuse.

Randi przesłał mu taśmę, na której nagrane zostały sztuczki mogące być uznane przez obserwatorów za efekt psychokinetyczny.

W czasie kongresu Philips pokazał taśmy i w efekcie został oskarżony o kolaborację z Randim w celu dyskredytacji stowarzyszenia parapsychologicznego.

Dobitnie z przedstawionych w zakończeniu przykładów wynika, że na rubieżach nauki znalazły się nie tylko sugestie, hipnoza czy manipulacja. Badając historię nauki można stwierdzić, że każda z dziedzin nauki ma swoje rubieże. Powstanie ich uwarunkowane jest niejednokrotnie społecznym zapotrzebowaniem lub wręcz modą. Dowodzi to jednoznacznie jak ważne jest uwzględnienie także kontekstu społecznego i historycznego w opracowaniach dotyczących dziejów poznawania pewnych zjawisk lub procesów.

Bibliografia

1. Abramowicz M., *Leczenie alkoholizmu przewlekłego za pomocą hipnotyzmu*, Gazeta Lekarska 1899, nr 49 i 50.
2. Aleksandrowicz J., *Hipnoza*, PWN, Kraków 1993.
3. Aleksandrowicz J.W., *Koncentracja uwagi w stanie hipnozy*, Psychoterapia 1986, nr 57, s. 31–39.
4. Aleksandrowicz J., *Psychoterapia medyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
5. Aładzowa N., Kamieniecki S., *Nadzwyczaj powolne wahania potencjału (MPWP) mózgu człowieka przy przejściu od czuwania do stanu hipnotycznego*, Waprosy Psychologii 1974, nr 1, s. 94–102.
6. As A., *Hypnotizability as a functional of nonhypnotic experiences*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1963, nr 66, s. 142–150.
7. Assen A., Alisha A., *Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation*, University of Calgary, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2007, t. 55, s. 147–166.
8. Augustynek A., *Remembering under hypnosis*, Studia Psychologica 1978, nr 33, s. 256–266.
9. Augustynek A., *Hypnotic Hypermnesia*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Psychologiczno-Pedagogiczne 1979, nr 31, s. 25–34.
10. Augustynek A., *Kompleksowa terapia narkomanii*, Materiały z Międzynarodowego Sympozjum „Profilaktyka Narkomanii”, Warszawa 1986, s. 185–192.
11. Augustynek A., *Możliwości zastosowania hipnozy w medycynie*, Problemy 1986, nr 12, s. 22–26.
12. Augustynek A., *Hipnoza w świetle prawa*, Problemy 1987, nr 12, s. 37.

13. Augustynek A., *Pomiar stopnia zahipnotyzowania*, zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Psychologiczne 1987, nr 3, s. 119–139.
14. Augustynek A., *Kształtowanie specyficznych zachowań ludzkich*, Wydawnictwo Naukowe, Kraków 1989.
15. Augustynek A., *Hipnoza, mity i fakty*, Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990 a.
16. Augustynek A., *Kształtowanie specyficznych zachowań ludzkich; Sugestia, hipnoza*, WSP, Kraków 1990 b.
17. Augustynek A., *Hipnoza – Sugestia – hipotezy, kontrowersje, zastosowania*, Eureka, Kraków 1996.
18. Augustynek A. *Oddziaływanie podprogowe*, Advertising & You 2001, nr 11 s. 6–8.
19. Babiński J., *De L'hypnotisme en therapeutique et en medicine legale*, Paris, Imprimerie de la Semaine medicale 1910.
20. Barabasz A.F., *Restricted Environmental Stimulation and the Enhancement of hypnotizability: Pain, EEG Alpha, Skin Conductance and temperature responses*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1982, nr 30, s. 31–38.
21. Barber T.X., *Hypnosis: A Scientific Approach*, Psychological Dimensions, New York 1976.
22. Barber T.X., *The Fantasy prone personality*, Implications for understanding imagery, hypnosis and parapsychological phenomena, Sheik A.A. (ed.) *Imagery: Current theory and Research*, John Wiley, New York 1983, s. 340–387.
23. Barrios A., *Commentary on a theory of hypnosis based on principles of conditioning and inhibition Part 2007*, John Wiley & Sons Ltd., New York 2007.
24. Basford J., *A historical perspective of the popular use of electric and magnetic therapy*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2001 Volume 82, Issue 9, s. 1261–1269
25. Bass M.J., *Differentiation of hypnotic trance from normal sleep*, The Journal of Experimental Psychology 1931, nr 14, s. 382–399.
26. Bernheim H., *De la suggestion dans l'etat hipnotique et dans l'etat de veille*, Octave Doing, Paris 1884.
27. Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, PZWL, Warszawa 1979.
28. Binet A., *La Suggestibilite*, Schleicher Freres, Paris 1900.
29. Bleuler M., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer, Berlin 1925.
30. Blum G.S., *A model of the mind*, J. Wiley and Sons, New York 1961.
31. Bobrowska-Nowak W., *Julian Ochorowicz – na drogach i bezdrożach psychologii*, Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 1971, nr 1 (16), s. 22–33.
32. Bourru W., Burot P., *Les variations de la personalite*, Baillere, Paris 1884.
33. Braid J., *Neuropnology*, J. Churchill (ed.), Londres 1843.

34. Bramwell J.M., *Hypnotism, its History. Practice and theory*, Grande Bretagne, London 1903.
35. Brenman M., Gill M.M., *Hypnotherapy*, John Wiley and Sons, New York 1964.
36. Brown J.F., *The psychodynamics of Abnormal Behavior*, University Press, New York 1916.
37. Burkhard P., *Hipnoza w leczeniu bólu nowotworowego*, Psychiatria i psychoterapia 2005, nr 2, s. 5–12.
38. Burg V., *Des origines de la Metallotherapie*, S. Delaye et E. Lecrosnier (ed.), Paris 1883.
39. Burr C.W., *The reflexes of early infancy*, Brinish Journal of Childhood Discusses 1921, nr 18, s. 18–25.
40. Cason H., *The conditioned papillary reactions*, Journal of Experimental psychology 1922, nr 5, s. 108–146.
41. Catell R., *Anxiety and Motivation*, Academic Press, New York 1966.
42. Characot J.M., *Oeuvres Completes – Metalotherapie et hypnotisme*, Paris 1886.
43. Chertok L., *Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis*, Heidelberg, New York 1969.
44. Chertok L., Kramarz P., *Hypnosis, sleep and electroencephalography*, Journal of Nerven and Mental Discovery 1959, nr 128, s. 227–238.
45. Chertok L., *Między wiedzą a niewiedzą*, Książka i Wiedza, Warszawa 1989.
46. Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
47. Crozier R., Wang Y, Cheng-Hang L, Bear M., *Deprivation – induced synaptic depression by distinct mechanisms in different layers of mouse visual cortex*, SCIENCES and NEUROSCIENCE 2007, t. 104, nr 4, s. 1383–1388.
48. Cullen W., *Synopsis Nosologia Methodical*, Edinburg 1769.
49. Cybulski N., *O hipnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego*, Świt, Kraków 1887.
50. Das J., Perner J., *Conditioning and hypnosis*, Journal of experimental Psychology 1958, nr 56, s. 110–113.
51. Davis L.W., Kusband R.W., *A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1931, nr 26, s. 175–182.
52. D'Elson M., *Observations sur le Magnetisme animal*, P. Fr. Didot, Le Jeune, Paris 1780.
53. Diamond S., Davis O., Howe R., *Heart-Rate Variability as a Quantitative Measure of Hypnotic Depth*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Volume 56, Issue 1 January 2008, s. 1–18.

54. Dienes Z., Posner J., *Hypnosis and conscious states*, The cognitive neuroscience 2007, nr 16, s. 293–297.
55. Doda Z., Glosa do wyroku SN z 12 III 1987, I KR 43/87, Państwo i Prawo 1989, nr 44, s. 147–154.
56. Donaldson C., Donaldson M., *Negocjacje*, Wydawnictwo RM, Warszawa 1999.
57. Dougherty R.E., *Cerebral hemispheric dominance, hypnotic trance depth and hypnotizability*, Dissertation Abstracts International 1983, nr 43, s. 7–8.
58. Ecker I., *Hypnotic anesthesia*, British Journal of Medicine 1980, nr 2, s. 20–26.
59. Ehrenreich F., *A study of hypnotic suggestibility*, Journal of General Psychology 1947, nr 2, s. 20–29.
60. Eisenman R., *Susceptibility to hypnosis in college student heroin users*, Corrective and Socjal Psycchiatry and Journal of Behavior Technology, Methods and Therapy 1982, nr 28, s. 52–55.
61. Erchova I., Rasmus S. Petersen and Mathew E., *Diamond Effect of developmental sensory and motor deprivation on the functional organization of adult rat somatosensory cortex*, Brain Research Bulletin, Volume 60, Issue 4, 30 May 2003, s. 373–386.
62. Erickson M.H., *The nature of hypnosis and suggestion*, Irvington Press, New York 1980.
63. Erickson M.H., Kubie S.L., *The successful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood*, Psychoanalytical Quartet 1941, nr 10, s. 583–609.
64. Eysenck H.J., *Sens i nonsens w psychologii*, PWN, Warszawa 1966.
65. Eysenck H.J., *Structure of human Personality*, Methuens manuals of Modern Psychology, London 1971.
66. Eysenck H.J., Furneaux W.P., *Primary and secondary Suggestibility*, Journal of Experimental Psychology 1945, nr 35, s. 20–29.
67. Faria L'Abbe, *De la cause du sommeil lucide*, Henri Jouve (ed.), Paris 1819.
68. Ferenczi S., *De Jahrbuch der Psychoanalyse*, ed Jones, de Hogarth Press Ltd., London 1909, s. 39–93.
69. Fijewski P., *Gdzie dwóch się nie bije*, Charaktery 1999, nr 7, s. 20–21.
70. Fisher C., *Studies on the nature of suggestion*, Journal of American Psychoanalysis 1953, nr 1, s. 222–255.
71. Fischer S., *Problems of interpretation and controls in hypnotic research*, University Press, New York 1962.
72. Forel A., *Hypnotyzm, jego znaczenie i zastosowanie*, Świt, Warszawa 1908.
73. Frączek A., Kofta M., *Frustracja i Stres psychologiczny*, (red.) T. Tomaszewski, Psychologia, PWN, Warszawa 1975

74. Freud Z., *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Deuticke, Leipzig, Wien 1905.
75. Freud Z., *The origin and development of psychoanalysis*, Modern library, New York 1925.
76. Freud Z., *An autobiographical study*, Transl. J. Strachey, W.W. Norton, New York 1963.
77. Freud Z., Breurer J., *Studien über Hysterie. Leipzig und Wien*, Franz Deuticke, 1895.
78. Friedlander J.W., Sarbin T.R., *The depth of hypnosis*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1938, nr 33, s. 453–475.
79. Gapik L., *Hipnoza i hipnoterapia*, PZWL, Warszawa 1984.
80. Gardner M., *Einstein i parapsychologia*, Pandora, Łódź 1995.
81. Gąsiekiewicz A., *Julian Ochorowicz – psycholog, filozof, publicysta, wynalazca 2007*, <http://www.psychotronika.org/content/view/29/48>
82. Geiselman F., *Recall under hypnosis*, American Journal of forensic psychology 1987, nr 1, s. 20–27.
83. Gibbs F.A., Gibbs E.L., *Electroencephalography*, Gustav Fisher Verlag, Stuttgart 1971.
84. Gill M., Brenman M., *Hypnosis and related states*, International University Press, New York 1959.
85. Girdo-Frank L., Bowersbuch M.K., *A study of the plantar response in hypnotic age regression*, International Journal of Nervous and Mental Discuses 1948, nr 107, s. 443–458.
86. Gordon J.E., *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*, Collier – MacMillan Limited, Toronto 1967.
87. Gorsky B., Gorsky S., *Introduction to Medical Hypnosis*, University Press, New York 1982.
88. Green A., *Współczesne teorie hipnozy 2007*, <http://hipnoza.org.pl/czytelnia/hipnoza.htm>
89. Gruenewald D., *On the nature of multiple personality: Compares with hypnosis*, International Journal of Clinical and Experimental hypnosis 1984, nr 32, s. 170–190.
90. Grzegorzczuk T., *Kodeks postępowania kornego. Komentarz*, Zakamycze, Kraków 1998.
91. Hanausek T., *Kryminalistyka. Zarys wykładu*, Wydanie III, Kantor Wydawniczy, Zakamycze, 1998.
92. Hart H.M., *Hypnosis in Psychiatric Clinics*, University College Press, London 1902.

93. Haward L.R., *Psychology in legal Contest*, Sociolegal Studies, M/SSRC, Oxford 1981.
94. Hebb D.D., *Podręcznik psychologii*, PWN, Warszawa 1969.
95. Heidenhain R., *Halbseitiger Hypnotismus*, Breslauer Arrzl 1899, nr 5, s. 21–28.
96. Hellew L., *Unconscious Processing: Subliminal Perception*, Neuropsychology, and the I-Function <http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro99/web2/Hellew.html> 2007.
97. Hibbard W., Worrying R., *The practical application of hypnosis in criminal investigation*. C.C. Thomas – Publisher, Springfield 1996.
98. Hilgard E.R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt, Bruce and World, New York 1965.
99. Hilgard E.R., *A neodissociation theory of divided consciousness. The unconscious: Nature, functions, methods of study*, Mecniereba 1978, Vol. 3, s. 574–585.
100. Hilgard E.R., *Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffers criticism*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1981, nr 29, s. 24–41.
101. Hudgins C.V., *Conditioning and the voluntary control of the papillary light reflex*, Journal of General Psychology 1933, nr 8, s. 3–51.
102. Hull C.L., *Hypnosis and Suggestibility, an Experimental Approach*, Appleton – Century Crofts, New York 1933.
103. Huse B., *Does hypnotic trance favors the recall of faint memories*, Journal of Experimental Hypnotic 1930, nr 13, s. 22–36.
104. Jacobson E., *You must relax*, Mac Grow – Hill, New York 1948.
105. Jaglarz M., *Poziom lęku a uprawianie sportu przez osoby z dysfunkcją narządów ruchu*, AWF, Kraków 1995 (niepublikowana praca magisterska).
106. Janet P., *Major Symptoms of Hysteria*, University Press, New York 1907.
107. Janet P., *La médecine psychologique*, Flammarion (ed.), Paris 1923.
108. Jus A., Jus I., *Elektroencefalografia Kliniczna*, PZWL, Warszawa 1967.
109. Kassin S., *The psychology of confession evidence*, The American Psychologist 1997, t. 52, s. 221–233.
110. Katzenstein A., *Hypnose – aktuelle probleme in theorie, experiment und klinik*, Gustav Fischer Verlag, Jena 1971.
111. Kępiński A., *Lęk*, Sagittarius, Kraków 1992.
112. Kozielski J., *Czynność podejmowania decyzji*, (red.) T. Tomaszewski, *Psychologia*, PWN, Warszawa 1975.
113. Kozłowski J., *Placebo*, Gdańsk PTST, 2008 <http://ftp.idn.org.pl/Gdansk/ptsr/Html/20-plac.htm>
114. Kratochvil St., *Psychoterapia*, PWN, Warszawa 1980.

115. Krawczyk W., *Tabletki gwałtu 2008*, <http://www.webiz.pl/tabletki-gwaltu/>
116. Krawczyński M., *Wokół specyfiki lęku sportowego*, [w:] *Lęk*, pod red. T. Tłokińskiego, 1963.
117. Kubie L.S., *Hypnotism: A focus for psychophysiological and psychoanalytic investigation*, *Archivum General Psychiatry* 1961, nr 4, s. 40–54.
118. Kubie L.S., Margolin S., *The process of Hypnotism and nature of the hypnotic state*, *American Journal of Psychiatry* 1944, nr 100, s. 611–622.
119. Lakshman S., *Narcoanalysis and some hard facts*, *Frontline*, 2007 MacDonald, <http://www.epw.org.in/epw/uploads/articles/10798.pdf>.
120. Latane B., Nida S., *Ten years of research on group size and helping*, *Psychological Bulletin* 1981, nr 98, s. 308–324.
121. Liebeault A.A., *Du sommeil et des analogues cinsideres surtout au point de vue l'action du moral sur le psysigue*, Masson et Cie, Paris 1866.
122. Liebeault A.A., *Etude sur le zoomagnetisme*, Masson et Cie, Paris 1883.
123. London P., *The children's Hypnotic Susceptibility Scale*, Consulting Press, Palo Alto 1962.
124. Lozanov G., *Suggestology and outlines of suggestopedy – 1978*, Gordon and Breach, Philadelphia 1978.
125. Lozanov G., *Suggestology and suggestopedy 2006*, Unesco <http://scholar.google.de/scholar?hl=de&q=G+lozanov&spell=1>
126. Lynn S., Cardena L., *Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic Conditions*, Binghamton University, New York 2007.
127. Łukaszewski W., *Wielkie pytania psychologii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
128. Macdonald J., *Narcoanalysis and criminal law*. *Pubmed – OLDMEDLINE*, New York 1966.
129. Mainhold W., *Psychoterapia w hipnozie*, Kraków, 16&16 1997.
130. Matuch W., *Dr Julian Ochorowicz 2008*, <http://www.sm.fki.pl/SMN.php?nr=ochorowicz>
131. Maruszewski T., Ścigała E., *Nasze wyprane mózgi łowców*. *Charaktery* 1999, nr 7, s. 12–18.
132. Mastenbroek W., *Negocjowanie*, PWN, Warszawa 1996.
133. Mead G.H., *De imperio 1704 – cytowane za: Ravitz L.J., History, measurement and applicability of periodic changes in the electromagnetic field in health and disease*, *American New York Academia Science* 1962, nr 98, s. 1144–1201.
134. Merikle P.M., Daneman M., *Psychological investigations of unconscious perception*, *Journal of Consciousness Studies* 1998, nr 5, s. 5–18.

135. Meares S., *A system of medical hypnosis*, Saunders Company, Philadelphia 1961.
136. Mesmer F.A., *Dessertatio Physico – Medica de Planetarum Influxu*, Vindobona 1766.
137. Mesmer F.A., *Memoire sur la decouverte du magnetisme animal*, Didot le Jeune ed., Paris 1779.
138. Mesmer F.A., *Historical summary of the revelant facts on animal magnetism up to April 1781*, Londres 1781.
139. Mesmer F.A., *Memoire de F.A., Mesmer sur ses decouvertes*, Paris 1785.
140. Moll A., *Der Hypnotismus, mit Einschlus der Psychoterapie und der Hauptpunkte des Okkultismus*, Fischers, Berlin 1904.
141. Murmyło M., *Efekt działania placebo: od zagadki do wiedzy*, Puls Medycyny 2004, www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/5095,efekt,dzia%C5%82ania,placebo.html
142. Nardelli S., *W kregu biopola*, KAW, Kraków 1986.
143. Nash M., *Hipnoza prawda i mity*, Świat Nauki 2001, nr 9, s. 27–32.
144. Novella S., *The Placebo Effect. Science – Based Medicine* 2008. <http://www.sciencebasedmedicine.org>
145. Nuttgens S., Amundson J., *Strategic Eclecticism in Hypnotherapy American*, Journal of Clinical Hypnosis, 1 January 2008.
146. Ochorowicz J., *Teoryje zjawisk hipnotycznych i magnetycznych*, Przegląd Lekarskiego 1982, t. XXI, s. 75–84.
147. Ochorowicz J., *De la suggestion mentale*, J.G. Dentu ed., Paris 1887.
148. Ochorowicz J., *Sugestia myślowa*, Świt, Warszawa 1932.
149. O’Connell D.N., Orne M.T., Shor R.E., *A comparison of Hypnotic susceptibility as assessed by diagnostic ratings and initial standardized test scores*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1966, nr 14, s. 324–332.
150. Orłowski S., *Sugestia i hipnotyzm*, Świt, Warszawa 1902.
151. Orne M., *The nature of hypnosis: Artifact and essence*, Journal of Abnormal and Socjal Psychology 1959, nr 58, s. 277–299.
152. Orne M.T., *Referat otwierający: IX International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Glasgow 1979, Psychoterapia 1982, nr 4, s. 3–10.
153. Paper M., *Redefining hypnosis: theory, methods and integration Contemporary Hypnosis*, 2008, nr 17, s. 51–70 <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112094299/home>
154. Rapport des Commissaries de la Societe Royle de Medicine nommes par le Roi pour faire l’imprimerie, Royle 1784a.

155. Rapport des Commisaries charges par le Roi de l'examen du magnetisme animal, A Paris de l'imprimerie, Paris 1784b.
156. Rapport de la Commision du methaloterapie, Paris 1889.
157. Passos de Moraes A.C., *Electroencefalografia e Hipnosis*, Sofrologia y Medicina Psochosomatica 1979, nr 1, s. 54–60.
158. Pattie F., *The genuineness of some hypnotic phenomena*, R.M. Dorcus (ed.), Hypnosis and its therapeutic applications, McGraw – Hill, New York 1956.
159. Pawłow I., *Wykłady o czynności mózgu*, Warszawa 1955 (wydanie polskie). Pierwsze wydanie radzieckie – 1926 r.
160. Platt C., *Problemy rachunku prawdopodobieństwa i statystyki matematycznej*, PWN, Warszawa 1977.
161. Płatonow K.J., *On the objective proof of the Experimental Personality Age regression*, Journal of General Psychology 1933, nr 9, s. 190–209.
162. Płatonow K., *The word as Psychological and Therapeutic Factor*, Foreign Languages Publishing House, Moscow 1959.
163. Puysegur, marquis de A.M.J., *Appel aux savantsobervateurs du dix – neuvieme siecle de la decision portee par leurs predecesseurs contre le magnetisme animal et fin du traitement de Jeune Hebert*, J.G. Dentu ed., Paris 1813.
164. Rachman S., Wilson G.T., *Effects of Psychological Therapy*, Oxford: Pergaman, 1980.
165. Ragiński B.B., *The use hypnosis in anesthesiology*, Journal of Personality 1951, nr 1, s. 340–348.
166. Rajkov V.L., *EEG recordings of experiments in hypnotic age regression*, *Imagination*, Cognition and Personality 1983, nr 3, s. 115–132.
167. Ravitz L.J., *History*, measurement and applicability of periodic changes in the electromagnetic field in health and disease, American New York Academia Science 1962, nr 98, s. 1144–1201.
168. Raz A., Fan J., Perner J., *Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain*, Bulletin University, New York 2005.
169. Redlich F., Ravitz L., Dession G., *Narcoanalysis and truth*, American Journal of Psychiatry 1951, www.ncbi.nlm.nih.gov
170. Reiff R., Scherer M., *Memory and hypnotic age regression: Developmental aspects of cognitive function explored trough hypnosis*, International Universities Press, New York 1959.
171. Reich W., *Character, analysis*, International Journal Therapy and Orgone Research, XI 1947.
172. Reiser M., *Police Use of Investigate hypnosis; Scientism, Ethics and Power Games*, American Journal of Forensic Psychology 1984, nr 11, s. 115–143.

173. Riesen A., *Developmental Neuropsychology of Sensory Deprivation*, Academic Press, New York 1975.
174. Reykowski T., *Emocje, motywacja, osobowość*, PWN, Warszawa 1992.
175. Rosenthal B.G., *Hypnotic recall of material learned under anxiety and nonanxiety producing conditions*, Journal of Experimental Psychology 1934, nr 34, s. 12–19.
176. Rożnow W., *Gipnoz w Medycynie*, Moskwa 1978.
177. Rubinstein S., *Podstawy Psychologii Ogólnej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1962.
178. Sarbin T.R., *Role – theoretical analysis of hypnotic behavior*, Gordon J.E. (ed.), Handbook of Clinical and Experimental hypnosis, Mac Millian Co., New York 1967.
179. Sarbin T.R., *Nonvolition in Hypnosis: A semiotic Analysis*, Psychological Record 1984, nr 34, s. 537–549.
180. Satyanarayanamurthi S., Brahmaya S., *Yoga and consciousness*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1958, nr 1, s. 10–23.
181. Schoen W., *Hypnotherapy of the alcoholism*, Medical Hypnosis 1985, nr 1, s. 31–38.
182. Sears R.R., *An experimental study of hypnotic anesthesia*, The Journal of Experimental Psychology 1932, nr 15, s. 2–18.
183. Schoen W., *Hypnotherapy of the alcoholism*, Medical Hypnosis 1985, nr 1, s. 31–38.
184. Shelp S., *Hypnosis Research and Theory 2007*, <http://www.hypnorn.com/>
185. Shor R., Cobb J., *An explorer study of hypnotic training using concept of plateau responsiveness as a referent*, American Journal of Clinical Hypnosis 1966, nr 10.
186. Shor R.E., Orne M.T., O'Connell D., *Validation and cross validation of scale of self – reported personal experiences which predict hypnotizability*, Journal of Psychology 1962, nr 53, s. 436–453.
187. Schultz J.H., *Das autogene Training*, Thieme, Stuttgart 1960 (X wydanie).
188. Siek S., *Treningi relaksacyjne*, ATK, Warszawa 1990.
189. Siuta J., *Badania porównawcze nad Skalą Sugestywności Barbera*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Pedagogiczno-Psychologiczne 1982, nr 34, s. 20–28.
190. Siuta J., *Hipnoza i pamięć*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1993.
191. Siuta J., Wójcikiewicz J., *Hipnoza kryminalna*, Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 1999.
192. Sobolewski Z., *Kontrowersyjne kwestie zakazów dowodowych w nowym kodeksie postępowania karnego*, (red.) Skrętowicz W., *Nowy kodeks postępowania karnego. Zagadnienia węzłowe*, Zakamycze, Kraków 1998.

193. Söderlund S., *Julian Ochorowicz's (1850–1917) law of reversibility and its relevance to the mindbody problem*, International Journal of Psychology, 2005, www.informaworld.com
194. Spanos N.P., *The hidden observer as an experimental creation*, Journal of Personality and Social Psychology 1983, nr 44, s. 170–176.
195. Stalnaker M.J., Riddles E.E., *The effects of hypnosis on long delayed recall*, Journal of General Psychology 1932, nr 1, s. 22–27.
196. Stoch-Barejko A., *Wkradanie się w łaski*, Charaktery 1999, nr 7, s. 24.
197. Stoner F., Wankel C., *Kierowanie*, Warszawa, PWN 1992.
198. Sztumski J., *Konflikty społeczne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2000.
199. Tłokiński W. (red.), *Lęk. W poszukiwaniu specyficzności*, Warszawa 1963.
200. Völgyesi F.A., *Hypnose bei Mensch und Tier*, Hirzel Verlag, Leipzig 1967.
201. Waden T.A., *The clinical use of hypnosis*, Psychological Bulletin 1982, nr 91, s. 215–243.
202. Wajdowicz R., *Julian Ochorowicz, jako prekursor telewizji i wynalazca w dziedzinie telefonii*, PSB, Wrocław 1964.
203. Waltoś S., *Proces karny. Zarys Systemu*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1998.
204. Wambach H., *Life before life 1970*, Publisher Press, New York.
205. Wasiliew L., *Sugestie na odległość*, Czytelnik, Warszawa 1962.
206. Watkins J.G., *Hypnotherapy of war neuroses*, University Press, New York 1949.
207. Vaya S., Goyal V., *Narcoanalysis in Crime Investigation. A Human Approach Science and Culture. 2007*, Taylor & Francis Lakshman, New York <http://www.epw.org.in/epw/uploads/articles/10798.pdf>
208. Weitzenhoffer A.M., *Hypnotic Susceptibility Revisited*, American Journal of Clinical Hypnosis 1980, nr 3, s. 130–146.
209. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale-Form C. Palo Alto*, Consulting Psychologists Press, California 1962.
210. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., *Stanford Profile Scales of hypnotic susceptibility*, Forms I and II, California Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1963.
211. Weitzenhoffer A.M., Hilgard, *Stanford Profile Scales of hypnotic susceptibility*, Forms I and II, California Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1967.
212. White M.M., *The physical and mental traits of individual's susceptibility to hypnosis*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1930, nr 25, s. 293–298.
213. Wiens S., *Subliminal emotion perception in brain imaging: findings, issues, and recommendations*, Progress in Brain Research 2006, nr 156, s. 105–121.

214. Williams S., *Neo-dissociation theory*, Interfaces 1984, nr 11, s. 28–40.
215. Wikipedia (2008) http://en.wikipedia.org/wiki/Subliminal_message
216. Wittchen H., *O lęku*, Springer PWN, Warszawa 1995.
217. Witkowski T., *Instrukcja prania mózgu*, Charaktery 2003, nr 6, s. 42–44.
218. Wolberg L.R., *Medical hypnosis*, Grüne and Stratton, New York 1948.
219. Wolberg L.R., *Hipnoza*, PWN, Warszawa 1975.
220. Wolf L.V., *The responses to plantar stimulation in infancy*, American Journal of Diseases of Childhood 1930, nr 39, s. 56–62.
221. Wood M.M., *Free recall in hypnosis*, Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1986, nr 15, s. 130–138.
222. Woodworth R.S., Schlosberg H., *Psychologia eksperymentalna*, PWN, Warszawa 1967.
223. Wójcikiewicz J., *Hipnoza w prawie karnym i kryminalistyce*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1989.
224. Young P.C., *Hypnotic regression fact or artifact*, Journal of Abnormal and Social Psychology 1940, nr 35, s. 34–45.
225. Zilverdew W.G., *Therapeutic evaluation of hypnotics*, Gorcum Co., Assen 1971.
226. Zięba J., *Źródła hipnozy*, <http://www.hypnos.pl/index>. 2008
227. Zimbardo P., Ruch F., *Psychologia i Życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.

Indeks nazwisk

A

Abramowicz W. 180
Aleksandrowicz J. 24, 80, 102, 103,
156, 160, 182
Alisha A. 207
Apoloniusz 52
As A. 119
Asklepios 52
Assen A. 207
Augustynek A. 32, 35, 40, 45, 49–53,
55, 57, 58, 60, 68–74, 80, 81, 101,
139, 143, 145, 146, 184, 212, 215,
219

B

Babiński J. 12, 87, 88, 118, 147, 148,
190, 280
Barabasz A. 45
Barber J. 205, 206
Barber T. 108, 110, 112, 120
Barrios A. 35, 38, 109
Basford J. 59, 64

Bernheim H. 17, 76, 82, 84, 87, 89,
90, 124, 125
Białynicki-Birula T. 80
Bilikiweicz T.
Binet A. 12
Bleuler M. 12, 16
Blum G. 154
Bourru W. 41
Braid J. 71, 81, 82, 98, 109, 202,
Brenman M. 91, 93, 102
Breuer J. 89, 90
Brown J. 12
Bruner Z. 76
Burg H. 84
Burkhard P. 205
Burot P. 41
Burr C. 147, 250
Bychowski A. 74

C

Cason H. 108
Charcot J. 12, 76, 77, 84, 86, 87–89,
92, 103, 116, 118, 124

Charpignon L. 54
 Chertok L. 91, 150, 180, 202, 203,
 206
 Ciągliński K. 77
 Cobb J. 45, 97
 Crozier R. 227
 Cullen F. 84
 Cuvillers H. 81
 Cybulski N. 74, 76, 180

D

Davis L. 48, 123, 126
 Dienes Z. 141
 Doliwa-Górecka J. 184
 Donoso R. 111

E

Edwards H. 67, 254
 Eisenman R. 117
 Erickson M. 17, 112, 120, 122, 149
 Esdaile J. 202
 Eskulap 52
 Eysenck H. 12, 13, 17, 116, 117,
 123, 125, 127, 150, 162, 195, 196,
 198–200

F

Faraday M. 228
 Faria A. 81
 Fayette G. 63
 Ferenczi C. 90, 91, 223
 Fishert C. 92
 Fludd R. 55
 Forel A. 87–89, 123

Franklin B. 60–64
 Freud Z. 88–91, 93, 217, 251, 279
 Friedlander J. 109, 123
 Furneaux W. 12, 125, 127

G

Galien 51
 Gapik L. 80
 Gardner M. 215, 217
 Gassner J. 55
 Gąsiekiewicz A. 68, 74
 Geiselman F. 153, 154
 Gill M. 91, 93, 102
 Girdo-Frank L. 147
 Goligher K. 74
 Gorsky B. 181
 Greatrakes V. 55
 Green A. 97

H

Harris C. 66, 67
 Hart H. 87
 Haward L. 166
 Hebb D. 224
 Heidenhein R. 75, 87
 Heinrich W. 74
 Hell M. 57
 Hellew L. 27, 31
 Herod 54
 Heron W. 181
 Hibbard W. 166
 Hilgard E. 17, 37, 44, 97, 101, 104,
 105, 108, 111, 112, 118, 121, 123,
 127, 131, 135
 Hilger W. 123

Hoyer H. 75, 77
Hudgins C. 108
Hull C. 12, 14, 98, 99, 143, 154
Husband R. 126
Huse B. 143
Hussen D. 65
Husser C. 64

J

Jacobson E. 219
James W. 219
Janet P. 88, 103, 118
Jefferson T. 63, 64
Jugsler S. 80
Jus A. 80
Jussieu A. 62

K

Kamieniecki S. 46, 47
Kassin S. 175
Katzenstein A. 148, 154
Kircher A. 55, 232
Kozłowski J. 214
Kratochvil S. 37
Krawczyk W. 231
Kubie L. 92, 93, 149
Kulman K. 67

L

Lachnicki I. 65
Lakshman S. 202, 230
Lavoisier A. 60
Lesiński O. 80

Liebeault A. 77, 82–84, 87, 89, 118,
123, 124
London P. 132

Ł

Łukaszewski W. 213, 226

M

Majorow A. 80
Margolin S. 92, 93
Matuch W. 69
Maxwell J. 55, 56
McConkey W. 111
Mead R. 57
Mellory N. 207
Merikle P. 28–30
Mesmer F. 55–67, 76, 77, 80, 81, 218,
278
Moll A. 50, 51, 54, 59, 62–65, 77
Mozart W. 59
Myres F. 70

N

Nardelli S. 66, 67
Nash M. 141, 203
Nehru J. 16, 40
Newton I. 57
Nuttgens S. 36

O

Ochorowicz J. 68–75, 279
Orfeusz 52

Orłowski S. 50, 53–55, 81
 Orne M. 44, 97, 98, 109–111, 114,
 131, 137, 157, 158

P

Paladino E. 70, 72
 Paper M. 48, 205
 Paracelsus T. 55
 Passos De Moraes A. 46
 Pawłow I. 80, 82, 92, 98, 102,
 105–108
 Peon H. 111
 Płatonow K. 46, 98, 107, 108, 146
 Potocki J. 76
 Puysegur A. 80

R

Rachman A. 189
 Raginsky B. 151
 Reich W. 217, 218, 251, 252
 Reiff F. 147, 148
 Reiser M. 122
 Riddles M. 143
 Roentgen W. 72
 Romankiewicz S.
 Rosenthal B. 143
 Rożnow W. 180
 Rubinstein S. 102

S

Saks J. 78, 79
 Sarbin T. 96, 108–110, 119, 123
 Scherer H. 147, 148

Schilder P. 91
 Schoen W. 181
 Schultz J. 219, 220
 Schwenter D. 232
 Serapis 50, 51
 Shor R. 55, 97, 119, 131, 206
 Siuta J. 35, 80, 81, 115, 118, 135
 Smith H. 95
 Sobolewski Z. 163
 Söderlund S. 69, 70
 Spanos N. 104, 109, 115, 116
 Stalnaker J. 143
 Starkman J. 77
 Starowicz L. 80
 Szklowski W. 208

T

Tomczykówna S. 71, 72, 73

V

Vaya S. 230
 Voisin A. 180

W

Waczyński T. 79
 Waden T. 181
 Waliszewski 76
 Waltoś R. 163
 Wambach H. 94, 95
 Warschauer D. 75
 Washington G. 63
 Wasiliew L. 227, 228
 Watkins J. 146

- Weitzenhoffer A. 123, 127, 131, 134
Wespazjan 51
White M. 125
Widacki J. 158
Wiens S. 28, 29, 31
Wilczyński E. 80
Wizel A. 79
Wolberg L. 11, 17, 41, 43, 56, 104,
147, 151, 180, 201, 209, 218, 251
Wójcikiewicz J. 157–159, 163, 164,
166, 167, 172

Y

- Young P. 143, 154, 195

Z

- Ziemba T. 77
Zimbardo C. 11, 41, 234

Indeks rzeczowy

A

Alkoholizm, zob.: zespół uzależnienia od alkoholu 180

Amnezja pohipnotyczna 43, 104, 118, 141, 150, 276

Analgezyja 8 36, 46, 104, 105, 107, 110, 112, 117, 132, 202, 205, 206, 276,

Anestezja 36, 66, 78, 119, 126, 127, 133, 151, 202–204, 206, 276

Automatyzm 78, 88, 103, 124, 125, 276

B

Backmasking 29, 278

Bioenergoterapia 56, 66

Bion 218, 251, 252

Ból 203

D

Deprywacja sensoryczna 223

Dysocjacja hipnotyczna 103, 278

Dystymia 117

E

Efekt placebo zob. Placebo 12, 24, 110, 213–215, 277

Ektoplazma 70, 72

Elektroencefalografia (EEG) 45, 46, 95, 144, 277

Engramy 14, 27, 154

F

Fobie 116, 117

Frenologia 82

H

Halucynacje hipnotyczne 79, 124, 278

Hipermnnezja hipnotyczna 142

Hipnoza zwierząt 232

Histeria 12, 75, 78, 86–89, 103, 116

I

- Ideoplastia 70, 278
 Indukcja hipnotyczna 18, 19, 46, 92, 96, 97, 100, 101, 109, 111–114, 118, 121, 130, 131, 135, 278
 Izolacja sensoryczna, zob.: deprywacja sensoryczna 91, 212, 278

J

- Jąkanie 112
 Joga 218

K

- Katalepsja 40, 47, 75, 78, 84–86, 105, 107, 112, 116, 119, 123–128, 131, 133, 134, 278
 Kodeks Etyczny Stosowania Hipnozy 176
 Koncentracja uwagi 38, 100, 102, 103, 153, 154
 Kosmonautyka 225
 Kryminalistyka a hipnoza 163
 Krzywa uczenia 21, 22, 98, 99, 102

L

- Lęk 14, 27
 Libido 91, 278

M

- Magnetyzm zwierzęcy 58, 60–62, 64, 67, 81, 202, 278
 Manipulacja 234
 Medium 52, 70–75, 93, 278, 280
 Metaloterapia 84

Metody hipnotyzowania 121, 138, 164

Most kateleptyczny 40, 278

N

- Narkoanaliza 230, 231, 279
 Narkomania 188, 189, 195
 Nerwice 36, 54, 78, 89, 116, 117
 Neurotyzm 117, 196, 199, 200
 Neuroza 84, 86, 279
 Niepamięć, zob.: amnezja 14, 42, 104, 130, 133, 135, 136, 276

O

- Obrazowanie pracy mózgu 47, 279
 Odruch Babińskiego 147, 148, 279
 Okultyzm 9, 35, 59, 70, 216
 Orgon 217, 218, 251, 252
 Orgonowa terapia 217, 251

P

- Parapsychologia 9, 35, 67, 71, 79, 95
 Percepcja podprogowa 27, 28, 279
 Pitiatyzm 88, 279
 Placebo 12, 24, 110, 213–215, 277
 Podatność na hipnozę 45, 86, 90, 96, 100–102, 117–120, 123, 131, 134, 135, 141, 186, 188, 279
 Przekaz podprogowy 29, 31, 32
 Pseudonauka 94, 95
 Psychoanaliza 92
 Psychoterapia 12, 24, 56, 83, 145, 157, 176, 182, 208, 217, 218, 223, 227, 281, 251

R

- Reakcja skórno-galwaniczna
(RSG) 44, 45, 139, 140, 144,
279
- Regresja hipnotyczna 93, 142, 146,
147–149, 153, 252
- Reinkarnacja 217
- Reklama 15, 29, 32, 221
- Relaksacja 12, 44–47, 88, 111, 125,
126, 139, 144, 155, 209, 218, 219

S

- Sen święty 49, 50, 52
- Skale zahipnotyzowania
(podatności na hipnozę) 101, 110,
126, 135, 186
- Somnambulizm 46, 78, 80, 82, 85,
86, 103, 105, 123–126, 131
- Spirytyzm 67, 70, 71, 74, 79, 93, 189,
216, 218, 280
- Stupor 124, 125, 230
- Subliminalna percepcja,
zob.: Percepcja podprogowa 27,
34, 279
- Sugestia 11, 41–43
- Sugestia podprogowa 27
- Sugestia myślowa, zob.: telepatia
- Sugestia pohipnotyczna 16, 17, 42,
43, 123, 126–128, 133, 134, 137,
138, 193, 280
- Sugestopedia 155, 221, 280
- Sugestywność 11
- Ślady pamięciowe, zob.: engramy 27,
148, 166

T

- Teorie hipnozy 96
- Artefaktu eksperymentalne-
go 114, 115
- Dysocjacji świadomości 103–105
- Fizyczna 69, 70
- Korelacyjna 116
- Neodysocjacyjna 103, 104
- Odegrania zasugerowanej roli 109
- Odruchem warunkowym 106
- Psychoanalityczna 56, 92
- Psychologiczna 35, 44, 56, 58, 64,
69, 79, 83
- Sceptyczne 96, 108
- Transu hipnotycznego 16, 39, 42,
94, 97
- Zawężenia świadomości 70, 102,
162
- Techniki hipnotyzowania,
zob.: metody hipnotyzowania 39,
81, 209
- Telepatia 227
- Teorie hipnozy 96
- Testy sugestywności 26, 116, 280

U

- Ukryty obserwator 104, 105

Z

- Zespół uzależnienia od alkoholu 180
- Znieczulenie hipnotyczne, zob.:
anelgezja i anestezja 202, 205
- Zwierząt hipnoza 232

Słownik ważniejszych terminów

A

Amnezja pohipnotyczna – zasugerowana niepamięć zdarzeń z okresu transu hipnotycznego.

Analgezja hipnotyczna – brak czucia bólu w czasie transu hipnotycznego.

Analgezja – nieodczuwanie bólu, znieczulenie

Anestezja – zniesienie czucia bólu podczas operacji przez narkozę, wstrzykiwanie leków znieczulających lub dzięki hipnozie.

Autohipnoza – stan zbliżony do hipnozy, jednakże uzyskiwany nie przez indukcję hipnotyzera, ale samego zainteresowanego. Autohipnoza jest stanem zbliżonym do medytacji. Podobnie jak w niej, ważne jest skupienie umysłu na jednym elemencie (najczęściej tym właśnie, nad którym chcemy pracować). Za ciekawostkę należy podać fakt, że swego czasu prowadzono w USA kursy autohipnozy, na których uczono, jak łatwo i w każdej chwili osiągnąć stan pełnego relaksu. Po jakimś czasie zaczęły się zdarzać wypadki samochodowe na zupełnie prostych drogach. Ich sprawcami byli absolwenci tych właśnie kursów. Okazało się, że bardzo dobrze wyszkolili oni swoją podświadomość w wyłączaniu się w każdej wolnej chwili. Za taką „wolną chwilę” ich podświadomość uważała także siedzenie za kierownicą i po prostu zasypiali. Od tego czasu kursy tego typu zostały w USA zawieszono. Niemniej autohipnoza okazuje się doskonałym narzędziem w walce z drobnymi problemami dnia codziennego, w redukcji niepokoju i przewlekłego stresu.

Automatyzm rotacyjny – ręka zahipnotyzowanego wprawiona przez hipnotyzera w ruch obrotowy nie zaprzestaje tej czynności.

B

Backmasking – technika zapisu w nagraniach ukrytych dźwięków, które mogą zostać zrozumiane dopiero przy odtwarzaniu wstecz.

Baquet – wanna używana przez F.A. Mesmera w czasie jego zabiegów magnetycznych.

D

Deprywacja sensoryczna – izolacja lub znaczne ograniczenie dopływu bodźców zmysłowych.

Deorientacja przestrzenna – utrata orientacji co do położenia własnego ciała.

Dysocjacja – rozszczepienie. Przykładem może być zaburzenie polegające na występowaniu u tego samego człowieka dwóch osobowości, różniących się od siebie charakterem.

E

Efekt "placebo" – rezultat podania obojętnej leczniczo substancji w celu uzyskania rezultatu będącego efektem sugestii.

Elektroencefalografia (EEG) – metoda badania bioelektrycznej czynności mózgu za pomocą elektroencefalografu.

H

Halucynacje hipnotyczne – pozorne spostrzeżenie (dotyczy wszystkich zmysłów) przedmiotów lub zjawisk bez działania realnych bodźców fizycznych, jedynie pod wpływem sugestii wypowiedzianej przez hipnotyzera podczas hipnozy.

Halucynacje negatywne – niewidzenie istniejących rzeczy i osób.

Halucynacje pozytywne – widzenie (pod wpływem sugestii) nieistniejących przedmiotów i osób.

Hipermnezja hipnotyczna – zdolność do przypominania sobie pod hipnozą minionych zdarzeń lub przeżyć z dokładnością nieosiągalną normalnie na jawie – poprawa pamięci po zastosowaniu hipnozy.

Hipersensytywność – odwrotność analgezji. Typowym przykładem jest doświadczenie z rzekomym oparzeniem. Hipnotyzer przykładą do ciała zahipnotyzowanego jakiś przedmiot (na przykład ołówek) i sugeruje, że jest to zapalony papieros. W miejscu dotknięcia powstaje zaczerwienienie, jak przy oparzeniu. A badany skarży się na silny ból.

Hipnodontoza – zabiegi dentystryczne wykonywane pod hipnozą.

Hipnoterapia – metoda leczenia przy użyciu hipnozy.

Hipnoza – przejściowy stan świadomości wywołany przez sugestie hipnotyzera.

I

Ideoplastia – według J. Ochorowicza, to energia psychiczna, która dzięki zawężeniu pola świadomości medium w transie może spowodować, że wyobrażenie wystąpi z wyjątkową siłą, a tracąc swoje związki z organizmem (z powodu rozszczepienia się sił od tkanek), wywoła materializację tego wyobrażenia.

Indukcja hipnotyczna – działanie mające na celu osiągnięcie możliwie najgłębszego stanu hipnozy.

Izolacja sensoryczna – patrz: deprivacja sensoryczna.

K

Katalepsja – nienaturalne zeszywnienie mięśni prowadzące do znieruchomienia.

Katalepsja hipnotyczna – stan wzmożonego napięcia mięśni szkieletowych, zeszywnienie całego ciała pod wpływem odpowiednich sugestii hipnotycznych. Wyróżnia się katalepsię sztywną (zeszywnienie ciała) i woskową (ciało badanego pozostaje nieruchome w nadanej pozycji, często bardzo nienaturalnej).

Korelacja – w statystyce miara siły związku między zmiennymi przypadkowymi; scharakteryzowana ilościowo tendencja do tego, aby zmianie jednej cechy zmiennej towarzyszył wzrost lub spadek drugiej.

L

Letarg – stan pozornej śmierci. Stan chorobowy podobny do głębokiego snu ze znacznym osłabieniem wszystkich czynności życiowych organizmu.

Libido – popęd seksualny uznawany przez psychoanalityków za źródło i motor życia psychicznego. Według Z. Freuda jest to nieświadoma część psychiki będąca rezerwuarem energii psychicznej.

M

Magnetyzm zwierzęcy – koncepcja oparta na rzekomo istniejącym specyficznym magnetyzmie emanowanym przez człowieka i mogącym mieć własności lecznicze.

Manipulacja – świadome wywieranie wpływu na innych dla osiągnięcia własnych celów.

Most kataleptyczny – zahipnotyzowany karkiem wspiera się o oparcie jednego krzesła, a piętami o oparcie drugiego. Osoba ta jest tak uszywniona, że można stanąć na jej klatce piersiowej, nie powodując ugięcia zawieszonoego ciała. Most kataleptyczny występuje czasem w przebiegu nerwic histerycznych. Potrafi go wykonać wielu ludzi w normalnym stanie.

N

Narkoanaliza – zabieg polegający na wywołaniu u badanego stanu pokrewnego hipnozie przy pomocy szybko działających barbituranów.

Neuroza – dawne określenie nerwic.

O

Obrazowanie pracy mózgu – obserwacja aktywności różnych struktur mózgu dzięki użyciu pomocy pozytonowej emisji (rezonans magnetyczny).

Odruch Babińskiego – opisany przez J. Babińskiego w 1896 roku odruch bezwarunkowy polegający na prostowaniu dużego palca stopy i rozstawianiu pozostałych palców stopy. Występuje u niemowląt jako odruch normalny, następnie zanika. Jego pojawienie się u dorosłych jest objawem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (uszkodzenie dróg piramidowych rdzenia przedłużonego).

P

Percepcja podprogowa – nazywana też subliminalną (*subliminal perception*). Jest to proces rejestrowania informacji bez świadomości ich spostrzegania. Dotyczy bodźców wzrokowych lub słuchowych, które trwają zbyt krótko, by mogły zostać świadomie zarejestrowane.

Pitiatyzm – zaburzenie konwersyjne (histeryczne).

Podatność na hipnozę – reaktywność na sugestie hipnotyczne.

Przewodnictwo skórne – patrz: Reakcja skórno-galwaniczna (RSG).

Psychogalwanometr – aparat do pomiaru przewodnictwa skórniego.

Psychoterapia – metoda leczenia zaburzeń psychicznych, głównie nerwic, polegająca na oddziaływaniu na psychikę pacjenta poprzez sugestie, porady i uspokojenie, pomagająca mu zrozumieć i rozwiązać jego konflikty emocjonalne.

R

Reakcja skórno-galwaniczna (RSG) – zmiany oporności skóry pod wpływem reakcji emocjonalnej.

Regresja hipnotyczna – powrót do minionych form zachowania (dawnych przeżyć) pod wpływem sugestii hipnotycznej.

Relaksacja – odprężenie poprzez rozluźnienie mięśni, redukcję napięcia psychicznego i zrównoważenie wegetatywne.

Rytm w EEG – rejestracja różnic potencjału bioelektrycznej czynności mózgu, pozwalająca wyodrębnić rytmy, które cechuje określona częstotliwość fal, kształt i amplituda. Służy do diagnostyki różnicowej funkcji mózgu.

S

Somnambulizm (lunatyzm) – stan zbliżony do głębokiego snu, w czasie którego osoba może wykonywać nawet złożone czynności. Świadomość somnambulika jest znacznie ograniczona. Po obudzeniu się nie pamięta, co robił w czasie snu. Podobny stan można wywołać sugestią w czasie hipnozy.

Spirytyzm – wiara w istnienie duchów i możliwość obcowania z nimi podczas tzw. seansów spirytystycznych za pomocą medium.

Sugerowanie – przekazywanie sugestii.

Sugestia – proces werbalnej lub innej komunikacji polegający na wywoływaniu określonego zachowania u innej lub innych osób.

Sugestie pohipnotyczne – sugestie podane podczas hipnozy, których realizacja następuje po wyjściu z tego stanu. Stosowane na przykład w walce z nałogami, („kiedy obudzisz się, będziesz czuł wstręt do alkoholu”).

Sugestologia (Sugestopedia) – technika intensywnego nauczania głównie języków obcych prowadzona przy użyciu technik sugestywnych.

Sugestywność – podatność na sugestie.

T

Telekineza – poruszanie przedmiotami materialnymi na odległość przy pomocy myśli.

Telepatia – hipotetyczna zdolność do nadawania i odbierania informacji między ludźmi bez pośrednictwa zmysłów.

Testy sugestywności – zadania sprawdzające podatność badanego na różnego rodzaju sugestie.

Transfer – przeniesienie.

Trening autogenny – ćwiczenia zmierzające do wytworzenia umiejętności pełnego odprężenia psychicznego oraz izolowania się od bodźców zewnętrznych. Stosowany m.in. w leczeniu nerwic.